



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

Programa de Doctorado en Psicología Social y Ambiental

**“Gubernamentalidad Reproductiva en México. Entre la anticoncepción involuntaria y los  
obstáculos para una anticoncepción deseada”**

Proyecto de Investigación

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**PRESENTA**

Aldo Iván Orozco Galván

**Tutor principal:**

**Dra. Tania Esmeralda Rocha Sánchez**

Facultad de Psicología, UNAM

**Comité tutor:**

**Dra. Luciana Ramos Lira**

Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente

**Dra. María Graciela Freyermuth Enciso**

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Unidad Regional  
Sureste

**Dra. Liza McCoy**

University of Calgary

**Dra. Vania Smith-Oka**

University of Notre Dame

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., Octubre del 2022



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

INTRODUCCIÓN .....	4
Capítulo 1. Una historia de la anticoncepción involuntaria de mujeres durante el último siglo....	15
<i>Eugenesia positiva. La reproducción de los más aptos</i> .....	17
<i>Eugenesia negativa. La eliminación de los indeseables.</i> .....	19
El caso mexicano.....	27
<i>Primer punto de inflexión. La Ley General de Población de 1936 y las políticas pronatalistas</i> .....	28
<i>Segundo punto de inflexión. La Ley General de Población de 1974 y los programas de Planificación familiar</i> .....	31
<i>Anticoncepción involuntaria</i> .....	37
<i>La lucha por la maternidad voluntaria en México</i> .....	44
Consideraciones finales.....	57
<b>Capítulo 2. El control de los procesos demográficos a través de los cuerpos de las mujeres. Género, Biopolítica y Gubernamentalidad reproductiva</b> .....	60
Biopoder .....	60
Gubernamentalidad .....	63
<i>Gubernamentalidad reproductiva</i> .....	65
Los dispositivos.....	69
<i>El dispositivo de la sexualidad</i> .....	70
La apropiación del cuerpo de las mujeres y el control sobre su capacidad reproductiva .....	72
<i>El género como categoría analítica</i> .....	73
<i>Interseccionalidad</i> .....	76
<b>Capítulo 3. Propuesta Metodológica.....</b>	<b>81</b>
<b>Capítulo 4. Resultados .....</b>	<b>100</b>
Gubernamentalidad Reproductiva en México. Los dispositivos usados para regular, producir y monitorear las prácticas anticonceptivas de las mujeres. ....	100
<i>Leyes y Políticas</i> .....	102
<i>Incentivos Económicos</i> .....	129
<i>Coerción directa</i> .....	135
Mandatos morales e incitaciones éticas .....	156
Las Mujeres resisten a la violencia. Experiencias en el uso de Anticonceptivos y Obstáculos para una Anticoncepción Deseada .....	160
<i>Resistir a la violencia</i> .....	161

<i>Efectos secundarios de los anticonceptivos</i> .....	164
<i>Acceso a la información</i> .....	167
<i>Falta de insumos</i> .....	172
<i>Calidad de la atención. Instituciones públicas y privadas</i> .....	173
<i>Atención deseada</i> .....	176
<b>Capítulo 5. Discusión y conclusiones</b> .....	<b>180</b>
1. La anticoncepción forzada como estrategia de regulación poblacional. La perspectiva del biopoder.....	180
2. La distancia entre las normativas y su ejecución. ....	187
3. El problema no son los individuos. Las presiones hacia el personal. ....	190
Conclusiones .....	191
<b>Bibliografía</b> .....	<b>195</b>
<b>Anexo 1. Legislaciones eugenésicas en el mundo a lo largo del siglo XX</b> .....	<b>204</b>
<b>Anexo 2. Guía de observación</b> .....	<b>210</b>
<b>Anexo 3. Guías de entrevistas semi-estructuradas</b> .....	<b>214</b>
<b>Anexo 4. Modelo de Diario de Campo</b> .....	<b>217</b>
<b>Anexo 5. Carta de Consentimiento Informado</b> .....	<b>218</b>
<b>Anexo 6. Cartilla Nacional de Salud. Mujeres de 20 a 59 años</b> .....	<b>220</b>
<b>Anexo 7. Formato de consentimiento informado entregado a las mujeres en la clínica ubicada en Querétaro</b> .....	<b>225</b>
<b>Anexo 8. Criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS</b> .....	<b>226</b>

## INTRODUCCIÓN

*[...] la idea social que es transmitida a todas las mujeres que es sólo a través de la maternidad como la mujer cumple íntegramente su destino fisiológico; ésta es su vocación “natural”, puesto que todo su organismo está orientado hacia la perpetuación de la especie.*

*Simone de Beauvoir. El Segundo Sexo.*

Devenir madres se ha instituido socialmente como una obligación para las mujeres, como un modo de controlarlas. Convencerlas de que la reproducción constituye un destino ineludible, una “vocación natural”, una obligación para con la sociedad, ha sido una de las principales estrategias del orden patriarcal para dominar las vidas, los cuerpos y las conciencias de las mujeres, al instaurar la idea de la maternidad como el único elemento de valoración social de lo femenino (Adrienne Rich, 1986).

Todo el orden social se ha estructurado de manera que se implante esa idea en todas las mujeres. La maternidad, por lo tanto, se encuentra totalmente regulada por normas demográficas, relaciones económicas y políticas y por las diferentes instituciones de la sociedad y el Estado (Marcela Lagarde, 2015). Aunque la maternidad, institucionalizada de esta manera, no significa solamente hacer creer a todas las mujeres que deben ser madres, sino también en la capacidad de tales instituciones de determinar, de acuerdo con finalidades específicas, qué mujeres deben serlo y cuáles no son “aptas” para ello.

En esta investigación, me propongo analizar la forma en que, históricamente y en la actualidad, se han utilizado mecanismos para controlar los procesos reproductivos de las mujeres, principalmente a través de la existencia y funcionamiento de estrategias que resultan en prácticas de **esterilización y anticoncepción, tanto forzada como bajo coerción.**

En primer lugar, es necesario definir y aclarar la distinción entre la esterilización y la anticoncepción forzada y coaccionadas. La esterilización es definida como la realización de procedimientos quirúrgicos con el objetivo de impedir la fecundación de manera permanente (vasectomía / salpingoclasia u oclusión tubárica bilateral (OTB)), mientras que la anticoncepción consiste en la colocación de dispositivos médicos (Dispositivo Intrauterino (DIU), implante anticonceptivo, etc.), o el otorgamiento de medicamentos, que impiden la fecundación, pero son temporales y de carácter reversible. En ocasiones, estos procedimientos pueden ser llevados a cabo por medios *coercitivos*, esto es, cuando se utilizan tácticas como como ofrecer incentivos financieros u otros, se brinda información inadecuada, se utilizan tácticas de intimidación o se condiciona la prestación de algún servicio de salud, o requisito para un empleo, entre otros, para convencer a una persona de que “acepte” el procedimiento de esterilización o anticoncepción. Por otro lado, la esterilización o anticoncepción *forzada* ocurre cuando una persona es esterilizada sin su conocimiento, por ejemplo, cuando se encuentra inconsciente debido a la anestesia, o cuando no se le da oportunidad de otorgar o negar su consentimiento (Open Society Foundations, 2011).

Considero que, tanto la esterilización como la anticoncepción tienen la misma finalidad de limitar la capacidad reproductiva de las mujeres. Además, ya sea que se les orille por diversos medios a aceptar la esterilización o la anticoncepción, o se les realice el procedimiento o se les aplique un dispositivo sin su consentimiento, en cualquiera de los casos se hace en contra de la voluntad de las personas. Por lo tanto, y con el propósito de facilitar la lectura, en adelante me referiré a la esterilización y anticoncepción forzada y bajo coerción, como **anticoncepción involuntaria**, solo haciendo una distinción cuando me refiera a alguno de los fenómenos en específico.

### *Situarme en la investigación*

La idea de llevar a cabo esta investigación surgió durante la realización de trabajo de campo de una investigación previa, cuyo objetivo era conocer las diversas formas y manifestaciones de la violencia obstétrica durante la atención del embarazo en un hospital público de la Ciudad de México. Existe una gran diversidad de formas de esta violencia, todas ellas realizadas con total impunidad por parte del personal de salud con la total seguridad de que su posición les permite realizarlas, además de que esa misma posición no les permite ver las violencias o conceptualizarlas como tales. Son violencias normalizadas, convertidas algunas de ellas incluso en parte del trabajo cotidiano dentro de los hospitales.

Mientras entrevistaba a algunas mujeres para esa investigación, dentro del hospital, en el área de recuperación tras la atención de sus partos o cesáreas, me encontré con un hecho que me pareció impactante: una enfermera gritaba fuertemente a las mujeres. Sus gritos y regaños se escuchaban desde el cubículo en que ellas estaban, hasta el pasillo en el cual yo me encontraba. Fuertes regaños contra ellas por el hecho de que no habían firmado una hoja de consentimiento informado para aceptar el uso de un método anticonceptivo (MA). Esta enfermera les decía cosas como que no podían abandonar el hospital sin haber antes aceptado algún MA, que, si no lo aceptaban, estarían nuevamente ahí al año siguiente, les gritaba que la miraran a los ojos mientras les hablaba, entre otras violencias.

El resto del personal de salud en el lugar, si bien no consideraban esos regaños como una manera “aceptable” de dirigirse a las pacientes, parecían al mismo tiempo normalizar la situación. Por ejemplo, una trabajadora social me comentó que no se escucharían las grabaciones de las entrevistas debido a que la enfermera estaba “hablando muy fuerte”; e incluso algunas parecían divertirse ante la situación. Yo quedé impactado frente al nivel de violencia en contra de las mujeres y a su normalización en el personal de salud.

Además de ello, mi intención de criticar este tipo de prácticas deriva también de mi experiencia como estudiante de medicina. A pesar de que no terminé la carrera, durante más de tres años formé parte del sistema médico como estudiante y viví en carne propia las violencias y malos tratos que van permeando hacia abajo en la jerarquía hospitalaria: desde los/as médicos/as adscritos/as hacia los/as residentes/as, hacia los/as internos/as, hacia el personal de enfermería, hacia el estudiantado y finalmente, hacia las mujeres usuarias, quienes son ubicadas en el último escaño de esta cadena de violencias.

Los regaños, las humillaciones, la violencia, los castigos, etc., constituyen una herramienta pedagógica por excelencia en este tipo de instituciones, de manera que se internalizan como normales, así que el personal de salud aprende que las jerarquías son inevitables y necesarias, que los castigos ayudan a formar carácter y a aprender mejor, que conforme van subiendo en la jerarquía va incrementado su autoridad y valía y que es aceptable, desde ese nuevo lugar de poder, violentar a las personas de menor jerarquía y tratar a las personas usuarias como “pacientes” que deben aceptar sin queja el trato recibido. Se aprende también que sólo el saber del personal es válido y que sus decisiones deben ser acatadas por el bien de las propias personas, independientemente de sus deseos u opiniones.

Solamente el salir de ese sistema me permitió mirarlo en perspectiva y darme cuenta de la naturalización de las violencias que yo mismo recibí y de las que yo también fui parte. Por ejemplo, enorgullecerme de aguantar más horas despierto que el resto de compañeros/as, ser parte de una suerte de competencia por atender más partos, ser parte de las revisiones rutinarias del progreso del embarazo que, si bien pueden ser necesarias para evaluar la adecuada evolución del parto, son realizadas desde un lugar de poder y sin participación de las mujeres, por ejemplo, el decir “le voy a hacer un tacto para ver la dilatación”, en lugar de explicar la situación y pedir autorización. En las salas de obstetricia, entonces, las mujeres son excluidas como agentes activos en las decisiones respecto a sus propios cuerpos y desde dentro del sistema difícilmente se puede pensar en un modo distinto de hacer las cosas, pues se trata de saberes encarnados que se van internalizando gradualmente durante todos los años de formación.

Ese es el lugar desde el cual se atiende a las mujeres, desde el cual surgen las violencias como la mencionada y es ese lugar el que busqué criticar al realizar esta investigación.

A partir de estas experiencias, decidí realizar un nuevo acercamiento para entender más a fondo lo que entonces pensé como un modo particular de violencia obstétrica, pero al indagar más al respecto, me encontré con que estas presiones de parte del personal hacia las mujeres para que adopten MA, forman parte de un fenómeno que rebasa la noción de violencia obstétrica. Estas formas de violencia son una expresión de fenómenos de alcance global, un nodo en medio de una gran red de relaciones históricas transnacionales que tienen que ver con racismo, capacitismo, colonialismo, sexismo y otras estructuras de opresión (Ginsburg y Rapp, 1995).

### *Historizar la anticoncepción involuntaria*

Tener en cuenta esas estructuras de opresión hace posible notar que la historia de las prácticas de anticoncepción involuntaria tiene larga data y se relaciona con los esfuerzos de distintas sociedades de crear mecanismos dirigidos a su “mejoramiento”, ejemplos de esos mecanismos son los matrimonios arreglados y la exclusión y eliminación de grupos considerados enemigos sociales. Este tipo de mecanismos fueron particularmente notorios a finales del siglo XIX y durante la primera mitad del XX, tras el surgimiento de la Eugenesia, una doctrina que tenía como objetivo la promoción de la reproducción de ciertas personas consideradas como superiores, por ejemplo, a través de estímulos fiscales o matrimonios arreglados (eugenesia positiva); y la prohibición de la

reproducción en otras, consideradas inferiores y “no aptas” para reproducirse, mediante mecanismos como la prohibición del matrimonio o, posteriormente, la esterilización forzada (Reilly, 2015).

La etiqueta de personas “no aptas” para reproducirse ha sido impuesta a grupos particulares de personas, dependiendo de los diferentes contextos, principalmente a minorías étnicas, grupos indígenas, personas migrantes, en situación de pobreza, personas privadas de su libertad, trabajadoras sexuales, mujeres con discapacidad física o intelectual, entre otras; que fueron consideradas como “enfermas” o como un “peligro” para la sociedad, de modo que había que desincentivar su reproducción. Estas políticas fueron llevadas a últimas consecuencias con la formulación de leyes que permitían la esterilización forzada o coaccionada de las personas pertenecientes a estos grupos (Khosla et al., 2016).

Existen registros de este tipo de legislaciones en varios países de Europa (Suecia, Suiza, Alemania, Gran Bretaña, Checoslovaquia, Dinamarca, Finlandia), Asia (China, Japón, India, Uzbekistán), África (Namibia, Sudáfrica, Kenia), Oceanía (Australia) y América (Canadá, Estados Unidos, México, Chile, El Salvador, Honduras, Perú, Brasil, Nicaragua). Este fenómeno encontró su camino hasta instancias legislativas gracias al surgimiento de grupos influyentes de científicos que proponían la eugenesia como una doctrina que buscaba lo mejor para la sociedad en su conjunto, pues el fin último era conseguir una sociedad “biológicamente perfecta” (Rowlands & Amy, 2017). En este sentido, las políticas eugénicas hacían referencia al darwinismo social y la teoría económica, de donde retomaban que ciertos grupos sociales eran “biológicamente no aptos” y “disgénicos”, y que su comportamiento obstaculizaba el crecimiento económico de la población general. Por lo tanto, el crecimiento económico de una nación podría aumentar si se esterilizara y, por lo tanto, eliminara gradualmente a estos grupos (Price & Darity, 2010).

Durante el tiempo en que las legislaciones estuvieron vigentes, millones de personas fueron víctimas de esterilizaciones forzadas. No obstante, éstas leyes fueron desapareciendo de forma gradual después de la indignación surgida cuando se hicieron públicas las atrocidades del régimen nazi, en el cual la esterilización se convirtió en una herramienta para la eliminación de los grupos considerados indeseables; sumado a la creación del Código de Núremberg, que llevó a la institución del consentimiento informado como una herramienta de protección ante las violaciones de derechos de esta naturaleza; así como el surgimiento de diversos tratados internacionales que buscaron la eliminación de la esterilización forzada y la protección de los derechos de las mujeres, tales como la Convención para Eliminar todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (1979), el Estatuto Roma de la Corte Penal Internacional (1998), la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (CRPD) (2008), entre otros, que llevaron a una vigilancia estrecha y la prohibición de la esterilización forzada (Zampas & Lamačková, 2011).

Sin embargo, la eugenesia no fue más que una expresión con tintes “científicos” de un racismo subyacente. La desaparición de la eugenesia del discurso público no significó la desaparición del racismo, éste sólo tomó otras formas. Prueba de ello es que el uso de estrategias de coerción para

imponer métodos anticonceptivos sigue siendo una práctica cotidiana en diversos países, como en aquellos con gobiernos represivos (Uzbekistán) (Holt, 2012), o algunos que siguen implementando políticas para combatir la sobrepoblación mediante la reducción de la tasa de natalidad (China e India) (Reilly, 2015). Incluso es realizada aún, aunque de manera ilegal, en contra de algunas mujeres, como ha sido el caso de mujeres en situación de pobreza, afroamericanas, latinas e indígenas en los EE. UU. (Harris & Wolfe, 2014), mujeres que viven con VIH en países centroamericanos y africanos (Bi & Klusty, 2015; Kendall y Albert, 2012) y mujeres indígenas y en situación de pobreza en países latinoamericanos (Stucchi-Portocarrero, 2018; Bosch, 2002; Smith-Oka, 2009)

La derogación de las leyes sobre esterilización forzada y el surgimiento de mecanismos protectores en la legislación internacional no se tradujo en la eliminación de estas prácticas. Únicamente cambió la forma de realizarlas. De modo que, a fin de obedecer las normativas sobre el consentimiento informado —que más que el reflejo del respeto de la autonomía de las personas, es visto como un documento protocolario que se debe firmar—, se siguen utilizando en muchos lugares tácticas coercitivas para obtener la firma de aceptación de las mujeres para la esterilización o el uso de dispositivos anticonceptivos. Entre las estrategias más comunes se encuentran las siguientes:

- *No obtener consentimiento.* Algunas investigaciones narran la realización de esterilizaciones a mujeres sin que se les pida firmar formularios de consentimiento para el procedimiento. En algunos casos, el “consentimiento” fue dado por sus parejas u otro miembro de la familia (Rowlands & Amy, 2018). En otros casos, ni siquiera se informó a las mujeres que se les había realizado el procedimiento y fue hasta años después que se enteraron, cuando fueron tratadas por alguna afección o cuando intentaban embarazarse (Essack & Strode, 2012).
- *Falta de capacidad para consentir.* Ésta puede ser permanente, como en el caso de mujeres con discapacidad intelectual, que se considera que no tienen capacidad para consentir y entonces sus familiares o guardianes legales deciden que sean esterilizadas (Rowlands & Amy, 2018); o temporal, como en el caso de mujeres de quienes recaban una huella digital en el formulario de consentimiento mientras están anestesiadas (Kendall & Albert, 2015).
- *Brindar información insuficiente o engañosa.* Se brinda información insuficiente, ya sea de manera deliberada o negligente por parte del personal de salud. Por ejemplo, a algunas mujeres no se les informó el propósito de la operación de esterilización o firmaron sin recibir ninguna explicación (Rowlands & Amy, 2018), en otro caso, las implicaciones de la esterilización fueron minimizadas al momento de explicarlas y la información sobre las consecuencias se impartió de manera parcial para alentar la esterilización: se les dijo que el procedimiento podría revertirse fácilmente y se omitió mencionar que ya no podrían tener hijos. Además, a ninguna de ellas se les informó sobre su derecho de rechazar el procedimiento. Más aún, simplemente les daban los documentos con la expectativa de que los firmaran, en lugar de presentarla como información para que pudieran leer y considerar (Essack & Strode, 2012). Otros ejemplos incluyen decir a mujeres que vivían con VIH que sus hijos morirán durante el parto debido al VIH (Rowlands & Amy, 2018; Kendall & Albert, 2015), o que era *ilegal* que las mujeres seropositivas tuvieran hijos (Essack & Strode, 2012b; Rowlands & Amy, 2018). Otra táctica

fue hacerlas firmar un consentimiento que les dijeron que era para la cesárea u otro tipo de cirugía, pero en realidad las hicieron firmar uno para la esterilización (Kendall & Albert, 2015).

- *Coerción e intimidación.* La relación médico-paciente supone una relación desigual de poder, misma que resulta mayor cuando el lugar de paciente es ocupado por mujeres marginalizadas. Se han registrado casos en los que profesionales de la salud presionaron a mujeres que vivían con VIH para ser esterilizadas y lo convirtieron en una condición para recibir servicios médicos, como un aborto, acceder a antiretrovirales o a sustitutos de leche materna (Essack & Strode, 2012; Bi & Klusty, 2015; Kendall y Albert, 2015). Otras formas de intimidación incluyen ser detenidas en el hospital hasta que aceptaran ser esterilizadas (Rowlands & Amy, 2018) o decirles que, si no aceptaban el procedimiento, tendrían que abandonar la clínica sin recibir atención (Essack & Strode, 2012).
- *Promover la toma de decisiones en situaciones de vulnerabilidad.* La vulnerabilidad que supone estar en trabajo de parto hace que este momento sea inadecuado para tomar decisiones sobre el control permanente de la fertilidad. Muchas mujeres que vivían con VIH fueron esterilizadas después de su parto y se les pidió firmar el consentimiento justo antes de entrar al quirófano para una cesárea o durante el trabajo de parto. De hecho, el aceptar la esterilización se impuso como condición para ser atendidas (Rowlands & Amy, 2018; Kendall y Albert, 2012; Essack & Strode, 2012b). Factores sutiles como el temor a los proveedores de servicios de salud o las percepciones de no poder controlar la toma de decisiones, también influyeron en la aceptación de la esterilización de parte de las mujeres. Otras indican que se sintieron excluidas del proceso de toma de decisiones, pues el personal hablaba entre sí respecto a ellas, pero sin incluirlas en la conversación. Otras más sintieron que debían aceptar la decisión del personal en tanto que sabían más que ellas. También hubo quienes se sintieron presionadas a aceptar para no “decepcionar” al personal que las atendió en circunstancias difíciles, como practicarles un aborto cuando otros miembros no querían hacerlo, o atender su parto cuando el hospital estaba en huelga (Essack & Strode, 2012).

Estos ejemplos son sólo una muestra de la actualidad de las acciones de esterilización y anticoncepción involuntaria en contra de algunas mujeres. Esto refleja claramente que, en la mayoría de los casos, son diversas las intersecciones que se ponen en juego y que determinan la experiencia de discriminación que sufren algunas personas. El cruce entre género, habilidad, etnia/raza, nacionalidad, estado de VIH, entre otros, interactúan entre sí y dan forma a experiencias particulares de opresión (Atkinson & Ottenheimer, 2018), pero hay algo que todas ellas comparten: el ser mujeres, y es justo esa la característica principal por la cual se dirige hacia ellas la violencia y la discriminación. En ese sentido, y bajo los marcos de derechos humanos actuales, podemos considerar la esterilización / anticoncepción involuntaria como una forma de violencia de género y como una violación de los derechos reproductivos de las mujeres, que se encuentra cimentada en discursos estructurales como el racismo, el sexismo, el capacitismo y el colonialismo, que permean hacia las instituciones sociales como el sistema de salud, y dan forma a las subjetividades del

personal de salud y de las mismas mujeres, lográndose así que las prácticas persistan, pese a la existencia de protecciones legales institucionales, nacionales e internacionales.

### *Justificación de la investigación*

Las investigaciones citadas testifican sobre la actualidad de las prácticas de anticoncepción involuntaria en diversas regiones del mundo. Para poder abordar esta problemática, la precaución señalada por Martínez y Rangel (2018), es muy pertinente. Ellas explican que los casos de esterilización/anticoncepción involuntaria no son ocasionados por un problema individual, por lo tanto, no debemos enfocarnos en particular en los miembros del personal de salud que coaccionan a las mujeres para obtener su firma en los consentimientos informados, ni en quienes colocan los dispositivos intrauterinos o realizan las cirugías. Estudiar este fenómeno nos debe obligar a verlo en términos macroestructurales, a tratar de descubrir las tramas institucionales que lo hacen posible, como las políticas institucionales que demandan al personal cumplir ciertas metas de MA colocados, o que les exigen que ninguna usuaria deje el hospital sin haber aceptado que le coloquen algún MA. Políticas que configuran ciertos discursos con fines específicos, que son transmitidos a lo largo de toda la trama institucional y más allá. De ahí la importancia de no buscar culpables individuales, sino intentar mapear la manera en que la institución crea estas conductas y configura la violación de los derechos de las mujeres por medio de diversas políticas públicas, entre otras estrategias.

En este sentido, si bien argumento que las leyes históricas y gran parte de la práctica actual de la anticoncepción involuntaria tienen su origen en los postulados de la eugenesia y el racismo al que cobija, en realidad van más allá, pues no se trata únicamente de limitar la reproducción de ciertos grupos, sino también de reglamentar el comportamiento de las mujeres y arrebatarles su capacidad de autonomía sobre sus cuerpos. Por lo tanto, para explicar adecuadamente las causas del fenómeno, no debemos abordarlo en un nivel individual, como lo haría la psicología *mainstream* (Parker, 2010), por ejemplo, en el nivel de las motivaciones o actitudes del personal de salud. Es necesario ver este fenómeno en términos estructurales. Para hacerlo, metodológicamente, el abordaje del fenómeno que utilicé fue la Etnografía Institucional, que me permitió observar al mismo tiempo la experiencia de las mujeres, desde el plano individual, y la organización institucional, para poder entender cómo es que las dinámicas estructurales determinan la experiencia de las mujeres.

Por otro lado, de manera teórica, recurro a la noción de gubernamentalidad reproductiva y biopoder, que permiten situar el fenómeno en el marco de un esfuerzo por moldear y controlar las prácticas reproductivas de la población, en particular, a través del control de los cuerpos de las mujeres. Por esto último, abordar esta problemática también desde la teoría feminista es fundamental. Las investigaciones previas no han sido investigaciones feministas. Si bien la elección de los temas, el hecho de centrarse en mujeres, y el modo de exponer la información de algunas de ellas (Cackler et al., 2016; Strode et al., 2012), son características de una investigación feminista, no lo hacen explícito en el texto. Pienso que abordar esta temática desde el feminismo permite enfocarse en un hecho que en las investigaciones aquí descritas no es problematizado en profundidad: en todos los escenarios analizados, son las mujeres quienes son esterilizadas en una

medida mucho mayor que los hombres, a pesar de que el procedimiento para esterilizar a los varones es más sencillo y menos peligroso.

Además, es necesario notar que no se trata de cualquier mujer quienes son víctimas de estos procesos, las principales afectadas históricamente han sido mujeres racializadas, empobrecidas y/o pertenecientes a una minoría. Este hecho nos lleva a pensar cómo las mujeres son vistas en función de su capacidad reproductiva. De modo que, si el objetivo es reducir o desaparecer a determinadas poblaciones que con consideradas como “enfermas” o como “indeseables” para los grupos hegemónicos en cada contexto, la estrategia es eliminar la capacidad reproductiva de las mujeres. Adicionalmente, la esterilización no ha sido únicamente un medio de control poblacional que pretende la reproducción de ciertos grupos y la disminución de otros, ha sido utilizada también como castigo en contra de aquellas mujeres que transgreden su “deber-ser” en cuestiones de género y sexualidad. Por ello, no es casual que en la mayor parte de las legislaciones que permitían la esterilización por enfermedades mentales (dentro de las cuales entraban las personas, en su mayoría mujeres, que no sabían leer y escribir, migrantes que no conocían el idioma, etc.), también lo hacían por “enfermedades sociales”, como la “promiscuidad”, la “erotomanía”, tener hijos/as fuera del matrimonio, prostitución, etc.

Es notable, asimismo, que la mayor parte de la investigación sobre esta temática ha sido de corte histórico, y abordan fundamentalmente la práctica de las acciones de esterilización forzada de manera legal e ilegal a lo largo del siglo XX bajo el auspicio de la doctrina eugenésica, así como la aparición de hechos de interés histórico, como el surgimiento de leyes que permitieron la esterilización obligatoria de ciertas poblaciones, los casos legales que se convirtieron en hitos con base en los cuales se aprobarían o rechazarían propuestas de leyes en otras regiones, la Segunda Guerra Mundial y los crímenes nazis como repulsivo para abandonar en cierta medida los esfuerzos eugenésicos de control de la población, así como la aparición de contramedidas, como los acuerdos de Nuremberg, a partir de los cuales surgió la normativa del consentimiento informado y los posteriores acuerdos internacionales que buscarían la protección de los derechos reproductivos y la derogación, gracias a ello, de casi todas las leyes que permitían la esterilización forzada (Cleminson, 2008; González-López, 2011; Albert & Szilvasi, 2017; Cahn, 2017; Gawin, 2008; Amy & Rowlands, 2018a, 2018b, 2018c; Benedict & Georges, 2006; Rowlands & Amy, 2017; Harris & Wolfe, 2014; Letterie & Fox Jr., 1990; McDonald, 1988; Petchesky, 1979; Price & Darity, 2010; Sills et al., 1998; Sowa & Rosenstein, 2015; Stern, 2005; Stucchi-Portocarrero, 2018; O’Brien, 2013; Sills et al., 1998; Grover, Brady & Chondros, 2002).

Tal vez esta evolución y aparente declive de la esterilización con fines eugenésicos, apreciable en estos estudios, da la impresión que este fenómeno es un hecho pasado, uno que desapareció junto con el nazismo y la organización internacional en pro de los derechos humanos. Por ello, otras investigaciones (Holt, 2005, 2012; Kosner, 2005; Kovac & Hajnal, 2004; Krosnar, 2006; Ramsay, 2000; Butler, 1997; Dorozynski, 1997; Gilmore, 1986; Imam, 1992; Josefson, 2002; Bosch, 2002), de carácter periodístico, hacen el seguimiento de diversos casos de víctimas de esterilización

forzada que se han materializado en demandas y que sucedieron tiempo después de la prohibición de tales actos, como hechos que se salen de la norma y que transgreden las normativas jurídicas.

Sin embargo, las investigaciones empíricas realizadas en años relativamente recientes, muestran la actualidad de este fenómeno (Kendall & Albert, 2015; Strode, Mthembu, & Essack, 2012; Cackler, Shapiro, & Lahiff, 2016; Women of the Asia Pacific Network of People Living with HIV, 2012; African Gender and Media Initiative, 2012; South African National AIDS Council, 2015; International Community of Women Living with HIV/AIDS, 2009; Center for Reproductive Rights and Vivo Positivo, 2010); Borrero et al., 2011; Vidal y Carrasco, 2004; Boyer y Bartlett, 2017; Smith-Oka, 2009; Castro y Erviti, 2015; Martínez y Rangel, 2018; Gutiérrez, 2011). Más aún, a pesar de la ilegalidad de tales prácticas y a que representan graves violaciones de derechos, suceden con el beneplácito de los sistemas de salud y siguen obedeciendo a los mismos fines eugenésicos que antaño, pues las poblaciones objetivo de tales prácticas son las mismas: mujeres empobrecidas, mujeres indígenas, mujeres con discapacidad. La diferencia es el modo de maquillar los verdaderos propósitos, haciendo aparecer las acciones de esterilización/anticoncepción como un beneficio para las personas, como una forma de “protegerlas de sí mismas”, de ayudarlas para que no tengan más hijos/as de los que puedan mantener.

No obstante lo anterior, en la mayoría de los trabajos mencionados, no era su propósito original investigar la esterilización/anticoncepción involuntaria, sino que este hecho apareció como un dato incidental, por ejemplo, como una entre otras formas de violencia ocurrida en los servicios de salud en contra de determinados grupos de personas, como mujeres que viven con VIH Kendall & Albert, 2015; Women of the Asia Pacific Network of People Living with HIV, 2012; African Gender and Media Initiative, 2012; South African National AIDS Council, 2015; International Community of Women Living with HIV/AIDS, 2009; Center for Reproductive Rights and Vivo Positivo, 2010), o mujeres privadas de la libertad en prisiones (Gutiérrez, 2011).

Considero que la esterilización/anticoncepción involuntaria es una forma de violencia muy grave, con sus determinantes específicos, que amerita ser abordada con mayor atención como un fenómeno de estudio por separado, con miras a analizar sus especificidades: a qué obedece, qué lógica hay detrás, cómo afecta a las personas, en otras palabras, conocer los mecanismos por medio de los cuales se perpetúan y se han transformado las estrategias cuya finalidad es seguir controlado la capacidad reproductiva de las mujeres y, si bien en la mayoría de los países no existen ya leyes que permitan la esterilización forzada y existen mecanismos de protección como el “consentimiento informado”, estos mecanismos son burlados y la esterilización forzada se ha convertido en coacción para obligar a que las mujeres firmen los documentos de consentimiento, de modo que un instrumento pensado para la protección del derecho a decidir de las mujeres es convertido en una mera formalidad burocrática.

Es necesario conocer la perspectiva y la experiencia de las mujeres que han sido receptoras de estas prácticas, pero al mismo tiempo, presentar la otra cara del fenómeno: la experiencia de las mujeres en el uso de anticonceptivos, así como las dificultades que enfrentan para poder acceder a ellos de manera voluntaria pues, si bien es cierto que los MA han sido utilizados como instrumentos para

la violación de derechos reproductivos, también han sido instrumentos para la liberación sexual de las mujeres, de manera que definiendo la apertura hacia su uso, así como su disponibilidad y gratuidad, por lo que es necesario también pensar en las necesidades y dificultades que tienen las mujeres para el acceso a una anticoncepción deseada.

### *Estructura de la tesis*

En el primer capítulo de este trabajo presento una revisión de las prácticas de esterilización forzada durante el siglo XX en diversas partes del mundo. En especial, me centro en cómo surgieron, bajo la bandera de un racismo legitimado en un movimiento “científico” de alcance internacional conocido como Eugenesia, sendas legislaciones que tuvieron como objetivo esterilizar de manera forzada a diversos grupos marginados de las sociedades. También presento investigaciones recientes que enuncian que estas prácticas se han realizado también en contextos en los cuales no existieron tales legislaciones, lo que atestigua dos cosas: la ejecución ilegal por parte de instituciones de salud de acciones de anticoncepción involuntaria y la actualidad de este fenómeno, que ha sido documentado en años recientes, pese a la desaparición de legislaciones en favor de la esterilización forzada.

El segundo capítulo presenta un análisis teórico de este fenómeno. Por un lado, a partir de la teoría biopolítica de Michel Foucault, como una forma de control de los procesos poblacionales en general y de la reproducción en particular, a partir del control de los cuerpos de las personas. Presento, además, la noción de **gubernamentalidad reproductiva**, un concepto que permitirá centrar el análisis del control de procesos demográficos en la producción, regulación y control de la reproducción.

Por otra parte, al análisis foucaultiano añado una perspectiva de género, pues la regulación de la reproducción se ha dado, en específico, por medio del control de los cuerpos de las mujeres, motivo por el cual es fundamental para esta investigación la consideración del género como categoría analítica. Pero no ha sido cualquier mujer la que es sujeta al control de sus procesos reproductivos, esta presión es mayor cuando se trata, por ejemplo, de mujeres indígenas, con discapacidad, que viven con VIH, inmigrantes, entre otros factores, que dan cuenta de distintos ejes de opresión que interactúan para dar lugar a condiciones complejas y particulares de opresión. Derivado de ello, abordar esta investigación con la interseccionalidad como herramienta metodológica resulta también fundamental.

El capítulo tres presenta la propuesta metodológica para llevar a cabo esta investigación que parte desde los postulados de la Etnografía institucional para descubrir cómo es que el orden institucional de los hospitales da lugar a estas prácticas, discursos y justificaciones, visto todo ello desde la perspectiva de las mujeres y a través del estudio de diversos escenarios y actores sociales que configuran una red formada por diversos nodos relacionados con los servicios de salud reproductiva en las instituciones de salud. Para dar sentido a ese conglomerado de escenarios, métodos, miradas y actores sociales, recupero la noción de etnografía de retazos (*patchwork ethnography*) (Gökçe, Varma y Watanabe, 2020).

El capítulo cuatro presenta los resultados de esta investigación. Está estructurado en dos secciones principales: la primera describe los diversos dispositivos utilizados para llevar a cabo prácticas de anticoncepción y esterilización involuntaria: leyes y políticas, incentivos económicos, mandatos morales e incitaciones éticas y formas de coerción directa; la segunda parte consiste en la narración de las experiencias de las mujeres en cuanto al uso de anticonceptivos, tanto positivas como negativas y los problemas y obstáculos que han enfrentado en su búsqueda por una anticoncepción deseada. Estos resultados fueron pensados de acuerdo con tres dimensiones de análisis: una dimensión estructural, que toma en consideración las leyes y políticas públicas que norman la anticoncepción en México, se trata de cómo debería ser la provisión de estos servicios de salud. Una segunda dimensión: la institucional, que considera cómo las políticas públicas bajan a la práctica cotidiana en las instituciones de salud. En esta se hacen evidentes las presiones al personal para cumplir las políticas, por ejemplo, metas de colocación de anticonceptivos, sin la consideración de los deseos y sentires de las mujeres. Por último, la tercera dimensión de análisis es la individual, que considera esos deseos y sentires de las mujeres, sus experiencias en torno al uso de MA y a la atención en clínicas y hospitales, así como sus necesidades y propuestas para una anticoncepción deseada y de calidad.

En el quinto capítulo presento la discusión y conclusiones de la investigación, en donde analizo, desde la perspectiva del biopoder y con un enfoque de género, cómo las prácticas de anticoncepción forzada y bajo coerción han servido como una estrategia para la regulación de procesos poblacionales como la mortalidad materna, la tasa de natalidad (diferenciada para distintos grupos sociales) y como control de los procesos reproductivos en general y al mismo tiempo, también ha sido utilizada como una manera de regular la sexualidad de las mujeres, por ejemplo, al someterlas al examen de sus cuerpos y a métodos invasivos en respuesta a tener una vida sexual no normativa.

También problematizo en relación con la gran distancia que existe entre las políticas públicas, diseñadas de acuerdo con recomendaciones de organismos internacionales y desde una perspectiva de género, intercultural y de derechos humanos, y la aplicación de las mismas en las clínicas, en las cuales se transgreden esos derechos a través de prácticas ilegales, pero legítimas, en tanto se encuentran naturalizadas en la práctica del personal de salud, que con frecuencia considera que resultan la mejor alternativa de proceder, ya sea por el bienestar de las mujeres o el bienestar social.

Por último, las mujeres son plenamente conscientes de las deficiencias y problemas de la provisión de servicios de salud reproductiva y ellas mismas hablan sobre su deseo o necesidad de utilizar MA, pero antes se debe respetar su acceso a la información, la accesibilidad a las clínicas, que haya siempre disponibilidad de insumos y de personal, ser atendidas por personas especialistas, recibir una guía adecuada de acuerdo con su edad y sus necesidades específicas, que se les brinde la oportunidad de ser ellas quienes elijan y por último, el ser escuchadas y recibir un buen trato de parte del personal de salud.

## **Capítulo 1. Una historia de la anticoncepción involuntaria de mujeres durante el último siglo**

A lo largo de la historia, algunos grupos de personas han sido catalogadas como “inferiores” y convertidos en blanco de diversas prácticas que tenían como fin último eliminar o reducir su presencia en sus sociedades, en pos del “mejoramiento” de la vida de los grupos dominantes o de la sociedad en general. Esta ideología, conocida como Eugenesia, tuvo su auge desde finales del siglo XIX y durante la primera mitad del siglo XX. Ésta se presentó en la forma de una legitimación “científica” del racismo. Surgió en Inglaterra, pero que se propagó rápidamente por todo el mundo, en sinergia con las formas de racismo locales en cada contexto.

La Eugenesia se refiere, en términos generales, a la aplicación de medidas para la promoción de la reproducción de ciertas personas y la prohibición de la reproducción en otras, con el propósito de “mejorar” la especie humana o las sociedades. Proponentes de estas ideas pueden rastrearse hasta la antigua Grecia, pues alrededor del año 380 a.C., Platón escribe en *La República*: “los mejores hombres deben cohabitar con las mejores mujeres en la mayor cantidad de casos posibles, y los peores con los peores en la menor cantidad, y que la descendencia de la una debe ser criada y la del otro no, si el rebaño debe ser lo más perfecto posible” (Platón, 1937, en Stucchi-Portocarrero, 2018, p. 1). No obstante, el término “Eugenesia” (del griego eugenēs, que significa "bien nacido") fue acuñado por Francis Galton (1904, en Reilly, 2015), y la definió como "la ciencia que trata con todas las influencias que mejoran las cualidades innatas de una raza; también con aquellos que los desarrollan con la mayor ventaja" (p. 352). Se basa en la idea de que una sociedad progresista debe participar de manera activa en la protección de su “acervo genético” al promover la reproducción entre las personas “más aptas” y desincentivarla entre las “menos aptas” (Reilly, 2015).

Las preocupaciones de Galton surgieron a partir de su investigación sobre cómo las familias británicas “más talentosas” (incluida la suya) tenían menor descendencia que aquellas que él consideraba “inferiores” en cuanto a educación, talento artístico y riqueza. Argumentó que, si tal hecho no era controlado, este fenómeno causaría el fin de la humanidad. Pensaba que las naciones más desarrolladas habían comenzado un proceso de deterioro genético causado, por un lado, porque los desarrollos en salud, medicina y bienestar habían reducido la mortalidad de las personas con enfermedades genéticas y baja inteligencia. Estas personas, que antes habrían muerto a edades tempranas, sobrevivieron y tuvieron hijos, a quienes les transmitieron sus genes “indeseables”. En cambio, lo más inteligentes tenían cada vez menos hijos y, en consecuencia, los genes de la inteligencia se estaban reduciendo en la población (Tännsjö, 2006; Reilly, 2015). En este sentido, los grupos sociales considerados como “biológicamente no aptos” o “disgénicos” eran un obstáculo para el desarrollo económico nacional, por lo que era deseable esterilizarlos para eliminarlos gradualmente y así lograr el éxito económico (Price & Darity, 2010).

Galton se vio influenciado por otros pensadores importantes de su época, principalmente Charles Darwin. Interpretó su teoría sobre la evolución como la primacía de una raza sobre otras. También fue influenciado por el pensamiento de Thomas Malthus, quien en 1798 publicó un ensayo sobre el principio de la población, en el cual advertía que el planeta no podría soportar el crecimiento

indiscriminado de la población, pues la población crece a un ritmo mucho más acelerado que los recursos, por lo que llegará un punto en el cual éstos no sean suficientes para cubrir las necesidades de sobrevivencia de todas las personas, de modo que era necesario controlar el crecimiento de la población. En tercer lugar, Galton recabó ideas de Herbert Spencer, quien acuñó la frase “sobrevivencia del más apto” para hacer referencia a que los organismos que sobreviven son los más favorecidos o los más idóneos para cada hábitat. En suma, estas ideas confluyeron en la teoría de Galton para determinar que las poblaciones más privilegiadas (familias blancas, occidentales, adineradas...), son las que deben de sobrevivir para asegurar el éxito económico de una nación, a costa de los otros grupos considerados inferiores (Reilly, 2015).

La Eugenesia funcionaría por medio de dos mecanismos: la “eugenesia positiva”, que consistiría en la aplicación de programas que buscasen la promoción de la procreación entre “los más aptos”, para que tuvieran familias más numerosas, como el uso de estímulos fiscales o matrimonios arreglados. Y la “eugenesia negativa” que consistiría en reducir, mediante estrategias como la esterilización, la prohibición del matrimonio, la eutanasia, leyes antimigratorias, entre otras, la reproducción de las personas consideradas como “no aptas”, “inferiores” o “subnormales” (Amy & Rowlands, 2018a; Sowa & Rosenstein, 2015).

Estas ideas de Galton rápidamente se propagaron dentro y fuera de Inglaterra y ganaron más fuerza al sumarse a los descubrimientos de Gregor Mendel sobre la genética y la herencia. A partir de entonces, el discurso de “mejorar la raza” se fortaleció y los grupos eugenistas clamaron por evitar la procreación entre personas que se considerara que portaran “rasgos genéticos defectuosos”, con el objetivo ulterior de crear una sociedad “biológicamente perfecta”, al detener la proliferación de “poblaciones humanas indeseables” (Sowa & Rosenstein, 2015). Algunos autores llevaron más allá de sus propósitos originales las leyes de la herencia mendelianas para decir que los “males sociales” se debían a los rasgos genéticos transmitidos a través de las generaciones por las personas consideradas “no aptas”: personas diagnosticadas con “retraso mental” o discapacidad intelectual, con enfermedades mentales, como esquizofrenia o epilepsia, personas en situación de pobreza y quienes habían cometido delitos. Algunos grupos eugenésicos consideraban que las personas “no aptas” eran promiscuas sexualmente e hiperfértiles, y por ello propusieron limitar su reproducción como un medio para la construcción de una sociedad “biológicamente perfecta” (Sowa & Rosenstein, 2015; Amy y Rowlands, 2018a).

Durante la primera década del siglo XX, el desarrollo tecnológico en medicina y la invención de técnicas quirúrgicas de esterilización seguras (la vasectomía y la ligadura tubárica), dieron espacio a los grupos eugenistas para impulsar su agenda en instancias legislativas y buscar la realización masiva de tales procedimientos (Sowa & Rosenstein, 2015). Sin embargo, la eugenesia no se limitaría a la idea de esterilizar a las personas “no aptas”, sino que en realidad grupos con distintos propósitos se aliaron con las ideas de mejorar las condiciones sociales “debilitantes”, eliminar los tabúes culturales, mejorar la salud pública, mejorar la higiene, o buscar monitorear científicamente la evolución humana. Algunas de estas preocupaciones fueron impulsadas por el estado, algunas

por organismos públicos, otras por profesionales de diversas disciplinas y otras más por la Iglesia Católica (Overly, 2008).

El movimiento de la Eugenesia fue ganando aceptación y se difundió alrededor del mundo, aunque fue adaptado a las necesidades y cultura de cada región. Así, evolucionó en dos variantes principales, diferenciadas por la manera en la que entendieron los mecanismos de la herencia. Por un lado, en los países cuya religión era en su mayoría protestante, como los EE. UU., el Reino Unido, Alemania y los países escandinavos; los mecanismos de herencia fueron entendidos con base en la teoría del plasma germinal, propuesta por August Weissmann, y en las leyes de Mendel, que negaron que el medio ambiente tenía influencia sobre la herencia, por lo que los “genes defectuosos” serían inevitablemente transmitidos a la siguiente generación, así que en estos países se tomaron medidas drásticas para evitar esa transmisión, como la promoción de la esterilización y el aborto forzados. Por ello, esta variante fue conocida como “eugenesia dura”. La segunda postura se basó en la idea de la transmisión de las características adquiridas; y tuvo mayor difusión en países con mayoría católica, como Francia, Italia, España y países de América Latina. Ésta fue descrita como una eugenesia “suave”, que prefería acciones preventivas que buscaban la erradicación del alcoholismo, las adicciones a las drogas y las enfermedades contagiosas, así como otras medidas medioambientales para mejorar la higiene social (Stucchi-Portocarrero, 2018).

### ***Eugenesia positiva. La reproducción de los más aptos***

La eugenesia positiva consistió en el uso de estrategias para promover la reproducción de los grupos considerados más aptos para la sociedad. Las estrategias más comúnmente utilizadas fueron los matrimonios arreglados y la utilización de estímulos fiscales para las familias de estos grupos privilegiados que tuvieran más hijos/as. Uno de los ejemplos más claros de estas políticas sucedió en la Alemania nazi. Al tiempo que se establecieron mecanismos para la esterilización y eliminación de los grupos más estigmatizados de la sociedad alemana, a partir de la llegada del partido nazi al poder en 1933, se crearon políticas para fomentar la reproducción de la “raza aria”. Dichas políticas, al igual que aquellas de eugenesia negativa, en muchas ocasiones fueron implantadas de forma coercitiva, en contra de las voluntades individuales de las personas en aras de un supuesto compromiso con el logro de la grandeza nacional. Así, por ejemplo, las solicitudes de esterilización voluntaria y el uso de anticonceptivos estaban prácticamente prohibidas para las mujeres arias. También las solicitudes de aborto con fines terapéuticos se encontraban restringidas y se aplicaron severas sanciones por abortos ilegales (Amy & Rowlands, 2018b). Estas medidas eran parte de un programa más amplio conocido como *Lebensborn* [fuente de vida], en el cual, médicos y trabajadores sociales unían a jóvenes y mujeres que mejor satisfacían los ideales de salud y belleza arios y los enviaban a campos especiales para concebir familias numerosas en un entorno idealizado. Esta política fue creada, en parte, como respuesta al gran número de muertes de jóvenes durante la Primera Guerra Mundial, con el propósito de aumentar y al mismo tiempo “mejorar la calidad” de las futuras generaciones alemanas (Reilly, 2015).

Como complemento del mismo programa, en 1935, las leyes de Núremberg prohibieron los matrimonios entre personas arias y no arias, el aborto y la homosexualidad, por considerarlas

conductas impropias de una persona aria, ya que no favorecían la procreación. De la misma forma, se fomentó la natalidad dando estímulos económicos a las mujeres arias que tuvieran hijos y se solicitó a las parejas exámenes médicos prematrimoniales para buscar la presencia de enfermedades transmisibles genéticamente (González-López, 2011).

De manera similar, en una época previa a la Segunda Guerra Mundial, países como Polonia también hicieron uso de las políticas tributarias para dar beneficios fiscales a las personas “eugénicamente superiores” para alentarlas a reproducirse con mayor frecuencia (Gawin, 2008).

En Latinoamérica, las ideas eugenésicas provenientes de Europa encontraron una resonancia significativa. La mayor parte de naciones latinoamericanas a finales del siglo XIX y principios del XX eran países en los cuales una minoría criolla mantenían el poder político y económico sobre una mayoría de poblaciones indígenas, que en su mayoría eran pobres y se les culpaba por el “atraso” de las naciones y la falta de desarrollo. En un ambiente así, la Eugenesia se desarrolló con facilidad. Por ejemplo, en Perú, la Eugenesia fue llevada por grupos de científicos privilegiados que vieron en ella un modo “científico” de validar sus creencias y refrendar los privilegios de las clases sociales dominantes sobre la población andina considerada como “degenerada”. Estos grupos pusieron en marcha un programa de mestizaje generalizado, que consistía en “integrar” a las poblaciones indígenas a las costumbres y tradiciones de la minoría criolla, en “civilizar” a estos grupos en aras del progreso nacional (Stucchi-Portocarrero, 2018).

Muchos grupos de intelectuales sostenían creencias claramente xenófobas y racistas en contra de las poblaciones indígenas, por ejemplo, el escritor Clemente Palma (1897, en Stucchi-Portocarrero, 2018) describió a la “raza india” como un “desperdicio de civilizaciones antiguas”, “dotada de vida mental casi nula” e “inadecuada para la educación”, incluso sugirió “el exterminio de esa raza inútil con cañones”, y pidió la “inmigración de algunos miles de alemanes”. Otros, menos extremistas —pero igualmente racistas—, apostaban por el mestizaje, por la búsqueda de una homogeneización racial, al estar en contra de la inmigración de ciertos grupos étnicos (como los chinos y japoneses), por el bien de una mítica “raza peruana” (Stucchi-Portocarrero, 2018).

De tal manera que las políticas eugenésicas en Perú estuvieron dirigidas menos a la eliminación de los grupos considerados inferiores y más a su “integración” a una “raza superior” por medio del mestizaje”. Así, los mecanismos de eugenesia tuvieron tintes diferentes en comparación con otros países, no se propuso la esterilización forzada como una medida efectiva para eliminar a ciertos grupos, sino que estaba más relacionada con la higiene y con la medicina social, en el sentido de que buscaba una paz social nacional, mediante la erradicación de las enfermedades más importantes para Perú, como la malaria, la tuberculosis, la sífilis, el alcoholismo, el consumo de coca y otros factores de “degeneración racial”, por medios como la educación, la actividad física y la nutrición adecuada (Stucchi-Portocarrero, 2018). En otras palabras, no se proponía la eliminación de las poblaciones consideradas “degeneradas” o enfermas, sino más bien su integración a lo que consideraban lo “ideal” o lo “saludable”.

De hecho, a diferencia de la mayoría de los países en los que se promulgaron leyes eugenésicas en los cuales la esterilización forzada era una de las principales medidas, los grupos eugenésicos peruanos elogiaron el ideal de la maternidad, que consideraban como el deber sagrado de toda mujer, por lo tanto, a pesar de que existieron propuestas para esterilizar “idiotas, criminales e imbéciles, tarados congénitos, enajenados, epilépticos, con retraso mental, sifilíticos, tuberculosos, alcohólicos, invertidos sexuales, etc.” (Mac-Lean y Estenós, 1951 en Stucchi-Portocarrero, 2018, p. 8), estas propuestas fueron rechazadas y vistas como una amenaza nacional, pues se consideraba que pondría en riesgo el futuro de la población del país y estaría en contra de la tradición latinoamericana de defender la natalidad, basada en la premisa de “gobernar es poblar” (Alberdi, 1915, en Stucchi-Portocarrero, 2018). Además, de mano de la tradición católica fuertemente arraigada en la región, se pensaba que la esterilización promovería la “lujuria femenina”. De esta manera, la eugenesia peruana tomó otros caminos más sutiles, por ejemplo, la exigencia de exámenes médicos prematrimoniales como una medida para prevenir la unión de “seres defectuosos” (Stucchi-Portocarrero, 2018).

### ***Eugenesia negativa. La eliminación de los indeseables.***

Conforme más grupos de poder en los diferentes contextos se fueron sumando al proyecto de la Eugenesia, éste fue tomando mayor relevancia, hasta lograr impulsar la creación de políticas y legislaciones para llevar a cabo sus planes a gran escala. A lo largo de la primera mitad del siglo XX, surgieron una serie de legislaciones en diversos países que permitieron y promovieron la esterilización forzada de algunas personas. Con la aprobación de estas leyes comenzó una serie de abusos generalizados y aceptados, en un tiempo previo a la formulación de la ética del consentimiento informado y los derechos reproductivos (Rowlands & Amy, 2017). En el Anexo 1 se resumen algunas de las principales leyes y acciones eugenésicas que surgieron en diversas regiones del mundo, así como los principales grupos contra los cuales fueron dirigidas.

La historia de las legislaciones de eugenesia negativa comenzó en los EE. UU. Durante la década de 1890, varios estados promulgaron leyes para limitar el derecho al matrimonio de personas con discapacidad intelectual, personas con enfermedades mentales y hombres que habían vivido en hogares para personas en situación de calle (Reilly, 2015). Tiempo después, a inicios del siglo XX, se viraría hacia estrategias de eugenesia negativa, pues se introdujo en el estado de Virginia la primera ley en el mundo sobre esterilización obligatoria, dirigida a “delincuentes habituales” y personas institucionalizadas que tenían discapacidad intelectual y otras enfermedades mentales y físicas. Entró en vigor en 1907 (sería reformulada en 1927 y permanecería vigente hasta 1974) (Rowlands & Amy, 2017).

A partir de esta ley —que serviría como modelo para la legislación nazi que se implementaría dos décadas después— comenzaron a crearse en distintos países sendas legislaciones que tenían como objetivo la esterilización de determinados grupos sociales. Entre los grupos más atacados por estas políticas fueron personas con discapacidad (principalmente discapacidad intelectual), personas inmigrantes (principalmente las personas romaníes en Europa), poblaciones indígenas, personas

negras (sobre todo en Estados Unidos), personas en situación de pobreza, y más recientemente, personas que viven con VIH.

### *Personas con discapacidad*

El caso legal *Buck vs Bell*, en los EE. UU., fue un hito histórico en relación a las leyes de esterilización en contra de personas con discapacidad. Carrie Buck fue una mujer negra residente de una colonia para personas con epilepsia y discapacidad intelectual del estado de Virginia. En 1927, cuando ella tenía 20 años, el Dr. John Bell le realizó un procedimiento de esterilización en contra de su voluntad. Este procedimiento se llevó a cabo bajo el supuesto de que con ello se prevendría la propagación de genes causantes de “retraso mental” que se argumentó que había en su familia, pues su madre tenía retraso mental leve y Carrie había sido institucionalizada supuestamente por la misma razón. Además, se presumía que su hija también tenía esta afección. Sin embargo, más tarde se demostró que Carrie Buck no era ni "débil mental" ni "moralmente delincuente", como se le catalogó, sino que había sido institucionalizada para “proteger la reputación” de su familia después de que fue violada y quedó embarazada cuando era una adolescente (Harris & Wolfe, 2014). La hija de Carrie presumiblemente también tenía intelecto normal, pues mostró un buen desempeño escolar hasta la edad de 8 años, cuando murió como consecuencia de sarampión (Rowlands & Amy, 2017).

Carrie demandó a John Bell debido a que la había esterilizado sin su consentimiento, pero él lo había hecho bajo el amparo de la ley de esterilización de Virginia ya mencionada. Durante las audiencias de este caso, la participación del ministro de la Suprema Corte Oliver Wendell refleja el pensamiento eugenésico de la época, pues en la resolución del caso, en el que falló en favor de Bell, comentó:

Es mejor para todo el mundo, si en lugar de esperar para ejecutar descendientes degenerados para el crimen, o dejar que se mueran de hambre por su imbecilidad, la sociedad puede evitar a aquellos que son manifiestamente no aptos de continuar con su especie [...]. Tres generaciones de imbéciles son suficientes (Buck v. Bell, 274 U.S. 200 [1927 en Annas, 1981, traducción propia).

Finalmente, la suprema corte confirmó la constitucionalidad de la ley de Virginia, colocando un precedente legal que permitió y promovió que otros estados promulgaran leyes similares. Para 1961, 27 estados y el territorio Puerto Rico contaban con leyes que permitían explícitamente la esterilización de personas con trastornos mentales. Más aún, en 22 de esos estados, el procedimiento era obligatorio, de modo que no requería el consentimiento de la persona o su guardián (Birnbaum, 1961).

Este mismo efecto se propagó mundialmente, de modo que surgieron leyes en diversos países, como España (Cleminson, 2008; González-López, 2011), la antigua Checoslovaquia (Albert & Szilvasi, 2017; Cahn, 2017), Polonia (Gawin, 2008), Suiza, Dinamarca, Noruega, Finlandia, Suecia, Austria, Estonia, Islandia (Amy & Rowlands, 2018b), Alemania (Amy & Rowlands, 2018b; Benedict & Georges, 2006), Reino Unido (Rowlands & Amy, 2017), Estados Unidos (Amy

& Rowlands, 2018c; Harris & Wolfe, 2014; Letterie & Fox Jr., 1990; McDonald, 1988; Petchesky, 1979; Price & Darity, 2010; Sills et al., 1998; Sowa & Rosenstein, 2015; Stern, 2005), Perú (Stucchi-Portocarrero, 2018), Canadá (Amy & Rowlands, 2018c), México (Amy & Rowlands, 2018a; O'Brien, 2013), China (Sills et al., 1998), Japón (Amy & Rowlands, 2018a), Australia y Nueva Zelanda (Grover, Brady & Chondros, 2002).

Un problema fue que el término de “discapacidad intelectual”, o como fue utilizado en otros lugares, “enfermedad mental” o “debilidad mental” era muy ambiguo y abierto a interpretación, de modo que en los distintos países las “afecciones” que se consideraron debilidad mental fueron sumamente amplias, por ejemplo: esquizofrenia, depresión maníaca, alcoholismo, prostitución, homosexualidad, síndrome de Down, sífilis, epilepsia, “erotomanía”, “predisposición genética para cometer actos delictivos”, entre otras. De modo tal que gran parte de las víctimas de las políticas fueron mujeres jóvenes socialmente desfavorecidas y con discapacidad intelectual de leve a moderada, solteras, con hijos nacidos fuera del matrimonio, y clasificadas como “inadaptadas”, “promiscuas sexualmente”, o “discapacitadas mentales” (Amy & Rowlands, 2018a).

Más adelante, se volvió más evidente el trasfondo racista de esas leyes pues, a pesar de estar expresamente prohibido por las leyes la esterilización de extranjeros o por razones étnicas, las personas romaníes, judías y afrodescendientes en Europa se encontraban sobrerrepresentadas entre las poblaciones esterilizadas, principalmente debido a que estas eran clasificadas como débiles mentales (Amy & Rowlands, 2018b).

Como consecuencia, cientos de miles de personas fueron esterilizadas alrededor del mundo. En Alemania, algunas mujeres intentaron escapar de tales procedimientos embarazándose deliberadamente; esto condujo en 1935 a una extensión de la Ley de Esterilización que autorizó los abortos por razones eugenésicas. Éstos también se realizaron obligatoriamente y posterior al aborto se realizaba una esterilización (Amy & Rowlands, 2018b).

También en Alemania, las políticas se llevaron a sus máximas consecuencias. En 1939 se instituyó el programa de eutanasia T4, o *T4 Aktion*<sup>1</sup> que, a diferencia del anterior programa de esterilización, sería mantenido en secreto. Bajo este programa, entre 1939 y 1945, se ejecutaron entre 120,000 y 275,000 asesinatos por “eutanasia”, incluyendo a cerca del 85% de las personas clasificadas como “enfermas mentales”, aproximadamente 5.000 niños portadores de enfermedades congénitas u otros defectos, así como a adultos con discapacidades (esquizofrenia, demencia, corea, ceguera y sordera congénita, retraso mental, síndrome de Down, malformaciones, microcefalia, parálisis, etc.) y a cualquier persona con algún defecto físico o enfermedad avanzada que le impidiera trabajar. Tales regulaciones se hicieron luego extensas a personas con “conductas antisociales”: alcohólicos, inadaptados sociales, prostitutas y enfermos de sífilis (González-López, 2011).

Posterior a la Segunda Guerra Mundial, una vez que salieron a la luz las atrocidades del régimen nazi, sirvieron de contraejemplo para el resto de los países y a partir de entonces muchas de las

---

<sup>1</sup> Nombre en clave de Tiergarten Strasse 4, dirección donde se ubicaba en Berlín la sede central de dicho organismo.

legislaciones que permitían la esterilización forzada comenzaron a ser derogadas (Gawin, 2008). Sin embargo, algunas permanecieron durante algunas décadas más y en otros casos las esterilizaciones se continuaron realizando en la ilegalidad. Las mujeres romaníes en Europa, por ejemplo, continuaron siendo víctimas de esas políticas, aunque las estrategias tornaron de la realización de esterilizaciones forzadas a la utilización de medidas coercitivas para conseguir la “aceptación” de la esterilización o del uso de métodos anticonceptivos de parte de las mujeres. En la entonces Checoslovaquia, durante la guerra fría, bajo un régimen comunista entre los años 60 y 90, las autoridades usaron diversas estrategias de coerción para obligar a las mujeres romaníes para que se sometieran a una esterilización. Entre las estrategias más comunes estaba el ofrecer una compensación monetaria y el uso de amenazas explícitas de quitarles a sus hijos o hijas en caso de que no aceptaran la operación. Además, se ejercía presión sobre las mujeres embarazadas para que se practicaran abortos (Cahn, 2017; Kosner, 2005).

### *Personas indígenas*

Otro grupo que ha sido blanco de las políticas de regulación de la población han sido las poblaciones indígenas en diversas partes del mundo, y más que regulación de población, estas prácticas tienen tintes genocidas. Uno de los ejemplos más brutales ha sucedido en Etiopía, donde Dugo & Eisen (2017) realizaron una investigación en la que entrevistaron a dos hombres que fueron presos políticos en prisiones etíopes. Narran la existencia por años de genocidio en contra de la población Oromo, en el sur del país. Debido a un intento por ocultar el genocidio de esta población, en un afán del gobierno por no perder los subsidios internacionales de varias organizaciones, en años recientes se ha llevado a cabo un “genocidio silencioso”, que consiste en el uso de torturas sexuales a presos y presas políticas para evitar su reproducción, llevando así a una destrucción lenta y velada de su comunidad. Los testimonios de los participantes en esa investigación dan cuenta del uso de torturas con el fin de volverles estériles. En el caso de los varones, mediante la colocación de pesas atadas a los testículos; en el caso de las mujeres, mediante violaciones tumultuarias y causar lesiones en la vagina con palos, vidrios y choques eléctricos. Resulta evidente que estas prácticas, perpetradas por los grupos dominantes de Etiopía, tienen como objetivo la eliminación de la comunidad Oromo, pues los entrevistados narran que, al torturarles, sus captores les decían cosas como: “gente como tú no debería vivir en estas tierras [...]. Gente como tú no debería nacer en el futuro” (Dugo & Eisen, 2017, p. 181).

Otro ejemplo de genocidio hacia las poblaciones indígenas, en este caso por medio del uso de prácticas de anticoncepción involuntaria, ocurrió en Canadá. Durante los años 70, en 14 hospitales indígenas dirigidos por el gobierno federal se efectuaron esterilizaciones forzadas hacia integrantes de los pueblos de las Primeras Naciones. El objetivo de esa estrategia fue tomar el control de las sus tierras y recursos. La esterilización forzada con estos matices es equivalente al genocidio (Amy & Rowlands, 2018a).

Y estas prácticas persisten en la actualidad. En un estudio llevado a cabo en 2017 en la región Saskatoon (Boyer y Bartlett, 2017), una zona indígena de Canadá, entrevistaron a mujeres que fueron coaccionadas para tener una esterilización inmediatamente después de su parto o cesárea en

los hospitales de salud de la región. Los resultados muestran un abuso de poder de parte del personal de salud, quienes no explicaban a las mujeres sobre las características de las esterilizaciones o lo hacían de manera engañosa, al no mencionar la irreversibilidad del procedimiento o directamente engañarlas al decir que era reversible; les daban los papeles a firmar y ellas lo hacían, aunque no quisieran la esterilización, reflejando una desigualdad de poder, pues ellas sintieron acoso de parte del personal, que insistía vehementemente sobre la esterilización, aun cuando ellas decían repetidas veces que no la deseaban. Llegaron a usar tácticas como provocar miedo o usar tecnicismos que impiden el entendimiento por parte de las usuarias, así como ignorarlas cuando decían que no querían el procedimiento. Además, durante su atención hospitalaria se sintieron juzgadas y discriminadas por ser “nativas”. Y algunas se sintieron invisibles y alienadas, pues el personal sólo se comunicaba con su pareja, ignorando su voz y sus deseos.

De manera similar, en los EE. UU., alrededor del 40% de todas las mujeres nativas americanas y el 10% de los hombres nativos americanos en los estados de Nuevo México, Arizona, Oklahoma y Dakota del Sur, fueron esterilizados durante la década de 1970. Entre 1973 y 1976, 3406 mujeres nativas americanas habían sido esterilizadas en las instalaciones del Servicio de Salud para Indígenas, un número extremadamente alto dado el pequeño tamaño de la población. A pesar de que ya existían para esas fechas claras normativas sobre consentimiento informado, éstas fueron transgredidas. Para obligar a la mujer a dar su consentimiento, se valían de técnicas como amenazarlas con que las agencias de bienestar les quitarían a sus hijos/as en caso de negarse (Amy y Rowlands, 2018a).

Por último, el caso de Perú trascendió a nivel internacional debido a que sucedió en fechas más recientes. A pesar de que, como ya se mencionó, la eugenesia en Perú tomó caminos diferentes a las naciones anglosajonas y más que la eliminación de las poblaciones indígenas por medios violentos se buscó una integración a una “raza nacional superior” por medio del mestizaje; en 1995, en la presidencia de Alberto Fujimori, y como parte del programa nacional de salud pública, financiado en parte por Estados Unidos y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, se instauró el Plan Nacional de Planificación Familiar. Poco tiempo después, en el mismo año, y a pesar de la fuerte oposición de la Iglesia Católica, se promulgó la "Ley General de Población" que legalizaba la esterilización con fines de planificación familiar (Reilly, 2015).

Entre 1995 y 2000, el gobierno peruano esterilizó aproximadamente a 300,000 mujeres y 25,000 hombres, muchos de ellos sin consentimiento informado o habiéndolo obtenido bajo coerción. A pesar de que oficialmente nunca se hizo mención de las palabras “eugenesia” o “raza” y siempre se enfatizó que las esterilizaciones eran voluntarias, existe evidencia de que se presionaba al personal médico de las zonas rurales para que cumpliera ciertas “cuotas” de esterilizaciones. Además, prácticamente la totalidad de las personas agraviadas fueron campesinos analfabetas de los andes peruanos de las etnias Quechua y Aymara (Stucchi-Portocarrero, 2018; Bosch, 2002).

Los mecanismos de presión más comunes para hacer que las mujeres aceptaran la esterilización fueron que, si la rechazaban, no tendrían derecho a solicitar atención médica para sus hijos/as, que

los recién nacidos no serían registrados o que se les aplicaría una multa (Bosch, 2002). Ainhoa Molina (2017) señala, además, las diferencias de poder dentro de las mismas personas que ejecutaron las políticas de esterilización. En su mayoría, fueron aplicadas por trabajadores/as técnicos/as de los centros de salud que también actuaron bajo coerción, pues no tenían asegurados sus puestos de trabajo y les exigían cuotas numéricas de anticonceptivos colocados, so pena de perder su trabajo. Así, algunas de las trabajadoras entrevistadas por esta autora expresan pesar y arrepentimiento por verse involucradas en esos hechos. En contraste, a las y los médicos, quienes realizaban las cirugías de esterilización, no se les exigieron cuotas ni tenían el riesgo de perder sus empleos, de forma que actuaron de manera voluntaria bajo la idea de que era un trabajo “necesario”. Una médica compartió que nunca sintió que estuviera haciendo algo malo, pues la planificación familiar es algo necesario porque las mujeres “con tantos hijos no pueden sobrevivir, no le pueden dar educación, no le pueden dar de comer” (Molina, 2017, p. 43). Así, la mayor parte del personal médico entrevistado aceptaba las políticas de esterilizaciones como necesarias para reducir la natalidad de familias numerosas y de pocos recursos económicos con el fin de reducir la pobreza. Además, defendían las esterilizaciones como medio, debido a la dificultad para concienciar a la población rural sobre el uso de otros métodos anticonceptivos, pues los esposos de las mujeres no les permiten usar algún método o por la idea de que la “gente del campo” no se preocupa por su salud.

#### *Personas en situación de pobreza*

Existen dos casos paradigmáticos dentro de las legislaciones sobre el control de la reproducción en el mundo. Se trata de políticas de esterilización y anticoncepción que surgieron luego de la segunda guerra mundial, siguen vigentes en la actualidad y que, en apariencia, no obedecían a ideas eugenésicas, puesto que se aplicaron a la población en general: las políticas de población de China e India, que tienen como principal objetivo reducir la fecundidad debido a los riesgos económicos de la sobrepoblación.

En el caso de China, a fines de la década de 1970, los líderes del Partido Comunista de China, ante el problema del rápido crecimiento de la población y cada vez más preocupados por su capacidad para alimentarla, instituyeron una política según la cual se permitiría a toda familia tener solamente un hijo o hija. En las siguientes tres décadas, esta política redujo drásticamente la tasa de fertilidad en el país y se tienen registro de la realización de 222 millones de esterilizaciones y 336 millones de abortos en China desde 1971. La gran mayoría de las esterilizaciones se han realizado en mujeres (Reilly, 2015).

A pesar de que esta política se formuló para todas las familias chinas, sin distinción de clase o nivel socioeconómico, en la práctica terminó siendo una política en contra de las familias en situación de pobreza, pues las familias adineradas podían burlar la ley pagando una "tarifa de compensación social", que era equivalente a entre 3 y 10 veces el ingreso anual de una familia china promedio (Reilly, 2015).

En algunas regiones del país, todas las mujeres en edad reproductiva que ya tenían un hijo se vieron obligadas a colocarse dispositivos intrauterinos. Además, se forzó a todas las mujeres que tuvieran un segundo hijo a someterse a una ligadura tubárica. En caso de que se negaran, los funcionarios locales estaban calificados para imponer severas sanciones económicas, así como negar los certificados necesarios para que sus hijos/as entraran a la escuela (Reilly, 2015).

Adicionalmente, debido al deseo cultural generalizado de tener un hijo, la política de un solo hijo ha tenido un impacto enormemente dispar en el nacimiento y el bienestar de las niñas. Durante las últimas dos décadas del siglo XX, el uso ilegal del ultrasonido para la selección del sexo, seguido por el aborto y el infanticidio femeninos generalizados, llevó a un enorme desequilibrio de la proporción de sexos (Reilly, 2015).

En 2002, China adoptó una nueva Ley de Población y Planificación Familiar que tenía como objetivo frenar el crecimiento de la población sin recurrir a la coerción, una meta que aún no se ha cumplido. Muchos analistas creen que las esterilizaciones forzadas todavía son implementadas con frecuencia por funcionarios locales, que son presionados por funcionarios de mayor jerarquía para que cumplan una cuota de esterilizaciones o implantación de dispositivos intrauterinos, aun en contra de la ley (Reilly, 2015).

Por su parte, en la India, en 1975, el gobierno declaró que los hombres que habían engendrado dos hijos debían someterse a una esterilización. Según algunas estimaciones, durante el período conocido como “la Emergencia” (1975–1977), 10 millones de personas en la India fueron esterilizadas, frecuentemente en circunstancias coercitivas. Si bien el gobierno abandonó esas políticas más extremas, se ha mantenido la utilización de otras formas de coerción para lograr la aceptación de métodos anticonceptivos, como el uso de incentivos financieros para parejas en situación de pobreza. Sin embargo, a pesar de que en un inicio las esterilizaciones se dirigieron principalmente a los hombres, en la actualidad más del 90% de las esterilizaciones se realizan en mujeres (Reilly, 2015).

La mayoría de las operaciones se realizan en pequeñas clínicas rurales. Las mujeres que "aceptan" ser esterilizadas suelen estar entre las más pobres de la sociedad, por lo que el incentivo económico de aproximadamente USD10 se convierte en una ayuda significativa y es prácticamente irrechazable. Adicionalmente, se realizan campañas en las cuales se instalan "campos de esterilización" itinerantes durante algunas semanas en diferentes ciudades. A los médicos que ahí laboran se les exige el cumplimiento de cuotas de esterilizaciones realizadas o dispositivos intrauterinos colocados, y si las superan, les otorgan compensaciones económicas (Reilly, 2015).

La cantidad de esterilizaciones efectuadas bajo estas condiciones es descomunal. Tan sólo en 2011, en Bihar, el estado con el ingreso per cápita y la tasa de alfabetización más bajas de la India, el gobierno instaló 13,000 campamentos con el objetivo de esterilizar a 650,000 mujeres y 12,000 hombres. En 2012, aproximadamente 4,6 millones de mujeres fueron esterilizadas en la India; la mayoría de manera involuntaria y bajo condiciones que no cumplirían las normativas internacionales del consentimiento informado (Reilly, 2015).

### *Personas que viven con VIH*

Como resulta evidente de la sección anterior, pese a la derogación de casi todas las legislaciones que permitían la esterilización forzada y bajo coacción de diversas poblaciones, además de la creación de legislaciones sobre derechos humanos a nivel internacional, se han realizado, de manera velada, esfuerzos por continuar la eliminación gradual de grupos poblacionales que son colocados en situación de marginación. Uno de estos grupos ha sido el de personas que viven con VIH en diversos países, sobre todo en África y Latinoamérica.

En investigaciones recientes realizadas en Sudáfrica, que tenían como propósito indagar sobre las diversas formas de discriminación y violencia que enfrentan las personas que viven con VIH en las unidades de salud, se ha encontrado como una de las principales formas de violación de sus derechos la anticoncepción bajo coerción. Un ejemplo de estas investigaciones es el reporte elaborado por el *South African National AIDS Council (SANAC)* (2015), que consistió en una encuesta realizada a 10,473 personas que vivían con VIH. 65% de las respondientes fueron mujeres. La investigación tenía el propósito de conocer las experiencias de estigma y discriminación de las personas que viven con VIH en diversos ámbitos en el marco de su atención en salud. Entre otros aspectos, resulta de interés que el 30% de las y los respondientes reportaron no haber recibido información sobre sus opciones reproductivas, 7% dijeron haber sido forzados/as a esterilizarse y 37% mencionaron que el acceso a antirretrovirales era condicionado a usar algún método anticonceptivo. Este estudio en particular no hace distinción entre hombres y mujeres, lo cual sería muy importante, dado que, como dan cuenta otras investigaciones, la esterilización ha sido enfocada fundamentalmente en las mujeres, por lo que es probable que las proporciones fueran mayores si se tomara en cuenta sólo a ellas.

En Kenia, la *African Gender and Media Initiative* (2012) llevó a cabo una investigación en la que se realizaron entrevistas a 40 mujeres que formaban parte de grupos de apoyo para mujeres que viven con VIH. Las autoras reportan la existencia de varias estrategias para coaccionarlas para aceptar una esterilización. Una de ellas consiste en que el personal de salud se colude con los familiares de la mujer para convencerla con base en información errónea o sesgada. Además, el consentimiento era rutinariamente buscado durante situación de vulnerabilidad, como durante el trabajo de parto o justo antes de entrar a quirófano para la realización de una cesárea. En ocasiones se ofrecieron incentivos como comida para forzarlas a aceptar el procedimiento.

En Namibia, *The International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW)* (2009) presentó el reporte de una investigación en la que participaron 230 mujeres que viven con VIH. Aproximadamente el 18% de las mujeres dijo haber sido esterilizada en contra de su voluntad y sin firmar una hoja de consentimiento, y la mayoría sintieron que se debió a su estatus de VIH. Además, enfrentaron discriminación de parte del personal del hospital de todos los niveles, incluyendo recepcionistas, personal médico y de enfermería, que consideraban que no debían tener hijos por el hecho de vivir con VIH. En las entrevistas al personal de salud, resultó evidente que se percibía a las mujeres con VIH embarazadas como irresponsables e incapaces de manejar sus

propias necesidades de salud y las de sus familias y como personas ignorantes que no entendían la información que se les daba.

Algunos médicos consideraron que, por esas razones, ellos deberían estar autorizados a tomar decisiones por las mujeres, “por su bienestar” o el de la comunidad. En uno de los hospitales en los que se llevó a cabo la investigación, la ligadura tubárica es el procedimiento estándar realizado a *todas* las mujeres embarazadas que viven con VIH, y las mujeres que ahí se atienden temen que se les niegue la atención si rechazan el procedimiento. Además de la ligadura tubárica, los anticonceptivos inyectables *Depo-provera* son también brindados de manera coaccionada, sin darles información sobre las consecuencias o efectos secundarios. Asimismo, las mujeres enfrentaron otras formas de discriminación, como que miembros del personal les dijeran que no deberían estar embarazadas, que se mantuvieran áreas de espera separadas para mujeres en función de su estatus de VIH, y algunas fueron forzadas a firmar un consentimiento para ligadura tubárica para poder acceder a otros servicios de salud, como un aborto.

En el caso de Latinoamérica, en Chile, el reporte de *Center for Reproductive Rights and Vivo Positivo* (2010) presenta un panorama sobre la atención en salud de las mujeres que viven con VIH, presentando aspectos como el estigma y discriminación, la tasa de transmisión vertical, el trato en las clínicas y hospitales en relación con el diagnóstico y la consejería, entre otros. Presentan las experiencias de 27 mujeres chilenas que viven con VIH, así como la perspectiva de personal de salud y administrativo de clínicas para atenderlas. Como parte de la violencia que viven estas mujeres, la presión o coerción para que no tengan hijos/as es una de las principales, pues el personal consideraba que no debían reproducirse y les decían cosas como que estaban enfermas y no debían tener hijos/as. De las 27 mujeres que participaron, 16 habían sido esterilizadas, y de ellas, sólo cuatro dijeron haber hecho una decisión informada y voluntaria. El resto dijeron que habían usado en ellas tácticas como una consejería directiva, con información incompleta o engañosa, o ser esterilizadas sin su consentimiento durante otro procedimiento.

Otra investigación realizada en Chile (Vidal y Carrasco, 2004) muestra que, en el marco de la atención a la salud de 100 mujeres que viven con VIH, el personal de salud presionó al 66% de las respondientes a cambiar sus conductas sexuales (no se especifica de qué modo), al 56% a utilizar métodos anticonceptivos y a 34% a esterilizarse.

### **El caso mexicano**

El caso mexicano fue similar a lo ocurrido en Perú, en el sentido que los discursos raciales estaban dirigidos hacia el mestizaje, es decir, la integración de las poblaciones indígenas a una población mestiza considerada superior. Además, también debido a la tradición católica, los esfuerzos de algunos científicos por implementar leyes para promover la esterilización forzada no rindieron frutos. Sin embargo, existen claras muestras de que la doctrina de la Eugenesia llegó a México y, a pesar de que no se materializó en la creación de leyes nacionales de esterilización forzada, si trascendió al terreno de políticas públicas. Igualmente, el control de la reproducción, a través de los cuerpos de las mujeres, ha estado muy presente en las legislaciones demográficas del país.

En la historia nacional sobre el control de la reproducción, se pueden distinguir dos grandes puntos de inflexión que se reflejaron en esfuerzos a gran escala por el control de los procesos reproductivos: la creación de la Ley General de Población de 1936, que tuvo como objetivo incrementar el tamaño de la población en México, debido a los estragos de la guerra de Revolución; y la creación de una nueva Ley General de Población en 1974, con objetivos totalmente opuestos: disminuir la tasa de natalidad, como respuesta a los discursos y preocupaciones existentes en el plano internacional sobre los riesgos económicos y para el desarrollo que suponía un incremento acelerado de la población.

*Primer punto de inflexión. La Ley General de Población de 1936 y las políticas pro-natalistas*

Tras el fin de la Revolución Mexicana, la situación del país era dramática: la guerra cobró miles de muertos (la población nacional se redujo en un 0.5%), además de que gran parte de la población se encontraba en pobreza extrema y desnutrición y el sistema de salud público deficiente de la época no podía disminuir esos males. Durante la década de 1920, la tasa de crecimiento de la población fue de 1.7% (Kurczyn y Arenas, 2014).

En un intento por solucionar esta problemática, el gobierno de Lázaro Cárdenas creó la Ley General de Población en el año de 1936, con el propósito explícito de solucionar los que se consideraron los “problemas demográficos fundamentales”: I. El aumento de la población; II. Su racional distribución dentro del territorio; III. *La fusión étnica de los grupos nacionales entre sí*; IV. *El acrecentamiento del mestizaje nacional mediante la asimilación de los elementos extranjeros*; V. La protección a los nacionales en sus actividades económicas, profesionales, artísticas o intelectuales, mediante disposiciones migratorias; VI. La preparación de los núcleos indígenas para constituir mejor aporte físico, económico y social desde el punto de vista demográfico; y VII. *La protección general, conservación y mejoramiento de la especie* (artículo 1o.) (Ley General de Población (LGP), 1936).

Al centrar la atención en las palabras en cursivas, resulta claro el trasfondo eugenésico y biopolítico detrás de esta ley. Biopolítico en tanto que se trató de un dispositivo cuya finalidad era regular a la población nacional para incrementar su natalidad y regular su distribución en el territorio nacional, de acuerdo con los fines convenientes para el desarrollo nacional<sup>2</sup>. Eugenésico debido a expresiones como “mejoramiento de la especie”, “fusión étnica de los grupos nacionales” y debido a la implementación de un proceso de mestizaje dentro de la población nacional. Esto significó la búsqueda de la desaparición de poblaciones indígenas con miras a integrarlas a una raza única nacional, supuestamente superior.

Empero, al tratarse de una política pro-natalista, las estrategias promovidas serían de eugenesia positiva. De esta forma, el artículo 4º de esta ley señala que el aumento de la población debería hacerse por tres vías: 1) por el crecimiento natural, 2) por la repatriación y 3) por la inmigración. Respecto a la primera medida, en el artículo 5º se señala que “para lograr el crecimiento natural, se

---

<sup>2</sup> Véase capítulo 2, para un análisis más extenso sobre la biopolítica.

dictarán o promoverán las medidas adecuadas al fomento de los matrimonios, [y el] aumento de la natalidad” (LGP, 1936, p. 1), entre otras medidas de salud pública.

La segunda medida consistiría en fomentar la repatriación de connacionales para ubicarles en lugares y medios “donde puedan ser útiles los conocimientos y adiestramientos que hayan adquirido en el extranjero, y dotándoseles de los elementos necesarios para convertirlos en factores de producción” (Art. 6º) (LGP, 1936, p. 2). Asimismo, a la vez que se fomentó la repatriación de mexicanos, se reglamentó la capacidad de la secretaría de Gobernación para impedir o restringir la emigración, con el fin de evitar la disminución de la población.

Finalmente, respecto a la inmigración, se ve en este rubro los esfuerzos más explícitos para “mejorar la raza”, pues se buscó, “para resolver problemas étnicos, promover la inmigración de extranjeros de la nacionalidad, raza, sexo, edad, estado civil, ocupación, instrucción e ideología que [la Secretaría de Gobernación] considere adecuadas” (LGP, 1936, p. 2). Y más adelante se señala que se darán facilidades “a los extranjeros asimilables y cuya fusión sea más convenientes para las razas del país” (LGP, 1936, p.2). En el mismo sentido, correspondería también a la Secretaría de Gobernación “formular los programas de acción [...] para realizar la *fusión étnica* de los grupos nacionales, que se estima de interés social” (LGP, 1936, p. 2, las cursivas son mías).

Es necesario hacer énfasis justamente en los ideales eugenésicos que traslucen a través de algunos postulados de esta política. Si bien se trata de elementos de eugenesia positiva, dan cuenta de que, en México, en esa época, el movimiento de la Eugenesia había tomado fuerza y llegado hasta los altos círculos de poder, mismos que no se limitarían a las estrategias positivas de eugenesia, sino que, pese a la existencia de una ley para incrementar la reproducción de la población, existieron sendos esfuerzos de eugenesia negativa, particularmente, esterilización forzada.

En primer lugar, hay que mencionar que, como sucedió en otros países, en México también se aprobó una ley que permitía la esterilización forzada de personas con enfermedades mentales y discapacidad intelectual, en 1932, en el estado de Veracruz. Esta fue la única ley de esterilización eugenésica en América Latina en ese momento, pero no se tienen registros sobre la realización de las esterilizaciones (Amy & Rowlands, 2018a).

Aunque más allá de esa ley de limitado alcance, es necesario revisar el clima científico de la época, y analizar cómo fue que, en el contexto de la política y visión pro-natalistas que regían en México entre los años 20 y hasta los 70, pudieron sobrevivir y desarrollarse visiones que pugnaban por la esterilización forzada.

Las ideas eugenésicas eran algo generalizado entre los círculos médicos y se fueron desarrollando desde décadas atrás. Muchos médicos de finales del siglo XIX promovieron la ciencia de la pelvimetría, una disciplina similar a la frenología que tenía claros tintes racistas. Por medio de sus postulados, se clasificaba a las mujeres a lo largo de líneas raciales en función de la medida de sus pelvis. Esta medida era la base para el tratamiento de las mujeres embarazadas. Los practicantes de esta disciplina consideraban que las mujeres indígenas poseían una anatomía reproductiva “inferior”, debido a que sus pelvis eran más estrechas y de forma “errónea” para una reproducción

adecuada. Por lo tanto, las formas “atrasadas” de la pelvis de las mujeres indígenas ponían el peligro el modelo esquelético europeo más avanzado, al que México debería aspirar si deseaba lograr el éxito. De ahí se derivó que la profesión médica debería asumir la responsabilidad de identificar y limitar la parte problemática de la nación para fortalecer el conjunto, en otras palabras, dado que las mujeres indígenas no podían dar a luz por medio del parto debido a su pelvis defectuosa, definitivamente no deberían reproducirse (O’Brien, 2013).

Así comenzó la realización de esterilizaciones forzadas a mujeres indígenas. En una investigación realizada por Ortega Flores entre enero de 1916 y marzo de 1917, 57% de las mujeres que visitaron la sala de ginecología del Hospital General de México recibieron una operación que las volvió estériles (en O’Brien, 2013).

En la misma línea, en 1931, el médico Gustavo Adolfo Trangay propuso un plan para una campaña de esterilización eugenésica en México. Consideraba que el comportamiento social estaba vinculado a rasgos heredados, y creía que algunos individuos presentaban amenazas económicas, culturales o biológicas a la nación; por lo que era responsabilidad de la medicina proteger los intereses del estado. Trangay creía que la élite de México debería redimir a las comunidades rurales del país y los médicos deberían asumir posiciones de poder en las comunidades rurales de todo México. Propuso la esterilización de mujeres indígenas y trabajadoras "atrasadas" para mejorar la composición racial de la nación. Era necesario, además, hacerlo por medio de histerectomías, pues rechazó la idea de que se pudiera confiar en que “los mexicanos de clase baja” usaran anticonceptivos (O’Brien, 2013).

Estos ideales nunca progresaron y no llegaron a terrenos legislativos. En gran medida debido a que la Iglesia Católica —de gran influencia en la cultura mexicana— se posicionó en contra de cualquier método de control de la natalidad, al considerar que podría fomentar la “promiscuidad” de las mujeres. Además, la esterilización de las mujeres por cualquier medio y la venta y promoción de métodos anticonceptivos, estaba prohibido en la legislación mexicana, pues el Código Penal de la época señalaba penas de 12 años de prisión y multas a la realización de procedimientos que tuvieran como objetivo limitar la maternidad (O’Brien, 2013).

Trangay se enfrentó a esas posturas al decir que las leyes de la herencia deberían estar por encima de la Iglesia, de la ley y de la autonomía individual, además de reclamar que la legislación impedía a los médicos cumplir con sus deberes profesionales y morales, pues consideraba como su derecho legítimo efectuar esterilizaciones sin consecuencias legales. Buscó modos de evadir la ley al argumentar que el artículo que prohibía la esterilización lo hacía por considerarla una operación innecesaria para la salud del individuo, pero él la veía como una operación necesaria, pues las mujeres indígenas sufrían de una enfermedad incompatible con las funciones reproductivas, por lo que era necesaria para su salud, además, era también buena para el bienestar económico de la mujer, puesto que “ya tenía la cantidad de hijos que podía apoyar y educar” (en O’Brien, 2013, p. 28).

Las aspiraciones de Trangay no lograron trascender más allá de su práctica médica y no llegaron a tener efectos en las legislaciones mexicanas, de hecho, en la actualidad, la esterilización forzada se

encuentra tipificada como un delito en el Código Penal Federal, así como en los códigos penales de 15 entidades federativas<sup>3</sup> (GIRE, 2014).

*Segundo punto de inflexión. La Ley General de Población de 1974 y los programas de Planificación familiar*

Los objetivos de la Ley General de Población de 1936 se cumplieron. Durante el periodo de 1930-1940 la población creció a una tasa promedio anual de 1.8%, de manera que para 1940, la población nacional fue de 19.7 millones de personas. En 1947 se realizó una reforma a la Ley General de Población, sin embargo, no fue una reforma sustancial, pues se siguieron considerando los mismos “problemas demográficos fundamentales”, así como las mismas estrategias pro-natalistas<sup>4</sup> (Kurczyn y Arenas, 2014), así que la población siguió creciendo a ritmos cada vez más acelerados, al grado que para la década de 1970, la tasa de crecimiento poblacional alcanzó su mayor cifra en la historia, un 3.5% anual, y mismo fue el caso de la tasa global de fecundidad, que fue de 6.8 hijos por mujer. En términos absolutos, el crecimiento de la población fue de aproximadamente 15 millones de personas en los años veinte a casi 50 millones en los setenta (Secretaría de Salud (SSA), 2014).

Sin embargo, el discurso sobre el crecimiento de la población había cambiado. En los años 70, el país era afectado por diversos problemas que afectaban la economía: escasez de tierras, demanda de empleos, distribución del ingreso inequitativa, generalización de la pobreza, y por vez primera, el crecimiento poblacional se consideraría parte de esos problemas. De hecho, se consideró uno de los más importantes, al creerse que el empobrecimiento y la dificultad para mejorar los niveles de bienestar social (salud, educación, vivienda, alimentación, empleo, etc.) eran causados por la falta de control de la natalidad y planificación familiar (Kurczyn y Arenas, 2014).

En esa línea, la ONU señalaba la necesidad de la planificación familiar como una herramienta central para la disminución del crecimiento exagerado de la población y, en consecuencia, para incrementar el nivel de vida de ésta. Así, de acuerdo con las recomendaciones internacionales, en 1973, el gobierno mexicano levantó la prohibición a la venta y propaganda de métodos anticonceptivos (SSA, 2014), y al año siguiente se creó una nueva Ley General de Población, con objetivos contrarios a la anterior.

El propósito primario de esta nueva ley sería disminuir la tasa de natalidad mediante la aplicación de los primeros programas de planificación familiar, con la coordinación de los sistemas educativos y de salud pública, y la integración de las mujeres al proceso educativo y económico, entre otras estrategias, con el objetivo de “regular racionalmente y estabilizar el crecimiento de la población, así como lograr el mejor aprovechamiento de los recursos humanos y naturales del país.” (Art. 3º).

---

<sup>3</sup> Baja California Sur, Chiapas, Coahuila, Ciudad de México, Durango, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán

<sup>4</sup> El único cambio significativo sería en la cuestión migratoria, pues luego de la Segunda Guerra Mundial, se firmó un acuerdo entre México y EUA, el “programa Bracero” que fomentó la emigración de mexicanos para trabajar en los campos estadounidenses (Kurczyn y Arenas, 2014). Además, se eliminaron las alusiones más claras a la eugenesia, como el problema demográfico número VII: protección general, conservación y mejoramiento de la especie.

Adicionalmente, se determinó la creación del Consejo Nacional de Población (CONAPO), que tendría la función de la vigilancia del cumplimiento de los objetivos de la ley y de la planeación demográfica (LGP, 1974).

Algunos años después de la promulgación de la Ley General de Población, en 1977, se aprobó el Plan Nacional de Planificación Familiar del Sector Salud con el objetivo de reducir la tasa de crecimiento de población a 2.5% en un plazo de cinco años, además de establecer metas específicas de colocación de anticonceptivos para cada institución pública de salud. La planificación familiar sería entendida partir de su definición en el artículo 4º constitucional, como “el derecho de toda persona a decidir, de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos” (Const. 1917, Art. 4). Es un derecho humano que implica la facultad que tienen hombres y mujeres de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura, libre e informada; de ejercer el derecho de procrear o no, así como la libertad para decidir cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho de las personas a recibir información, consejería y acceso a métodos anticonceptivos de su elección, seguros y eficaces (SSA, 2014).

Poco a poco, los servicios de planificación familiar se fueron generalizando por el país. Inicialmente funcionaron únicamente en hospitales de zonas urbanas, pero después llegarían a tener incidencia en las zonas rurales, gracias a personas voluntarias de las comunidades. Como parte de este Plan, también se aumentó la oferta y diversidad disponible de métodos anticonceptivos y se llevaron a cabo campañas masivas de educación a la población (SSA, 2014).

De igual manera, el cumplimiento de metas de anticonceptivos colocados por institución pública de salud se convertiría en un indicador muy socorrido y que existe hasta la actualidad. Este hecho resulta de mucha utilidad para evaluar la eficacia de estas políticas en términos cuantitativos, pero a la vez conlleva serios peligros, pues en ocasiones el personal se puede ver orillado a presionar a algunas mujeres para que utilicen anticonceptivos a fin de cumplir esas metas, como menciono después en este trabajo<sup>5</sup>.

Para las décadas siguientes, se aplicaron nuevas estrategias para la planificación familiar, por ejemplo, en los años noventa se buscó fomentar la participación activa de los varones mediante la creación de servicios gratuitos de vasectomía sin bisturí. De gran importancia en esta década fue la realización de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en El Cairo, en 1994. Previa a esta conferencia, la retórica en torno a la planificación familiar versaba sobre la disminución de la tasa de fecundidad para reducir el crecimiento acelerado de la población. Posteriormente, se habló acerca de la reducción de la mortalidad materna e infantil. Pero después de la Conferencia de El Cairo, la retórica comenzó a ser a partir de asegurar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población, con perspectiva de género y enfoque intercultural. En esta Conferencia, México se comprometió a satisfacer las necesidades de su población en cuanto a educación y salud, incluyendo, desde luego, la salud reproductiva. Esto como

---

<sup>5</sup> Véase sección “coerción directa”. p. 138

un medio para lograr el desarrollo individual y el desarrollo equilibrado de la población (SSA, 2014).

En ese mismo año, se publicó la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM 005-SSA2-1993), que serviría para homogeneizar la prestación de servicios y la información a conocer sobre las opciones de planificación familiar entre las personas proveedoras de estos servicios a nivel nacional (SSA, 2014).

Al año siguiente, 1995, con fines a cumplir los compromisos firmados en El Cairo, se implantó en México uno de los primeros programas en el mundo de Salud Reproductiva, con cobertura nacional y que vinculó los componentes de planificación familiar, salud sexual y reproductiva de adolescentes, salud perinatal y salud de las mujeres, todo ello desde una perspectiva de género y de derechos humanos (SSA, 2014).

En la actualidad persisten las mismas estrategias. En el último Programa de Acción Específico sobre Planificación familiar disponible, correspondiente a los años 2020-2024, se considera a la planificación familiar como una de las estrategias más costo-efectivas en salud pública, dado que ayuda a prevenir la mortalidad y morbilidad materna al reducir el número de abortos inseguros debido a embarazos no deseados y contribuye a disminuir las infecciones de transmisión sexual. Asimismo, permite reducir la mortalidad infantil como resultado de ampliar el espaciamiento entre nacimientos<sup>6</sup>. (SSA, 2020).

El acceso a anticonceptivos, en un nivel individual, también mejora el estatus y empoderamiento de mujeres porque, al tener la posibilidad de controlar su reproducción, facilita su desarrollo personal e incrementa sus posibilidades de unirse a la fuerza de trabajo. Y en un nivel global, el uso de anticonceptivos se considera también una medida efectiva en contra de los efectos negativos del cambio climático, al reducir el número de embarazos no deseados que contribuyen al crecimiento de la población, a la vez que contribuye a la reducción de pobreza y a mejorar el desarrollo económico (SSA, 2014, 2020).

#### *Aplicación y efectos de las políticas*

Al igual que la política anterior, los objetivos de la Ley General de Población de 1974 se cumplieron, pues se redujo de manera considerable la tasa de crecimiento de la población, que pasó de 3.2% anual, en 1970, a 1.9% en 1990, y 1.4% en 2010 y 2015 y se estima que la reducción persista. De igual manera, la tasa global de fecundidad se redujo de 6.72 hijos por mujer en los 70 a 2.28 para 2010, y en 2018, la tasa se ubicó en 2.07 hijos por mujer (INEGI, 2019).

Desde luego, este descenso en la natalidad se relaciona de manera directa con el aumento en la oferta y provisión de métodos anticonceptivos, pues se ha registrado un incremento considerable

---

<sup>6</sup> En países en desarrollo, el riesgo de prematurez y de bajo peso al nacer se duplica cuando la concepción ocurre dentro de los seis meses posteriores al último parto, además los infantes que nacen dentro de los dos años siguientes al último parto, tienen 60% más probabilidad de morir durante la infancia que quienes nacen posterior a dos años del último parto de su madre. (Cleland, et al., 2014, en SSA, 2014).

en el uso de éstos por parte de mujeres unidas en edad fértil (MEFU)<sup>7</sup>. En 1976, 30.2% de las MEFU utilizaban algún método anticonceptivo, pero esta cifra fue en aumento: 52.7% en 1987, 68.5% en 1997 y 72.5% en 2009, 75.6% en 2014 y 73.1% en 2018 (CONAPO, 2013; INEGI, 2019). En el caso de las mujeres sexualmente activas (MEFSA), en 2014, el porcentaje de utilización de algún método anticonceptivo fue de 51.6%, mientras que, en 2018, fue de 53.4% (INEGI, 2019).

El aumento en cuanto a la provisión de métodos anticonceptivos, sin embargo, ha sido de manera desigual entre diferentes grupos poblacionales en el país. El programa de planificación familiar hace mucho énfasis en la gran brecha que ha existido entre el uso de anticonceptivos entre las mujeres indígenas y no indígenas. En 1997, la diferencia en la prevalencia de uso de anticonceptivos entre las mujeres hablantes de una lengua indígena y aquellas que no, era de más de 20 puntos porcentuales (48.3% y 70.2%, respectivamente), esa brecha se ha ido acortando, y para 2009, se redujo a 15.4 puntos porcentuales de diferencia (57.9% y 73.3% respectivamente) (CONAPO, 2013).

Asimismo, ha existido una gran diferencia en la provisión de métodos anticonceptivos en zonas urbanas y rurales. En 1976, en los albores de la nueva Ley de Población, la diferencia entre uso de anticonceptivos entre MEFU en zonas rurales y urbanas era de casi 30 puntos porcentuales (13.7% y 42.1%, respectivamente). Esta gran diferencia se debe principalmente a que la aplicación de las políticas de planificación familiar se concentró en las ciudades en un inicio y gradualmente se fue difundiendo a las zonas rurales. Gracias a esta estrategia, esa brecha se ha ido reduciendo, al grado que para 2009 era de 11.2 puntos porcentuales (63.7% en zonas rurales y 74.9% en zonas urbanas) (Gráfica 1).

---

<sup>7</sup> la cobertura de los servicios se ha medido tradicionalmente en términos de Mujeres en Edad Fértil Unidas (MEFU), esto es, mujeres de 15 a 49 años de edad que se encuentran casadas o unidas. Recientemente, se empezó a calcular la cobertura del Programa con relación a las Mujeres en Edad Fértil Sexualmente Activas (MEFSA), que se refiere a mujeres de 15 a 49 años de edad que tuvieron relaciones sexuales durante el mes previo a la entrevista.

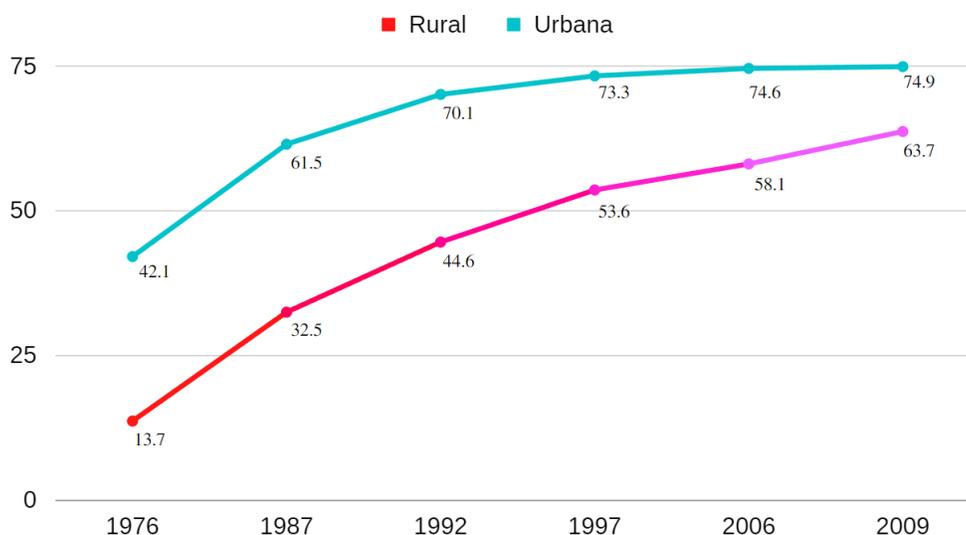


Figura 1. Porcentaje de mujeres unidas que usan anticonceptivos por lugar de residencia. Elaboración propia con datos de CONAPO (2013).

Esta reducción puede verse como un cumplimiento de las políticas de planificación familiar y una reducción de la desigualdad, al buscar una mayor provisión de anticonceptivos en las zonas rurales y a mujeres indígenas. Evidencia a este punto de vista proviene de los datos sobre la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos. Este dato representa el porcentaje de MEFU que no utilizan ningún método anticonceptivo, a pesar de haber expresado su deseo de limitar o espaciar su fecundidad. En 2009, la cifra correspondió al 10% de las MEFU y en 2018 al 11.1%, pero de manera específica, este dato es mayor en mujeres adolescentes, entre 15 y 19 años (24.8% en 2009, 22.2% en 2018), en población que habla alguna lengua indígena (21.7% en 2009, 16.7% en 2018) y en la población rural (15.9% en 2009, 12.6% en 2018) (SSA, 2014; INEGI, 2019). La mayor reducción de necesidad insatisfecha se dio en las mujeres que hablan una lengua indígena.

Sin embargo, estos esfuerzos pueden tener una lectura distinta, pues el hecho de querer disminuir la brecha entre MEFU indígenas y no indígenas, así como entre mujeres en zonas rurales y urbanas, implica también el uso de estrategias más agresivas para aumentar la prevalencia de anticonceptivos entre las mujeres indígenas y entre las habitantes de zonas rurales. Esto se ha reflejado en una mucho mayor colocación de anticonceptivos y realización de esterilizaciones a mujeres indígenas.

Como muestra de ello, la siguiente gráfica presenta una comparación entre las tasas de esterilización y colocación de dispositivos intrauterinos (DIU) a nivel nacional, pero haciendo una distinción entre los municipios con mayoría de población indígena y no indígenas. En total, entre los años 2011 y 2015, la tasa en los municipios indígenas (573.44 por cada 100 000 habitantes) fue cerca de cinco veces mayor que en los municipios no indígenas (162.72 por cada 100 000 habitantes). La diferencia fue mayor en el año 2013, cuando la tasa de las regiones indígenas (835.86 por cada 100 000 habitantes) fue cerca de ocho veces superior a la de las regiones no indígenas (150.74 por cada 100 000 habitantes) (Gráfica 2).

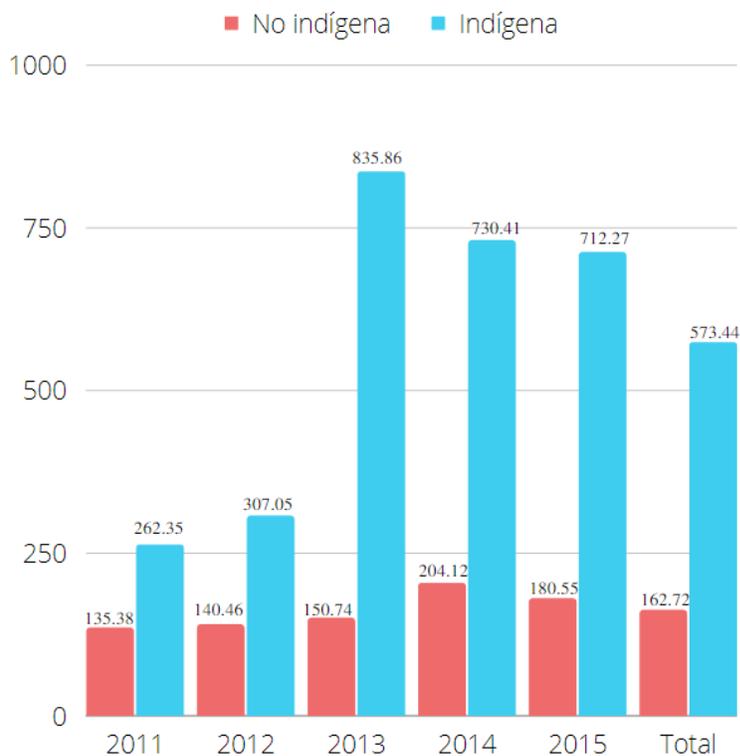


Figura 2. Tasas de esterilización y colocación de DIU a nivel nacional. Por 100,000 mujeres de 15 a 49 años, 2011-2015. Fuente: Castro y Campuzano (s.f.)

Desde luego, a pesar de que las estrategias de anticoncepción se dirijan principalmente a mujeres indígenas, los datos hasta aquí presentados no permiten diferenciar si se trata de esterilizaciones voluntarias o no. Sin embargo, una de las principales estrategias para alcanzar las metas propuestas de provisión de anticonceptivos, es aplicarlos cuando las mujeres acuden a un centro hospitalario para la atención de algún evento obstétrico. Esta estrategia se conoce como Anticoncepción post-evento obstétrico (APEO), y es concebida como un mecanismo que “permite a la mujer en el periodo de puerperio posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva” (SSA, 2002, p. 17). Esto mediante el uso de un método anticonceptivo temporal o permanente, que será adoptado antes de que abandone la unidad médica en donde se atendió su evento obstétrico o durante los 40 días posteriores a éste. La justificación de esta estrategia es que ayuda a incrementar el intervalo intergenésico, es decir, el tiempo transcurrido ente un embarazo y otro, reduciendo así la probabilidad de morbi-mortalidad materna y perinatal (SSA, 2002).

Y la justificación para llevarla a cabo justo después del evento obstétrico es que “los factores culturales, la alta marginación, los mitos y tabúes sobre la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos, en ocasiones condiciona a las mujeres a no regresar al hospital” (SSA, 2002, p. 33), por lo que debe aprovecharse la oportunidad cuando ya están dentro del hospital.

Esta estrategia se remonta a la década de 1980 y comenzó a aplicarse a grupos considerados como vulnerables: mujeres indígenas, mujeres habitantes de áreas rurales, y mujeres en los extremos de la vida reproductiva (SSA, 2002). Mediante ella, se buscó disminuir la mortalidad materna y

neonatal y mejorar las condiciones de vida de las personas, bajo el entendido que el aumentar el espaciamiento de los embarazos en una mujer ayuda a reducir la mortalidad materna y perinatal (SSA, 2014). En años más recientes, el énfasis en este programa fue mayor, en consecuencia, se incrementó la cantidad de mujeres que recibieron APEO, por ejemplo, en 2006 fueron 928.5 mil, mientras que para 2012 el número incrementó a 1.26 millones, lo cual significa un incremento de 36% (SSA, 2014b).

De todas las instituciones públicas, el IMSS Oportunidades es la institución con las cifras más altas de colocación de APEO, pues esta estrategia se aplica al 84.7% de las mujeres que acuden a atenderse por algún evento obstétrico. En segundo lugar, se encuentra la SEDENA, con 76.6% y PEMEX, con 74.4%. No obstante, estas dos instituciones atienden a una población mucho menor. Estas instituciones lograron cumplir la meta que se les indica a partir del PAE de Salud Materna y Perinatal, que es del 70%. El cuarto lugar lo ocupa el IMSS en régimen ordinario, con 59.7% de las usuarias, pero se trata de la institución pública que mayor población atiende. El ISSSTE es la institución con menor índice de aplicación de APEO, 18.9% (Gráfica 3) (SSA, 2014).

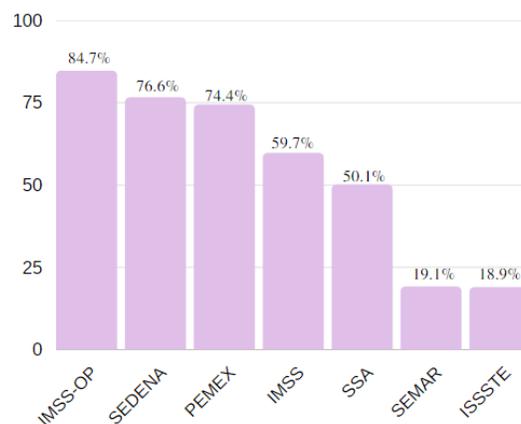


Figura 3. Porcentaje de aceptantes de anticonceptivos post-evento obstétrico en las instituciones públicas de salud. 2012. Fuente: SSA (2014).

### *Anticoncepción involuntaria*

La LGP, así como la Norma Oficial Mexicana (NOM) para los servicios de planificación familiar y el PAE de planificación familiar indican que, pese a que sus objetivos son el brindar servicios de planificación familiar y apuntar a lograr la aplicación de anticonceptivos en las unidades médicas a más del 70% de las mujeres usuarias sexualmente activas, la provisión de anticonceptivos debe de realizarse con perspectiva de género y de derechos humanos y respetando siempre la autonomía de las personas.

Así, por ejemplo, la NOM indica que los servicios de planificación familiar “son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera *libre, responsable e informada* sobre el número y espaciamiento de sus hijos, *con pleno respeto a su dignidad*” (p. 3). Y más adelante aclara con mayor énfasis:

La consejería debe tomar en cuenta en todo momento, que la decisión y consentimiento responsable e informado de los usuarios deben ser respetados en forma absoluta y no se debe inducir la aceptación de un método anticonceptivo en especial. (p. 9)

Del mismo modo, en el reglamento de la LGP se dicta que

en la información que se imparta no se identificará la planificación familiar con el control natal o cualesquiera otros sistemas que impliquen acciones apremiantes o coactivas para las personas que impidan el libre ejercicio del derecho [a determinar el número y espaciamiento de sus hijos] (LGP, 1976, art. 14)

Asimismo, se pronuncia en contra de la coerción a la hora de ofrecer estos servicios:

Los servicios de salud, salud reproductiva, educativos y de información sobre programas de planificación familiar, garantizarán a la persona la libre decisión sobre los métodos que para regular su fecundidad que desee emplear.

*Queda prohibido obligar a las personas a utilizar contra su voluntad métodos de regulación de la fecundidad.* Cuando las personas opten por el empleo de algún método anticonceptivo permanente, las instituciones o dependencias que presten el servicio deberán responsabilizarse de que las y los usuarios reciban orientación adecuada para la adopción del método, así como de recabar su consentimiento a través de la firma o la impresión de la huella dactilar en los formatos institucionales correspondientes (LGP, 1976, Art. 20).

Pese a ello, estas precauciones legales no siempre son respetadas. Varias investigaciones en México han documentado diversos casos de esterilización forzada en contra de poblaciones específicas, como mujeres indígenas, mujeres con escasos recursos, mujeres con alguna discapacidad o mujeres que viven con VIH. Asimismo, se han documentado casos de anticoncepción bajo coerción, realizada en contextos en los que las mujeres no se encuentran en condiciones para otorgar su consentimiento informado, ya sea porque están en situaciones de presión, urgencias médicas o falta de información acerca de las alternativas existentes:

En primer lugar, en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica en las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) en 2016, se incluyó una sección en la que se indagó acerca de la violencia obstétrica en los hospitales mexicanos. Como parte de esta violencia, se incluyeron dos preguntas relacionadas con la anticoncepción involuntaria: 1) ¿Le colocaron algún método anticonceptivo o la operaron o esterilizaron para ya no tener hijos(as) (ligadura de trompas-OTB) sin preguntarle o avisarle?; y 2) ¿La presionaron para que usted aceptara que le pusieran un dispositivo o la operaran para ya no tener hijos?

Los resultados muestran que, de las mujeres entre 15 y 49 años que habían tenido un parto o cesárea en los 5 años anteriores a la encuesta, el 4.2% señaló que durante su atención obstétrica le colocaron algún método anticonceptivo o la operaron o esterilizaron para ya no tener hijos(as) sin preguntarle o avisarle y al 9.2% la presionaron para que aceptara que le pusieran un dispositivo o la operaran para ya no tener hijos. Si separamos a las mujeres respondientes en función de su pertenencia a un

grupo indígena, el 3.8% de las participantes pertenecientes a un grupo indígena respondió afirmativamente a la primera pregunta, en relación con el 3.6% de quienes no pertenecían a un grupo indígena. Respecto a la segunda pregunta, fue respondida afirmativamente por el 9.1% de las mujeres pertenecientes a un grupo indígena y el 8.4% de las no pertenecientes (INEGI, 2017).

Es posible apreciar que las acciones de anticoncepción coaccionada (correspondientes a la segunda pregunta) son más comunes que las de anticoncepción forzada (la primera pregunta). Y al dividir a la población de acuerdo a la institución en la que fueron atendidas, resulta que quienes se atendieron en el IMSS reportaron con mayor frecuencia acciones de anticoncepción coaccionada (10.8%), seguido por el Seguro Popular (8.5%) y el IMSS-PROSPERA (6.5%) (INEGI, 2017).

Existen, además, otras investigaciones que se refieren a poblaciones específicas que han sido objeto de estas acciones de anticoncepción involuntaria. Un ejemplo de estas investigaciones es la realizada por Consuelo Martínez y Yesica Rangel (2018), quienes analizaron la “estrategia federal para fortalecer la APEO”. Esta política, a decir de las enfermeras que participaron en esa investigación, las ha obligado a tomar acciones que ellas mismas consideran ataques desde el marco de los derechos sexuales y reproductivos, pues tienen la indicación de que *todas* las mujeres que son atendidas en su hospital deben “salir con un dispositivo”, de manera que las enfermeras presionan con insistencia a las usuarias para que “acepten” el método propuesto. En este sentido, las enfermeras manifiestan que cuando se enfrentan con estos fenómenos complejos en su práctica cotidiana, priorizan las necesidades fisiológicas del momento (la justificación de la política es reducir la mortalidad materna, al evitar un nuevo embarazo de las mujeres antes de un año del anterior), omitiendo las necesidades psico-emocionales y sociales que se resaltan en los estándares y guías de práctica clínica, en otras palabras, prefieren cumplir la normativa de colocar los dispositivos, independientemente de los deseos de las usuarias (Martínez y Rangel, 2018).

Ahora bien, la investigación anterior fue realizada en dos hospitales de la frontera norte de México en donde la mayor parte de la población atendida pertenece a la comunidad Tarahumara, sin embargo, la estrategia de APEO tiene un alcance nacional, de manera que no está dirigida hacia la población indígena de manera explícita, aunque en el caso de la investigación citada si resultó ser la más afectada.

Un caso similar a este es el que analiza Vania Smith-Oka (2009) en relación con otra política pública mexicana, el programa IMSS-OPORTUNIDADES, aplicado en un poblado del estado de Veracruz. La autora hace una revisión sobre cómo este programa, de manera no intencional (o no explícita), constriñe las opciones reproductivas para las mujeres. Encontró que la coerción hacia las mujeres de parte del personal de salud para que se sometían a algún procedimiento de anticoncepción fue muy común, pues el 30% de las participantes indicaron haberse sentido forzadas en sus interacciones con el personal para someterse a una esterilización o colocarse un DIU, porque “el doctor dice que deben tener sólo dos hijos” (p. 2071). Pero no sólo se limita a la salud reproductiva, sino que todas las interacciones con personal fueron descritas por algunas participantes como “nos obligan” o “a la fuerza”. Y el personal está consciente de esa coerción y la usa en su favor, como lo comentó una médica, quien dijo que las mujeres están forzadas a acudir

a la clínica (so pena de perder el beneficio económico del programa), y una vez que están en ella, usan estrategias como negarles el tratamiento necesario si no desean ser sometidas a una “revisión”.

La etnicidad jugó un rol muy importante, pues la división entre “mestizo” e “indígena” marcaba claramente una asimetría de poder. Así, a pesar de que varias de las enfermeras nacieran en la misma región que las usuarias indígenas, se consideraban mestizas por haber recibido una educación y tener una distancia cultural con ellas. Desde ese lugar atienden a las mujeres, de modo que las consideran “ignorantes”, por lo tanto, ellas deben tomar las decisiones en su lugar. Todo el personal dice estar preocupado con la alta fertilidad de las mujeres, y los efectos que esta puede tener en sus vidas. Para solucionar ese problema, implementan el programa de planificación familiar con todas las mujeres que acuden al centro de salud, incluso si su motivo de consulta no está relacionado. Frecuentemente una mujer acepta el método anticonceptivo, pero esto ocurre en un contexto con limitada capacidad de agencia. De esta manera, debido a que las mujeres no pueden arriesgarse a perder el estímulo económico, que en muchas de las familias participantes constituía cerca de la mitad de sus ingresos totales, tienen que obedecer con atender a las clínicas y con los procedimientos que se ofrecen en esos lugares. El resultado es que las personas con poder controlan las vidas financieras y, consecuentemente, las vidas reproductivas de las mujeres (Smith-Oka, 2009).

Otra investigación que analiza formas similares de violaciones de los derechos de las mujeres fue la realizada por Roberto Castro y Joaquina Erviti (2015). Investigaron acerca de la práctica médica autoritaria en el campo de la obstetricia. Si bien se enfocan en el fenómeno de la violencia obstétrica en sus manifestaciones diversas, de particular interés son sus resultados en torno a la atención en planificación familiar. Su trabajo se realizó en distintos hospitales en el estado de Morelos y en él se hacen evidentes las actitudes del personal de salud sobre que a las mujeres les corresponde la prevención de los embarazos, y prefieren hacerlo de ese modo, sobre todo por la “dificultad” de convencer a los varones de practicarse una vasectomía, y porque la mujer resulta “más fácil de convencer” ya que es “obediente, tranquila, sumisa”. Además, se dirige más esta práctica hacia las mujeres debido a que, consideran, la falta de espacios y tiempos institucionales impiden que se aborde a los varones, quienes tienen que llegar de manera espontánea, mientras que a las mujeres “las tienen cautivas”, durante las consultas de control prenatal y la atención del embarazo y el parto.

También aparecieron discursos, similares a los mencionados por Smith-Oka (2009), en los cuales las mujeres son caracterizadas como irresponsables o incapaces de decidir por sí mismas sobre la regulación de su fecundidad, de ahí deriva un sentido de “obligación” del personal de “educarlas”, “asesorarlas” o “guiarlas”. Algunos miembros del personal reconocieron que, durante la atención a las mujeres, el DIU se les coloca “casi, casi de manera forzosa”, práctica que es pensada como necesaria y justificada, en tanto que los médicos deben responder a las presiones institucionales en términos de metas, o para ayudar a las mujeres por los riesgos reproductivos que consideran que tienen si no limitan su descendencia. La imposición, por lo tanto, es vista como necesaria, incluso algunos participantes consideran que la ley debería proteger esas prácticas, pues cuando una mujer no desea un método anticonceptivo, pero tendría un riesgo de salud si se embarazara, el médico

tiene “la obligación por juramento hipocrático de evitar que esa paciente vaya a representar un riesgo reproductivo” (médico, en Castro y Ertivi, p. 213).

De manera relacionada, Arachu Castro (1999, en Castro, 2004), con datos de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar (1995), encontró una asociación entre la realización de cesáreas y la realización de OTBs, sobre todo en mujeres atendidas en hospitales de la secretaría de salud, es decir, aquellas que no cuentan con seguridad social. Ella reporta un aumento de la probabilidad de ser esterilizadas en mujeres en las cuales el nacimiento de sus hijos/as fue por cesárea y en hospitales públicos (OR=2.69), en comparación con mujeres que sí cuentan con seguridad social o que fueron atendidas en hospitales privados. La autora también reporta que en la Encuesta Demográfica y de Salud de 1987 se demostró que las mujeres que eran más jóvenes, que vivían en zonas rurales y que contaban con menor escolaridad, tenían más probabilidad de arrepentirse del procedimiento de esterilización o de no haber consentido a éste, que las mujeres mayores, de zonas urbanas y más educadas. Pero no hubo manera de confirmar esto en 1995, debido a que se borraron datos de la encuesta (Castro, 2004).

Además, a través de un trabajo etnográfico, se dio cuenta de que, aunque la mayoría de las mujeres habían firmado un consentimiento informado, algunas lo habían hecho hasta después de realizado el procedimiento, dado que se les convenció de “ligarse” durante la realización de la cesárea, o al momento del parto. La autora también señala que el personal de salud se ve presionado para insistir a las mujeres para que acepten la esterilización. Presenta el testimonio de un obstetra que señala verse obligado a insistir a las usuarias para que se “liguen las trompas”, en algunos casos que suponen serios riesgos a la salud de las mujeres, como el haber tenido varias cesáreas:

Le damos, muy rápido, la información sobre los riesgos de ruptura uterina. Le proponemos el método definitivo en la tercera cesárea; estamos obligados a insistir que se ligue las trompas. Insistimos diciendo: “mira, tu útero puede explotar y dejarás huérfanos a tus bebés”. Es difícil hacer a nuestra sociedad creer que puedes tener sólo un hijo. Entonces, en la segunda cesárea proponemos la idea, pero no insistimos, y en la tercera, tenemos que insistir. Cuando, a pesar de insistir en los riesgos y beneficios de la anticoncepción quirúrgica, dicen que no, las pacientes tienen que firmar un papel en el cual manifiestan que decidieron no ser esterilizadas, en contra del consejo de su médico. En general insistimos un poco más con las cesáreas porque es más fácil seguir y combinar los procedimientos quirúrgicos (Castro, 2004, p. 13, traducción propia).

Sin embargo, Castro (2004) encontró que la idea de hacer la esterilización a la tercera cesárea, más que tratarse de una indicación clínica, tiene que ver con la percepción del personal de salud sobre el “número ideal de hijos” que las mujeres deben tener.

Relacionado con lo anterior, varias investigaciones realizadas en el estado de Chiapas señalan que la esterilización es vista como una práctica médica que puede poner a las mujeres en riesgo. En 1995, se lanzó un programa llamado Misión Chiapas, una campaña de control de la natalidad llevada a cabo en hospitales públicos que, si bien carecían de medicamentos e insumos básicos, estaban repletos de anticonceptivos (Castro, 2004). Como parte de este programa, Graciela Freyermuth (1998) menciona que cuando una mujer en Chiapas desea tener un procedimiento de

esterilización, el hospital arregla y paga por los gastos de transportación. En cambio, si no desea ser esterilizada, aunque tenga graves complicaciones obstétricas, el hospital no brinda el servicio.

Igualmente, Kirsch y Arana Cedeño (1999) hablan acerca de presiones sobre el personal médico para “convencer” a las mujeres para que acepten la colocación de DIUs inmediatamente después del nacimiento, independientemente de sus deseos. También Ruíz (2003) narra cómo médicos trabajadores de IMSS-Oportunidades debían cumplir, por miedo a perder su trabajo, “cuotas de esterilización”, es decir, tenían que convencer a mujeres indígenas para que se esterilizaran y pagaran sus gastos de transportación.

Otro grupo que se ha visto expuesto a situaciones de anticoncepción involuntaria han sido mujeres que viven con VIH. Tamil Kendall y Claire Albert (2015) realizaron una investigación en Nicaragua, México, El Salvador y Honduras. Ellas encontraron que el personal de salud usa diferentes estrategias para forzar la aceptación de esterilización por parte de las mujeres, como la desinformación (decir que ellas o sus hijos morirán por la infección o que serían esterilizadas para que dejaran de nacer niños con VIH), condicionar el acceso a otros servicios (recibir fórmulas lácteas, realizar una cesárea) o esterilizarlas sin su conocimiento (cuando estaban bajo los efectos de anestesia). Resultó además muy evidente que lo que motivó esas esterilizaciones fue la condición de VIH de las mujeres, pues quienes conocían su estatus de VIH durante el embarazo tuvieron 6 veces más probabilidad de ser coaccionadas para aceptar la esterilización, de la misma manera, las mujeres que se embarazaron después de saber el diagnóstico sufrieron más presiones y mayor discriminación que aquellas que se embarazaron sin saber su condición de VIH.

Otro grupo de mujeres víctimas de acciones de esterilización forzada, presente en las investigaciones realizadas en nuestro país, es el de las mujeres en situación de reclusión. Un trabajo de investigación (Gutiérrez, 2001) aborda la violación de derechos de mujeres en instituciones penitenciarias de los estados de Guanajuato, Guerrero, Puebla y Querétaro. Si bien el trabajo se centra en diferentes formas de violación de sus derechos, una parte importante del estudio es la violación de sus derechos sexuales y reproductivos. En relación con la anticoncepción, el autor narra que en las prisiones se coacciona a las mujeres a la utilización de algún método anticonceptivo mediante el condicionamiento de algunos derechos, como acceder a una visita conyugal. De acuerdo con trabajadores del centro penitenciario en Puebla, esta medida es para prevenir los embarazos debido a la incapacidad de los centros para albergar a los/as niños/as. Si bien en este caso la causa obedece a dinámicas diferentes a los hasta aquí expuestos, considero necesario su mención debido a que esta población es rara vez estudiada y ejemplifica una violación de derechos a mujeres que se considera que no deben ser madres.

De forma similar, mujeres con discapacidad han enfrentado la violencia que significa la anticoncepción involuntaria. Una investigación realizada por Priscila Rodríguez, et al. (2014) presenta distintos factores que permiten las acciones de anticoncepción involuntaria en contra de mujeres con discapacidad psicosocial. Uno de esos factores es la presencia en los discursos sociales de estigmas en contra de las mujeres con discapacidad, particularmente hacia aquellas que son o desean ser madres, pues han sido consideradas históricamente como asexuales, dependientes,

incapaces de criar hijos/as, así como incapaces de tomar decisiones adecuadas sobre su sexualidad o su reproducción. A más del 50% de las mujeres que participaron en la investigación se les dijo que no debían de tener hijos/as. Una participante comentó cómo desde su adolescencia se le inculcó la idea de que “es la responsabilidad de las mujeres sin discapacidad reproducirse, y yo, como una mujer con discapacidad no puedo ni debo reproducirme” (p. 13). Estas enseñanzas provienen de la idea de que las mujeres podrían “transmitir la discapacidad”, pues se les considera como personas enfermas. Sin embargo, el 71% de las 53 mujeres entrevistadas creían que las mujeres con discapacidad podrían ser buenas madres, y el 73% consideró que era su derecho tener hijos/as y formar una familia, aunque sólo formaba parte del plan de vida de 13% de ellas. Las autoras atribuyen el bajo porcentaje de mujeres que desean tener hijos/as a la introyección de los discursos sobre su discapacidad como “contagiosa”, pues el 76% de las entrevistadas respondió que creía que una mujer con discapacidad que se embarazara podría transmitir la discapacidad a sus hijo/as. (Rodríguez, et al., 2014).

Una de las mayores violaciones de derechos sexuales y reproductivos en contra de las mujeres con discapacidad es la esterilización forzada y la administración de anticonceptivos de forma desinformada, no consentida, forzada o coercitiva. En esa investigación, a la mitad de las participantes, un miembro de su familia o del personal de salud le “recomendó” someterse a una esterilización y el 42% de las mujeres que participaron habían sido esterilizadas. De acuerdo con ellas, la principal razón para la esterilización fue que tenían discapacidad y podían heredarla. Y esto se hizo aún en contra de la negación explícita de algunas de ellas. A tres participantes les practicaron la cirugía sin informarles de qué se trataba y a una le realizaron la cirugía como requisito para ser ingresada en una institución psiquiátrica. Además, la decisión fue tomada en la mitad de los casos por otra persona, ya fuera un miembro de la familia, un médico/a o una institución psiquiátrica (Rodríguez, et al., 2014).

Otro tipo de violaciones de derechos incluyen el sus familiares o algún miembro del personal de salud las haya obligado a abortar, hecho que fue reportado por casi el 30% de las participantes que informaron haber estado embarazadas alguna vez (Rodríguez, et al., 2014). Es posible ver aquí cómo es que las mujeres con discapacidad no son consideradas como “aptas” para ser madres y son vistas como seres asexuales, ignorando y violando de esa manera sus derechos sexuales y reproductivos. Esto sigue ocurriendo en la actualidad, a pesar de la existencia de sendas legislaciones, normativas y tratados a nivel internacional y nacional que han surgido con el propósito explícito de proteger a las mujeres con discapacidad de las acciones de esterilización forzada, en tanto que han sido uno de los grupos históricamente más afectados por estas acciones.

En suma, a partir de este conjunto de investigaciones es posible constatar la existencia, incluso en años recientes, de controles dirigidos a regular la decisión de algunas mujeres para utilizar anticonceptivos. Esto obedece a una gran diversidad de motivos, por ejemplo, las presiones hacia el personal de salud para cumplir con las metas establecidas en los programas de planificación familiar, sus propios ideales de lo que debería constituir la práctica médica y cómo su “deber social”

superaría en algunos casos la decisión de las propias mujeres, prejuicios en contra de ciertos grupos de mujeres, como mujeres con discapacidad, mujeres indígenas o mujeres que viven con VIH.

Este panorama nos sitúa frente a una paradoja importante. Por un lado, resulta claro cómo los programas de salud reproductiva han sido utilizados como herramienta para regular la reproducción de determinados grupos de mujeres. Pero al mismo tiempo no es posible ignorar la lucha histórica que han mantenido diversos grupos de mujeres organizadas para lograr el acceso a los mismos anticonceptivos, como una herramienta, esta vez, para disfrutar su sexualidad y como instrumento de lucha por una maternidad voluntaria y deseada. Este segundo polo de la paradoja lo desarrollo a continuación.

.....

### *La lucha por la maternidad voluntaria en México*

Pese a la gran diversidad de agendas y diferencias, los diversos grupos del movimiento feminista mexicano se han articulado, sobre todo, alrededor de dos ejes fundamentales: la sexualidad y la política. A partir de esos dos frentes, las feministas han pugnado, por un lado, por la reivindicación del derecho al placer, la exigencia de una maternidad libre y el derecho a la autodeterminación sobre el cuerpo. Por otro lado, la lucha ha sido por escapar del espacio privado, participar en movimientos sociales, exigir derechos sociales y políticos, ejercer su ciudadanía y cuestionar los cánones masculinos de la política. Aquí, me enfocaré en el primero de estos ejes, la lucha histórica en México hacia el logro de una maternidad voluntaria.

Antes he hablado del uso que se ha dado a los métodos anticonceptivos como un mecanismo para el control poblacional y para la vulneración de los derechos de algunas mujeres, sin embargo, no hay que olvidar que la posibilidad de acceso a anticonceptivos de manera libre y gratuita en las instituciones públicas de salud ha sido una de las principales demandas del feminismo mexicano, bajo la bandera de la lucha por una maternidad voluntaria entendida de manera amplia. Esta lucha se ha sostenido en México desde los años 70 del siglo XX.

Garantizar la maternidad voluntaria implica cuatro requisitos fundamentales (Espinosa, 2009):

1. Educación sexual dirigida con especificidad a distintas edades y niveles sociales.
2. Acceso amplio a anticonceptivos seguros y baratos.
3. Derecho al aborto como último recurso.
4. Rechazo a la esterilización sin consentimiento.

La maternidad voluntaria ha sido pensada siempre por el feminismo como un tema de justicia social, de manera que su logro requiere de cambios estructurales, entre los cuales se incluye, además de los cuatro puntos mencionados, la igualdad en el acceso a servicios de salud y educativos, cuidados sanitarios gratuitos, accesibles y de calidad; la disminución de la mortalidad y morbilidad materna y perinatal; y la reducción de embarazos en adolescentes (Lamas, 2001).

Varios hitos marcan la historia de la lucha feminista por la maternidad voluntaria en México, entre los más importantes, es posible mencionar la puesta en marcha del primer programa de planificación familiar en 1974, como consecuencia de la creación de la Ley general de Población; el fraude electoral de 1988; el levantamiento del EZLN en 1994, la Conferencia de población y

desarrollo de El Cairo, en 1994, y la Conferencia mundial de la mujer en Beijing, en 1995; y la despenalización del aborto en la Ciudad de México en 2007.

*Los años 70. El feminismo histórico y la lucha por la autodeterminación de las mujeres.* Con el impulso de los movimientos del 68, durante la década de los 70, en México se constituyeron varios grupos de mujeres con agendas muy diversas, pero que encontraron espacios de convergencia. Estos grupos constituyeron lo que sería conocido como el feminismo histórico o neofeminismo (Bartra, 2002; Lamas, 1994, en Espinosa, 2009)<sup>8</sup>.

Mujeres urbanas, de clase media, con acceso a la educación superior y vinculadas a algunas vertientes de la izquierda mexicana, fueron las protagonistas y prácticamente únicas integrantes del nuevo feminismo (Espinosa, 2009), que se caracterizó por un discurso sobre la lucha por la autodeterminación y los derechos de las mujeres y por la reivindicación de la sexualidad y la reproducción. Bajo el lema “mi cuerpo es mío”, diversas corrientes del feminismo se unieron en la lucha por el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, la despenalización del aborto, la sexualidad y el placer femeninos (Bartra, 2002, en Espinosa, 2009). Así, cinco grupos feministas formaron la Coalición de Mujeres Feministas<sup>9</sup> para trabajar tres temas centrales: la maternidad voluntaria, la legalización del aborto y el apoyo a mujeres golpeadas y violadas (Lamas, 2001; Espinosa, 2009).

La consigna por la maternidad voluntaria fue presentada públicamente por la Coalición en diversas oportunidades desde el año 1972, antes de que se anunciara abiertamente el programa oficial de planificación familiar, que inició en 1974, ya que salió a la luz cómo en Estados Unidos se llevaban a cabo esterilizaciones forzadas de mujeres puertorriqueñas y se temía que la aplicación de la planificación en México podría seguir un curso análogo (Lamas, 2001).

La idea de la maternidad voluntaria fue siempre concebida como una demanda amplia centrada en los cuatro puntos mencionados arriba, de modo que las referencias a la justicia social y la salud pública fueron siempre parte de la demanda. Sin embargo, lo que se tomó como tema central, principalmente por los medios de comunicación, fue la legalización del aborto, de modo que, en el debate público, la amplia demanda por una maternidad voluntaria quedó reducida a ese tema. Aun así, como estrategia discursiva, las feministas adoptaron el lema: “por un aborto libre y gratuito” como eje de su lucha (Lamas, 2001).

Por la misma época, a finales de 1976, el gobierno de México decidió hacer un estudio para conocer las implicaciones del aborto en la población y formó, a través del Consejo Nacional de

---

<sup>8</sup> Nuevo feminismo en relación con el feminismo sufragista de fines del siglo XIX y principios del XX, cuyas reivindicaciones se centraron en el derecho al voto. El neofeminismo, en cambio, lucharía por la igualdad real de los derechos políticos y sociales, así como por conquistar la libertad sobre el propio cuerpo (Bartra, 2002, en Espinosa, 2009).

<sup>9</sup> Los grupos que conformaron la Coalición fueron: el Movimiento Nacional de Mujeres, el Movimiento Feminista Mexicano, el Colectivo de Mujeres, el Movimiento de Liberación de la Mujer, el Colectivo La Revuelta y Lucha Feminista.

Población (Conapo), el Grupo Interdisciplinario para el Estudio del Aborto en México (GIA), que se pronunció de acuerdo con los grupos feministas, a favor de la eliminación de cualquier sanción cuando el aborto fuera voluntario, y por la creación de normas técnicas de salud para brindar el servicio de aborto en instalaciones adecuadas. No obstante, el gobierno no tomó en consideración las recomendaciones (Espinosa, 2009).

Las feministas creían plenamente en la legitimidad de su causa, pero al encontrarse con la negativa del gobierno, se percataron de que necesitarían que un mayor número de personas se sumaran a ella. Por ello, entre 1976 y 1981, el movimiento para conseguir la legalización del aborto se convirtió en el tema clave de todos los grupos feministas. En 1976, la Coalición de Mujeres Feministas organizó una marcha que culminó con la presentación ante a la Cámara de Diputados de un proyecto de ley sobre aborto, que fue más que nada un acto simbólico, pues no llegó a presentarse oficialmente en la cámara; en 1978, el grupo Movimiento Nacional de Mujeres (MNM) organizó en la Ciudad de México una marcha de mujeres cargando coronas fúnebres, en memoria de las mujeres muertas por abortos mal practicados. En 1979 se creó en Frente Nacional de Lucha por la Liberación y los Derechos de las Mujeres (FNALIDM), conformado por grupos feministas y miembros de partidos y sindicatos (como el Partido Comunista Mexicano y los sindicatos de trabajadores de la Universidad Nacional Autónoma de México y la Universidad Autónoma Metropolitana) y que se sumó a la lucha por la legalización del aborto (Lamas, 2001).

1979 fue el año en que mayor difusión se dio al proyecto. Se llevó a cabo la Cuarta Jornada sobre Aborto, en la que una gran diversidad de grupos feministas, sindicalistas, representantes de partidos de izquierda y de grupos LGBT realizaron mítines, conferencias, representaciones teatrales, proyección de películas, mesas redondas, etc., para sensibilizar sobre la necesidad de la legalización del aborto. Todo ello culminaría con la presentación del Proyecto de Ley sobre Maternidad Voluntaria, realizado en conjunto por la Coalición de Mujeres Feministas y FNALIDM. Con algunas modificaciones, el Grupo Parlamentario Comunista lo presentó en la Cámara de Diputados el 19 de diciembre de 1979, pero nunca llegó a discutirse (Espinosa, 2009).

Esto supuso un duro revés al movimiento, sumado a los conflictos internos, la focalización de los distintos grupos hacia temas particulares, la falta de un relevo generacional porque no se involucraron muchas mujeres jóvenes y el acoso constante por parte de grupos de derecha que organizaron campañas de agresiones en contra de las feministas. Entonces, una suma de decepción, frustración y miedo llevó a la fragmentación y una desmovilización generalizada (Lamas, 2015).

Fue en medio de esta desmovilización que, en 1983, se presentó en el gobierno una iniciativa de despenalización del aborto, misma que encontró desprevenidas a las feministas, que no lograron organizarse y conformar una respuesta de apoyo en contra la fuerte acometida de miembros de la Iglesia Católica, quienes lograron que se desestimara la propuesta (Lamas, 2015).

A pesar de no lograr la despenalización del aborto, las acciones del feminismo histórico tuvieron gran repercusión social en un nivel simbólico. Sus discursos y reflexiones permearon de manera amplia en la sociedad, de manera que comenzaron a formar parte del debate público temas como la opresión y liberación de la mujer, la necesidad de una igualdad de derechos para hombres y mujeres, la equidad en la distribución del trabajo doméstico, doble jornada, familia, violencia y violación, matrimonio, maternidad libre, aborto, discriminación, prostitución; represión, educación y libertad sexual; autoritarismo, autodeterminación y autonomía (Lau, 1987, en Espinosa, 2009).

*Los años 80. El feminismo popular y la diversificación de las luchas.*

El contexto socioeconómico en México durante la década de los 80 llevó al desarrollo de un nuevo tipo de feminismo. Durante la década anterior, la tasa de natalidad fue la mayor de toda la historia (casi siete hijos por mujer). Este crecimiento acelerado de la población se conjuntó con una caída constante Producto Interno Bruto (PIB) y la reducción de exportaciones agrícolas que se reflejaron en menos recursos públicos; el aumento de la industrialización que se reflejó en la necesidad de una menor fuerza de trabajo. Estos, entre otros factores, provocaron una seria crisis económica y social (Espinosa, 2009).

Además, la tendencia hacia un “adelgazamiento” del Estado que comenzó durante el sexenio de Miguel de la Madrid (1982-1988) y que sería aún más agudo durante el siguiente gobierno de Salinas de Gortari, significaron una mayor contracción de la actividad económica y menos recursos para el Estado para satisfacer necesidades y demandas sociales (Espinosa, 2009).

En medio de este contexto de precariedad, fue que surgieron movimientos de mujeres cuya preocupación central no era la lucha por el aborto, sino por la propia supervivencia. Durante la década anterior, el movimiento feminista se configuró principalmente por mujeres urbanas, universitarias, de clase media y adscritas o cercanas a grupos de izquierda moderada; pero ante la nueva realidad, las protagonistas fueron mujeres obreras, empleadas, campesinas y pobladoras pobres de las ciudades, con menos escolaridad y con un discurso político más radical de izquierda. Ellas crearon los llamados movimientos de mujeres populares, que conjuntaron las reivindicaciones de género con demandas de clase, y se movilizaron en demanda de mejores condiciones de vida y laborales, la instalación de redes de agua potable y electricidad, el establecimiento de escuelas, mercados, áreas recreativas para niños y centros de salud. También reflexionaron en torno a la violencia que recibían de parte de sus parejas y la que ellas mismas ejercían hacia sus hijos/as y sobre la exclusión dentro de los mismos grupos de izquierda con los que colaboraban (Espinosa, 2009)

En 1980, se organizó el Primer Encuentro Nacional de Mujeres en la Ciudad de México, donde la discusión se dio en torno a los ejes: “familia y sexualidad”, “trabajo doméstico y asalariado” y “participación política de la mujer”. Luego, en 1983, se realizó el Primer Encuentro de Mujeres del Movimiento Urbano Popular, en la ciudad de Durango, en donde se presentaron las demandas al Estado de servicios básicos de vivienda, también se recuperaron algunos ejes de reflexión del feminismo, como el trabajo doméstico y la maternidad, pero a partir de estos encuentros se

comenzaron a hacer evidentes algunos conflictos y contradicciones entre las feministas y las mujeres populares (Espinosa, 2009).

En relación con la maternidad, por ejemplo, en lugar de rechazarla como una fuente de opresión, las mujeres populares reconocieron su papel de madres y amas de casa, lo que llevó a priorizar demandas acerca de la valoración y redistribución familiar del trabajo doméstico, la decisión libre sobre el número de hijos y el uso de anticonceptivos. También se propusieron realizar actividades que les reportaran ingresos propios y quisieron recibir formación técnica para ingresar en mejores condiciones al mercado de trabajo; se manifestaron contra la violencia contra las mujeres y por otro tipo de educación para los hijos; propusieron articularse con otros movimientos y promover una asamblea nacional de mujeres (Espinosa, 2009).

De esta forma, las mujeres populares centraron sus demandas principalmente en la lucha contra la carestía, hecho que decepcionó a las feministas, quienes esperaban que estos nuevos grupos de mujeres apoyaran las mismas demandas del feminismo histórico: despenalización del aborto, maternidad voluntaria y no violencia contra las mujeres (Espinosa, 2009).

Luego del sismo de 1985, en la Ciudad de México surgieron nuevos grupos feministas y grupos de mujeres quienes, junto con los ya existentes, se centraron en apoyar a las mujeres damnificadas por los sismos y a mujeres del movimiento urbano popular, en particular, a la organización de las costureras en su lucha por derechos laborales. Por tanto, el aborto dejó de ser un tema central en medio de la lucha por la supervivencia y por servicios y derechos laborales (Lamas, 2015).

En 1986, se realizaron en la Ciudad de México las Jornadas de feminismo y sectores populares en América Latina, con la participación de feministas de 16 países latinoamericanos. Y en Taxco, Guerrero, se llevó a cabo el IV Encuentro Feminista de Latinoamérica y el Caribe. En ambas reuniones se discutió el tema del aborto. En 1987, las integrantes de la reunión de mujeres por los derechos reproductivos acordaron proclamar el 28 de mayo como día mundial de la acción por la salud de las mujeres. A partir de entonces, diferentes organizaciones de mujeres han utilizado ese día para denunciar y reclamar por una mejor atención de la salud para reducir la morbilidad y mortalidad de las mujeres (Lamas, 2015).

1988 fue un año muy importante en la historia del feminismo mexicano. Debido a la llegada a la presidencia de Carlos Salinas de Gortari en medio de sospechas de fraude electoral, se despertaron discusiones en torno a la necesidad de crear alternativas democráticas, el ejercicio de la ciudadanía y las situaciones de desamparo de algunas personas de cara al poder del Estado, incluyendo en este último punto, las consecuencias de la penalización del aborto. No obstante, los grupos feministas no lograron colar en la agenda gubernamental los temas relacionados con la maternidad voluntaria (Lamas, 2015).

Pero en 1989, un nuevo suceso devolvió el aborto a la mesa de discusión de los feminismos. Fueron los sucesos de Tlaxcoaque, un barrio en la Ciudad de México en donde se encontraban unos separos de policía. En ese año, la policía judicial realizó un operativo en una clínica de la

Ciudad en la cual se realizaban abortos y detuvo a personal de salud y pacientes. Estas personas fueron amenazas, extorsionadas, incluso torturadas, y fueron llevadas a Tlaxcoaque. No existió ninguna orden judicial ni orden de aprehensión, los policías buscaban dinero. Se violaron las garantías individuales de las personas en un claro caso de corrupción. Luego de haber estado encerradas de manera ilegal durante dos o tres días, una de las mujeres se decidió a denunciar los hechos, lo cual suscitó un gran escándalo en la prensa nacional. Así se reactivó el tema del aborto en la discusión (Lamas, 2015).

A pesar de que la desarticulación entre las feministas seguía presente, algunas de ellas, desde muy diversos frentes (funcionarias gubernamentales, artistas, intelectuales y políticas) se organizaron para publicar un manifiesto en la prensa, con la siguiente prerrogativa: “Ninguna mujer aborta por gusto. Ninguna mujer debería de enfrentar, además del conflicto que supone un aborto, todo lo que implica la clandestinidad: el riesgo, la extorsión, la enfermedad y la muerte” (Lamas, 2015).

Al año siguiente, 1990, se aprobó en el estado de Chiapas la legalización del aborto, ampliando las causales por las cuales no podría ser castigable: si lo solicita una pareja con el fin de planificación familiar, si lo pide una madre soltera, o por razones económicas. Esta reforma nuevamente tomó desprevenidas a las feministas, pues levantó muchas sospechas. Por un lado, la reforma fue impuesta de forma arbitraria y poco democrática por los legisladores priistas, que tenían la mayoría de representación en el estado; por otro lado, más que un avance hacia la autodeterminación de las mujeres, parecía más bien una propuesta eugenésica, pues pareciera que el objetivo de la reforma era un control demográfico en un estado con 16,000 comunidades indígenas y campesinas, con un gran porcentaje de su población en situación de pobreza y altos índices de mortalidad infantil (Lamas, 2001).

Este hecho suscitó respuestas encontradas. 62 organizaciones sociales, sindicales y feministas, incluyendo a la Coordinadora Feminista del Distrito Federal y el Frente Nacional por la Maternidad Voluntaria y la Despenalización del Aborto, expresaron el 8 de enero de 1991 su acuerdo con la aprobación de tal reforma, aunque la miraron con sospecha. No obstante, la iglesia católica, así como legisladores conservadores criticaron los métodos por medio de los cuales se impuso la reforma y buscaron revertirla (Lamas, 2001).

En respuesta, el 15 de enero, el Frente Nacional por la Maternidad Voluntaria y la Despenalización del Aborto convocó a una marcha en protesta, frente a las instalaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos en la Ciudad de México, en donde entregaron un escrito en el cual, por primera vez en México, se reivindicaban abiertamente los derechos reproductivos, incluido el aborto, como derechos humanos de las mujeres (Lamas, 2001).

Otras manifestaciones se realizaron en los meses sucesivos, pero a pesar de ello, los embates de la Iglesia Católica y los grupos conservadores lograron revertir la ley de Chiapas. Sin embargo, los esfuerzos feministas y la transformación del discurso en defensa del aborto que se centraba en

el derecho de cuerpo, hacia uno centrado en los derechos sexuales y reproductivos, marcó una nueva etapa en la lucha feminista por la maternidad voluntaria (Lamas, 2001).

*Los años 90. El feminismo indígena, el feminismo internacional y la lucha por los derechos sexuales y reproductivos.*

A raíz de lo sucedido en la década de los 80, se hizo evidente el gran poderío de la iglesia católica, pues tuvieron la suficiente influencia para lograr revertir la legalización del aborto en Chiapas. Y para la década siguiente, este poder e influencia no hizo más que crecer. Pues en el mismo año en que echaron atrás la reforma chiapaneca, 1991, el gobierno de Salinas de Gortari reformó el artículo 130 constitucional, que impedía la existencia jurídica de las iglesias, lo cual limitaba su intromisión en el ámbito público. Esa reforma permitió a todas las iglesias (no sólo a la católica, que tenía desde antes un gran poderío simbólico, sino a otras iglesias que previamente eran casi invisibles) la libertad de operar abiertamente. Debido a ello, la iglesia católica y otros grupos conservadores pudieron aumentar sus ataques en contra de los derechos sexuales y reproductivos, mediante la promoción de campañas anti-aborto y anti-feministas en los medios de comunicación (Lamas, 2001).

En un intento por responder a este nuevo panorama, en 1992, un grupo de feministas crearon el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), una organización sin fines de lucro cuyo objetivo sería lograr una cultura de respeto a los derechos sexuales y reproductivos en México, para lo cual consideró imprescindible obtener la despenalización del aborto. Intentaron revitalizar la lucha por el aborto mediante un cambio de estrategia discursiva. Partiendo de la idea de que la interrupción de un embarazo es una decisión difícil y muy personal, entonces las iglesias o el personal de salud deberían limitarse a ofrecer información y reconocer que la decisión compete a la pareja, y si la mujer está sola, únicamente a ella. Por lo tanto, la obligación del Estado debería ser garantizar ese derecho de la mujer a decidir. De esa manera, el discurso acerca de estar a favor o en contra del aborto fue llevado hacia la cuestión de quién debe decidir sobre el aborto. Lo que hay detrás de este nuevo discurso es una visión de derechos y ciudadanía, manifestada en la premisa: “en una democracia, si bien cada quien tiene derecho de conducir religiosamente su vida, el ámbito público estatal debe permanecer laico, por lo que no debe entrar en discusiones teológicas sobre la vida humana” (Lamas, 2001).

Esta mirada al aborto desde una perspectiva de derechos humanos, enfocada en el pluralismo, la modernidad, la democracia y la necesidad del laicismo en la vida pública y en las legislaciones, recibió un impulso importante al ser coincidente con los también nuevos discursos de organismos internacionales como la ONU.

Las conferencias mundiales de la ONU. El Cairo y Beijing.

En 1994 y 1995, se llevaron a cabo, respectivamente, la Conferencia de Población y Desarrollo en El Cairo (CIPD), y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Beijing. Éstas se caracterizaron por el pronunciamiento de un nuevo discurso feminista en torno al aborto, y de manera general, en torno a los derechos sexuales y reproductivos.

Los temas tratados en estos espacios, por una parte, al coincidir con el discurso de organizaciones sociales feministas mexicanas, les dio un impulso en su lucha por la legalización del aborto. Compartieron con mujeres de otros contextos y adquirieron experiencia de su participación en escenarios políticos internacionales, además de que eso le sumó legitimidad a su causa. Conjuntamente, el hecho de que la demanda por el aborto, que había sido silenciada en el nivel local, fuera debatida en foros internacionales, obligó al gobierno nacional a tomar partido y comprometerse con la causa (Lamas, 2015).

En la conferencia de El Cairo, sin embargo, los debates no se limitaron al aborto, sino que en el programa de acción se dedica todo un capítulo a hablar de derechos reproductivos y salud reproductiva. De una manera amplia, la salud reproductiva incluye

la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (ONU, 1995, p. 37).

En la misma línea, los derechos reproductivos son derechos humanos, que incluyen el reconocimiento del derecho de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento entre estos y tener acceso a información y medios para poder llevarlo a cabo. También se incluye el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva y el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, lo cual compromete a los gobiernos firmantes, llevar a cabo las siguientes acciones (ONU, 1995):

1. Procurar que los servicios de salud reproductiva estén al alcance de todas las personas en los niveles de atención primaria. Estos servicios incluyen el asesoramiento, información y servicio en planificación familiar, educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgo, atención pos-parto, prevención y tratamiento de la infertilidad, interrupción del embarazo, prevención del aborto y tratamiento de sus consecuencias, tratamiento de enfermedad del aparato reproductivo y de infecciones de transmisión sexual; consejería en sexualidad, salud reproductiva y paternidad responsable; diagnóstico y tratamiento del embarazo, parto, aborto, infertilidad, cáncer de mama y cervico-uterino, VIH-SIDA; y la disuasión de prácticas como la mutilación genital femenina.
2. Evitar utilizar los programas de planificación familiar con fines demográficos. Aunque se reconoce la legitimidad de las estrategias para la disminución de la natalidad como alternativas para el desarrollo, se debe evitar imponer a los proveedores de servicios de planificación familiar la ejecución de los objetivos demográficos mediante metas o cuotas de colocación de anticonceptivos, o mediante sistemas de incentivos y desincentivos. En su lugar, los objetivos demográficos deberán promoverse mediante la educación y medidas voluntarias.

3. Vigilar y garantizar que los servicios de planificación familiar se brinden con pleno respeto de derechos y de acuerdo con las normativas éticas y profesionales, asegurándose de la obtención del consentimiento responsable, voluntario e informado de parte de las personas.
4. Trabajar en conjunto con las ONGs para aumentar la accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de salud reproductiva y cooperar en la prestación de servicios de atención y supervisar la adecuada ejecución de estos.
5. No promover el aborto como un método de planificación familiar, pero ocuparse de los riesgos de salud que supone la realización de abortos en condiciones inadecuadas. Dar prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y así eliminar, en la medida de lo posible, la necesidad del aborto. Asegurarse de que los abortos, en los casos en los cuales sea legal, se realicen en condiciones adecuadas. Pero en todos los casos, asegurar el acceso a los servicios de salud de calidad para todas las mujeres, para tratar las complicaciones derivadas de abortos y ofrecer servicios de planificación familiar, educación y consejería postaborto, como medida para evitar la repetición de los abortos.

Al año siguiente de El Cairo, se realizó la IV Conferencia de la Mujer en Beijing, en donde se reafirmaron los contenidos de la CIPD. En relación al aborto, se afirmó lo siguiente: “los abortos realizados en condiciones de riesgo ponen en peligro la vida de muchas mujeres, lo cual presenta un problema de salud pública grave. Para la mayoría de estas mujeres, los problemas de salud y agresiones podrían prevenirse mediante un mayor y mejor acceso a servicios adecuados de atención en salud, incluyendo métodos seguros y efectivos de planificación familiar y atención obstétrica de urgencia” (ONU, 1996, parr. 97). Además, como resultado de esta Conferencia, se instó a todos los países firmantes a revisar las leyes que penalizaran a las mujeres cuando se someten a abortos ilegales (Lamas, 2015).

En el caso de México, la respuesta de la Iglesia Católica a las Conferencias se hizo también manifiesta. Como respuesta a la conferencia de Beijing, el PAN emitió un comunicado en contra de la firma de los acuerdos; a la vez, el arzobispo primado de México declaró que era errónea la disposición del gobierno para abrir la discusión en torno a la penalización del aborto, pues es un tema que dividiría y confrontaría a los mexicanos. Por su parte, el Comité Nacional Pro-vida solicitó la destitución del director de la Conapo por haber integrado un grupo feminista mexicano pro-aborto; el Episcopado convocó a sus feligreses a una peregrinación a la basílica de Guadalupe en pro de la vida y la familia y repartieron volantes desinformativos en los cuales se afirmaba que el gobierno había acordado en las conferencias eliminar la palabra “madre” de la definición de familia, legalizar el aborto y fomentar el sexo entre pre-adolescentes sin importar la opinión de sus padres (Lamas, 2001).

Además, así como las feministas que acudieron a las Conferencias se beneficiaron de la experiencia, crearon redes internacionales y reafirmaron la legitimidad de su causa, también los grupos conservadores recibieron apoyo internacional. Después de 1995, la organización estadounidense *Human Life International*, asesoró al Comité Nacional Pro-vida y a políticos de los estados de Chihuahua, Nuevo León, Guanajuato y Jalisco para promover reformas en sus

constituciones e introducir la “protección a la vida desde el momento de la concepción”, con la finalidad de que, en caso de que surgiera una nueva propuesta por la legalización del aborto, pudiera declararse anticonstitucional en toda la República y se tuviera que modificar las constituciones y los códigos penales que permitieran el aborto. A partir de 1996, muchos de los debates legislativos en los estados tuvieron que abocarse a abordar esa iniciativa (Lamas, 2015).

Las conferencias de El Cairo y Beijing tuvieron gran importancia. Dictaron el discurso y los objetivos a futuro en torno a los derechos sexuales y reproductivos y la salud de las mujeres en el plano internacional. Por ello, previo a las conferencias, casi todas las ONG mexicanas que trabajaban con mujeres adoptaron una “perspectiva de género” y se dedicaron a la preparación de las delegaciones y la creación de los discursos y demandas que presentarían en las conferencias. Para algunas feministas, las conferencias de Naciones Unidas se convirtieron en una alianza importante en contra de los neofundamentalismos, la posición del Vaticano respecto de las mujeres y la presencia de sectores de la derecha en los gobiernos latinoamericanos, también sirvió como formación a las feministas que acudieron a ellas, pues aprendieron a cabildear y generaron alianzas estratégicas. Pero para otros grupos, estas Conferencias fueron el epítome de la cooptación y rechazaron la iniciativa de la ONU por considerarla una manipulación (Riquer, 2005, en Espinosa, 2009).

El discurso de la ONU, en realidad, no era distinto de lo que venían formulando las feministas desde hacía décadas. Lo que después de las Conferencias se agrupó bajo el concepto de salud y derechos sexuales y reproductivos tiene arraigo en la movilización de mujeres de diversos sectores sociales. Si bien la denominación puede parecer un producto de El Cairo e incluso de agencias financieras que promueven estos temas, sus componentes no son ajenos ni a la historia ni a las aspiraciones de las diversas vertientes del feminismo, por ejemplo, se pueden apreciar elementos de los ejes articuladores del feminismo histórico en los años setenta (maternidad voluntaria, autonomía sobre el cuerpo, derecho al placer); algunas reflexiones y demandas del feminismo popular en los ochenta (contra el sexo forzado y la violación en la pareja y por el respeto a la decisión de la mujer para usar o no métodos anticonceptivos); algunos ejes de las redes de salud promovidas por el feminismo social (la salud de la mujer fue uno de sus temas centrales); y algunos puntos de la Ley Revolucionaria de Mujeres que sin duda incidió en la construcción del feminismo indígena (como derecho a decidir sobre el número de hijos que deseen) (Espinosa, 2009).

El Feminismo indígena. Lucha por los derechos de las mujeres y discordancias con otros feminismos.

El mismo año en que se celebró la Conferencia de El Cairo, en México ocurrió un evento de gran importancia, el levantamiento del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), en enero de 1994, en Chiapas. Un movimiento indígena que se rebeló en contra de lo que consideraron un gobierno ilegítimo de Salinas de Gortari y de su proyecto neoliberal, pugnaron por el reconocimiento del Estado del carácter multiétnico y pluricultural de la sociedad mexicana, se pronunciaron en contra del proyecto occidental homogeneizador y excluyente que intentó borrar

su cultura y asimilarla a una cultura mestiza homogénea. Este proyecto se impuso a las poblaciones indígenas para quienes la modernización significó discriminación y la negación de derechos humanos, sociales, laborales, económicos, agrarios y políticos (Espinosa, 2009).

Estas fueron experiencias compartidas por las personas indígenas, pero para las mujeres en particular, la situación era aún peor, pues a lo anterior se sumaba la opresión por parte de sus compañeros varones. Por lo tanto, a la vez que las mujeres lucharon de forma activa de la mano de los varones por la defensa de los derechos colectivos de sus pueblos, por elegir sus propias formas de desarrollo, escoger sus formas de gobierno y a sus autoridades; también se pronunciaron por sus derechos individuales, por la autonomía sobre su cuerpo y por la posibilidad de tomar sus propias decisiones reproductivas (elegir a su cónyuge, el número de hijos) y cuestionar las relaciones de poder entre hombres y mujeres en la búsqueda de relaciones más igualitarias (acceder al trabajo remunerado, a la propiedad de tierras, y condenar la violencia hacia ellas) (Espinosa, 2009).

De esa manera, aunque sin nombrarlos de esa manera, las mujeres del EZLN buscaron a reivindicación de sus derechos reproductivos. Esto constituyó una rebelión frente a los usos y costumbres de sus pueblos, y frente a los mandatos de la Iglesia Católica, que tenía gran influencia en su cultura, y se posicionaba en contra del uso de métodos anticonceptivos en favor de tener los hijos “que Dios les dé”. Las mujeres del EZLN reclamaron su derecho a no ser violentadas de ninguna manera y de decidir sobre la maternidad, a una atención en salud sexual y reproductiva respetuosa de su cosmovisión, al respeto a la medicina tradicional, el derecho a utilizar anticonceptivos modernos y tradicionales y a eliminar los programas de esterilización forzada implementada por algunos gobiernos. Pero todo ello sin descuidar al mismo tiempo las luchas en los colectivos mixtos, por la propiedad de la tierra, por eliminar todas las formas de discriminación, racismo y violencia, y por la autodeterminación de sus pueblos (Primera Cumbre, 2002b, en Espinosa, 2009).

No obstante, a pesar de que los grupos de mujeres indígenas hablen de la reivindicación de derechos reproductivos, sin nombrarlos como tales, sus posturas y modos de lucha han llegado a enfrentarse con los de otros feminismos. De manera específica, los ejes de sexualidad y decisiones reproductivas han sido a la vez lugares de confluencias y desencuentros. Para las feministas, los derechos reproductivos constituyen una de las principales banderas de lucha, especialmente la lucha por la legalización del aborto. Pero justamente el tema del aborto es el tema de mayor conflicto con las mujeres indígenas, pues para ellas no es un tema que deba formar parte de su agenda. La Mayor Ana María, del EZLN, como vocera del movimiento, afirmó que no consideran que debe haber aborto, que se trata de una tradición que no quieren tocar (Rovira, 1999, en Espinosa, 2009). Y este ha sido un punto de especial reclamo de parte de las feministas. Por ejemplo, Marta Lamas (2015) narra un breve episodio en el que discutió con el subcomandante Marcos, a través de opiniones en un periódico, acerca de la importancia de la lucha por el aborto para las mujeres indígenas. Él señaló que tal lucha no es prioridad, pues las mujeres, antes de querer clínicas de aborto, necesitan clínicas para atender sus partos. Además,

muchos de los abortos que les suceden a las mujeres, se deben sobre todo a cuestiones como desnutrición o el trabajo pesado, por lo que habría que resolver antes las cuestiones de fondo. Marta Lamas respondía que, pese a estar de acuerdo con sus señalamientos, la lucha por el derecho a interrumpir sus embarazos no deseados no deja de ser importante, pues se ha señalado la angustia de las mujeres que ya no desean tener más hijos/as. Además, la demanda por una maternidad voluntaria va más allá de tener clínicas de aborto, sino clínicas con servicios integrales de salud reproductiva donde se brinde atención respetuosa y de calidad (Lamas, 2015).

Aunque más allá de la certeza de sus argumentos, tal como comenta Gisela Espinosa (2009), la importancia está en la autodeterminación, en la importancia de no tratar de imponer la agenda feminista a otros grupos de mujeres. Aunque estaban convencidas de los beneficios que reportaría a las mujeres indígenas la legalización del aborto, un verdadero respeto a su autonomía implicaría que las mujeres indígenas decidan si esa discusión debe formar parte de sus prioridades. De manera que, una verdadera praxis feminista implicaría no sólo apropiarse individualmente del cuerpo y de las decisiones reproductivas, sino respetar la autonomía política del movimiento de mujeres indígenas frente a las vertientes feministas.

Años antes de estos desacuerdos en relación al aborto, ocurrió otro episodio que da cuenta de cómo un discurso feminista homogéneo, que no considere las particularidades del contexto y las necesidades particulares de las mujeres, puede resultar contraproducente. En 1984, cuando se realizó la Tercera Conferencia Internacional de Población en la Ciudad de México. Convocadas y alentadas por la organización Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina (CIDHAL), una organización de mujeres populares (Conamup) realizaron una campaña de reflexión sobre cómo algunas políticas poblacionales atentaban contra su salud o sus libertades. Se analizó el tema en distintos grupos y elaboraron denuncias y demandas: pedían información veraz sobre anticoncepción, no ser presionadas para usar métodos anticonceptivos y dejar de ser conejillos de indias (en algunas de sus compañeras se estaban experimentando métodos anticonceptivos que les causaron muchos desajustes en sus ciclos menstruales). Se realizó un mitin a las puertas de la Secretaría de Relaciones Exteriores y se movilizaron cientos de colonas, pero las oradoras fueron feministas con un discurso muy desarrollado sobre maternidad voluntaria y con la demanda de despenalizar el aborto y a las colonas no se les dio la palabra. Las mujeres de la Conamup se sintieron utilizadas, prácticamente “acarreadas” y menospreciadas por las feministas y por los organismos civiles que las habían convocado para participar en el evento (Espinosa, 2009).

Sin restar legitimidad a la demanda por la legalización del aborto, es necesario contextualizar que tal demanda surge en el feminismo histórico, conformado por mujeres blancas, de clase media, urbanas, con acceso a la universidad. Grupos de mujeres indígenas o de mujeres populares tenían otras prioridades. Mientras que, para las primeras, la autodeterminación implicaba poder usar anticonceptivos para disfrutar su sexualidad y tener acceso al aborto, para las otras, su preocupación era la contraria, no ser obligadas a utilizar anticonceptivos y no ser sujetos de experimentación de anticonceptivos para determinar si son seguros para las mujeres blancas. Un

mismo fenómeno puede ser vivido de maneras opuestas según las condiciones particulares. De ahí la importancia de respetar sus luchas, escuchar sus demandas y acompañar sus procesos, sin apropiaciones o imposiciones.

*La década de los 2000. La legalización del aborto en el Distrito Federal*

El último hito histórico dentro de esta historia inacabada de la lucha por los derechos reproductivos en México tiene que ver con el logro de ese anhelado objetivo del feminismo desde los años 70: la despenalización del aborto.

En 1997, por primera vez, hubo alternancia en la dirigencia del gobierno de la Ciudad de México y el PRD, un partido de izquierda, llegó al poder. Las plataformas del PRD y del partido del trabajo incluyeron la despenalización del aborto como parte de su proyecto político, como uno de los elementos de la maternidad voluntaria. La legislación sobre aborto en el Código Penal de la Ciudad databa desde 1931, por lo que la Ciudad de México tenía una de las leyes más restrictivas sobre aborto en todo el país. Las únicas causales para realizarlo eran: en caso de violación, cuando la vida de la mujer corriera peligro y cuando el aborto fuera imprudencial. Otros estados incluían, además, malformaciones del producto, riesgo para la salud de la mujer y por razones socioeconómicas graves (Lamas, 2015).

En diciembre de 2003, el PRD presentó una iniciativa sobre el aborto que incluía elementos como el aumentar la pena para quien hiciera a una mujer abortar sin su consentimiento, regular la objeción de conciencia de los médicos permitiendo que ejerzan la objeción, pero garantizando que la mujer reciba la atención adecuada por parte de otro miembro del personal cuando solicite un aborto legal. También propuso modificar la ley de salud para que se dispusiera que las instituciones públicas de salud realizaran, en un plazo menor a cinco días y de manera gratuita, la interrupción legal del embarazo. Adicionalmente, se incluyó un cambio sutil pero muy importante, se le da un nuevo carácter al aborto, que de ser considerado un delito que no se castiga cuando ocurre en las situaciones enlistadas, pasó a no ser un delito de acuerdo con esas circunstancias (Lamas, 2015).

Este proyecto de ley entró en vigor en enero de 2004 encontrando pocas resistencias, ni siquiera de parte de los partidos conservadores como el PAN, que mostraron su beneplácito porque se incluyera la figura de la objeción de conciencia (Lamas, 2015).

Pese a esa reforma, el aborto seguía siendo un delito bajo ciertas circunstancias. Por lo que la lucha seguía pendiente. En 2007, se conformó un grupo de personas expertas para reflexionar acerca de las consecuencias e implicaciones de la penalización del aborto. Concluyeron que la penalización no servía a nadie más que a algunas clínicas clandestinas. Por lo que, tejido como un proyecto más amplio de maternidad voluntaria, que incluía una propuesta de educación sexual y de uso de anticonceptivos para impulsar una responsabilidad reproductiva, se propuso una nueva iniciativa para despenalizar el aborto en la Ciudad de México (Lamas, 2015).

El 19 de abril de 2007, se aprobó el dictamen de despenalización del aborto en los siguientes términos:

1. Se reformuló la definición jurídica penal del aborto, para quedar formulada así: aborto es la interrupción del embarazo después de la 12ª semana de gestación. Por lo tanto, el aborto únicamente puede penalizarse a partir de la semana 13 de gestación, lo que hace lícitos los abortos consentidos o procurados dentro de las primeras 12 semanas de gestación.
2. Se definió el embarazo para efectos del código penal como: la parte del proceso de reproducción humana que comienza con la implantación del embrión. Dicha formulación permitiría el uso de métodos anticonceptivos post-coitales, como la anticoncepción de emergencia
3. Se redujeron las sanciones a las mujeres que se practicaran un aborto. Antes, la pena era de uno a tres años de prisión; ahora se imponen de tres a seis meses de prisión o de 100 a 300 días de trabajo en favor de la comunidad.
4. Se estableció la figura del aborto forzado, que se define como: la interrupción del embarazo en cualquier momento, sin el consentimiento de la mujer embarazada. La pena para quien realiza un aborto forzado es de cinco a ocho años de prisión y si mediara violencia física o moral, de ocho a diez años.
5. Se reformó la ley de salud de Distrito Federal, para señalar que la atención de la salud sexual y reproductiva es de carácter prioritario y que tienen como prioridad la prevención de embarazos no deseados. Se estableció que el gobierno promoverá de manera permanente políticas integrales para la promoción de la salud sexual, los derechos reproductivos, y la maternidad y paternidad responsable. Asimismo, se ofrecen servicios de consejería pre y post aborto y se les da la información objetiva a las mujeres que soliciten interrupción legal del embarazo (Lamas, 2015).

El aborto fue planteado como un tema de justicia social y considerado como último recurso. Por lo tanto, se incluyó una estrategia para la promoción de embarazos no deseados y se dio importancia a los servicios de salud sexual y reproductiva. Se argumentó que la penalización del aborto es una afrenta a varios derechos de la mujeres, como el derecho a decidir sobre su propio cuerpo (autonomía), a decidir y realizar su propio plan de vida (libertad), al cuidado y preservación de su salud e integridad física y mental (los abortos clandestinos y en condiciones insalubres generan graves daños a la salud, lo que violenta su derecho a la dignidad), a la equidad de oportunidades (ya que la mayoría de las mujeres no puede pagar los abortos ilegales caros y bien practicados, por lo que son formas de discriminación y violenta su derecho a la igualdad).

Así fue que en la Ciudad de México se despenalizó el aborto a partir de una demanda amplia por una maternidad voluntaria. Aun así, estas demandas y otras siguen siendo temas pendientes en otros contextos.

### **Consideraciones finales**

En este capítulo presenté una revisión de la evolución de diferentes estrategias que han tenido como objetivo limitar la reproducción de algunos grupos de la sociedad para el supuesto beneficio de los grupos dominantes. Como fue posible apreciar, la primera mitad del siglo XX se caracterizó por

una gran diseminación de la eugenesia y la creación en varios países de legislaciones promotoras de la esterilización forzada en contra, principalmente, de personas con discapacidad intelectual y otras enfermedades mentales, pero también de otras consideradas “enfermedades sociales”, como la “promiscuidad”, o la prostitución. Además, más allá de las legislaciones, las prácticas de esterilización han afectado a grupos de personas que no han estado explícitamente mencionados en ellas, como ha sido el caso de las mujeres romaníes, en Europa, las mujeres negras, latinas y nativas americanas en Norteamérica, las comunidades indígenas de Latinoamérica o las mujeres con VIH en Latinoamérica y África.

En la segunda mitad del siglo XX, sin embargo, el panorama cambió, en gran parte debido a la Segunda Guerra Mundial y la posterior revelación de los crímenes nazis, que sirvieron a modo de repulsivo para abandonar los esfuerzos eugenésicos de control de la población, así como la aparición de contramedidas en la forma de acuerdos internacionales que buscarían la protección de los derechos reproductivos y la derogación, gracias a ello, de casi la totalidad de leyes que permitían la esterilización forzada en el mundo.

Tal vez esta evolución y aparente declive de la esterilización con fines eugenésicos da la impresión que este fenómeno es un hecho pasado, uno que desapareció junto con el nazismo y tras el surgimiento de la organización internacional en pro de los derechos humanos; y tal vez a eso se debe la relativa escasez de investigaciones empíricas que aborden este tema en la actualidad. Sin embargo, las investigaciones más recientes citadas en este escrito muestran lo contrario.

Si bien es cierto que la mayor parte de las leyes que permitían la esterilización involuntaria desaparecieron en la segunda mitad del siglo XX, siguen existiendo algunas que la permiten, aunque han sido modificadas de manera que se respeten, en general, los derechos humanos, y no contienen abiertamente discursos que hagan alusión a la eugenesia. Tal es el caso de las políticas en China e India, que tienen el propósito de mitigar la sobrepoblación, pero repiten los mismos patrones que las problemáticas leyes de la primera mitad del siglo XX, al convertirse en medidas dirigidas a las personas de bajos recursos, volviéndose así estrategias eugenésicas para prevenir la reproducción de los grupos considerados como “pobres” e “inferiores”.

Otro ejemplo es una legislación en Estonia, que solo permite la esterilización de personas con discapacidad intelectual grave, que no tienen la capacidad de consentir si: 1) el embarazo sería peligroso para la mujer; 2) existe el riesgo de que la mujer dé a luz a un niño con una discapacidad física o mental grave; 3) el estado de salud de la mujer le impide criar adecuadamente a un hijo o hija; y 4) ningún otro método para prevenir el embarazo es adecuado (Amy & Rowlands, 2018b).

El problema con este tipo de legislaciones es que, en realidad, pese a sus modificaciones, no dejan de lado los mismos problemas que el resto de legislaciones derogadas. En primer lugar, están dirigidas únicamente a mujeres; en segundo lugar, la esterilización, en el caso de las mujeres con discapacidad intelectual, está pensada como una medida de “protección” hacia ellas, en el dado caso de que sufran abuso sexual que produciría un embarazo. Esto resulta evidente del hecho que, si se considera que la mujer no tiene capacidad para entender y consentir en qué consiste la

esterilización, probablemente tampoco la tenga para consentir una relación sexual, de modo que esta medida resulta revictimizante y punitiva en contra de las mujeres, en lugar de prevenir su abuso sexual, buscan prevenir un embarazo que, en muchos de los casos, es el único medio para saber que fue víctima de abuso.

La mayoría de las políticas sobre planificación familiar actuales la abordan desde un sentido amplio, a partir de los derechos sexuales y reproductivos, una perspectiva desde la cual prima el respeto a la autonomía, la decisión de las personas y la prohibición de utilizar los anticonceptivos como métodos de control de la natalidad. Sin embargo, en la práctica, mujeres de bajos recursos, indígenas, mujeres que viven con VIH o con discapacidad son presionadas o incluso forzadas a utilizar anticonceptivos. Este hecho muestra cómo se cuelan en los sistemas de salud las mismas ideas heredadas de la eugenesia de años atrás.

Las investigaciones aquí mostradas dan cuenta de violencias basadas en prejuicios ejercidas por parte del personal de salud. Dichas violencias resultan claras violaciones de los postulados de las políticas sobre salud reproductiva y sexual. Pero el propósito de esta investigación es mostrar otra cara del problema: cómo las mismas políticas pueden ser utilizadas como una medida de control de población. Cómo en un intento por cumplir los objetivos de las políticas, se puede caer —de forma intencional o no—, en las mismas prácticas de anticoncepción involuntaria.

Ahora bien, a pesar de que he presentado hasta aquí la esterilización como una herramienta para el control natal de grupos específicos, es necesario tener en cuenta otros matices. Aunque por un lado los anticonceptivos han sido utilizados como un medio para controlar y regular las opciones reproductivas de algunas mujeres, también es cierto que la lucha por acceder a estos mismos (como parte de una demanda más grande por salud sexual y reproductiva) ha sido uno de los principales estandartes de la lucha feminista. De ahí la importancia de presentar en este capítulo esa historia de la lucha por la maternidad voluntaria en México. Es cierto que para algunas mujeres lo anticonceptivos se han convertido en un símbolo de liberación sexual, aunque para otras se hayan vuelto objetos de mayor opresión, por ejemplo, las mujeres en quienes experimentaron la eficacia de la píldora anticonceptiva o los ejemplos de anticoncepción involuntaria en contra de poblaciones racializadas. Sin embargo, eso no demerita el gran esfuerzo que han hecho los grupos de mujeres para lograr la promulgación de leyes en favor de la maternidad voluntaria, entendida en un sentido amplio. Pues el problema no son los anticonceptivos, sino toda una estructura que se construye sobre el control de los cuerpos de las mujeres para lograr objetivos demográficos en favor de los grupos dominantes.

Por estas razones, para comprender teóricamente el fenómeno de la anticoncepción involuntaria, considero que es necesario pensarlo a través de la teoría foucaultiana sobre el biopoder y a través de los lentes del género, como principales ejes de análisis, mismos que desarrollaré en el siguiente capítulo.

.....

## **Capítulo 2. El control de los procesos demográficos a través de los cuerpos de las mujeres. Género, Biopolítica y Gubernamentalidad reproductiva**

En este capítulo desarrollo una mirada teórica sobre el fenómeno de la anticoncepción involuntaria, y en general, sobre el control de la reproducción. Para hacerlo, me basaré en dos ejes fundamentales. Primero, una mirada desde la teoría foucaultiana sobre el *Biopoder*, en tanto que el control de los procesos demográficos en general, y de la reproducción en particular, constituye el objetivo de esa modalidad de poder, un control total de la población a través del dominio de los cuerpos de las personas. Segundo, el control de la reproducción ocurre a través del control de los cuerpos de las mujeres en particular, ya fuera para fomentar la reproducción y facilitar los matrimonios entre las personas “más aptas”, o para evitar la reproducción de las “menos aptas”, ha sido siempre por medio de la manipulación y explotación de los cuerpos de las mujeres que se han ejercido tales violencias; es por ello que el segundo eje de análisis será el *Género* como sistema de dominación y explotación de las mujeres. Y añadido a este segundo punto, las mujeres víctimas de las políticas de esterilización no son cualquier mujer, se trata, en la mayoría de los casos, de mujeres racializadas, empobrecidas y estigmatizadas, es por ello que analizar las acciones de control sobre las prácticas reproductivas de las mujeres implica hacerlo desde una mirada interseccional.

### **Biopoder**

Para hablar de biopoder debemos remitirnos a los análisis de Michel Foucault sobre el poder. Aunque es considerado uno de los principales teóricos sobre el poder, el trabajo analítico de Foucault, tal como él lo menciona, no es acerca del poder, sino acerca del sujeto. Su objetivo fue investigar sobre los modos de subjetivación del ser humano. Sin embargo, “sujeto” y “poder” se encuentran íntimamente relacionados, de manera que su trabajo se dirigió hacia la indagación de los modos de objetivación del poder a través de los cuales los seres humanos se convierten en sujetos. Éstos son: 1) los saberes que denominamos ciencias y a través de los cuales las personas devienen sujetos de la productividad en la economía; 2) las prácticas que dividen al individuo dentro de su propio cuerpo o se le divide de otros (loco/cuerdo, sano/enfermo); y 3) cómo los seres humanos se convierten a sí mismos en sujetos (Foucault, 1988).

La concepción de poder de Foucault lo llevó a separarse de las concepciones clásicas que lo conciben en términos de soberanía o de represión. Una forma de poder que opera de manera vertical, que es poseído por algunas personas para dominar a otras. Se trata de una visión que se centra sólo en la dominación y la sumisión, en la prohibición y la obediencia. Foucault llamó a esta concepción del poder, jurídico-discursiva (Foucault, 1988).

De modo tal que Foucault (2011) aclara que, cuando se refiere al poder, *no* está pensando en el conjunto de instituciones y aparatos estatales que aseguran la sujeción de las personas en una sociedad; tampoco lo entiende como un sistema de dominación que es ejercido por un grupo sobre otro. Por poder entiende:

primero, la multiplicidad de las relaciones de fuerza inmanentes y propias del campo en el que se ejercen, y que son constitutivas de su organización; el juego que por medio de luchas

y enfrentamientos incesantes las transforma, las refuerza, las invierte; los apoyos que dichas relaciones de fuerza encuentran las unas en las otras, de modo que formen cadena o sistema, o al contrario, los desniveles, las contradicciones que aíslan a unas de otras; las estrategias, por último, que las torna efectivas, y cuyo dibujo general o cristalización institucional toma forma en los aparatos estatales, en la formulación de la ley, en las hegemonías sociales (Foucault, 2011, p. 87).

El poder, desde esta mirada, tiene características distintivas (Foucault, 2011):

1. No se encuentra concentrado o es poseído por una persona o se ejerce de manera vertical de arriba hacia abajo, desde grupos dominantes hacia grupos dominados. El poder es omnipresente, pues se está produciendo a cada instante y proviene desde todos los puntos, se produce en toda relación de un punto a otro, es decir, todo individuo es a la vez receptor y emisor de poder. *El poder funciona en red.*
2. No es una institución ni una estructura, no es un bien que se posea o una potencia de la que algunas personas estarían dotadas. No es algo que se adquiriera, arrebate o comparta, *el poder se ejerce* a partir de innumerables puntos, y en el juego de relaciones móviles y no igualitarias.
3. Las relaciones de poder son *inmanentes a las relaciones sociales*. Son al mismo tiempo el efecto y la condición de posibilidad de las desigualdades y desequilibrios en las relaciones sociales. Además, las relaciones de poder no funcionan como superestructura con un papel de prohibición en donde actúan, sino que efectúan un papel productor, es decir, *el poder no es represivo, sino positivo*, es decir, produce individualidades, produce sujetos.
4. Las relaciones de poder son a la vez intencionales y no subjetivas: el poder se ejerce con una *intencionalidad* y objetivos específicos.

En suma, las principales características del poder desde esta mirada son que se ejerce desde diversos puntos, produce subjetividad, es inmanente a las relaciones sociales y tiene intencionalidades específicas. Pero la analítica del poder foucaultiana va más allá de eso. Saber cómo funciona el poder implica preguntarse: a) qué sistemas de diferenciación permiten que unos individuos actúen sobre otros (diferencias jurídicas, tradicionales, económicas, competencias cognitivas, etc.); b) qué objetivos se persiguen (mantener un privilegio, acumular riquezas, ejercer una profesión); c) qué modalidades instrumentales se utilizan (las palabras, el dinero, la vigilancia, los registros); d) qué formas de institucionalización están implicadas (las costumbres, las estructuras jurídicas, los reglamentos, las jerarquías, la burocracia); e) qué tipo de racionalidad está en juego (tecnológica, económica); entre otros aspectos. Cada una de estas instancias requiere describir y analizar modos de acción que no actúan directa e inmediatamente sobre los demás, sino sobre sus acciones (Castro, 2004).

De esta forma, la noción de poder en Foucault tiene que ver directamente con el “gobierno”, que se refiere a la capacidad de “conducir conductas”. Esto quiere decir que el poder no actúa de manera directa sobre los cuerpos de las otras personas, sino que actúa sobre sus acciones o sobre su

posibilidad de acción, esto es, el poder es la posibilidad de unos de “conducir conductas, induciéndolas, facilitándolas, dificultándolas, limitándolas, impidiéndolas” (Castro, 2004, p. 412).

Ahora bien, Foucault distingue tres tipos fundamentales de poder a lo largo de la historia moderna de occidente, que surgieron en contextos sociohistóricos determinados: el soberano, el disciplinario y el biopoder. Pese a que son descritos en orden cronológico, esto no quiere decir que uno reemplace a otro, sino que se superponen y complementan.

El **poder soberano** es un poder vertical, todas las relaciones de poder confluyen en una sola persona: el soberano. Éste tiene el derecho a disponer de la vida de sus súbditos y es cuando lo hace que ejerce su poder. Una manera de representarlo es mediante la frase: *hacer morir o dejar vivir*. Este tipo de poder se desarrolló en una época —la edad clásica en occidente— en la cual el poder era ejercido a través del derecho del soberano a apropiarse de las riquezas de sus súbditos: “de las cosas, del tiempo, de los cuerpos y finalmente de la vida” (Michel Foucault, 2011, p. 126).

Sin embargo, ese poder que buscaba el sometimiento del enemigo y el derecho del soberano a defenderse o exigir ser defendido, ejerciendo así su derecho de dar muerte, gradualmente se convirtió en una forma cuyo principal propósito sería el contrario: asegurar la vida, mantenerla y desarrollarla (Foucault, 2011).

Este comenzó su desarrollo alrededor del siglo XVII, en un primer momento, con su transformación en un **poder disciplinario**, que actúa directamente sobre los cuerpos individuales, vistos como máquinas, con el objetivo de disciplinarlos, esto es, aumentar sus aptitudes, extraer todas sus fuerzas, aumentar su utilidad y su docilidad, todo ello en aras de obtener de ellos la mayor productividad económica posible (Foucault, 2002). Esto lo hará por medio de la disciplina, que es entendida como la interiorización de una relación de vigilancia, cuyo objetivo es lograr la singularización de los individuos, a través de la vigilancia permanente, la clasificación, evaluación, localización y examen de los individuos para lograr de ellos la mayor productividad posible, esto es, hacerlos dóciles (Castro, 2004). Al uso de estas disciplinas, junto con las instituciones por medio de las cuales se ejecuta, como el ejército, la escuela, la prisión o los hospitales es lo que Foucault llamó *anatomopolítica del cuerpo humano* (Foucault, 2011).

Finalmente, el **biopoder** se trata de una inversión de la fórmula de “*hacer morir y dejar vivir*”, para convertirse en “*hacer vivir y dejar morir*”. Esta modalidad de poder, a diferencia del disciplinario, que es individualizante, se centra en los procesos de la población, como los nacimientos, la mortalidad, la tasa de reproducción, las enfermedades, etc., esto es: *hacer vivir*. Por otro lado, a pesar de centrarse en la vida, no deja de haber muerte, la diferencia es que no es producida mediante un asesinato directo, sino indirecto, en tanto que, sin que se efectúe de manera intencional, poblaciones enteras mueren como resultado de la falta de acciones por parte del Estado, en otras palabras, las muertes en el biopoder se originan en poblaciones que son abandonadas al ser omitidas como objetos de política pública. Dentro del biopoder la población se fragmenta en una jerarquía de razas y quienes son colocados en la parte inferior son abandonados para morir (Foucault, 2006a).

Podría considerarse la anatomopolítica un primer polo constitutivo del biopoder, centrado en el cuerpo individual, al cual se sumaría tiempo después, a mediados del siglo XVIII, un segundo polo, centrado en el cuerpo-especie y cuya finalidad sería la de establecer controles reguladores de la proliferación de los nacimientos y la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida, la vivienda, la migración, así como el control de todas las condiciones que los pueden hacer variar. Ésta fue la *biopolítica de la población* (Foucault, 2011).

Para Foucault, la biopolítica es “lo que hace entrar a la vida y sus mecanismos en el dominio de los cálculos explícitos y convierte al poder-saber en el agente de transformación de la vida humana” (Foucault, 2011, p. 133); de esta manera, hará uso de nuevas tecnologías con el fin de regular la vida misma, como la estadística, la medicina, el control de la natalidad, las políticas públicas, y cualquier otra que tenga como objetivo controlar y regular los procesos poblacionales (Foucault, 2011).

La transición de un poder individualizante a uno centrado en la población fue facilitada, de acuerdo con el autor, principalmente por el aumento de la producción industrial y agrícola en el siglo XVII, así como el desarrollo del saber médico y científico sobre el cuerpo humano, pues éstas permitieron un relativo dominio sobre la vida, tomando la tarea de controlar y modificar sus procesos. Esto llevó a la introducción de una medicina cuya función principal sería la de la higiene pública (Foucault, 2011).

Esta nueva forma de poder no actúa sobre la sociedad (en tanto cuerpo social) y tampoco sobre el individuo-cuerpo. Se forma entonces un nuevo blanco: la población como problema científico y político a la vez, como problema biológico y problema de poder. Así pues, la población aparecerá como meta última por excelencia del gobierno pues, en el fondo, la meta de gobernar es mejorar la suerte de las poblaciones, aumentar sus riquezas, la duración de la vida, su salud, etc. Y esto lo hará el Estado de manera directa, a través de campañas, o de manera indirecta, mediante técnicas que van a permitir, por ejemplo, estimular o inhibir, sin que la gente lo advierta demasiado, el índice de natalidad (Lemke, 2017).

### **Gubernamentalidad**

Cierto es que la forma de actuar del biopoder ha variado dependiendo del contexto histórico en que se desarrolle. En las sociedades occidentales contemporáneas, el biopoder actúa de acuerdo con la racionalidad política neoliberal y a esto se refiere la *gubernamentalidad*. La gubernamentalidad es el modo en cómo se administra un Estado y la sociedad, a partir de la entrada de los discursos economicistas del neoliberalismo (Foucault, 2006b).

Citando Foucault (2006b), la gubernamentalidad es

el conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esa forma bien específica, aunque muy compleja, de poder que tiene por blanco principal la población, por forma mayor de saber

la economía política y por instrumento técnico esencial los dispositivos de seguridad (p. 136).

¿Por qué estudiar la gubernamentalidad? Para abordar el problema del Estado y la población, para mirar más allá de las instituciones y descubrir el modo en que operan las tecnologías de poder. En otras palabras, la importancia de separar biopoder y la gubernamentalidad, como conceptos, es con fines analíticos, pues un análisis de la gubernamentalidad permite, de manera empírica, entender cómo es que funciona el biopoder y cómo administra ciertas cosas (Rose, O'Malley y Valverde 2006).

En “el gobierno de los vivos”, Foucault entiende la gubernamentalidad como las “técnicas y procedimientos para dirigir el comportamiento humano”, en otras palabras, tiene que ver directamente con su definición de poder, que se refiere a “conducir conductas”. Este gobierno puede ser de los niños, de las almas o de las conciencias, del hogar, del estado o de sí mismo (en Rose, O'Malley y Valverde, 2006). Existen, por lo tanto, distintos niveles de gobierno, no es posible pensar que todo proviene de una sola instancia, que es el Estado, sino que se distribuye en distintos espacios y tiene diferentes fines.

En ese sentido, Foucault comprendió que, en lugar de pensar en el estado como el origen del gobierno, como se hacía tradicionalmente, se debería hacer una pregunta distinta: ¿Cómo se podría dar cuenta de la gubernamentalización del estado? O, en otros términos: “¿Cómo en un determinado momento histórico, el aparato formal del estado había llegado a enredarse con el negocio de conocer y administrar las vidas y las actividades de las personas y las cosas repartidas en un territorio?” (Rose, O'Malley y Valverde, 2006, p. 121). Bajo esta nueva mirada, el análisis de la ciencia política tradicional que concebía el imperativo de gobernar como la esencia del estado, debía cambiar, pues los estados no siempre gobiernan en este sentido. Además, con el surgimiento del liberalismo en Occidente, en el siglo XVIII, el modo de gobernar no era en el sentido de un poder centralizado que ejercía su autoridad sobre la sociedad por medio de la propagación de la maquinaria de control estatal. Más bien, era necesario hacer un análisis a la inversa: que, en un determinado momento histórico, los estados se habrían conectado a una diversidad de fuerzas de grupos que igualmente habían tratado y que tenían la capacidad de moldear y administrar las vidas de los individuos, cada uno en función de diferentes objetivos (Rose, O'Malley y Valverde, 2006).

De esa manera, en la racionalidad liberal se entiende que el comportamiento de las personas no debe de ser atendiendo únicamente al objetivo de fortalecer el estado, sino que es preciso tomar en cuenta los intereses de la sociedad, vista como una realidad externa y diferente de éste. Es así que el liberalismo es entendido como un arte de gobierno que se presenta como una crítica al exceso de gobierno de parte del estado. De lo anterior se deriva que el interés de Foucault al abordar la gubernamentalidad era comprender el nacimiento de este liberalismo, visto como una racionalidad política, una manera de hacer cosas orientada a objetivos específicos (Rose, O'Malley y Valverde, 2006).

De modo que, hacer un análisis desde la gubernamentalidad

observa al biopoder como si operara siempre en términos de racionalizaciones específicas, dirigiéndose hacia ciertos fines que se presentan dentro de ellas [...]. [y busca] identificar estos diferentes estilos de pensamiento, sus condiciones de formación, los principios y saberes de los que se apropian y los que generan, las prácticas en las que consisten, cómo son llevadas a cabo, sus polémicas y sus alianzas con otras artes de gobierno (Rose, O'Malley y Valverde, 2006, p. 116).

Con lo anterior, dará respuesta, de manera implícita o explícita, a las siguientes preguntas: ¿Quién o qué debe ser gobernado? ¿Por qué? ¿Cómo? ¿Con qué fines? Bajo esta perspectiva, en vez de ver al estado como una instancia única responsable de controlar la conducta de las personas, se reconoce que una gran diversidad de autoridades gobierna en sitios diferentes y con objetivos diferentes. De esta forma se amplían las preguntas anteriores a: ¿Quién gobierna qué? ¿Según qué lógicas? ¿Con qué técnicas? ¿Con qué fines? En otras palabras, un análisis desde la gubernamentalidad es una suerte de operacionalización del biopoder, en el sentido que no busca hacer una teorización sobre el poder, sino que plantea preguntas particulares sobre los fenómenos que busca comprender, por medio de preguntas que pueden ser respondidas a través de investigación empírica (Rose, O'Malley y Valverde, 2006).

#### *Gubernamentalidad reproductiva*

En lo que compete a esta investigación en particular, su propósito fue centrar el análisis de la gubernamentalidad en el campo control de las conductas reproductivas, en particular, el uso de anticonceptivos. Para ello, resultan de gran utilidad las ideas de Lynn Morgan y Elizabeth Roberts (2012), quienes llevan las nociones foucaultianas sobre la gubernamentalidad al campo del control de la reproducción. Se enfocan en particular en el caso de América Latina debido a que, con la entrada de las políticas neoliberales en la región a partir de la década de los 90, han surgido una serie de iniciativas constitucionales, civiles, jurídicas y legislativas que pretenden regular el comportamiento reproductivo y sexual.

Por un lado, diversos grupos activistas han pugnado por la creación de legislaciones para castigar la violencia doméstica, lograr el acceso al aborto en algunos países y el acceso a la anticoncepción y tecnologías de reproducción asistida, así como la descriminalización de la homosexualidad y la aprobación del matrimonio igualitario. Por otro lado, las reacciones ante estos avances se han materializado mediante la prohibición total del aborto en Nicaragua (2006), El Salvador (1998), República Dominicana (2009) y varios estados de México (2007). También en Costa Rica se prohibió en el 2000 la fertilización in vitro, bajo petición de la iglesia católica (Morgan y Roberts, 2012).

Como una herramienta para analizar estos fenómenos, Morgan y Roberts (2012) proponen el concepto de “gubernamentalidad reproductiva”, que definen como:

*los mecanismos a través de los cuales diferentes configuraciones históricas de actores —como instituciones estatales, iglesias, agentes donadores y ONGs<sup>10</sup>— usan **controles legislativos, incentivos económicos, mandatos morales, coerción directa e incitaciones éticas, para producir, monitorear y controlar conductas y prácticas reproductivas**” (Morgan y Roberts, 2012, p. 243).*

Este concepto permite analizar la manera en que los procesos económicos, tras la entrada del neoliberalismo a América Latina, trastornaron y transformaron los hábitos y conductas reproductivas en la región. Pero más que eso, partir desde un análisis desde la gubernamentalidad, permite dar cuenta de cómo es que el ámbito de la reproducción, tal como habla Foucault de la sexualidad en general, que se nos ha hecho pensar como algo íntimo y privado, está totalmente controlado e imbuido por una serie de discursos que buscan el control y la regulación de las poblaciones, discursos que a su vez están influidos por fenómenos como la formación de los estados-nación y las economías mundiales (Morgan y Roberts, 2012).

De este modo, la gubernamentalidad reproductiva permite ver cómo distintos fenómenos internacionales, como la migración, la sobrepoblación, las dinámicas salud o la reproducción, se entrelazan entre sí y muestran sus efectos en niveles locales. También, cómo distintos actores sociales y grupos específicos buscan el control de la reproducción y producen nuevos sujetos. Por ejemplo, en el caso de Latinoamérica en las últimas décadas, ha sido claro cómo las ONG y diversos movimientos sociales han proliferado y se han convertido en grupos importantes que tienen efecto sobre la construcción de sujetos, como lo ha sido históricamente la Iglesia católica y más recientemente, las iglesias cristianas evangélicas. Estos grupos producen una serie de discursos por medio de los cuales se busca la regulación de la sexualidad y de la reproducción. La gubernamentalidad reproductiva brinda un marco teórico para poder comprender la regulación de las opciones reproductivas, los comportamientos y las identidades disponibles para las personas, que son construidas como “ciudadanos racionales”, es decir, ciudadanos que “encarnan y reproducen las prioridades apoyadas por el estado en sus valores, conducta y comportamiento” (Morgan y Roberts, 2012, p.244).

En ese sentido, el concepto de gubernamentalidad reproductiva permite analizar los vínculos entre los regímenes morales instituidos e incorporados, las estrategias políticas nacionales y las lógicas económicas globales, es decir, el vínculo entre el gobierno individual y el gobierno mundial. Así, por medio de la gubernamentalidad reproductiva, los diversos discursos provenientes de los actores sociales con mayor poder permean hacia el nivel individual, formando nuevas consciencias, nuevos sujetos, que a su vez reproducirán estos discursos (Morgan y Roberts, 2012).

Un ejemplo de ello es el de los discursos de planificación familiar, como fue posible observar en algunos de los ejemplos sobre las acciones de anticoncepción involuntaria. En ocasiones, el personal de salud estaba convencido de que colocar un anticonceptivo a una mujer era lo mejor para ella, por ejemplo, para ayudarla a tener menos hijos de los que pudiera mantener, o bien, lo

---

<sup>10</sup> Organizaciones no Gubernamentales

mejor para la sociedad, al impedir la reproducción de mujeres de grupos “indeseables”. En ambos casos, se trata de discursos macrosociales que permean hasta la subjetividad de las personas, configurando sus conciencias y formándolos como sujetos adecuados para la racionalidad neoliberal.

### **Reproducción estratificada**

De la mano del concepto de gubernamentalidad reproductiva, se ubica el de reproducción estratificada. El primero hace posible pensar el fenómeno de la reproducción desde las implicaciones y los efectos locales que provocan fenómenos a gran escala como la migración, la sobrepoblación o las dinámicas de salud. El concepto de reproducción estratificada (Colen, 1995), de manera similar, invita a pensar la reproducción, no como un proceso biológico, limitado a la procreación, sino que se entiende que las personas nacen dentro de arreglos sociales complejos, a través de los cuales son negociadas cuestiones como la propiedad, los derechos, las posiciones dentro de una estructura, entre otros aspectos. Por lo tanto, el hecho biológico de la reproducción está siempre ligado con la producción de cultura (Ginsburg y Rapp, 1995).

Por tanto, hablar sobre el proceso reproductivo implica colocar la reproducción en el centro de la vida social y luego investigar los diversos factores que la influyen, para entender cómo se estructura a través de fronteras sociales y culturales. Esos factores a considerar incluyen actividades económicas, relaciones sociales y de parentesco, representaciones sociales en torno a la maternidad, la paternidad, roles y relaciones de género y generacionales (Berrio, 2013), las instituciones involucradas en esos procesos (p. ej. instituciones de salud, instituciones sociales como la familia, etc.), y las diferentes corrientes y fuerzas involucradas en el debate sobre estos temas, los cuales pueden ir desde lo local hasta lo global e incluyen miradas, políticas, acciones y lineamientos desde los estados, organismos multilaterales y una diversidad de fuerzas económicas y políticas interesadas en promover su agenda y su visión sobre la reproducción y la continuidad cultural (Ginsburg y Rapp, 1995).

Es bajo esta concepción de reproducción que Shelle Colen (1995) propone el concepto de “reproducción estratificada”, con la finalidad de “describir las relaciones de poder por medio de las cuales algunas categorías de personas son empoderadas para reproducirse y criar, mientras que a otras se les desempodera” (p. 78). De tal forma que ciertos grupos sociales poseen condiciones para reproducirse (incentivos económicos, condiciones económicas que permitan permanecer con sus hijos/as un lapso considerable después del nacimiento, acceso a tecnologías para la reproducción asistida, posibilidades para ejercer la maternidad subrogada, posibilidad de planificar su familia, etc.), mientras que otras personas, principalmente en regiones de poco desarrollo o miembros de grupos sociales marginalizados debido a su etnicidad, su clase, nacionalidad, condición social, edad, entre otros, son percibidos como no aptos para la reproducción y se diseñan una serie de políticas dirigidas a controlar su fecundidad y sus prácticas reproductivas (Colen, 1995).

Así, en un extremo del espectro es posible ver un gran desarrollo de tecnologías que buscan ampliar o generar condiciones para la reproducción de algunos grupos, que pueden costear los tratamientos de inseminación artificial, la gestación subrogada o alquiler de vientres para la implantación de óvulos, mismos que suelen ser “alquilados” por mujeres de menores recursos económicos (Cardaci y Sánchez, 2009). Mientras que en el otro extremo, existen las políticas de planificación familiar, bajo las cuales se ejerce presión a las mujeres de regiones y grupos marginalizados para aumentar el uso de anticonceptivos<sup>11</sup>, es decir, para el control de la fecundidad, bajo argumentos como la reducción del riesgo obstétrico (sin atender las condiciones paupérrimas de las clínicas que imposibilitan una atención adecuada del embarazo, o los obstáculos para recibir atención médica en hospitales que sí cuentan con esos recursos), o de desarrollo económico y combate a la pobreza (con programas de salud sexual y reproductiva que buscan limitar el número de hijos/as que pueden tener las mujeres a quienes se dirigen, pero sin atender cuestiones de fondo, como la ausencia de servicios de salud de calidad, las condiciones precarizadas de trabajo, la discriminación, entre otros) (Collado, 2014).

Un análisis de la reproducción estratificada se enfoca en los arreglos y relaciones por medio de los cuales se determina a unos futuros reproductivos como más valiosos que otros, quién tiene derecho a reproducirse o a elegir si reproducirse o no y quién no puede hacer tal elección, en otras palabras, permite comprender cómo es que

la reproducción se encuentra inserta en un sistema de desigualdades basadas en jerarquías de clase, raza, etnicidad, género y lugar en la estructura social, los cuales definen la manera como se viven los procesos reproductivos, las posibilidades de acceso a recursos, materiales, sociales, así como la valoración social de este hecho (Colen, 1995, p. 97).

Este concepto también invita a pensar cómo las tareas reproductivas se realizan de forma diferenciada en cada grupo social, de acuerdo con una estructura jerarquizada, pues en el proceso de la reproducción existen distintos niveles de interacción social (local, nacional y transnacional) que se reflejan en políticas, programas, estrategias y acciones gubernamentales que actúan sobre el cuerpo, la fecundidad y la salud de las mujeres. La estratificación de la reproducción se refiere a entender cómo, a través de los procesos reproductivos, “se reafirman e intensifican las desigualdades mediante las cuales ciertos grupos de población están excluidos o tienen menor acceso a condiciones económicas, sociales, políticas y de ciudadanía” (Colen, 1995, p. 98)

En suma, se trata de pensar la reproducción desde un “sistema transnacional de reproducción estratificada en el cual los procesos globales se hacen evidentes en eventos diarios, locales e íntimos y en los cuales la estratificación misma es reproducida” (Colen, 1995, p.78). Bajo este sistema, las tareas de reproducción son llevadas a cabo de diferente forma en función de desigualdades sostenidas por jerarquías de clase, raza, género, etnicidad, lugar en una economía

---

<sup>11</sup> Aunque estas políticas se han utilizado de esta forma, es preciso reconocer también el acceso a servicios de salud reproductiva y a métodos anticonceptivos como un logro del movimiento feminista. A pesar de que han sido utilizadas como medios de control de la reproducción de algunas mujeres, también han sido herramientas de liberación para otras (véase capítulo 1 para una mayor discusión al respecto).

global, estatus de migración, entre otros, y son estructuradas por fuerzas sociales, económicas y políticas. Debido a ello, el trabajo reproductivo es vivido de manera diferente por las personas, y tiene implicaciones diferentes para ellas, de acuerdo con las desigualdades de acceso a recursos materiales y sociales, en contextos históricos y culturales particulares. Y al mismo tiempo, de un modo circular, la reproducción estratificada (re)produce estratificación, reforzando, legitimando e intensificando las desigualdades en las que se basa (Colen, 1995).

La estratificación de la reproducción muestra las profundas desigualdades existentes en la sociedad, en donde las jerarquías de etnia, raza, habilidad, nacionalidad, etc., determinan, por ejemplo, la posibilidad de enfrentar e incluso sobrevivir procesos asociados a la gestación, el parto y el puerperio. Esto puede verse, por ejemplo, en la concentración de la mortalidad materna en grupos poblacionales de escasos recursos económicos y sin acceso a seguridad social, tanto en ámbitos urbanos como rurales (Collado, 2014). El elevado número de adolescentes y jóvenes fallecidas por causas maternas, hospitalizadas por eventos obstétricos o con necesidad insatisfecha de anticonceptivos nos habla de inequidades y vulnerabilidades asociados a la edad (OMS, 2019). La esterilización forzada de mujeres con discapacidad por considerarlas asexuales o incapaces de criar una familia habla acerca de las inequidades asociadas con la habilidad (Rodríguez, 2014). La influencia de organizaciones internacionales (p. ej. UNFPA, USAID, entre otras) para promover políticas de planificación familiar en países del sur global, o el hecho de que estos países también hayan sido campo de experimentación de anticonceptivos en desarrollo, hablan de jerarquías en función del lugar en la economía política global (Morsey, 1995).

De esta manera, la reproducción es un ámbito central de la vida social donde convergen diversos actores, niveles, procesos, orientaciones y tensiones, los cuales nos remiten a temas de salud y derechos, pero también de ciudadanía o, por el contrario, de exclusión.

### **Los dispositivos**

Ahora bien, el control biopolítico sobre los procesos reproductivos es ejercido por medio de **dispositivos** (médicos, administrativos, etc.), cuyas funciones son, fundamentalmente, lograr la *normalización* de las personas (Castro, 2004). Dentro de la administración neoliberal, el Estado hace uso de diferentes dispositivos para la implementación de políticas públicas, que tienen como finalidad, entre otros aspectos, regular la salud y el crecimiento de la población, pero no mediante una intervención directa, sino mediante el uso de estrategias que buscan que el individuo se haga cargo de sí mismo, en otras palabras, que el individuo invierta en su propio capital humano (Estévez, 2018).

Para Foucault (2006b) un dispositivo es “la red de relaciones sociales construidas en torno a un discurso: instituciones, leyes, políticas, disciplinas, declaraciones científicas y filosóficas, conceptos y posiciones morales, con la función específica de mantener el poder” (p. 66-67). Por su parte, Giorgio Agamben (2009) amplió aún más esta definición, y considera como dispositivo a “cualquier cosa que tenga de algún modo la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivientes” (p. 14). Siendo así, los dispositivos pueden tomar muchas formas.

En relación con los procesos reproductivos, un dispositivo particularmente privilegiado para su regulación, y estudiado a consciencia por Foucault, es el de la sexualidad.

### *El dispositivo de la sexualidad*

A pesar de que el poder disciplinario y el biopoder se complementan, son opuestos, pues el primero se centra en el adiestramiento o la disciplina de cuerpos individuales, en su normalización, mientras que el biopoder busca la regularización de poblaciones enteras. Otra diferencia es que el poder disciplinario es ejercido a través de instituciones como las prisiones, el ejército, el hospital, la escuela, entre otras; mientras que el biopoder fue organizado con la instancia central del Estado y, más que por medio de las disciplinas, el control se basa en la recolección de datos demográficos sobre la población, estadísticas sobre la duración de la vida y datos epidemiológicos. Así, el primero se refleja en la serie: cuerpo-organismo-disciplina-instituciones, mientras que el segundo, en la serie: población-procesos biológicos-mecanismos reguladores-Estado (Lemke, 2017).

Estas dos series, empero, convergen en el campo de la sexualidad. Es por ello que el dispositivo de la sexualidad ha resultado fundamental como forma de control social. Por un lado, el poder disciplinario se cruza con la sexualidad a través de la normalización y el disciplinamiento de los cuerpos; por otro lado, el biopoder se manifiesta mediante la regulación de los fenómenos biológicos como la reproducción (Foucault, 2011). Es de esta manera que el biopoder funciona como un gran marco interpretativo para el análisis de la práctica de la anticoncepción involuntaria. Teniendo en cuenta este dispositivo es posible apreciar la manera en que el control del cuerpo de las mujeres, con fines de control social, cobra forma dentro del biopoder.

*Grosso modo*, podemos describir el dispositivo de la sexualidad configurado por cuatro conjuntos estratégicos o dispositivos de saber-poder, que se empiezan a desplegar sobre el sexo a partir del siglo XVIII (Foucault, 2011):

- 1) *Psiquiatrización del placer perverso*. Mediante esta estrategia, se patologizó la conducta sexual entera, al colocar al sexo como un instinto biológico y psíquico autónomo, de manera que se introdujo al campo de la medicina y la biología, así, se comenzó un esfuerzo por analizarlo en términos de normalidad/anormalidad, con los consecuentes esfuerzos para “corregir” las “anomalías”, es decir, toda conducta sexual no reproductiva.
- 2) *Pedagogización del sexo del niño*. Este conjunto estratégico se caracterizó por la idea de que casi todos los niños son susceptibles a la actividad sexual, considerada como “indebida”, y que conlleva peligros físicos y morales, colectivos e individuales. Por tanto, debe ser responsabilidad de los padres, las familias, los educadores, los médicos, y más tarde los psicólogos, controlar y reprimir tal actividad sexual. Históricamente esto se ha visto reflejado en la forma de un combate en contra de la masturbación infantil.
- 3) *Socialización de las conductas procreadoras*. Esta estrategia consistió principalmente en prácticas para el control del crecimiento de la población, y se desarrolló en tres frentes: socialización económica, por medio de medidas sociales o fiscales para promover o limitar la fecundidad de las parejas; socialización política, mediante la responsabilización de las

parejas respecto del cuerpo social entero (que hay que limitar o reforzar); y socialización médica, mediante la reproducción de la idea de ciertas poblaciones como patógenas y cuyo crecimiento había de controlar para lograr la salud de la población.

- 4) *Histerización del cuerpo de la mujer*. Por medio de esta estrategia, el cuerpo de las mujeres fue visto como un cuerpo saturado de sexualidad, pero una que debía ser controlada, por lo que se integró al campo de la medicina al asignarle una patología propia —la histeria—; y al mismo tiempo se puso a ese cuerpo

en comunicación con el cuerpo social (cuya fecundidad regulada debe asegurar), con el espacio familiar (del que debe ser un elemento sustancial y funcional) y con la vida de los niños (que produce y debe garantizar, por una responsabilidad biológico-moral que dura todo el tiempo de la educación) (Foucault, 2011, p. 98).

Para el caso específico de esta investigación, resultan de particular relevancia las últimas dos estrategias. En la “socialización de las conductas procreadoras” se ve claramente el rol del biopoder, mediante el uso de la disciplina de los cuerpos y el convencimiento de su responsabilidad con el cuerpo social para controlar el crecimiento de la población. Así se fomenta la reproducción de unos grupos a la vez que se convence a otros que no deben reproducirse, o se utilizan otras formas de coerción, con la finalidad de limitar su reproducción. Sin embargo, resta aclarar cómo es que ocurre la diferenciación entre aquellos grupos cuya reproducción debe promoverse y aquellos que son considerados patógenos sociales. Es ahí en donde entra en juego el racismo. Por otra parte, la “histerización del cuerpo de la mujer” brinda un esbozo de cómo fue que ese biopoder, para lograr sus objetivos, se sirvió de una visión del cuerpo de las mujeres como objeto reproductivo. Sin embargo, Foucault fue poco crítico respecto al género y a cómo el dispositivo de la sexualidad afecta de manera diferenciada a hombres y mujeres, y esta distinción resulta fundamental para comprender por qué han sido las mujeres las receptoras principales de las estrategias de control de la natalidad.

En relación al primer punto, los objetivos de la biopolítica de control demográfico requieren dar respuesta a los siguientes cuestionamientos: ¿en qué parejas hay que incentivar la reproducción y en cuáles suprimirla? ¿Qué personas son “adecuadas” para la sociedad y cuáles no? Las respuestas a estas preguntas nos llevan a los objetivos de las prácticas eugenésicas que han existido durante muchos años: suprimir a algunos grupos en beneficio de otros, eliminar a otros para poder vivir.

Pero ¿cómo es posible que dentro de un poder centrado en la vida y la reproducción se promueva al mismo tiempo la muerte? ¿Cómo es posible que dentro de un poder que pretende la salvación y mejoramiento de la población se exponga a algunos grupos a la muerte y su desaparición? Es aquí que surge una paradoja de la biopolítica y es que, al mismo tiempo que se busca el mejoramiento de la vida y su seguridad, dentro de este mismo sistema han ocurrido las mayores matanzas en la historia humana (Foucault, 2011). Estas muertes, empero, no son causadas por un soberano de manera directa, sino que ocurren de forma indirecta como consecuencia de que ciertas poblaciones son ignoradas como objeto de políticas públicas y así se les deja morir (Estévez, 2018).

Bajo las ideas del biopoder, el poder de muerte se vuelve complementario a un poder que se ejerce de manera positiva sobre la vida, que pretende administrarla, aumentarla, multiplicarla y regularla. De esta manera, las guerras no se llevan a cabo ya en nombre de un soberano al que hay que defender, sino por la sobrevivencia de todos, se enseña a las poblaciones para que se maten entre sí en razón de la necesidad que tienen de vivir. Bajo esta lógica, resulta necesario exponer a otra población a la muerte para garantizar la propia existencia. Se mata legítimamente a quienes significan para los demás una suerte de “peligro biológico” (Foucault, 2011).

Por lo tanto, el racismo moderno asegura “la función de muerte en la economía del biopoder” (Foucault, 2006a). Esto lo hace por medio de dos estrategias: primera, realiza cortes dentro de una sociedad en función de determinadas características de algunos grupos. Esto permite la diferenciación entre “razas” buenas y malas, superiores e inferiores, y esta separación determina más adelante una división entre “lo que debe vivir y lo que debe morir”. En este marco, la muerte no necesariamente involucra la destrucción física directa, también se incluye la muerte indirecta, de naturaleza social o política, que significa ser expuestos a la muerte o multiplicar su riesgo de muerte mediante la expulsión, el rechazo, la esterilización forzada, etc. (Lemke, 2017).

Otra función del racismo será permitir el establecimiento de una relación positiva del tipo:

cuanto más dejes morir, más, por eso mismo, vivirás [...], cuanto más tiendan a desaparecer las especies inferiores, mayor cantidad de individuos anormales serán eliminados, menos degenerados habrá con respecto a la especie y yo —no como individuo sino como especie— más viviré, más fuerte y vigoroso seré y más podré proliferar. La muerte del otro..., la muerte de la mala raza, de la raza inferior (o del degenerado o el anormal), es lo que va a hacer que la vida en general sea más sana; más sana y más pura (Foucault, 2006a, p. 231).

Esa relación positiva es posible porque los enemigos a eliminar son tachados como peligros, externos o internos, para la población. La finalidad de la muerte, por tanto, es la eliminación de un peligro biológico y con ello el “fortalecimiento” o la “purificación” de la propia raza o de la especie, buscando la homogenización y normalización social. Esta ideología racista en la era del biopoder, es controlada por una instancia central que busca vigilar la “pureza” de la sociedad: el Estado moderno, y lo hace a través de políticas concretas, volviéndose así el racismo un arma estatal. (Lemke, 2017).

## **La apropiación del cuerpo de las mujeres y el control sobre su capacidad reproductiva**

En relación al segundo punto enunciado, el control de los procesos reproductivos de la población, a través del biopoder se ha hecho casi exclusivamente por medio del control y disciplinamiento de los cuerpos de las mujeres y su sujeción mediante la apropiación por parte de los varones de su capacidad reproductiva. Debido a ello, es imposible analizar la anticoncepción involuntaria de mujeres sin recurrir a la categoría de género como un marco explicativo.

El control sobre las prácticas reproductivas de la población para cumplir la finalidad del biopoder se ha efectuado mediante el sometimiento y expropiación de los cuerpos de las mujeres en particular. Ha sido sobre ellas que se ha cimentado el biopoder. Sin embargo, Foucault no fue crítico de las diferencias de género que implicaba el dispositivo de la sexualidad. Pero algunas autoras feministas han retomado las ideas de Foucault y les han implantado una mirada crítica de género, misma que ha permitido entender la importancia de la dominación de los cuerpos de las mujeres para lograr el desarrollo capitalista y establecer un orden social adecuado al biopoder.

### *El género como categoría analítica*

El uso de la categoría género en el ámbito académico tiene una historia relativamente corta, además de que ha enfrentado mucha controversia. Una de las primeras formulaciones fue la hecha por Simone de Beauvoir (2015 [1949]), quien con su célebre cita: “no se nace mujer, se hace”, planteó la idea de que las características pensadas como “femeninas” son construcciones adquiridas por las mujeres a través de su proceso de socialización, no se trata de características innatas. Mediante esta formulación, dio pie a todo un cuestionamiento sobre la desigualdad social de las mujeres, pues era ahora evidente que no se trataba de un proceso natural, sino social. Y este pensamiento fue el comienzo de la investigación académica feminista. Esta postura dio pie a una deconstrucción del género que llevó a cuestionar la supuesta naturalidad de la diferencia entre los sexos, constituyendo así el género una herramienta de gran poder para explicar la división social por géneros, no como un efecto de una diferencia natural, sino como un orden simbólico y socio-político que produce y justifica las relaciones de subordinación de las mujeres respecto a los varones (Posada, 2015).

Así comenzó el desarrollo de un *corpus* teórico feminista, con miras a entender cómo se había construido y justificado la dominación de las mujeres. En primera instancia, las explicaciones se dirigieron a explicar la subordinación femenina como resultado de un orden patriarcal. Según autoras como Kate Millet (en de Barbieri, 1992), la organización social de la actualidad solamente ha cambiado de forma, pero no de fondo, en relación con las antiguas sociedades abrahámicas, en las cuales los patriarcas varones podían disponer de la vida y de la muerte de sus súbditos. El patriarcado se convirtió en sinónimo de dominación masculina y este concepto se volvió central y útil para la movilización política y dentro de la academia (de Barbieri, 1992).

De acuerdo con las teóricas del patriarcado, el origen de la subordinación de las mujeres yace en una necesidad de los varones de dominar a las mujeres, debido a un deseo “de trascender su alienación de los medios de reproducción de las especies” (O’Brien, 1981, en Scott, 2015, p. 258-9). La clave del patriarcado, entonces, se encuentra en un deseo masculino por controlar la reproducción, de modo que la liberación de las mujeres se encontraría cuando la tecnología alcanzara el desarrollo suficiente para que se eliminara la necesidad de que la reproducción ocurriera en sus cuerpos (Firestone, 1970, en Scott, 2015).

Un segundo grupo de investigadoras feministas se basaron en el marxismo y consideraron que antes que la reproducción, la sujeción de las mujeres se encontraba en su sexualidad, particularmente, en la objetificación sexual. Catherine McKinnon (1982, en Scott, 2015), hace un símil entre la

sexualidad de las mujeres y el trabajo del proletariado y señala que la sexualidad es al feminismo lo que el trabajo al marxismo: algo que les es propio y que, sin embargo, se les arrebató. Asimismo, Silvia Federici (2010) entiende cómo el cuerpo constituyó para las mujeres el principal terreno de su explotación (y resistencia), pues ha sido apropiado por el Estado y por los hombres y ha sido obligado a trabajar como un medio para la reproducción y la acumulación de trabajo a través de la maternidad, el parto y la sexualidad (Federici, 2010).

Estas dos posturas, sin embargo, encierran algunos problemas si se desea construir sobre ellas la noción de género como categoría analítica. El problema con la categoría de patriarcado es que no se analizaron ni precisaron sus elementos constitutivos: núcleo del conflicto, componentes, dinámica, desarrollo histórico, variaciones, periodos, etc. Esto ocasionó que se volviera una categoría vacía, que nombraba la dominación masculina y sirvió para la movilización política, pero no tenía valor explicativo debido a su carácter ahistórico, en tanto que, ya fuera que la dominación femenina se debiera al control de la reproducción o de la sexualidad, ambos análisis se basan en características físicas, lo cual lleva a pensar en un aspecto universal e inmutable, en significados inherentes al cuerpo humano, independientemente de la esfera sociocultural, lo cual llevaría a pensar en una desigualdad de género basada en la naturaleza (Scott, 2015). Por ejemplo pensar, como Shulamit Firestone, que la liberación de las mujeres vendría cuando se alcanzara la utopía de que la tecnología permitiera la gestación fuera de sus cuerpos.

Los análisis marxistas tienen una posición más histórica, pero poseen la limitación de exigirse buscar una explicación “material” para el género. Esto ha llevado a algunas teóricas a pensar que las exigencias de la reproducción biológica son la base de la división sexual del trabajo en el capitalismo, lo cual supone los mismos problemas que enfrentaron las teóricas del patriarcado. Sin embargo, los sistemas económicos no determinan directamente las relaciones de género y la subordinación de las mujeres, de hecho, es previa al capitalismo y también existe dentro del socialismo. Ante esto, Joan Kelly (1984, en Scott, 2015) intentó superar estos problemas, al plantear que los sistemas económicos y de género interactúan para formar experiencias sociales e históricas que no fueron causadas por ninguno de los sistemas en específico, sino que operaron de manera simultánea para reproducir las estructuras socioeconómicas dominadas por el varón. Sin embargo, las limitaciones del marxismo se reflejan también en su obra debido a que dio más peso a los factores económicos, incluso para la formación del sistema de género (Scott, 2015).

En un intento por superar estas problemáticas, Joan Scott (2015) propone una definición de género como una categoría analítica imprescindible para la investigación social, ella lo entiende en dos sentidos: “el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen a los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder” (Scott, 2015, p. 272). En el primer sentido, el género comprende cuatro elementos a indagar, que actúan de manera simultánea:

- 1) *Símbolos culturalmente disponibles* que evocan representaciones múltiples. De interés para la investigación social, se debe indagar cuáles son las representaciones simbólicas que se evocan, cómo y en qué contextos.

- 2) *Conceptos normativos* que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos. Por ejemplo, doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas que determinan los significados de lo masculino y lo femenino.
- 3) Análisis de las nociones políticas y referencias a las *instituciones y organizaciones sociales*, tales como la familia, la educación, el mercado y la política, que interactúan para construir el género en las sociedades concretas.
- 4) La *identidad subjetiva*. Analizar la forma en que se construyen las identidades de género, bajo la luz de actividades y organizaciones sociales y representaciones culturales específicas de cada contexto.

En relación con el género como una forma primaria de las relaciones significantes de poder, Joan Scott se refiere a que el género es el campo primario (aunque no el único) por medio del cual se articula el poder. En este sentido, el género estructura la percepción y la organización, concreta y simbólica, de toda la vida social (Pierre Bourdieu, 1980, en Scott, 2015). En otras palabras, construye y legitima las relaciones sociales en función de la oposición hombre/mujer. Por ello, el género como categoría analítica permitiría problematizar el orden “natural” de las cosas, cuestionar el orden social no como algo dado, sino construido de acuerdo con finalidades específicas, y analizar la situación de la mujer dentro de este orden: cómo se construyen y se utilizan las nociones de género para justificar, explicar y legitimar la situación de subordinación y explotación de las mujeres. Y de esta manera hacer preguntas del tipo: ¿Cuál es la relación entre las leyes sobre las mujeres y el poder del Estado? ¿Cómo han incorporado el género las instituciones sociales en sus supuestos y organizaciones? (Scott, 2015). Y en el caso específico de esta investigación: ¿Por qué se han dirigido a las mujeres las legislaciones sobre esterilización forzada? ¿Qué propósitos tenían estas legislaciones en términos de la construcción de una subjetividad femenina? ¿Qué propósitos tienen las normativas actuales sobre la planificación familiar? ¿De qué manera se establece un orden social normativo a través de estas políticas/prácticas?

Además, un aspecto fundamental del género como categoría analítica es abrir “posibilidades para pensar en las estrategias políticas feministas actuales y el (utópico) futuro, porque [...] el género debe redefinirse y reestructurarse en conjunción con una visión de igualdad política y social que comprende no solo el sexo, sino también la clase y la raza” (Scott, 2015, p. 282-3).

Un análisis desde el género, por tanto, presenta herramientas importantes para el análisis de la anticoncepción involuntaria. Además, esta perspectiva fungirá también como un complemento de la teoría de la biopolítica, en tanto que un hecho que fue invisible a Foucault y ha sido objeto de múltiples críticas desde el feminismo es que el dispositivo de la sexualidad funciona de manera diferente y tiene consecuencias diferentes en función del género. En primer lugar, es preciso reconocer que, a pesar de que Foucault no estudie a las mujeres, su perspectiva es muy valiosa para la investigación feminista, pues permite estudiar la construcción de un sujeto “mujer” a partir de un disciplinamiento de género (Posada, 2015). Además, la noción de dispositivo de la sexualidad es un punto central, pues ésta constituye una herramienta de suma importancia para analizar el

poder gracias a su lugar como bisagra entre una anatomopolítica del cuerpo y la biopolítica de la población.

Sin embargo, la principal crítica que desde el feminismo se ha hecho a Foucault, ha sido su androcentrismo, sobre todo por el hecho de que toma a la sexualidad masculina como modelo de la sexualidad en general. Cuando Foucault habla sobre el cuerpo, piensa en un cuerpo neutro, no sexuado, dejando así de lado cómo las tecnologías y dispositivos de género han colocado siempre a las mujeres en un lugar de exclusión y así, no analiza la forma en que estas tecnologías han funcionado para producir una feminidad normativa (Braidotti, 1991, en Posada, 2015).

Por lo tanto, teniendo en cuenta las limitaciones de Foucault, sus análisis resultan de gran utilidad incluso para una investigación feminista. Justamente para llevar esas nociones a los lugares que él, bajo su mirada androcéntrica y eurocéntrica, nunca consideró. Un claro ejemplo de estos esfuerzos, es el importante trabajo que realiza Silvia Federici (2010), quien reconoce la ceguera de género dentro de los análisis foucaultianos y gracias a ello descubrió cómo la apropiación y explotación, por parte del Estado, del cuerpo y la capacidad reproductiva de las mujeres en particular, fue un paso fundamental para el desarrollo del capitalismo y la configuración del biopoder, a partir de un poder disciplinario, aspecto que queda poco claro en Foucault, pero que Silvia Federici aborda a profundidad, centrándose principalmente en el fenómeno de la caza de brujas en Europa como piedra angular sobre la cual se desarrollaría la explotación y opresión de las mujeres a partir de la apropiación de sus saberes por parte de un poder médico en ciernes.

El legado de la cacería fue un fortalecimiento de la obstetricia como única opción legítima para la atención del parto en perjuicio de la partería, pero no se limitó a eso, sino que consistió también en un ataque y una redefinición de la idea social de feminidad. En primer lugar, mediante el asesinato de las comadronas al catalogarlas como brujas, desincentivando así las prácticas anticonceptivas tradicionales. En segundo lugar, el hecho de que las mujeres vieran a sus vecinas, amigas y parientes ardiendo en la hoguera las llevó a darse cuenta de que cualquier iniciativa anticonceptiva que tuvieran podría ser vista como el producto de una perversión demoníaca. Y el proceso fue más allá, pues no sólo las parteras fueron calificadas como brujas, sino también toda mujer que evitaba la maternidad, la mendiga que se veía obligada a robar un poco de comida a sus vecinos, la mujer “libertina” y “promiscua” (la “prostituta”, la “adúltera”, y cualquier mujer que practicara su sexualidad fuera de los vínculos del matrimonio y la procreación), e incluso la mujer rebelde que contestaba, discutía, insultaba y no lloraba bajo tortura (Federici, 2010).

Así se empezaron a configurar los aspectos de feminidad y domesticidad: recluidas en el espacio doméstico, sumisas, sin autonomía sobre sus cuerpos, obligadas a la maternidad. Fue una guerra contra las mujeres, un intento por degradarlas, demonizarlas y destruir su poder social y justificar el control masculino sobre ellas y el nuevo orden patriarcal (Federici, 2010).

### *Interseccionalidad*

Por último, el control social sobre los cuerpos de las mujeres se refleja de diferentes maneras en diferentes mujeres. En algunas se ha buscado fomentar su reproducción mientras que en otras,

impedirla. Si nos centramos en las segundas, en aquellas que han sido consideradas como blanco de las políticas de anticoncepción involuntaria, se trata de mujeres que en quienes confluyen diferentes sistemas de opresión que las colocan en acomodados complejos, tales como la raza, etnicidad, habilidad, condición de VIH, entre otras. Por ello, es necesario tomar en esta investigación como tercer eje de análisis, la **interseccionalidad**.

Una serie de factores entran en juego para formar esa jerarquía con base en la cual se determinará quién debe vivir y quién debe morir, quién debe ser sujeto de derechos y quién será omitido como objeto de las políticas públicas. En los ejemplos narrados hasta ahora, la raza y etnicidad han sido determinantes para marcar a ciertos grupos -como las personas negras, latinas, indígenas y romaníes- como objetivos hacia los cuales dirigir los esfuerzos de anticoncepción forzada; pero no han sido los únicos, por ejemplo, el capacitismo también ha resultado clave, pues las personas con discapacidad han sido un grupo con mucho protagonismo dentro de esta infame historia; así como la orientación sexual, como en el caso de las personas homosexuales dentro de las prisiones norteamericanas a inicio del siglo XX (Stern, 2005). También la situación de pobreza, como en India y China, donde las políticas que permitían tener un solo hijo que llevaron a la esterilización forzada de millones de mujeres solo aplicaron a las familias pobres, pues las adineradas podían pagar una multa para saltar tales restricciones (Reilly, 2015); y por supuesto, el género es fundamental, pues las mujeres han sido, prácticamente en la totalidad de los casos, las víctimas de tales políticas.

Debido a lo anterior, no basta una sola categoría para explicar este fenómeno, sino que es necesario hacerlo pensando en la interrelación entre diversas categorías, que en conjunto determinan experiencias particulares. En otras palabras, la discriminación y la opresión no son unidimensionales, sino que deben entenderse como una configuración de diversas estructuras de dominación en interacción, tales como la raza, el género, la sexualidad, la capacidad, la nacionalidad, la etnicidad, entre otras.

El concepto de *interseccionalidad* fue acuñado por la abogada estadounidense Kimberlé Crenshaw (1989)<sup>12</sup>, quien lo definió como la expresión de un complejo sistema de estructuras de opresión múltiples y simultáneas. En particular, se refirió a la imbricación de la raza y el sexo para expresar las dificultades en el ámbito legal, pero también en el ámbito social, de las mujeres negras, en tanto que sus demandas debían basarse, o bien en la discriminación sufrida en tanto mujeres, o bien en tanto negras, pero nunca ambas a la vez. Este análisis de la discriminación en el ámbito legal norteamericano, de acuerdo con ella, borra a las mujeres negras en la conceptualización, identificación y compensación de la discriminación por raza y sexo, pues en los casos de discriminación racial, la discriminación tiende a ser entendida de acuerdo con la experiencia de las personas negras privilegiadas en cuestión de clase o sexo; mientras que en los casos por

---

<sup>12</sup> Las nociones acerca de la imbricación simultánea de diversos sistemas de opresión, no obstante, anteceden a la acuñación del término. Autoras del feminismo negro, como Angela Davis (1981) o bell hooks (1984), y del feminismo chicano, como Cherrie Moraga y Gloria Anzaldúa (1981), anteceden a las formulaciones de Crenshaw (Cubillos, 2015).

discriminación de sexo, se basan en la experiencia de mujeres privilegiadas en cuestión de clase y raza; es decir, que la doctrina de la discriminación en los EE. UU. es definida en términos de las experiencias de las mujeres blancas y los hombres negros. La realidad, empero, es más compleja, y las formas de discriminación difícilmente pueden ser entendidas como resultado de una fuente de discriminación aislada.

Para explicar esto, Crenshaw propone la analogía de un cruce de caminos. En este cruce, el tránsito puede fluir en cualquiera de las cuatro direcciones, del mismo modo, la discriminación puede fluir en una dirección u otra. Si ocurre un accidente en una intersección, puede ser causada debido a autos que vienen de cualquiera de las direcciones y, en ocasiones, de todas ellas a la vez. De igual forma, si una mujer negra es dañada por estar en la intersección, puede haber sido por discriminación basada en sexo o basada en raza, o ambas al mismo tiempo (Crenshaw, 1989).

En ese sentido, las mujeres negras pueden experimentar formas de discriminación que son similares a las experiencias de mujeres blancas, al compartir el mismo género; en otras ocasiones, pueden experimentar discriminación de manera similar a los hombres negros, al compartir la misma raza; pero la mayor parte del tiempo, las mujeres negras experimentan una doble discriminación, que resulta de los efectos combinados de las prácticas discriminatorias basadas en el sexo y en la raza. Y otras veces, experimentan discriminación como mujeres negras, no como la suma de raza y sexo, sino como algo diferente (Crenshaw, 1989).

La argumentación de Kimberlé Crenshaw se basa en tres casos legales en los EE. UU., sin embargo, como ella misma señala, esta manera unidimensional de pensar la discriminación no solo ha estado presente en las cortes, sino también en los movimientos civiles por los derechos de las mujeres y por los de las personas negras, quedando las preocupaciones de las mujeres negras, en ocasiones, excluidas de ambos (Crenshaw, 1989). Un claro ejemplo de esa exclusión dentro del movimiento feminista, es lo que ocurrió en las primeras décadas del siglo XX en los EE. UU., cuando grupos feministas lucharon por el derecho a decidir sobre sus cuerpos y a una sexualidad libre, mediante el acceso a métodos anticonceptivos; logros que se materializaron, por ejemplo, con la creación de la primera clínica de planificación familiar en los EE. UU., en 1916, gracias a Margaret Sanger, quien luego fundaría Planned Parenthood, una institución que, hasta la fecha, se encarga de la provisión de servicios de aborto y planificación familiar, a nivel internacional (Reilly, 2015).

No obstante, el efecto de esas políticas fue diferente para las mujeres blancas y las mujeres negras. Mientras que para las primeras significó la consecución de un derecho por el cual lucharon fervientemente, para las segundas tuvo consecuencias muy distintas. La misma Margaret Sanger, que era partidaria de la Eugenesia y utilizó su influencia y recursos para poner en marcha el *Proyecto Negro [Negro Project]*, cuya finalidad era brindar consejería y servicios de anticoncepción específicamente a las mujeres negras de EUA. La ideología que sostuvo este proyecto fue que las mujeres negras se reproducían excesivamente en relación a las blancas, y esto resultaría catastrófico para el país, pues significaba una desproporción de personas “defectuosas física y mentalmente” (Sanger, 1921, en Tännsjö, 2006; Price & Darity, 2010).

Éste es sólo uno entre varios ejemplos de cómo los objetivos del feminismo blanco no siempre coincidieron con las demandas y necesidades de las mujeres negras. El problema, de acuerdo con Crenshaw (1989), es la inhabilidad para ver la discriminación como proveniente de más de un lugar a la vez, como una interacción de diversas condiciones que configuran una forma completamente diferente de discriminación.

Pero la raza y el sexo, desde luego, no son las únicas fuentes de discriminación y opresión, Crenshaw también consideró otros aspectos como la clase, la orientación sexual, la edad o la habilidad física. Mientras más de estas intersecciones cruzan en la experiencia de una persona, más compleja será esta. Para explicarlo, Crenshaw propone otra metáfora: imaginar un sótano, donde se encuentran todas las personas que son discriminadas debido a su raza, sexo, clase, orientación sexual, edad o habilidad física. Estas personas se encuentran en una pirámide, con los pies sobre los hombros de otras personas. En la base de la pirámide, se encuentra las personas en desventaja por todos los factores mencionados, en la cima de la pirámide, alcanzando el techo del sótano, estarían las personas en desventaja por un solo factor. El techo es a la vez el suelo de las personas que no se encuentran en desventaja de ninguna forma. En un esfuerzo para corregir algunos aspectos de la dominación, como mediante la aplicación de las leyes antidiscriminación y antisexistas a las que alude Crenshaw, quienes se encuentran sobre el techo admiten desde el sótano solo a aquellas personas que puedan decir que, de no ser por el techo, también estarían en la habitación superior. Es decir, pueden subir sólo las personas en la cima de la pirámide, que son aquellas que, si bien se encuentran en desventaja en un ámbito, ocupan una posición privilegiada respecto al resto de personas más abajo (Crenshaw, 1989).

Pero esta analogía también resulta insuficiente. No hay que pensar en la interseccionalidad como una situación aditiva en la cual, quien más factores de desventaja sume, mayor discriminación sufre, sino que, de acuerdo con Patricia Hill Collins (2015), la interseccionalidad se refiere a “la mirada crítica de que la raza, clase, género, sexualidad, etnicidad, nacionalidad, habilidad y edad, operan, no como entidades unitarias y mutuamente excluyentes, sino como fenómenos que se construyen recíprocamente, que a su vez configuran inequidades sociales complejas” (p. 2, traducción propia).

Esta definición nos permite pensar en la interseccionalidad como un proceso más amplio que como la veía Crenshaw. Bajo la propuesta de Hill Collins, es preciso pensar en la existencia de una matriz de dominación, que organiza el poder mundialmente, pero que, a la vez, presenta manifestaciones locales particulares, de acuerdo con el contexto. Dentro de esta matriz, los diversos sistemas de opresión se encuentran en interacción e interdependencia, en el sentido que cada uno construye y se construye en función de los demás de una manera dinámica. Así, puede ser posible que una misma persona o grupo se encuentre al mismo tiempo en un lugar de opresor y de oprimido (como fue el caso de las mujeres blancas o los hombres negros). Además, esta autora no considera que los sistemas de dominación se encuentren jerarquizados y no se puede pensar que alguno tenga supremacía sobre otro, más bien, los distintos modos en los que los sistemas puedan interactuar

producen modos distintos de experimentar la opresión de parte de las personas o grupos (Hill Collins, 2000, en Cubillos, 2015).

Para Hill Collins (2015), la interacción entre los diversos sistemas de opresión se encuentra organizada por medio de cuatro dominios: 1) un *dominio estructural*, que se refiere a los factores que organizan las relaciones y el acceso al poder en una sociedad (como el derecho, la política, la religión o la economía); 2) el *dominio disciplinario*, que tiene que ver con la gestión de la opresión que proviene del dominio anterior, por medio de instituciones burocráticas, estatales, civiles y religiosas; 3) el *dominio hegemónico*, por medio del cual se articulan los anteriores, para validar socialmente la opresión, reproduciéndola en la intersubjetividad por medio de prejuicios, discursos, cultura y valores; 4) y el *dominio interpersonal*, que tiene que ver con las relaciones intersubjetivas que configuran la trayectoria vital de las personas y grupos.

En resumen, la tesis central de la teoría feminista de la interseccionalidad es que es insuficiente pensar la discriminación en función de factores aislados que producen inequidad dentro de una sociedad. Es necesario entender las relaciones sociales de dominación a partir de una matriz dentro de la cual se entretajan y constituyen mutuamente diferentes sistemas de poder. Por lo tanto, estudiar la opresión en función del género es insuficiente, pues esto puede llegar a invisibilizar las experiencias de algunos grupos de mujeres. Es preciso comprender las maneras en las que el género interactúa con otros sistemas de dominación en contextos y ámbitos específicos.

Así, como resulta de la revisión de investigaciones en torno a la anticoncepción involuntaria, son varios los factores que entran en juego para determinar las mujeres que son dignas de reproducirse y las que no. Si bien las políticas y acciones en torno a la anticoncepción involuntaria se han dirigido casi exclusivamente en contra de mujeres, lo cual nos lleva a pensar en el género como sistema de opresión central para entender este fenómeno. Pero no por sí solo, sino en interacción con otros, como la habilidad o capacidad, en tanto que las mujeres con discapacidad intelectual han sido unas de los principales blancos de las políticas de anticoncepción involuntaria; así como la nacionalidad, la raza y la etnicidad, en tanto que las mujeres racializadas en los diferentes contextos, como las mujeres romaníes y otros grupos inmigrantes en Europa, las mujeres negras y latinas inmigrantes en Estados Unidos o las mujeres indígenas en Latinoamérica.

## Capítulo 3. Propuesta Metodológica

### Pregunta de investigación

¿Qué dispositivos son utilizados en instituciones públicas de salud en México para presionar o forzar a las mujeres a utilizar métodos anticonceptivos?

¿Qué obstáculos enfrentan las mujeres para acceder a métodos anticonceptivos de manera voluntaria?

### Objetivo general

Conocer los dispositivos utilizados por distintos actores sociales en instituciones públicas de salud en México para coaccionar o forzar el uso de anticonceptivos por parte de mujeres y conocer la experiencia de las mujeres en su búsqueda de una anticoncepción voluntaria.

### Objetivos específicos

- a. Conocer los dispositivos utilizados para presionar/forzar el uso de anticonceptivos en las instituciones públicas de salud.
- b. Conocer las experiencias de mujeres que han recibido prácticas de anticoncepción forzada o bajo coerción.
- c. Conocer las experiencias de mujeres respecto al uso y posibilidades de acceso a la anticoncepción voluntaria.

### 2. Posicionamiento paradigmático

Uno de los mayores aportes de la investigación feminista a las ciencias sociales ha sido el cuestionamiento de la objetividad tradicional de la ciencia. Desde esta mirada, para conseguir una “objetividad fuerte”, en vez de asumir una posición de neutralidad y exterioridad de la persona que investiga, es preciso más bien reconocer las posiciones desde donde se entiende el fenómeno a investigar, esto implica situarse dentro de la investigación, cuestionar los propios marcos de referencia, el paradigma del que se parte y el lugar desde donde se entiende el tema de interés. Esto lleva a investigaciones políticamente comprometidas y socialmente responsables, al reconocer las implicaciones políticas de una posición o de un conocimiento (Harding, 1987).

De acuerdo con esto, antes de llevar a cabo una investigación, es necesario hacer transparentes los supuestos desde los cuales se parte, no sólo a nivel teórico, sino también en cuanto al modo de entender el mundo y el fenómeno de estudio, las concepciones desde las cuales la persona que investiga parte para dar sentido, entender y conocer el fenómeno que pretende abordar. En otras palabras, toda investigación social requiere que se expliciten los supuestos paradigmáticos (posicionamiento ontológico, epistemológico, metodológico, ético y político) desde los cuales se parte, pues éstos definen para quienes investigan qué es lo que están haciendo y qué se considera dentro y fuera de los límites de una investigación legítima.

*Posicionamiento ontológico y epistemológico*

Esta investigación se enmarca desde un paradigma de teoría crítica. La respuesta a la pregunta ontológica de la(s) teoría(s) crítica(s) es que asumen la existencia de un realismo histórico. Esto quiere decir que se supone que una realidad que previamente era plástica, a lo largo del tiempo ha sido moldeada por un conjunto de factores sociales, políticos, culturales, económicos, étnicos y de género, mismos que luego quedaron cristalizados (materializados) en un conjunto de estructuras que ahora se consideran reales e inmutables, es decir, se han naturalizado. En otras palabras, la realidad es virtual e histórica; las estructuras sociales son construidas socialmente, pero en un sentido práctico, son reales, pues tienen implicaciones en lo material (Guba y Lincoln, 2002). Sin embargo, no se trata de algo fijo e inmutable, lo social se encuentra sucediendo, es decir, es un proceso histórico en permanente devenir, en el que las acciones de las personas se encuentran entrelazadas y responden a lo que otras personas están haciendo (Smith, 2005).

Dentro de la(s) teoría(s) crítica(s) existen varias posturas. En particular, me posiciono desde la investigación feminista, ya que considero que el género, en su interacción con otros sistemas de opresión, como la raza, la habilidad, la clase social, la edad, la nacionalidad y la condición de salud, resultan ejes fundamentales para entender de mejor manera el fenómeno de la anticoncepción involuntaria y su relación con el control de los cuerpos y subjetividades de las mujeres.

Epistemológicamente, la relación entre quien conoce y quien es conocido es una relación de sujeto-sujeto, contraria a la relación sujeto-objeto de la ciencia tradicional. La(s) teoría(s) crítica(s) asumen que el/la sujeto cognoscente y el/la sujeto conocido/a se encuentran en total interacción, de manera que los valores de quien investiga, así como los de las personas investigadas, influyen en todo el proceso de investigación. Los resultados de las investigaciones, por tanto, se encuentran mediados por valores.

Por lo tanto, en esta investigación partiré desde la perspectiva de las mujeres y desde ella, buscaré mapear las prácticas del poder, las formas en que las instituciones dominantes crean y sostienen relaciones de poder opresivas. En ese sentido, se trata de una investigación que se ubica en la tradición del punto de vista feminista (Harding, 1987), que tiene como propósito llevar a cabo investigaciones para y desde los grupos oprimidos por las ideologías dominantes, trabajos que pudieran “ver debajo o detrás de las ideologías sexistas y androcéntricas dominantes que confirman la vida de todos, con el objeto de identificar los hechos de la vida cotidiana de las mujeres” (Harding, 2010, p. 48).

Las investigaciones que se llevan a cabo desde el punto de vista feminista comparten tres características centrales:

- 1) Parten desde las experiencias de las mujeres u otros grupos oprimidos como estrategia para crear nuevos conocimientos contrahegemónicos a los que ha ocupado la investigación científica al servicio de los intereses de los hombres burgueses, blancos, europeos y heterosexuales;

- 2) están a favor de las mujeres y los grupos oprimidos, por lo que buscan dar explicaciones de los fenómenos que ellas quieren y necesitan; y
- 3) quien investiga se sitúa en el mismo plano crítico de a quienes investiga, en otras palabras, la raza, clase, cultura, presuposiciones sobre el género, creencias y comportamientos del investigador o investigadora son colocados “dentro del marco de la pintura que ella o él desea pintar” (Harding, 1987, p. 25).

Partir desde esta perspectiva me permitió tomar las experiencias de las mujeres como punto de partida de la investigación. Su vivencia en cuanto al uso de anticonceptivos y como receptoras de la consejería planificación familiar de parte del personal, me permitió conocer la realidad de la atención en salud, pues las legislaciones en torno a la planificación familiar y los discursos del personal de salud únicamente proveían un discurso institucional cerrado en relación a cómo debe de ser la provisión de servicios de anticoncepción, con apego a derechos, basado en una ciencia neutral, con perspectiva de género e intercultural, etc. Pero considerar las experiencias de las mujeres permitió reconocer cómo en la aplicación de tales políticas, tales mandatos se pervierten y pueden devenir en prácticas violentas y violatorias de los derechos de las mujeres. Es así que una política que tiene, en el papel, el propósito de salvaguardar la salud de las mujeres, en la práctica se ignoran sus deseos y la misma política se vuelve una herramienta para la violación de su derecho a decidir sobre su cuerpo.

Es por ello que desde la epistemología del punto de vista feminista se busca hacer investigación “hacia arriba”, es decir, partir desde la perspectiva de los grupos oprimidos, y desde ella, buscar mapear las prácticas de poder, las formas en que las instituciones dominantes crean y sostienen relaciones de poder opresivas (Harding, 2010, p. 52).

#### *Posicionamiento Político*

El componente político de una investigación se refiere al reconocimiento de las relaciones de poder dentro del ámbito estudiado (Montero, 2001). La(s) teoría(s) crítica(s) se encuentran totalmente comprometidas con la transformación social. El propósito de las investigaciones es criticar y transformar las estructuras sociales, políticas, culturales, económicas, éticas y de género que limitan y explotan a las personas, e idealmente, buscar la emancipación y la toma de conciencia de los grupos oprimidos (Guba y Lincoln, 2002).

En esta investigación, por tanto, el propósito fue centrarme en esas relaciones de poder, partir desde los problemas que aquejan a mujeres concretas, para luego generalizar las problemáticas, buscar sus raíces comunes en las tramas de poder, pero sin perder de vista las vidas de mujeres con sus especificidades, diferencias y desigualdades: pensar las políticas de planificación familiar como atravesadas por relaciones de poder (económico, social, cultural, político) y por los determinantes de tiempo y de espacio, pero a la vez teniendo en cuenta los significados y las implicaciones de éstas para las mujeres.

#### *Posicionamiento ético*

La dimensión ética de un paradigma se refiere a la concepción que se tiene del Otro y su lugar en la producción de conocimiento. Sobre este aspecto, algo que distingue a la investigación feminista es que acepta una otredad distinta, no construida desde los marcos de la persona que investiga. Así, se apunta por una construcción dialógica del conocimiento entre ese Otro y el Uno (la persona que investiga), desde un lugar de horizontalidad e igualdad, basado en la aceptación de la diferencia (Montero, 2001). De ahí la importancia de comenzar la investigación desde la mirada y la experiencia de las mujeres que son atendidas en un hospital público. Tomar su experiencia como punto de partida —y de llegada—, permitirá generar conocimientos que sean válidos y útiles provenientes directamente de la realidad social estudiada, y no de abstracciones teóricas generados en otros contextos.

Sin embargo, lograr esa horizontalidad resultó un reto, pues mi condición al ser socialmente leído como hombre, como investigador y percibido como miembro del personal de salud por las mujeres (durante las primeras interacciones dentro los hospitales) me colocaban en una posición de poder respecto a ellas, lo cual impidió que en un inicio hablaran abiertamente de su experiencia en la atención de sus partos y con la enfermera de planificación familiar. Al mismo tiempo, respecto del personal de salud, yo ocupé el rol de subordinación, pues era percibido como “paciente”, al ser las entrevistas realizadas en sus consultorios, en los cuales, ellas se encontraban sentadas en su silla habitual y tras un escritorio, yo me sentaba en las sillas destinadas a los pacientes, que resultan más incómodas y de menor altura que las de ellas. En consecuencia, tenían el control de la conversación, me hablaban de las políticas públicas, de la gratuidad de los anticonceptivos, del respeto a los derechos de las mujeres; me comentaban que siempre había disponibilidad de todos los métodos, etc., es decir, presentaban la provisión de servicios —y su trabajo en particular— como efectivo, respetuoso y necesario. En una ocasión, incluso, una de las ginecólogas controló también la grabación, iniciando y pausando la grabación en mi celular ella misma.

En relación con las mujeres usuarias, la dinámica fue muy diferente. Las primeras entrevistas las realicé dentro de uno de los hospitales, mientras las informantes se encontraban en unas camillas tras la atención de su parto. El primer día que hice la observación, se me solicitó que utilizara una bata blanca, lo cual hizo que las mujeres que vieran como parte del personal de salud y sus respuestas fueron muy breves y en “defensa” del hospital, en general me hablaban de buenos tratos, de que estaban alegres porque ya había nacido su bebé y una mujer, por ejemplo, al preguntarle si le habían ofrecido algún método anticonceptivo, me respondió que sí, sólo que ella no había querido, pero añadió: “no es porque no me lo hayan ofrecido”, posicionándose así en defensa de la enfermera que lo ofreció. Asimismo, miembros del personal de salud que debían “revisar” a las mujeres, no intervenían y esperaban afuera del cubículo mientras yo me encontraba platicando con ellas.

Una vez me percaté de esto, para las siguientes observaciones no volví a utilizar bata y la dinámica cambió considerablemente. Comencé a ser percibido como intruso, el personal de salud (estudiantes de medicina, ginecólogas/os, enfermeras) interrumpía mi diálogo con las usuarias y comenzaban a revisarlas o hacerles preguntas, sin reparar en mi presencia. Una ginecóloga me

abordó en un pasillo para preguntarme, de forma irónica, qué había encontrado en mi investigación y que si eran muy malas con las mujeres.

La interacción con las mujeres también cambió a raíz de que observé cómo la enfermera de planificación familiar había pasado a su camilla a gritarle a una de ellas para que utilizara un método. Yo había platicado antes con ella y me dijo que no deseaba un método, pero luego de esa interacción con la enfermera, me acerqué nuevamente y me dijo que ya le iban a poner el DIU, pues “ya es de a fuerzas”. Yo le pregunté sobre cómo se había sentido al respecto, ella me habló más abiertamente que antes, incluso me habló de “tú”, cuando antes el trato era de “usted”. Considero que el hecho de acercarme con preocupación y preguntar cómo se sentía permitió que me viera de forma diferente. Sin embargo, la situación hospitalaria aún estructura las dinámicas de poder, pues yo hacía las entrevistas parado frente a la base de su cama, donde se encuentra una mesa en la que se coloca su expediente clínico, mientras que ellas se encontraban acostadas, separadas de otra mujer solamente por una cortina y vestidas únicamente con una bata, por lo cual no tenían privacidad. Era imposible, entonces, que se “quejaran” de las acciones del personal abiertamente y era imposible también respetar los postulados de la epistemología del punto de vista feminista procediendo de tal forma.

Debido a ello, para las siguientes entrevistas decidí “salir” del hospital y acercarme a mujeres conocidas o conocidas de conocidas y entrevistarlas en un lugar cómodo para ellas: su lugar de trabajo, en un caso, a través de internet mientras se encontraban en sus casas y mediante un grupo focal en la casa de una de las participantes durante una reunión con sus amigas. Esto permitió que pudieran compartir más abiertamente sus experiencias en relación con el trato del personal de salud, sus experiencias con el uso de anticonceptivos, con la realización del Papanicolaou, sobre su vida sexual, sobre una experiencia de aborto, entre otros aspectos íntimos.

En un principio, yo intenté acercarme con mucha precaución hacia los temas que consideraba más íntimos. Creía que mi condición genérica sería un obstáculo para generar *rapport*, sin embargo, conforme fue avanzando la investigación pude sentirme más cómodo realizando esas preguntas, y en el grupo focal, que lo realicé en último lugar, me di cuenta de que la misma condición de género podría jugar a favor del *rapport*, pues una de las participantes me agradeció por la escucha activa y por el ejercicio, ya que disfrutó mucho poder hablar de temas de los que no suele hacerlo; y otra de las participantes también agradeció que la escuchara, pues nunca antes un hombre la había escuchado con atención y mirándola a los ojos.

En un sentido más práctico, consideré las “Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos”, elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). En respeto a ello, otorgué a los y las participantes una carta de consentimiento informado (Anexo 5), en la cual se explicitan el objetivo de la investigación, su libertad para participar en ella, negarse o abandonar el estudio en cualquier momento, la confidencialidad de la información proporcionada, así como su anonimato, la aclaración de que su participación no se relaciona de ninguna manera con su atención clínica y que la investigación fue independiente del hospital. De

igual manera, antes de cada entrevista solicité siempre un consentimiento verbal para poder grabar la entrevista para llevar a cabo análisis posteriores.

Para proteger la confidencialidad de las participantes, los nombres utilizados son seudónimos y omití datos que pudieran revelar en qué instituciones laboran las informantes miembros del personal de salud.

### *Posicionamiento metodológico*

Teniendo a la vista el objetivo de esta investigación de conocer los dispositivos utilizados en instituciones públicas de salud mexicanas para llevar a cabo acciones de anticoncepción involuntaria, fue importante analizar la trama institucional que permite y promueve esas acciones, pero sin perder nunca de vista las voces de las mujeres concretas que colaboraron. Evitar que los significados particulares que para ellas tiene la anticoncepción y sus experiencias particulares en relación con la anticoncepción involuntaria se pierdan en la descripción e indagación de la trama estructural. Para poder tener en consideración estos dos aspectos al mismo tiempo, la experiencia individual y la estructura social, fue fundamental realizar esta investigación desde una aproximación etnográfica.

La etnografía es un tipo de investigación que se fundamenta en la observación directa de las y los actores sociales que realiza la persona investigadora a partir de su inserción en el terreno en que se desarrolla el fenómeno bajo estudio. Esto se hace con el objetivo de conocer las experiencias de vida de las personas, sus actividades cotidianas y el contexto social en que se desarrollan, desde su propia perspectiva (Guber, 2001). Una forma particular de etnografía es la institucional (EI), propuesta por Dorothy Smith (2005), que resulta de utilidad para los objetivos de esta investigación, ya que permite tener en consideración a la vez la experiencia individual de las mujeres que asisten a las instituciones de salud y la estructura social que configura tales experiencias. Su propósito es “hacer visibles las maneras en que el orden institucional crea las condiciones de la experiencia individual” (Mc Coy, 2006, p. 109), en otras palabras, producir mapeos de las dinámicas de poder dentro de las instituciones que configuran las experiencias de las personas. Esto lo hará a partir del uso de técnicas que permiten descubrir y explorar la manera en que se piensan y se desarrollan las actividades diarias y el lugar que ocupan las personas en esas secuencias de acción, tales como la observación participante, las entrevistas a profundidad y el análisis de textos (McCoy, 2006).

En el año 2020, la pandemia internacional causada por el virus SARS-Cov2 provocó que en México se tomaran medidas de seguridad para prevenir la diseminación del virus, como el distanciamiento social, la recomendación de no salir de casa, a menos que fuera indispensable, el uso de mascarillas, el cierre intermitente (en función de la gravedad de la situación) de comercios, oficinas y otros lugares de congregación pública y la reconversión hospitalaria, para adaptar estos lugares para la atención de personas afectadas por la enfermedad. Estas medidas supusieron la imposibilidad de llevar a cabo una etnografía “tradicional” cara a cara en las instituciones de salud, como se había planeado originalmente, pues eso supondría un riesgo importante tanto para mí, como para todas las personas en el escenario. Estas dificultades me

llevaron a reflexionar sobre nuevas maneras de acercarme al fenómeno de estudio y modificar la propuesta original, sin dejar de lado los postulados de la EI de investigar con fines políticos, dar cuenta de las relaciones de dominación a las cuales estás sujetas las personas, no perder de vista los procesos institucionales y cómo estos configuran las experiencias de las personas y dar centralidad a estas experiencias.

Tal como Gökçe, Varma y Watanabe (2020) hacen evidente, desde antes de la pandemia por COVID-19, la idea de trabajo de campo etnográfico “tradicional”, consistente en pasar largos periodos de tiempo en lugares lejanos se ha visto cuestionada desde posturas feministas, posmodernas y decoloniales. Las obligaciones familiares, la precariedad, ahora la pandemia y otros factores, han hecho que el trabajo de campo etnográfico prolongado y realizado cara-a-cara se vuelva difícil y a veces hasta imposible. Por ello, ha sido importante cuestionar y pensar en nuevas aproximaciones para realizar etnografía.

Algunos autores y autoras han propuesto métodos creativos para adaptarse a estos retos en la investigación, por ejemplo, la etnografía digital (Pink, 2019) o la etnografía multisituada (Marcus, 1995), que se tratan de modos de investigar que buscaron adaptarse a participantes de investigación que están en movimiento y se acomodan a sus necesidades. Pero Gökçe, Varma y Watanabe (2020) proponen una nueva aproximación que se basa en las necesidades y dificultades de quienes hacen investigación, la cual llamaron etnografía de retazos (*patchwork ethnography*). Ésta, parte del reconocimiento de que las re combinaciones de “casa” y “campo” se han vuelto ahora una necesidad. La etnografía de retazos hace referencia a procesos y protocolos etnográficos diseñados para realizar visitas cortas a campo, utilizando datos fragmentarios, aunque rigurosos y que mantienen los compromisos a largo plazo, el dominio del idioma y el conocimiento contextual que caracterizan al trabajo de campo “tradicional”, pero que, además, toman en consideración cómo las condiciones de vida y de trabajo transforman de manera inevitable la producción de conocimiento (Gökçe, Varma y Watanabe, 2020).

La etnografía de retazos reconceptualiza la investigación como una actividad en la que se trabaja con los vacíos, las limitaciones y el conocimiento parcial (Haraway 1988, en Gökçe, Varma y Watanabe, 2020) y de esta manera, revisa las distintas fases del proceso etnográfico para reflexionar sobre la forma en que debe modificarse de cara a las nuevas realidades. Se pregunta cómo es que debemos reconceptualizar las nociones de trasladarse al campo, cómo los y las investigadoras construyen el campo y qué pueden hacer cuando no es posible hacer visitas a los escenarios, cómo acomodarse a nuevos modos de “estar ahí” cuando no es posible hacer trabajo de campo presencial, cuáles son los modos de hacer investigación mediante visitas cortas o de manera remota, cómo podemos desarrollar y mantener las relaciones con las personas, cómo afrontamos los huecos en nuestros hallazgos, cómo nuestras vidas y compromisos exigen nuevas formas de recabar datos, qué tipos de nuevos archivos construimos cuando investigamos de manera fragmentada y remendada (*patchworked*), cómo repensar la temporalidad de la recolección de datos y el análisis, de manera más flexible, de manera no lineal y, finalmente,

cómo analizar y representar fenómenos que están en sí mismos constituidos por fragmentos, lagunas y ausencias (Gökçe, Varma y Watanabe, 2020).

Sin un afán por responder a todas estas complejas preguntas, pero sí partiendo de ellas para reflexionar y en un intento por reacomodar mi propia investigación a las necesidades del contexto actual, tomé como marco de referencia la etnografía de retazos, para tratar de entender un fenómeno complejo tomando herramientas de distintas aproximaciones etnográficas unidas en un todo coherente. Así, inspirado por la etnografía multisituada (Marcus, 1995), que propone dejar de pensar la cultura como estacionaria y verla desde las intersecciones y el flujo, prestando atención al movimiento de los objetos, las personas, las ideas, los medios y también de quienes hacen investigación; y por Jenna Burrell (2009), quien lleva las ideas de Marcus más allá, pues si él cuestionaba la idea de una cultura fija y de un fenómeno de investigación limitado espacialmente, Burrell cuestiona la espacialidad misma y permite pensar el campo no sólo como un espacio físico, sino también espacios imaginarios accesibles para quien hace investigación a través de las narraciones de las personas participantes, o espacios virtuales, a través de internet. Gracias a esta metáfora, es posible pensar los fenómenos bajo estudio más allá de las fronteras espaciales y mapear la forma en que se relacionan lo local y lo global.

Como respuesta a esta complejidad espacial, Burrell (2009) entiende el *campo como una red*, compuesta por puntos móviles y fijos, que incluyen espacios, personas y objetos. Definir el campo de esta manera es una estrategia para bosquejar el fenómeno bajo estudio al traerlo al primer plano, frente a la complejidad del escenario. La red funciona como una metáfora que permite entender procesos sociales que escapan las concepciones clásicas de la etnografía sobre el espacio y la cultura. Se trata de una estructura que puede construirse a través de las conexiones observables realizadas por los participantes.

Al igual que Marcus (1995) y Burrell (2009), Dorothy Smith (2005) también piensa los fenómenos bajo investigación de una manera amplia, difícilmente limitada por fronteras físicas. Desde la EI, concibe las instituciones como conglomerados de relaciones mediadas por textos que se organizan alrededor de funciones específicas de dominación. La institución, en este sentido, no se refiere a un tipo particular de organización, y menos a un espacio físico, más bien, se refiere a procesos de trabajo coordinados y que se interceptan y que toman lugar en múltiples sitios.

Con lo anterior en consideración, decidí cambiar el escenario de investigación para, en lugar de estudiar a fondo y describir a detalle una institución de salud, ahora inaccesible, estudiar el proceso de atención en salud de distintas mujeres, en distintos momentos, espacios y contextos, todo ello partiendo desde la EI como un proyecto analítico, caracterizado por colocar al centro la experiencia de las mujeres como el punto de vista desde el cual se explorará el orden institucional (Smith, 2005) y con el fin de conocer cómo es que las vidas de las personas están sujetas a las relaciones de dominación que las vinculan con acciones institucionales que surgen fuera de su conocimiento (Campbell, 2006).

### 3. Construcción del campo

De acuerdo con estas premisas, esta investigación comenzó con la realización de trabajo de campo en una clínica de atención primaria del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ubicada en la zona centro de la Ciudad de México que cuenta con los servicios de urgencias, un consultorio de psicología, tres de medicina preventiva, una oficina de trabajo social, diez consultorios de medicina familiar, dos de estomatología, uno de planificación familiar y un espacio para la toma de estudios de laboratorio.

El trabajo de campo (presencial) lo llevé a cabo durante el mes de marzo de 2020 (justo antes del inicio de las medidas de restricción por la pandemia en México). La observación se centró en las áreas de la clínica relacionadas de manera directa o indirecta con la atención en PF: los consultorios de medicina familiar, trabajo social, medicina preventiva y PF. Como parte del proceso de observación, llevé a cabo una serie de entrevistas con todas las personas relacionadas con la atención en esas áreas: la ginecóloga encargada del consultorio de PF en el turno matutino, la ginecóloga y la enfermera encargadas de éste en el turno vespertino y la trabajadora social y una enfermera encargada del consultorio de medicina preventiva en el turno vespertino.

Estas observaciones me permitieron conocer la forma de atención de las mujeres en el primer nivel de atención en salud, principalmente conocer cómo es el proceso de canalización desde los diversos consultorios hacia PF, por qué motivos se realiza la canalización y hacia quiénes está dirigida y cómo es el proceso para acceder a métodos anticonceptivos.

Algunas participantes me informaron que, ante algunas situaciones, como la atención del parto o la realización de cirugías para la esterilización, el proceso de atención requiere que sean enviadas a un hospital de segundo nivel de atención. Así, un segundo elemento para complementar las observaciones realizadas en la clínica, fue una serie de observaciones que realicé previamente (en el año 2018) en ese hospital y que quedaron registradas en diarios de campo. Dicha observación fue realizada en el área conocida por el personal como “puérperas”, que consiste en varios cubículos en los cuales son ubicadas las mujeres después de la atención de sus partos/cesáreas para su recuperación. Durante ese trabajo de observación interactué con mujeres usuarias que se encontraban en esta área del hospital, luego de la atención del nacimiento de sus hijos/as y que habían recibido consejería anticonceptiva en esa misma área. También realicé observación participante en una de las sesiones prenatales a las que asisten mujeres embarazadas, en la cual se brindó información acerca de lo que necesitan saber para la atención de su parto. El propósito de estas observaciones fue conocer formas de violencia obstétrica que enfrentaron las mujeres usuarias durante su atención. Una de las formas más evidentes, misma que fue una de las principales motivaciones para llevar a cabo la investigación actual, fue la presión ejercida por el personal de salud para que utilizaran anticonceptivos, aun en contra del deseo de las mujeres. Para esta investigación, sólo recuperé las participaciones que hicieron referencia a esta forma específica de violencia.

También llevé a cabo observaciones en un hospital intercultural de la Secretaría de Salud (SSa) ubicado al sur del Estado de Querétaro, en el cual fueron atendidas cuatro de las mujeres

participantes. Estas observaciones me permitieron conocer el proceso de atención en PF a la población general y, en particular, como parte de la atención a las mujeres beneficiarias del programa social PROSPERA, así como conocer las particularidades de un programa específico para la atención de PF dirigido hacia adolescentes. En esta unidad de salud, realicé entrevistas con dos ginecólogas encargadas del consultorio de PF y con un psicólogo y una trabajadora social, encargadas de PF para adolescentes, así como una partera, quien también atiende a las mujeres en salud sexual y reproductiva, pero desde la perspectiva de la medicina tradicional. En la tabla 1 se resumen algunos detalles de los escenarios en los cuales llevé a cabo los ejercicios de observación.

<b>Institución / Lugar</b>	<b>Fecha</b>	<b>Contacto</b>	<b>Otros datos</b>
Hospital de Segundo Nivel IMSS. Ciudad de México	15-07-2018 2-10-2017 3-10-2018	-Encargada de oficina de enseñanza. -Trabajadora social.	Las observaciones se realizaron principalmente en el tercer piso del hospital, conocido como “puérperas”, lugar en que se encuentran internadas las mujeres luego de la atención de un evento obstétrico (parto/cesárea). También observé una de las sesiones prenatales, realizada en un aula en el sótano del hospital.
Clínica de primer nivel IMSS. Ciudad de México	17-03-2020 19-03-2020	-Ginecóloga encargada de planificación familiar.	Las observaciones se enfocaron en la atención en el consultorio de planificación familiar, con visitas a los otros consultorios, en donde ocurren situaciones relacionadas con la derivación hacia planificación familiar (trabajo social, medicina preventiva)
Clínica de primer nivel Secretaría de Salud. Sur de Querétaro	17-12-2020 03-09-2021 06-09-2021	-Recepcionista	El propósito de la visita fue realizar entrevistas a las personas relacionadas con los servicios de planificación familiar. La observación se limitó a mi experiencia durante la realización de las entrevistas. Esto se debió a las consideraciones éticas para el trabajo durante la pandemia.

Tabla 1. Detalles de los escenarios de investigación

Para llevar a cabo las entrevistas en campo, en el caso de clínica de la Ciudad de México, ingresé a la unidad de salud mostrando mi propio carnet de derechohabiente de la misma y acudí directamente al consultorio de PF. Esperé mi turno como paciente para acceder a consulta y una vez adentro le comenté a la persona encargada del consultorio acerca de la investigación que estaba realizando como parte de un proceso de tesis y le pregunté si deseaba colaborar respondiendo algunas preguntas sobre el proceso de PF. En el caso de la clínica ubicada en Querétaro, ingresé a ella a través de una portera, la recepcionista de la clínica (Elena) que es una persona conocida. Para ingresar a la unidad, únicamente comenté al guardia de seguridad que deseaba acudir al consultorio de PF y una vez en la recepción, hablé con Elena, quien me presentó con los diversos miembros del personal de salud entrevistados.

De manera adicional, ante las dificultades para seguir haciendo observación cara-a-cara, fue necesario hacer uso de herramientas de la etnografía remota, en particular, la realización de entrevistas por videollamada a través de plataformas digitales como Whatsapp, Skype y Google Meet (Center for Global Ethnography, 2020). En un intento por complementar los datos

recabados durante las observaciones mencionadas y para lograr entender de mejor manera el proceso de atención en salud reproductiva hacia las mujeres, realicé tres entrevistas con mujeres que han recibido consulta de PF en alguna institución pública, una de ellas como un requisito para recibir el apoyo económico del programa social PROSPERA, las dos restantes como parte del proceso de atención de su embarazo. Una de las entrevistas se llevó a cabo de manera presencial en el trabajo de la participante (Belén), la segunda entrevista (Alejandra) por medio de una videollamada a través de Skype y la última entrevista (Melissa) a través de una llamada por medio de WhatsApp.

Estas entrevistas me permitieron conocer la perspectiva de las mujeres desde fuera de las instituciones de salud, como parte del proceso de atención en salud reproductiva. Dos de estas informantes eran conocidas mías y mediante la técnica de bola de nieve, contacté con la tercera. Adicionalmente, utilizando esta misma técnica, realicé una entrevista más a través de Google Meet a Pamela, quien recibió consejería en PF luego de la atención de una Interrupción Legal del Embarazo en una clínica privada en la Ciudad de México. Cinco participantes más (Magali, Margarita, Miriam, Fabiola y Paloma) participaron mediante un grupo focal presencial, compartiendo sus experiencias en el uso de anticonceptivos y sus limitaciones para acceder a ellos.

Por último, además de las tres unidades de salud mencionadas, en las cuales llevé a cabo observaciones, otras unidades de salud se hicieron presentes a través de las narraciones de las informantes. Alejandra ha recibido atención, además de la clínica de Querétaro, en un hospital de segundo nivel del sector salud en la Ciudad de Querétaro y en una clínica de primer nivel del IMSS, en Qro y en la misma clínica del IMSS Ciudad de México donde realicé observaciones. Belén acudió a sus consultas prenatales en el mismo hospital de segundo nivel de la Ciudad de México mencionado y posteriormente atendieron su parto en un hospital de segundo nivel del IMSS, en el Estado de México; Pamela se atendió en una clínica privada en Ciudad de México, Margarita ha sido atendida en una clínica del IMSS en Ciudad de México, y en un hospital de segundo nivel del SSa en Querétaro; Magali ha acudido a la clínica ubicada al sur de Querétaro, además de dos clínicas del IMSS en Querétaro. Fabiola y Miriam atendieron sus partos en el mismo hospital de Querétaro que señala Margarita, además de acudir a una clínica del IMSS en Querétaro. Y Fabiola y Paloma hacen también referencia a diversas clínicas privadas en Querétaro.

De manera adicional, realicé un análisis de textos, desde la perspectiva de la EI, de la Cartilla Nacional de Salud, un documento de identidad que regula el acceso a las instituciones y marca las consultas a las que deben acudir y sirve para el registro de las citas (Anexo 6); y del formato de consentimiento informado que se da a firmar a las mujeres en la clínica de Querétaro para la aceptación de algún método anticonceptivo (Anexo 7).

Ante esta diversidad de escenarios y miradas y de la mano con las reflexiones planteadas por la etnografía de retazos, el propósito de la investigación no fue hacer una descripción detallada de cada escenario, sino, a través de los diferentes métodos y técnicas mencionados, tomar los

distintos escenarios, las observaciones, las entrevistas y los documentos analizados, a modo de “nodos” o “retazos” que forman parte de una misma unidad, que permite conocer el modo en que ocurre el proceso de atención en PF y sus aspectos relacionados, con miras a entender cómo este proceso constituye un modo de controlar y regular los cuerpos de las mujeres dentro de estas instituciones de salud para presionarlas o forzarlas a utilizar anticonceptivos.

De este modo, en cada escenario particular me centré en un “fragmento institucional” diferente que sumados dan cuenta de una imagen general del proceso de atención. En la clínica de primer nivel de Ciudad de México pude conocer cómo es que el sistema de atención se organiza para asegurarse de que todas las mujeres que acudan a consulta sean derivadas hacia los servicios de PF mediante un proceso de “canalización”; el hospital de segundo nivel me permitió observar el proceso de atención a mujeres embarazadas y los mecanismos coercitivos utilizados para procurar que todas ellas adopten métodos anticonceptivos antes de su salida del hospital; la clínica ubicada en Querétaro mostró una faceta distinta de la atención, aquella dirigida principalmente a mujeres con bajos recursos económicos bajo el esquema del programa PROSPERA. Las entrevistas a las mujeres fuera de la institución permitieron conocer de primera mano la experiencia de la anticoncepción bajo coerción: las frases que les dicen, las emociones que sienten, la forma en que lo viven y la manera en que resisten; así como sus experiencias con el uso de anticonceptivos y sus dificultades para acceder una anticoncepción voluntaria. Por último, el análisis de la Cartilla me permitió analizar el enlace entre las políticas públicas y la regulación del trabajo del personal de salud y la atención de las mujeres dentro de las clínicas.

#### **4. Participantes**

Colaboraron directamente en esta investigación un total de 24 personas. 13 de estas participantes son trabajadoras de la salud (enfermeras, ginecólogas, trabajadoras sociales, un psicólogo y una recepcionista), que se encontraban ejerciendo sus funciones en las clínicas u hospitales donde llevé a cabo las observaciones (tabla 2). Y 11 participantes fueron mujeres usuarias de los sistemas de salud, ya fuera de PF, medicina preventiva, atención del embarazo o medicina general, que participaron mediante una entrevista, seis de ellas, y cinco en un grupo focal.

Dos de las participantes fueron entrevistadas mientras se encontraban en el área de “puérperas” del hospital ubicado en Ciudad de México: Patricia, de 20 años, que vive en unión libre con su pareja hombre en la delegación Iztapalapa en la Ciudad de México, y se encontraba en el hospital luego de la atención del nacimiento de su hijo vía cesárea. Y Carla, de 26 años, quien también vivía en unión libre con su pareja y radica en la delegación Venustiano Carranza.

Las otras participantes no se encontraban dentro de ninguna institución al momento de la entrevista, pero tienen diversas experiencias enfrentándose al sistema de salud. Melissa, fue atendida en una clínica de primer nivel, perteneciente al Sector Salud estatal, ubicada al sur del estado de Querétaro. Ella es una mujer de 23 años, casada con un hombre y viven en la misma localidad en la cual se ubica la clínica. Ella tiene escolaridad preparatoria y se dedica al hogar. Ha sido atendida en consejería en PF y realización de Papanicolaou. Ella no ha estado embarazada.

Alejandra, de 29 años, también ha recibido atención en esa unidad de salud, aunque radica en la ciudad de San Juan del Río, Querétaro, en donde también ha recibido atención clínica sobre PF y medicina preventiva (Papanicolaou y examen clínico de mamas). Ella se encuentra casada en una unión heterosexual, se dedica al hogar y estudia actualmente una licenciatura en Pedagogía. Tiene dos hijos, los cuales nacieron uno vía parto y el otro por cesárea, en un hospital de atención materno-infantil perteneciente a la Secretaría de Salud estatal, ubicado en la Ciudad de Querétaro.

Belén, tiene 31 años, vive con su esposo en el Estado de México, aunque trabaja en la Ciudad de México, como enfermera. Tiene un hijo, que nació vía cesárea en un hospital del IMSS, del municipio en el que radica, aunque su atención prenatal la llevó a cabo en el hospital de la Ciudad de México en el cual realicé observaciones.

Pamela, de 23 años, es estudiante de psicología y vive en el estado de Hidalgo. Es soltera, pero se encuentra en una relación heterosexual. Ella nunca ha asistido a clínicas públicas de salud. Atendió una interrupción legal del embarazo en una clínica privada en la Ciudad de México y ahí mismo recibió consejería sobre PF. También ha acudido a consultas ginecológicas en consultorios privados.

Magali, de 29 años, es ingeniera química, pero en su ocupación se define como emprendedora, pues tiene una tienda de productos varios. Es soltera y no se encuentra en ninguna relación romántica. Vive en la ciudad de San Juan del Río, Querétaro y ha sido atendida en consultorios de PF en dos clínicas distintas del IMSS en su ciudad y en la clínica de Querétaro en la cual realicé trabajo de observación.

Margarita, de 49 años, también es dueña de una tienda de abarrotes y otros productos. Es divorciada y es madre de dos hijos y dos hijas, todos/as adultos/as. También vive en la ciudad de San Juan del Río, Querétaro, y ha sido atendida en un Hospital general de la secretaría de salud en su ciudad, así como la clínica del sur de Querétaro en que realicé las observaciones y en una clínica del IMSS en Ciudad de México.

Fabiola, de 38 años, es ingeniera química y se desempeña como ingeniera de procesos. Es divorciada y es madre de dos niñas, de 3 y 9 años, respectivamente y de un adolescente de 15 años. Vive en San Juan del río y ha acudido a diversas consultas relacionadas con la PF y la atención del parto en un hospital IMSS segundo nivel de su ciudad, un hospital general (de la SSa), una clínica del IMSS de primer nivel y varios consultorios privados.

Miriam, de 29 años, es también ingeniera química y labora como analista química. El soltera y es madre de una niña de 11 años. Vive también en San Juan del Río y ha sido atendida en servicios de PF y atención del parto en una clínica de primer nivel y un hospital de segundo nivel del IMSS en su misma ciudad.

Paloma, de 25 años, es licenciada en arquitectura y se desempeña como arquitecta. Vive en unión libre con un hombre en la ciudad de San Juan del Río. Ella ha sido atendida en ginecología y PF en varias clínicas privadas. También menciona que recibió consejerías sobre PF directamente en su escuela cuando estudiaba. En la tabla 3 se resumen algunos de los datos de la usuarias.

Institución en que labora	Profesional (seudónimo / profesión)	Edad	Cargo actual	Datos de entrevista
Clínica de primer nivel IMSS. Ciudad de México	Paola. Médica ginecóloga	35 años	Encargada del consultorio de planificación familiar. Turno matutino	17-03-2020. Consultorio de planificación familiar. Duración: 20 min
	Gabriela. Médica ginecóloga	42 años	Encargada del consultorio de planificación familiar. Turno vespertino	19-03-2020. Consultorio de Planificación familiar Duración: 32 min
	Guadalupe. Enfermera	40 años	Encargada del consultorio de planificación familiar. Turno vespertino	19-03-2020. Consultorio de Planificación familiar Duración: 32 min
	Gloria. Trabajadora Social	50 años	Encargada de oficina de trabajo social. Turno vespertino	19-03-2020. Oficina de trabajo social. Duración: 7 min
	Nancy. Enfermera	25 años	Encargada de consultorio de medicina preventiva. Turno vespertino	19-03-2020. Consultorio de medicina preventiva. Duración: 15 min
Clínica de primer nivel Secretaría de Salud. Sur de Querétaro	Priscila. Médica Ginecóloga	38 años	Encargada del consultorio de planificación familiar.	17-12-2020. Consultorio de planificación familiar Duración: 20 min
	Eduardo. Psicólogo	24 años	Encargado de los servicios amigables. Información de planificación familiar a adolescentes.	17-12-2020. Sala de espera de la clínica. Duración: 60 min
	Esperanza. Partera	43 años	Encargada del servicio de partería.	17-12-2020. consultorio de partería. Duración: 15 min
	Mónica. Trabajadora Social	33 años	Encargada de servicios amigables de PF para adolescentes (en sustitución Eduardo)	6-09-2021. Oficina de trabajo social (es un espacio junto a la recepción, la entrevista fue a través de una ventanilla). Duración: 23 min
	Araceli. Médica Ginecóloga.	39 años	Encargada de los servicios de ginecología y planificación familiar (en sustitución de Priscila)	3-09-2021. Consultorio de ginecología. Duración: 18 min
	Elena. Recepcionista	48 años	Recepcionista de la clínica.	17-12-2020, 3-09-2021, 6-09-2021. No realicé entrevista con ella, pero fue mi informante clave y me presentó con el resto de participantes de esta clínica.
Hospital de Segundo Nivel IMSS. Ciudad de México	Esperanza. Trabajadora Social	35 años	Encargada de coordinar las sesiones prenatales	Lugar: Salón en hospital IMSS. Duración (de sesión prenatal): 120 min
	Sonia. Trabajadora Social	28 años	Encargada del área de puerperio	Lugar: Área de puerperio. Duración: La acompañé durante tres días en su pase de visita. Aproximadamente 30 minutos a 1 hora cada pase de visita.

Tabla 2. Detalles de las informantes. Personal de salud.

Nombre	Edad	Educación	Ocupación	Estado Civil	Lugar de Residencia	Institucion (es) en que fue atendida	Motivo de atención	Datos de Entrevista
Belén	31 años	Carrera técnica (enfermería)	Enfermera	Casada con un hombre (madre de 1 niño).	Tecámac, Estado de México	Hospital IMSS Segundo Nivel, Estado de México Hospital IMSS Segundo Nivel, Ciudad de México	Consultas prenatales y atención de cesárea	13-09-2018. Lugar: Hospital en que labora. Duración: 30 min.
Patricia	20 años	Preparatoria		Unión libre, con un hombre	Iztapalapa, Ciudad de México	Hospital IMSS Segundo Nivel, Ciudad de México	Atención de cesárea	15-07-2018. Lugar: Hospital en el que fue atendida. Duración: 10 min.
Carla	26 años	Licenciatura		Unión Libre, con un hombre	Venustiano Carranza, Ciudad de México	Hospital IMSS Segundo Nivel, Ciudad de México	Atención de parto	15-07-2018. Lugar: Hospital en el que fue atendida. Duración: 10 min
Melissa	23 años	Preparatoria	Hogar	Casada, con un hombre	Amealco, Querétaro	Clínica de Salubridad, primer nivel, Querétaro	Planificación familiar Papanicolaou	2-05-2020. Lugar. WhatsApp Duración: 30 min
Alejandra	29 años	Licenciatura (pedagogía)	Hogar	Casada, con un hombre (madre de 2 niños)	San Juan del Río, Querétaro	Clínica de Salubridad, primer nivel, Querétaro. Clínica de IMSS, primer nivel, Querétaro. Hospital de Salubridad, segundo nivel, Querétaro.	Atención de parto. Planificación familiar. Papanicolaou	28-05-2020. Lugar: Skype. Duración: 50 min

						IMSS primer nivel, CDMX		
Pamela	23 años	Licenciatura (psicología)	Estudiante	Soltera (en pareja con un hombre)	Tepatlán, Hidalgo	Clínica privada de salud reproductiva, CDMX	Aborto Planificación familiar	30-Ago-2021. Lugar: Google Meet Duración: 20 min
Magali	29 años	Licenciatura (ingeniería química)	Emprendedora	Soltera	San Juan del Río, Querétaro	Clínica IMSS primer nivel, SJR, Qro.	Planificación familiar	5-sep-2021. San Juan del Río, Qro. Casa de Magali. Duración: 80 min (grupo focal)
Margarita	49 años	Secundaria	Comerciante	Divorciada (madre de 2 mujeres y 2 hombres adultos)		Clínica IMSS primer nivel, CDMX	Planificación familiar Atención de parto	
Fabiola	38 años	Licenciatura (ingeniería química)	Ingeniera de procesos	Divorciada (madre de 2 niñas y un adolescente)		Hospital IMSS segundo nivel, SJR, Qro. Hospital SSa, SJR, Qro. Clínica IMSS primer nivel, SJR, Qro.	Planificación familiar Atención de parto	
Miriam	29 años	Licenciatura (ingeniería química)	Analista química	Soltera. (madre de 1 niña)		Clínica IMSS primer nivel/ Hospital IMSS segundo nivel, SJR, Qro.	Planificación familiar Atención de parto	
Paloma	25 años	Licenciatura (arquitectura)	Arquitecta	Unión libre		Consulta privada (ginecología).	Planificación familiar Salud ginecológica	

Tabla 3. Detalles de las informantes. Mujeres usuarias.



la consejería se convierte en presión hacia las mujeres para utilizar algún método anticonceptivo cuando ellas no deseaban hacerlo en principio, o se les convence de utilizar uno diferente al que querían. Esta dimensión la exploré a partir de las observaciones realizadas en campo, así como desde las experiencias narradas por las mujeres.

Una tercera dimensión de análisis corresponde a la individual, la de las experiencias de las personas, desde la cual fue posible conocer cómo es que se reciben las estrategias institucionales, políticas públicas y la práctica médica desde la mirada de las mujeres, al tiempo que permite problematizar las fallas dentro del sistema y las necesidades insatisfechas de quienes son el objeto directo de tales políticas. Desde esa perspectiva fue posible conocer, por una parte, sus experiencias en torno a la anticoncepción involuntaria, pero, por otra parte, los obstáculos que han enfrentado para acceder a una anticoncepción deseada. En la tabla 5 se muestran de forma esquemática estas dimensiones.

Dimensiones de análisis	Objeto de análisis	Temas centrales
Estructural (Políticas públicas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley general de población de 1976.</li> <li>• Norma Oficial Mexicana de los servicios de Planificación Familiar.</li> <li>• Programa de Acción Específico sobre Planificación Familiar 2020-2024.</li> <li>• Estrategia de Anticoncepción Post-evento Obstétrico.</li> <li>• Cartilla Nacional de Salud.</li> <li>• Formato de consentimiento informado.</li> <li>• Discursos del personal de salud.</li> </ul>	<p>“Lo que debería ser”.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reglamentación de la provisión de servicios de Planificación Familiar y anticoncepción.</li> <li>• Instrumentos elaborados con perspectiva de género e intercultural.</li> <li>• Respeto del derecho a decidir sobre la vida reproductiva.</li> </ul>
Institucional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación participante en instituciones de salud.</li> <li>• Entrevistas con mujeres usuarias.</li> </ul>	<p>“Lo que es”.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cómo se lleva a cabo en las instituciones de salud la provisión de servicios de Planificación Familiar.</li> <li>• Presiones al personal para el cumplimiento de metas de colocación de anticonceptivos</li> <li>• Presiones a las usuarias para la aceptación de anticonceptivos.</li> <li>• Consejería deficiente.</li> <li>• Negación de acceso a métodos anticonceptivos.</li> <li>• Violencia contra las mujeres usuarias.</li> </ul>
Individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevistas con mujeres usuarias</li> </ul>	<p>“Lo que desearían que fuera”.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efectos del uso de anticonceptivos.</li> <li>• Dificultades para el acceso a información y a métodos anticonceptivos.</li> <li>• Propuestas de cambio con base en las necesidades de las mujeres.</li> </ul>
<p>Tabla 5. Dimensiones de análisis de la investigación.</p>		

En pocas palabras, podría expresar estas tres dimensiones de análisis de la siguiente forma: lo que debería ser, lo que ocurre realmente y lo que las mujeres desearían que fuera. Estas tres dimensiones son totalmente interdependientes y se desarrollan en todas las secciones del siguiente capítulo.

## Capítulo 4. Resultados

Este capítulo se encuentra organizado en dos grandes secciones: 1) los dispositivos utilizados para presionar o forzar la decisión de las mujeres a utilizar anticonceptivos, y 2) las experiencias de las mujeres en relación con el uso de anticonceptivos y sus obstáculos para lograr acceder voluntariamente a ellos y a una atención en salud sexual y reproductiva de calidad.

### **Gubernamentalidad Reproductiva en México. Los dispositivos usados para regular, producir y monitorear las prácticas anticonceptivas de las mujeres.**

Al abordar el tema de la anticoncepción involuntaria desde la mirada de la gubernamentalidad reproductiva, existen una serie de dispositivos que se destacan y pueden ser de carácter médico, jurídico, incluso moral, y tienen como objetivo, por un lado, convencer al personal de salud que su labor de persuasión hacia las mujeres para que se sometan a una esterilización o acepten un anticonceptivo es la mejor manera de actuar; por otro lado, convencer a algunos grupos de personas que deben o no reproducirse. Conocer las especificidades de estos dispositivos: cómo operan, cuáles son sus características y cómo son utilizados para presionar/forzar a las mujeres a utilizar anticonceptivos, fue el objetivo central de esta investigación.

Volviendo a la definición de gubernamentalidad reproductiva presentada en el capítulo 2, ésta es entendida como

los mecanismos a través de los cuales diferentes configuraciones históricas de actores —como instituciones estatales, iglesias, agentes donadores y ONGs— usan **controles legislativos, incentivos económicos, mandatos morales, coerción directa e incitaciones éticas**, para *producir, monitorear y controlar* conductas y prácticas reproductivas (Morgan y Roberts, 2012, p. 243).

Este concepto resulta de particular utilidad para estudiar el fenómeno de la anticoncepción involuntaria debido a que considera las distintas formas por medio de las cuales se producen y monitorean las prácticas reproductivas en la población. Los dispositivos señalados por las autoras: leyes, incentivos económicos, mandatos morales, incitaciones éticas y formas de coerción, dirigidos a la producción de la anticoncepción involuntaria en mujeres, pueden observarse en esta investigación y son descritos en las siguientes secciones.

En primer lugar, me referiré a las *leyes y políticas* que regulan los servicios de Planificación Familiar (PF) en México y que informan el trabajo del personal encargado de las clínicas. Entre las mencionadas por las personas participantes, se encuentran: 1) los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, publicados por la OMS, y que brindan una guía al personal sanitario sobre la seguridad de diversos métodos anticonceptivos para ser utilizados en un contexto de enfermedades y características específicas, es decir, de acuerdo son ciertas condiciones de salud de las usuarias, se señala el nivel de riesgo que supondría usar los diferentes métodos, para guiar la elección sobre el más adecuado para la usuaria (Anexo 6). 2) La norma oficial mexicana de los servicios de Planificación Familiar (NOM 005-SSA2-1993), creada con el propósito de unificar

los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para realizar los procesos de Planificación Familiar en México. 3) El programa de acción específico sobre planificación familiar 2013-2018, que sigue siendo utilizado por algunas prestadoras de servicios de planificación familiar, ante la falta de una política en la nueva administración del gobierno federal<sup>13</sup>. 4) La política de Anticoncepción post-evento obstétrico, que tiene la finalidad de reducir la incidencia de la mortalidad materna, al procurar que todas las mujeres utilicen algún método anticonceptivo posterior a la atención de un evento obstétrico (parto, cesárea o aborto). En esta sección también se analiza el modo de entender esas políticas por parte del personal de salud y cómo estas se ven materializadas en un documento conocido como “carnet” o Cartilla Nacional de Salud, que es utilizado para regular los procesos de atención dentro de las clínicas y hospitales.

*Las incitaciones éticas y los mandatos morales* reflejan cómo la atención en PF se encuentra permeada por diversos prejuicios de parte del personal de salud que pueden afectar directamente el acceso a derechos de parte de las usuarias, por ejemplo, al considerar inadecuado que las adolescentes tengan una vida sexual activa, o si el personal considera que han tenido “muchas” parejas sexuales, se llevan a cabo acciones que funcionan como castigo para las adolescentes, por ejemplo, hacerlas realizarse un Papanicolaou y revelar a sus madres el motivo de éste, o negarles el acceso a métodos anticonceptivos si no tienen el permiso de sus madres o van acompañadas por ellas. También es posible pensar dentro este rubro un mandato moral que hace a las mujeres responsables del cuidado de la salud y, en consecuencia, del uso de anticonceptivos, de manera que las políticas de PF, la oferta de anticonceptivos y los esfuerzos por promoverlos se dirigen casi exclusivamente hacia ellas.

*Los incentivos económicos* hacen referencia al uso de dinero u otros beneficios materiales para intentar convencer a algunas mujeres, o forzarlas directamente, a usar anticonceptivos. El programa PROSPERA es el ejemplo más claro. Aunque no es una política de salud en sí mismo, sí influye en ella al establecer como requisito para las beneficiarias acudir a consultas clínicas, incluyendo consultas de PF para poder recibir los estímulos económicos. Igualmente se puede mencionar en este apartado, el hecho de que algunas clínicas no tengan una oferta suficiente de métodos anticonceptivos, orillando a las mujeres a realizar un gasto de bolsillo para conseguirlos, o bien aceptar un método distinto al que era su elección inicial. De forma similar, en ocasiones se condiciona a las mujeres, cuando adoptan un método anticonceptivo de larga duración, a utilizarlo durante al menos 3 a 5 años y el personal se niega a retirar el método antes de ese tiempo, por lo que, si las mujeres desean retirarlo, deben acudir a una consulta privada, lo cual no está al alcance de todas las personas<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> Al momento de realizar las entrevistas con las médicas que mencionaron este programa, en el año 2020, no se había publicado aún el Programa de Acción Específico 2020-2024, actualmente en vigor.

<sup>14</sup> A partir del 2018, el programa PROSPERA dejó de estar en vigor. Al momento de las entrevistas, este ya no estaba vigente, pero la información se basa en la experiencia de las participantes que fueron beneficiarias del programa en los años previos.

Finalmente, la forma más evidente por medio de la cual se presiona a las mujeres a utilizar anticonceptivos es mediante *formas de coerción directa*, como impedirles la salida de las clínicas, usar gritos o regaños para presionarlas a firmar un formato de consentimiento informado, no informar a las mujeres que se les colocó algún anticonceptivo, entre otras.

Esta disección se hace únicamente con fines analíticos, pues estos dispositivos suelen estar entrelazados y funcionan en conjunto, por lo que podrán observarse algunos cruces dentro de las diversas secciones.

### ***Leyes y Políticas***

La PF se refiere al derecho de toda persona a decidir, de manera libre, responsable e informada, si procrear o no, así como el número y el espaciamiento de sus hijos/as. También incluye el derecho a disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura, libre e informada. Para ejercer de manera plena este derecho, es condición necesaria que las personas tengan acceso a consejería con información clara, veraz, científica y laica sobre sexualidad; y a métodos anticonceptivos de su elección, seguros y eficaces (SSA, 2014).

A raíz de la conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo, en 1994, el discurso en torno a la PF en México cambió considerablemente. En un primer momento, en los años 70 y 80, se promovió como una estrategia para la disminución de la fecundidad de la población, con miras a evitar un desastre demográfico en el cual, debido a la sobrepoblación, los recursos se agotarían. Posteriormente, el discurso mutó hacia los beneficios de la PF para disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil. Pero después de El Cairo, la retórica sobre la PF giró en torno a asegurar el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las personas y procurar eliminar la violencia en contra de mujeres y niñas (Galdos, 2013).

No obstante, los discursos acerca de la sobrepoblación y la prevención de la morbi-mortalidad materno-infantil no desaparecieron, pues siguen siendo mencionados por el personal de salud como objetivos primordiales de la PF:

#### **1. Prevención de la morbi-mortalidad materno-infantil.**

De acuerdo con el personal de salud encargado de las clínicas de PF, disminuir la muerte materna y la muerte perinatal, así como las complicaciones perinatales, son algunos de los principales beneficios del uso de métodos anticonceptivos. Esto resulta importante, de acuerdo con la ginecóloga del turno matutino de la clínica ubicada en Ciudad de México, debido a que México ocupa el segundo lugar en Latinoamérica en cuanto a muertes maternas, únicamente después de Haití<sup>15</sup>. Debido a ello, utilizan diversas estrategias para intentar convencer a las mujeres de

---

<sup>15</sup> Este dato brindado por la ginecóloga es incorrecto. De acuerdo con datos recogidos por la Organización Panamericana de la Salud, México se ubicó en 2016 en el lugar 29 de 36 países de América Latina y el Caribe con una razón de mortalidad materna (MM) de 37 por cada 100,000 nacidos vivos. Haití fue el 7mo lugar con una razón de 157 por 100,000 nacidos vivos y el primer lugar correspondió a Anguila, con una razón de 690 por 100,000 nacidos vivos (Gender Equality Observatory for Latin America and the Caribbean, 2022).

utilizar métodos anticonceptivos, en particular a aquellas que se considera que tienen “riesgo reproductivo”, el cual es un

índice de cada mujer, es como un puntaje que te va diciendo: cuántos años tiene, si tiene alguna enfermedad, si ha tenido hijos con complicaciones. Y ya si tiene un riesgo reproductivo alto y no tiene método, me la mandan” (Paola, 35 años, Ginecóloga de PF [IMSS<sup>16</sup>, CDMX<sup>17</sup>]).

El riesgo reproductivo se refiere a un incremento en la posibilidad de la mujer de tener complicaciones durante el embarazo y el parto, como aborto, parto prematuro, preeclampsia, hemorragia, hijos con bajo peso al nacer o con malformaciones. Los criterios que se consideran como riesgo reproductivo, de acuerdo con uno de los folletos informativos disponibles en el IMSS para la población derechohabiente son:

- Embarazo antes de los 20 o después de los 35 años.
- Haber tenido más de cuatro embarazos.
- Haberse embarazado en los 2 años previos al embarazo actual.
- Si en algún embarazo anterior ha tenido:
  - Hijos que al nacimiento su peso fue menor a 2.5 kg o mayor a 4.0 kg
  - Parto difícil o por cesárea
  - Hijos con defectos al nacer
  - Hijos que nacieron antes de tiempo (parto prematuro)
  - Abortos o bebés muertos antes de nacer
  - Presión alta, (preeclampsia), convulsiones, hemorragias o hinchazón de alguna parte del cuerpo durante el embarazo.

Si se observan alguno de estos datos cuando una mujer acude a consulta (esté embarazada o no), será entonces derivada al consultorio de PF, en donde:

Se les dice como: 1) todas las posibles complicaciones, por ejemplo, la muerte materna existe. Hay muchas mujeres que piensan que es como en la televisión ¿no? En un capítulo me embarazo, en el siguiente nace el bebé y llego a casa con un bebé sano y yo sana ¿no? No, eso no es cierto. Pueden pasar muchas cosas, como la muerte materna, la pérdida del bebé, malformaciones, síndrome de Down. En nuestra población, a mayor edad, más riesgo, o sea, pasando de los 35 años hay mayor riesgo para síndrome de Down. [...] [Entonces les digo]: “Platica con tu pareja, si llegaran a casa con un bebé especial ¿Qué pasaría? ¿Tenemos todas las herramientas? O si le pasara algo a la persona: si llega a fallecer ¿Quién va a cuidar a sus hijos? [...]. Entonces se le plantean todos los posibles panoramas que pase y ya ahí decide si sí o si no (Paola, 35 años, Ginecóloga de PF [IMSS, CDMX]).

Con la finalidad de prevenir los embarazos de alto riesgo, se ha implementado un sistema de canalización que tiene como propósito identificar en las consultas de medicina familiar o

---

<sup>16</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social

<sup>17</sup> Ciudad de México

medicina preventiva, a las mujeres con alto riesgo reproductivo, quienes serán derivadas hacia PF para intentar convencerlas de utilizar anticonceptivos<sup>18</sup>.

## **2. Embarazo adolescente.**

Otro de los objetivos del programa de PF es la prevención del embarazo adolescente. México ocupa el primer lugar entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en cuanto a embarazos en adolescentes, con una tasa de 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años de edad (Inmujeres, 2021). Un embarazo antes de los 20 años es considerado uno de los principales factores de riesgo obstétrico, por lo que su prevención mediante la provisión de anticonceptivos debe resultar primordial.

Una de los grandes aportes y novedades en las discusiones que surgieron durante la conferencia de El Cairo fue la conversación en torno a los derechos de las y los adolescentes, en particular, en torno a su vida sexual. Aunque resultó un tema polémico, se luchó por la posibilidad de que adolescentes acudan a servicios de consejería y de atención en salud, sin la necesidad de la presencia o permiso de sus padres o madres. La resolución final de la conferencia afirma el derecho y responsabilidad de padres y madres de otorgar orientación en materia de sexualidad y exhorta a los países firmantes a que las y los adolescentes tengan acceso a información y servicios de salud adecuados, incluyendo salud sexual y reproductiva (Galdos, 2013).

A más de 25 años desde la conferencia, estas resoluciones siguen sin verse materializadas del todo y en muchas ocasiones, los y las adolescentes ven vulnerados sus derechos debido a dificultades en el acceso a la información y a los servicios de salud y consejería sobre sexualidad.

De acuerdo con la cartilla de derechos sexuales de adolescentes y jóvenes, publicada en México por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, en conjunto con diversas Organizaciones de la Sociedad Civil (CNDH, 2016), los derechos sexuales de jóvenes y adolescentes son:

1. Derecho a decidir de forma libre, autónoma e informada sobre su cuerpo y su sexualidad
2. Derecho a ejercer y disfrutar plenamente su sexualidad
3. Derecho a manifestar públicamente sus afectos
4. Derecho a decidir libremente con quién o quiénes relacionarse afectiva, erótica y socialmente.
5. Derecho a que se respete su privacidad e intimidad y a que se resguarde confidencialmente su información personal
6. Derecho a la vida, a la integridad física, psicológica y sexual
7. Derecho a decidir de manera libre e informada sobre su vida reproductiva
8. Derecho a la igualdad
9. Derecho a vivir libres de discriminación
10. Derecho a la información actualizada, veraz, completa, científica y laica sobre sexualidad

---

<sup>18</sup> Véase pag. 118.

11. Derecho a la educación integral en sexualidad
12. Derecho a los servicios de salud sexual y reproductiva
13. Derecho a la identidad sexual
14. Derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad y reproducción

La garantía de estos derechos implica un compromiso del Estado y sus instituciones de salud y educativas, para proveer toda la información necesaria y las facilidades para que los y las adolescentes puedan ejercer y conocer sobre su sexualidad, de una manera libre y en apego a estos derechos.

El respeto de estos derechos en las clínicas de salud en las cuales realicé observaciones resulta contradictorio pues, por un lado, existen funcionarias que los conocen y defienden su derecho a la atención y a la autonomía, al brindar la consulta y otorgarles métodos anticonceptivos si así lo desean, sin la necesidad de estar sus padres o madres presentes y sin la necesidad de que otorguen su permiso. Por otro lado, otras funcionarias actúan de manera paternalista y niegan a las adolescentes incluso el acceso a la consulta en PF si no van acompañadas de sus madres.

En relación con el primer grupo, las ginecólogas encargadas de PF en la clínica del IMSS en Ciudad de México, reconocen el respeto hacia la atención a adolescentes, en particular, y a población no derechohabiente en general:

Puede venir el adolescente solo y se le da la consejería y puede decidir... Entonces ya el adolescente puede venir sólo. Solamente necesita su credencial de la escuela, puede venir, se le brinda la atención y se le dan los métodos (Paola, 35 años, Ginecóloga de PF, turno matutino [IMSS, CDMX]).

Creo que ha cambiado en la apertura ¿no? Anteriormente no dábamos muchos métodos a los pacientes no derechohabientes. O sea, este método no se le puede dar porque no es derechohabiente, y este a todos. Y ahora no. Lo damos a todos. Los implantes, los dispositivos Mirena, que también son dispositivos que liberan medicamento y son un poco más costosos, se les da a todos. Entonces en eso, pues sí ha habido progresión (Gabriela, 42 años, Ginecóloga de PF, turno vespertino [IMSS, CDMX]).

Esto muestra una mayor apertura institucional, pues ahora es posible otorgar los métodos anticonceptivos de manera gratuita a toda la población, sin necesidad de ser derechohabientes, por ejemplo, en el caso de adolescentes, pueden solicitar atención únicamente mostrando su credencial escolar, sin necesidad de tener un carnet o estar afiliadas al seguro social.

Aunque no se trata de algo único del IMSS, sino que todas las instituciones de salud pública del país otorgan cualquier método con facilidad y de manera gratuita, según la percepción de una de las ginecólogas:

Yo digo que en todos, es a nivel institucional, tanto IMSS, como ISSSTE y todos, ya están aperturados [sic]. Entonces sí, yo creo que ya ahorita, el que no quiera planificar, pues es porque no quiere, porque ya se les da gratis todo, todo, todo, todo. Vas a un centro de salud y te dan tus, mínimo tus condones. Entonces, los que llegan a embarazarse es porque quieren embarazarse (Gabriela, 42 años, Ginecóloga de PF [IMSS, CDMX]).

De hecho, en la clínica ubicada en Querétaro, existe un servicio de salud sexual y reproductiva dirigido en particular a la atención de adolescentes de 10 a 19 años. En este, se busca brindarles información en “cinco ejes principales: sexualidad, uso de métodos anticonceptivos, prevención de embarazo, prevención de violencias y la prevención de infecciones de transmisión sexual” (Eduardo, Psicólogo PF adolescentes, [SSa<sup>19</sup>, Qro<sup>20</sup>]). Y el personal encargado de este servicio lo considera particularmente debido a que existe una falta de apertura hacia hablar de sexualidad y por ello, hay una gran desinformación en esta población en particular:

les da pena el tema, que no saben ni lo que es la, la menstruación, que saben de embarazos, que tienen amistades que se han embarazado, que son adolescentes mujeres que se embarazaron y, y que no saben (Eduardo, 28 años, Psicólogo PF para adolescentes [SSa, Qro.]

Ante esa desinformación, consideran importante la existencia de un servicio exclusivo para adolescentes:

Es un poco complicado que los adolescentes se acerquen. [...] [Por eso es importante] que tengan ellos o sepan que tienen un espacio que es un poquito más brindarles esa confiabilidad. Aparte que como que es un poquito más en la parte de la comprensión de saber que existe para ellos especialmente y que es una atención específica para ellos como adolescentes ¿por qué? porque en ocasiones el abordaje es un poquito diferente porque pues la adolescencia es muy diferente a ya uno como adulto. Entonces es muy importante como que ellos también se sientan como en esa parte identificados con el programa y aparte sepan que existe un programa especialmente para ellos como adolescentes y que se sientan tomados en cuenta (Mónica, 33 años, trabajadora social PF para adolescentes [SSa, Qro.]

Esta percepción de respeto a los derechos, empero, no ocurre siempre, y se da el caso que, inclusive dentro de una misma unidad de salud, distintos funcionarios/as sostengan puntos de vista y, en consecuencia, acciones contradictorias respecto a la provisión de servicios de salud sexual a adolescentes.

De tal forma que, pese a que las ginecólogas y enfermera encargadas de PF en la clínica de Ciudad de México muestren ese clima de apertura institucional y respeto a la autonomía y la confidencialidad de las adolescentes, brindándoles la posibilidad de acudir por su cuenta y recibir los métodos anticonceptivos deseados, una trabajadora social y una enfermera de medicina preventiva en la misma clínica no compartieron esa opinión. Esto resulta problemático en tanto que, muchas veces, esas funcionarias ocupan lugares que sirven como filtro o como un primer contacto para muchas adolescentes que desean acudir al servicio de PF.

Trabajadora Social: Aquí como son así niñas menores de edad, pues siempre tienen que venir acompañadas de la madre.

Investigador: Ok ¿Incluso para Planificación Familiar? También tiene que dar...

---

<sup>19</sup> Hospital de la secretaría de salud estatal

<sup>20</sup> Querétaro

TS: Cuando son menores de edad, sí.

I: Ok. ¿O sea, es la mamá quien tiene que dar el consentimiento?

TS: Sí, así es. Si no, se les niega el, el método. Pero sí, este, la mamá tiene que estar enterada.

I: Ok ¿Y ha habido casos de adolescentes que vengan por su cuenta?

TS: Sí.

I: ¿Y qué pasa en esos casos?

TS: Pues les negamos la atención. Les decimos: hasta que venga tu mamá, hable contigo, les damos el servicio (Gloria, 50 años, Trabajadora Social [IMSS, CDMX]).

La forma de evadir esta situación por parte de las adolescentes sería acudiendo directamente al consultorio de PF, pues las encargadas de éste tienen la postura de que se debe garantizar la atención a toda persona, derechohabiente o no, e independientemente de su edad. Esto posiblemente se debe a que tienen una capacitación constante en términos de normativas recientes para brindar sus servicios. No obstante, Trabajo Social, medicina preventiva y la consulta general no cuentan con dicha capacitación, al no estar directamente relacionados con la PF, pero funcionan con frecuencia como filtros para acceder a ese consultorio, de modo que sólo podrán evitar esos obstáculos las adolescentes que se encuentren más informadas y sepan que pueden acudir directamente a PF y pueden recibir atención tan solo presentando su credencial escolar.

### **3. Sobrepoblación.**

Originalmente, la PF surgió como un esfuerzo de la comunidad internacional para disminuir el crecimiento acelerado de la población que, a finales de los años 70 del siglo XX, crecía a ritmos muy acelerados. La idea detrás de estos esfuerzos era que, si la población mundial continuaba creciendo al mismo ritmo, los recursos necesarios para mantenerla dejarían de ser suficientes, lo que significaría peligros para las economías de los países. Países como India y China implantaron políticas drásticas para disminuir su crecimiento demográfico, como la prohibición para tener más de un/a hijo/a (Reilly, 2015). En México, se optó por medidas menos drásticas, como la creación de la Ley General de Población de 1974 para sustituir la Ley de Población pronatalista de 1937, la creación del Consejo Nacional de Población para monitorear el crecimiento demográfico y la implementación de los primeros programas de Planificación Familiar (Kurczyn y Arenas, 2014).

En la actualidad, la estrategia nacional de PF no obedece a dichos objetivos de control de la natalidad, sin embargo, esas ideas continúan siendo parte del discurso de algunos miembros del personal. Por ejemplo, la enfermera y ginecóloga del consultorio de PF en Ciudad de México comparten que la importancia del programa, de su apertura y gratuidad se debe a una estrategia del gobierno para limitar el número de ciudadanos, con fines económicos:

Es que le conviene [al gobierno] más que ya no haya más ciudadanos, que estén creciendo y sin trabajo y sin nada ¿de dónde va a salir para...? Yo creo esa es la preocupación del gobierno, ya para decir: a todos, de lo que quieran, ahí están (Guadalupe, enfermera de PF [IMSS, CDMX]).

Yo creo que la importancia de la Planificación Familiar es evitar tener problemas a nivel físico, emocional, financiero, cuando no se quieren tener hijos o no se pueden tener hijos (Gabriela, 42 años, Ginecóloga de PF [IMSS, CDMX]).

En esta última cita, considero que hacer referencia a que la evitación de problemas físicos, económicos y financieros recuerda a un discurso social muy difundido y altamente discriminatorio, que se sostiene en la idea de que algunas mujeres tienen más hijos de los que pueden mantener o, por el contrario, que únicamente tienen hijos por el deseo de recibir dinero de programas gubernamentales, como el programa Prospera, tal como lo señala el psicólogo entrevistado en la clínica queretana:

he platicado con mujeres que me han dicho: “Pues es que dejé de recibir dinero, si tengo tantos hijos, por cada uno recibía tanto, y ahora, pues parece ser que ya no, ya no voy a recibir ese tanto” ¿no? Es decir, con PROSPERA no se cuidaban, no planificaban, habiendo planificación familiar. Y eso quita de responsabilidades a la población, a ciertos sectores, específicamente, que se mantenían de tener hijos (Eduardo, 28 años, Psicólogo PF para adolescentes [SSa, Qro.]).

Bajo ese argumento, se justifica el uso de estrategias para presionar a las mujeres, particularmente las beneficiarias de programas como Prospera, para que utilicen anticonceptivos, en ocasiones en contra de su voluntad, como se analizará más adelante en este trabajo<sup>21</sup>.

#### **4. Otros beneficios de los métodos anticonceptivos.**

Además de los propósitos ya mencionados, relacionados con los principales objetivos de las políticas públicas sobre PF, el personal de salud señaló otros beneficios para las personas del uso de anticonceptivos. La ginecóloga encargada de PF en la clínica ubicada en Querétaro, se refirió al derecho a la educación de las adolescentes, al señalar como un beneficio importante la disminución del ausentismo en las escuelas “porque al embarazarse una chica, dejan de ir a las escuelas también. Sobre todo, las jovencitas que últimamente se han estado embarazando mucho, las niñas de secundaria y preparatoria” (Araceli, 39 años, Ginecóloga de PF [SSa, Qro.]).

Además, aunque se hizo poca referencia a ello, una importancia crucial del uso de anticonceptivos tiene que ver con el derecho de las mujeres a vivir su vida sexual, mediante una mejor atención hacia ellas y a través del involucramiento de los hombres en el uso de anticonceptivos y en sus responsabilidades en relación a la paternidad:

El programa de planificación familiar [busca] que la población disfrute de su vida sexual y reproductiva de manera informada, satisfactoria, responsable y sin riesgos. Para eso tiene tres objetivos principales: incrementar el acceso efectivo a los servicios de planificación familiar y anticoncepción y mejorar la calidad de la atención, atender las necesidades específicas de planificación familiar y anticoncepción, particularmente en los grupos de situación de desventaja social, y el tercero es incentivar la paternidad activa y elegida, así como la responsabilidad del hombre en la planificación familiar y la anticoncepción. (Eduardo, 28 años, Psicólogo PF para adolescentes [SSa, Qro.]).

---

<sup>21</sup> Véase sección “Incentivos económicos”, p. 128.

### **El proceso de consejería en Planificación Familiar.**

Para cumplir los objetivos mencionados de la mejor manera posible, diversos instrumentos en el país regulan la política de PF, con la intención de que su aplicación se realice apegada a los derechos de las personas y que no se convierta en una forma de control de la natalidad. Entre estos instrumentos, encontramos la Ley General de Población, que indica que “queda prohibido obligar a las personas a utilizar contra su voluntad métodos de regulación de la fecundidad” (LGP, 1974, Art. 20). Igualmente, en la Norma Oficial Mexicana (NOM-005-SSA2-1993) (Secretaría de Salud, 2004) sobre los servicios de planificación familiar se establece que la consejería en planificación familiar debe brindarse “dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos” (numeral 1) y se indica que “la decisión y consentimiento responsable e informado de los usuarios deben ser respetados en forma absoluta y no se debe inducir la aceptación de un método anticonceptivo en especial” (numeral 5.4.2.3).

De acuerdo con estas normas, la consejería debe consistir en que el personal de salud proporcione a las personas usuarias información que les permita tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas sobre su vida sexual y reproductiva, elegir el mejor método de acuerdo con sus necesidades y usarlo de la manera más adecuada y por el tiempo deseado. La información proporcionada debe ser en cuanto a las características de los métodos anticonceptivos, su efectividad, el modo en que debe de usarse, los efectos secundarios que pueden presentar y qué hacer al respecto, quiénes pueden y no pueden usar cada tipo de método, su duración y la necesidad de seguimiento, evaluación y reforzamiento de la protección anticonceptiva (Secretaría de Salud, 2004).

Para cumplir estos propósitos, en las clínicas de salud pública del país, la consejería debe ser gratuita y de libre acceso para toda persona que la solicite, independientemente de su condición de derechohabiente al sistema de salud, de su edad, nacionalidad o cualquier otra condición. Esta se lleva a cabo en los consultorios destinados específicamente para ello dentro de las unidades de salud. Consiste en brindar información general acerca de los métodos anticonceptivos disponibles y resolver dudas específicas.

El personal de salud encargado suele otorgar folletos con información más detallada para la lectura por parte de las usuarias. Las personas pueden acudir directamente a recibir consejería a dicho consultorio, pero también suelen ser referidas a éste desde otros lugares dentro de la clínica, como la consulta general, medicina preventiva o trabajo social. Tras el proceso de consejería, si la usuaria opta por usar algún método, se le otorgará una receta para recoger en la farmacia de la unidad de salud el método anticonceptivo deseado, en caso de se trate de pastillas o parches; o se puede colocar en la misma clínica, en el caso de métodos que requieren mayor intervención, como la colocación de un dispositivo intrauterino (DIU), inyecciones o el implante anticonceptivo; o serán referidas a un hospital de segundo nivel en caso de que sea un método que requiere la intervención en un quirófano, como lo es la OTB (Oclusión Tubaria Bilateral).

Si bien en los distintos escenarios en que se llevó a cabo la investigación se respetan los ideales de gratuidad y de atención a no derechohabientes, así como los procesos mencionados, existen

diferencias en el modo de llevar a cabo la consejería de acuerdo con las personas que la brindan. A pesar de que en el IMSS el personal recibe capacitación sobre estrategias para brindar la consejería y para lograr convencer a las mujeres de usar los anticonceptivos, la manera de hacerlo de cada persona puede variar y esto llega a producir ciertas contradicciones. Por ejemplo, dentro de la clínica del IMSS en Ciudad de México, la ginecóloga encargada de la consulta en el turno matutino difirió de la del turno vespertino en cuanto a la norma que utiliza para guiar su proceso de consejería, mientras que la primera dijo utilizar las normativas brindadas por la OMS (criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos), la ginecóloga del turno vespertino me dijo que ella se basaba en la norma oficial mexicana (NOM-005-SSA2-1993). Este desacuerdo muestra una falta de coordinación en cuanto a políticas de atención, acentuada por el hecho de que ambas reconocieron que en la nueva administración del gobierno federal (2018-2024), a más de un año de su inicio, no existía una política referida a la atención en PF, de manera que ellas optan por guiarse en las anteriores hasta que se proponga una nueva, pero cada una se guía por normas diferentes.

Una diferencia más importante que la anterior consiste en que la ginecóloga del turno matutino consideró que los mayores esfuerzos de PF deberían realizarse hacia las mujeres que tienen un riesgo reproductivo, es decir, que el mecanismo de canalización hacia PF debe dirigirse a quienes, en caso de un embarazo, sería probable que peligrara su vida o la de su bebé. Por lo que la canalización y la insistencia de que usen anticonceptivos tiene que ver con la prevención de morbilidad y mortalidad maternas y perinatales. En cambio, el resto de participantes mencionaron que ese mecanismo debería aplicarse a todas las mujeres, pues en su opinión, todas deben usar algún anticonceptivo.

Por último, otra contradicción entre estas trabajadoras fue que la ginecóloga del turno matutino mencionó que la institución les impone unas metas de colocación de determinado número de anticonceptivos mensual o anualmente, que dependen de la población que atienden, por ejemplo, realizar 20 vasectomías al mes, colocar 400 DIUs y otorgar 20,000 parches al año. Estas metas son compartidas entre las ginecólogas de ambos turnos y siempre suelen superarlas. En contraste, la ginecóloga del turno vespertino me comentó que no existen tales metas.

En el caso de la clínica de SSa en Querétaro, el personal coincidió que sí existen las metas, aunque durante 2020 no fueron solicitadas debido a que disminuyó considerablemente la población atendida debido a la pandemia por COVID-19:

Hasta ahorita a mí no me han pasado metas para colocación de anticonceptivos. Sí hay. Generalmente sí hay metas, pero ahorita con la pandemia, hasta ahorita no me han dado a conocer las de este año (Araceli, 39 años, Ginecóloga de PF [SSa, Qro]).

El año pasado, yo estaba viendo mensualmente una cantidad de 87 a 70 adolescentes en un mes, y actualmente he ido como, con esta situación de pandemia, cuando yo regreso al centro de salud, que es a mitades de año, te estoy hablando que tuve 15 adolescentes en un mes, 20 adolescentes en un mes y, afortunadamente, se ha ido como subiendo esa meta. (Eduardo, 28 años, Psicólogo PF para adolescentes [SSa, Qro.]).

El problema principal de estas contradicciones es la falta de una política pública que unifique los procesos de atención en PF. Ante el vacío provocado por la falta de políticas o programas de acción del gobierno actual, el personal de salud se ve forzado a recurrir a las políticas anteriores, pero al basarse en diferentes, la atención hacia las usuarias es diferente, lo cual puede tener consecuencias de consideración. Por ejemplo, el tener cuotas o metas mensuales o anuales para la colocación de anticonceptivos puede convertirse en un incentivo para presionar a las mujeres a utilizarlos. Sobre todo, si sólo una de las dos ginecólogas tiene presentes esas metas que serían compartidas, en el caso de la clínica de Ciudad de México. Por otra parte, la visión diferenciada sobre la importancia del proceso de canalización puede derivar en estrategias diferentes para abordar a las mujeres, pues mientras que una de las ginecólogas considera que la importancia de la canalización es la prevención del embarazo de alto riesgo, otros miembros del personal consideran que todas las mujeres deberían ser derivadas hacia la consulta de PF, esto último trae como consecuencia diversas presiones para usar anticonceptivos, como presentaré más adelante<sup>22</sup>.

### **La Cartilla Nacional de Salud. Materialización de las políticas públicas y regulación del proceso de atención.**

El análisis de textos institucionales es una herramienta fundamental dentro de una Etnografía Institucional (EI). Parte de la premisa de que las relaciones de dominación son mediadas textualmente, y mediante los textos institucionales es posible coordinar las subjetividades y las conciencias de las personas (Smith, 2005).

Dorothy Smith (2005) entiende los textos como formas materiales replicables (impresos o electrónicos, en forma de palabras, imágenes o sonidos), que fungen como coordinadores de secuencias de acción, es decir, como instrumentos que articulan el quehacer de las personas dentro de un orden institucional y al mismo tiempo las conectan con relaciones sociales translocales. Su análisis implica observar y entender qué es lo que las personas hacen con el texto, cómo lo leen, cómo lo entienden y utilizan de formas únicas, pero estandarizadas. Además, descubrir dónde y de qué forma estos usos producen consecuencias.

En otras palabras, en una EI se analiza cómo los individuos usan los textos y coordinan con ellos sus acciones para que se produzcan las secuencias estandarizadas de acción dentro de una institución en particular, por ejemplo, sus decisiones, políticas y resultados; pues éstas se basan en prácticas textuales cotidianas especializadas, que a menudo son tomadas como naturales o son dadas por sentado por quienes las realizan. Algunos textos institucionales pueden coordinar las acciones de distintas personas dentro de una institución. Por ello, analizar la manera en que procede una secuencia de trabajos basados en un texto permite conocer, por ejemplo, los lugares que ocupan distintas personas dentro del orden institucional o hacer visibles formas de trabajo que se encuentran naturalizadas o son dadas por sentado por las personas que hacen uso de esos textos (Smith, 2005).

---

<sup>22</sup> Véase sección “coerción directa”, p. 134.

El análisis intentará, de manera particular, descubrir cómo funcionan los textos, es decir, cómo son producidos, qué utilidad y qué significado tienen y cómo coordinan el trabajo y las subjetividades dentro de las instituciones; y de manera general, servirá para mapear la forma en que el poder es ejercido dentro de las instituciones a través de formas de organización social definidas y mediadas por los textos (Campbell, 2014).

En el caso específico de esta investigación, el principal texto central a analizar fue la Cartilla Nacional de Salud (Anexo 7), un documento que se encuentra presente en el trabajo cotidiano del personal de salud que atiende a las mujeres y a las personas en general. De esta cartilla depende que se brinde la atención médica y gracias a esta se coordina el proceso de la misma.

En la EI, existen dos formas principales de analizar los textos institucionales: la primera es como parte de una jerarquía reguladora de textos conocida como “jerarquía intertextual”, la segunda es como coordinadores de secuencias de acción (Smith, 2006). Con relación a la primera forma, la jerarquía intertextual se refiere a las relaciones y la interdependencia que existe entre textos que son ordenados jerárquicamente, de forma que los textos de mayor nivel instauran los marcos y los conceptos que dan forma a los de niveles menores (Smith, 2005). A este respecto, la Cartilla contiene la información y estrategias que, según las recomendaciones de organismos internacionales, son herramientas centrales para el cuidado y promoción de la salud, algunas de las cuales pueden leerse al pie de página de algunas secciones del documento. Por ejemplo, contiene recomendaciones sobre nutrición basadas en datos de la Federación Internacional de Diabetes; medidas ideales del índice de masa corporal, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud; y, aunque no resulte explícito en la cartilla, también las estrategias como la prevención del embarazo adolescente y la reducción de la mortalidad materna se relacionan con acuerdos internacionales firmados por México, como la Conferencia de población y desarrollo de El Cairo o los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de desarrollo sustentable.

Desde la perspectiva de la Etnografía Institucional, la Cartilla Nacional de Salud puede pensarse como un texto que materializa relaciones intertextuales extralocales, en el sentido que presenta prioridades y objetivos propuestos por textos de una jerarquía textual superior, como los son esos tratados y acuerdos internacionales, las leyes nacionales, como las de salud y población y las políticas institucionales; y las “baja” hacia las prácticas cotidianas de quienes laboran y quienes son atendidas en instituciones públicas de salud, para que esas recomendaciones sean acatadas.

Al mismo tiempo, en sentido contrario, las cartillas sirven como un medio para la rendición de cuentas y para garantizar el cumplimiento de los acuerdos tomados en el nivel macro. Por ejemplo, durante la atención prenatal de mujeres embarazadas, algunos miembros del personal de salud deben colocar sus firmas en el carnet en secciones determinadas, como prueba de que brindan a las mujeres la atención e información sobre las temáticas indicadas en éste (salud sexual y reproductiva, nutrición, atención del embarazo, entre otros). Esto funciona a modo de evidencia para regular, desde los niveles superiores, que el proceso de atención del embarazo está siendo el “adecuado”.

En relación a la segunda forma de análisis de los textos, como coordinadores de secuencias de acción, las Cartillas también funcionan como una herramienta de organización “horizontal”, en el sentido que coordinan y regulan la atención que se brinda a los y las usuarias dentro de los servicios de salud. En un nivel local, señalan qué procedimientos deben realizarse a quiénes, de acuerdo con determinados requisitos, coordinan a qué lugares dentro de clínicas y hospitales deben acudir las personas y funcionan como un documento de identidad cuyo contenido informa de la condición de salud de las personas que lo portan a los y las agentes institucionales. Y también como documento para el acceso a las clínicas para recibir atención depende de la portación de la cartilla.

Estos textos rara vez aparecieron en los relatos de las mujeres usuarias entrevistadas y sólo fueron mencionados por algunos miembros del personal de salud, aunque de forma secundaria. Sin embargo, su importancia y utilidad se hicieron evidentes gracias a mi propia experiencia como “paciente” en una institución pública de salud, como parte de las observaciones realizadas en el terreno y las preguntas específicas realizadas en las entrevistas dirigidas al personal de salud. Esto refleja una naturalización de uso de estos textos institucionales, tanto por parte de las mujeres, como del personal de salud.

A continuación, presento un análisis cuyo objetivo es des-naturalizar su uso en las unidades de salud, tratando de argumentar que su uso y su importancia no consiste únicamente en ser un documento burocrático que se debe llenar o un espacio para anotar las citas médicas, sino que este texto sirve para controlar todo el proceso de atención de las mujeres. Sus contenidos transforman las experiencias de las mujeres en versiones simplificadas y estandarizadas, prescriben y habilitan las acciones y los recursos institucionales al interior del sistema de salud pública, marcan las relaciones que deben tener las personas dentro del orden institucional, los servicios que se deben brindar a las personas de acuerdo con ciertos requisitos; y marcan los límites de lo que la institución considera importantes para el cumplimiento de sus objetivos y su funcionamiento cotidiano, más allá de las necesidades y singularidades de las mujeres y de las experiencias propias del personal de salud.

### ***Organización del sistema de salud en México***

El sistema de salud en México se compone de dos sectores: público y privado. El primero incluye a las instituciones de seguridad social que brindan atención a las personas trabajadoras del sector formal, jubiladas y a sus familias, estas son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que brinda atención al grueso de la población asalariada; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), dirigido a quienes trabajan en el sector gubernamental; y Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR), que atienden a las personas trabajadoras de esas instituciones estatales en particular. También en el sector público, están las instituciones que dan atención en salud a la población sin seguridad social, principalmente personas trabajadoras no formales, autoempleadas o desempleadas. Estas incluyen en Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría

de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-PROSPERA)<sup>23</sup> (Gómez-Dantés, et al, 2011).

El financiamiento de estas instituciones se deriva de tres fuentes: aportaciones gubernamentales, aportaciones de empleadores (en el caso de IMSS, pues para el ISSSTE, PEMEX, SEDENA Y SEMAR, estas aportaciones también provienen del gobierno) y contribuciones de los empleados. La SSa y los SESA son costeados mediante recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, más un cobro a las personas usuarias al recibir la atención. Todas estas instituciones brindan servicios en sus instalaciones y contrata a su propio personal (Gómez-Dantés, et al, 2011).

El SPS es financiado mediante recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares, que varían en función de la capacidad de pago de las personas usuarias. En este esquema, se compran los servicios de salud para las personas afiliadas a la SSa y a los SESA (y en ocasiones a proveedores privados) (Gómez-Dantés, et al, 2011).

Por otra parte, el sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de seguros médicos privados. Este campo es sumamente amplio y puede abarcar desde pequeñas clínicas asociadas a farmacias, hasta grandes hospitales de especialidades.

### ***La cartilla Nacional de Salud.***

Independientemente del tipo de institución pública de salud, se pretende que la atención se brinda de forma unificada, para ello, en el año 2002, como parte de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, el Sector Salud en México diseñó las cartillas nacionales de salud unificadas, con el objetivo de “garantizar la atención de las necesidades fundamentales de salud a todos los mexicanos, desarrollar sus aspiraciones de plenitud y con ello, mejorar sus condiciones de vida” (Secretaría de Salud, 2015, parr. 1).

Los objetivos principales de tener una misma cartilla de salud para todos los servicios públicos de salud fueron “reducir la carga de enfermedad, modificando los determinantes con entornos y comportamientos saludables e integrar la protección personal con prevención específica para cada etapa de la vida” (Gaceta del Senado, 2018, parr. 28). Esto implicaría, de parte del sector salud, la implementación de una serie de intervenciones de promoción y prevención de la salud: nutrición, detección, prevención y control de enfermedades, esquema de vacunación y un apartado de citas médicas; y de parte de las personas usuarias, “crear conciencia de la importancia del autocuidado de la salud, así como de que se demanden oportunamente los servicios preventivos correspondientes” (DOF, 24 de diciembre de 2002, parr. 9).

---

<sup>23</sup> A partir de enero de 2020, desapareció el Seguro Popular para dar paso al Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). El propósito de esta reforma fue desaparecer el gasto de bolsillo hacia las personas usuarias y buscar implantar un servicio de salud gratuito para personas sin seguridad social, aunque sus propósitos no se han logrado del todo, e incluso han sido contraproducentes, aumentando el gasto de bolsillo para algunas familias (Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, 2021). Al momento de realizar el trabajo de campo para esta investigación, la clínica de SSa se encontraba en transición entre el Seguro Popular y el INSABI.

Así, se crearon cinco cartillas, divididas de acuerdo con “etapas de la vida”: de Niñas y Niños de 0 a 9 años, del Adolescente de 10 a 19 años, de la Mujer de 20 a 59 años, del Hombre de 20 a 59 años y del Adulto Mayor de 60 años y más. A partir de entonces, las Cartillas Nacionales de Salud se convirtieron en un instrumento de uso obligatorio en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Para el caso específico de esta investigación, me centraré exclusivamente en la cartilla dirigida a mujeres de 20 a 59 años, tan sólo con breves menciones a sus diferencias con el resto, dado que mi interés fue analizar cómo este texto funciona a modo de un instrumento para controlar los cuerpos de las mujeres y regular su presencia dentro de las unidades de salud.

La Cartilla Nacional de Salud para mujeres de 20 a 59 años (en adelante “carnet”, dado que es término coloquial y de uso común dentro de la institución para referirse a este documento), está compuesta de las siguientes secciones (véase Anexo 7):

- *Promoción de la salud.* En ésta área, se enlistan temas que se consideran de relevancia para “mantener la salud y contribuir a la de la comunidad”: incorporación al programa de salud, alimentación correcta, actividad física, salud bucal, salud sexual y reproductiva, salud mental, prevención y tratamiento de adicciones, violencia familiar y de género, prevención de accidentes, infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/sida; prevención de tuberculosis; prevención de cáncer cérvico uterino y mamario; sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus; hipertensión arterial y dislipidemias; entorno favorable a la salud (vivienda, áreas de trabajo y patio limpio); dueñas responsables de animales de compañía; cultura para la donación de órganos; incorporación a grupos de ayuda mutua (sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y adicciones). Se señala, además, que es una tarea del personal de salud brindar asesoramiento sobre estas temáticas, sin embargo, recae en las usuarias la responsabilidad de solicitar al personal de salud que le brinde la información.
- *Nutrición.* En esta sección se incluyen espacios para anotar las medidas de diámetro de la cintura, peso e índice de masa corporal; se presentan además en una tabla de los parámetros considerados “normales” o “saludables” para estas medidas (<80cm de cintura y un IMC entre 18.5 y 24.9). Adicionalmente, una sección para registrar pláticas informativas sobre orientación alimentaria y administración de complementos nutricionales para mujeres embarazadas (hierro y ácido fólico).
- *Esquema de vacunación.* Contiene espacios para que el personal de salud anote fechas de aplicación de las siguientes vacunas: sarampión y rubéola, tétanos y difteria, tétanos, difteria y tosferina, e influenza estacional.
- *Prevención y control de enfermedades.* Se incluyen espacios para registrar orientación para la prevención de VIH-SIDA e ITS, registrar el tratamiento contra tuberculosis y anotar citas de salud bucal, haciendo una distinción en tratamiento para mujeres embarazadas y no embarazadas.

- *Detección de enfermedades.* En esta sección se incluyen espacios para registrar la fecha de toma, los resultados y la fecha de próxima toma, de exámenes clínicos de mama (se recomienda se realicen anualmente a partir de los 25 años de edad), mastografías (se recomienda se realicen cada dos años a partir de los 50 años o de los 40 si tienen madre, hermanas o hijas con cáncer de mama), Papanicolaou (se recomienda que se realice cada 3 años, después de dos resultados negativos, a partir de los 25 años). También se incluyen estudios para la detección de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Hipercolesterolemia, Tuberculosis pulmonar y Dislipidemias.
- *Salud Sexual y reproductiva.* Esta sección se divide en cinco subsecciones:
  1. Registro sobre la obtención de información y otorgamiento de métodos anticonceptivos, que incluye el tipo de método, la fecha de inicio y término de uso del método y el motivo por el cual se dejaron de usar, con una sección aparte para Oclusión Tubaria Bilateral, donde se debe de anotar la fecha en que se solicitó y la fecha de realización.
  2. Atención del embarazo, en donde se deben registrar el número de consultas prenatales, el número de embarazo en que se registran (con espacio para tres embarazos), la forma de término del embarazo (aborto, parto, cesárea) y si tuvo antecedentes de riesgo obstétrico (sangrado, preeclampsia, eclampsia, infección).
  3. Atención del puerperio, donde se recomienda solicitar información para utilizar métodos anticonceptivos después del parto, se debe mantener una “vigilancia postparto” y registrar si tuvo o no protección anticonceptiva post-evento obstétrico y con qué método.
  4. Atención en la perimenopausia y postmenopausia, donde se incluye orientación sobre medidas preventivas no farmacológicas, terapia hormonal y terapia no hormonal.
  5. Orientación y consejería sobre derechos sexuales y reproductivos y prevención de “SIDA y otras infecciones de transmisión sexual”.
- *Prevención de accidentes y lesiones.* Cuenta con espacios para que el personal de salud registre las fechas en que se brinda información y consejería, pero no se especifican los temas.
- *Prevención de adicciones.* Presenta espacios para anotar asesorías para la prevención del consumo de tabaco y alcohol y “otras sustancias”, sin especificar cuáles.
- *Actividad física.* Contiene una tabla para registrar fechas del establecimiento de un programa de actividad física.
- *Atención médica.* Varias páginas para registrar la fecha, hora y consultorio para las consultas clínicas.

Todos los carnets están divididos en las mismas secciones, la diferencia entre ellos es su contenido. Por ejemplo, la sección sobre salud sexual y reproductiva se encuentra presente en todas las cartillas, con excepción de la de niños y niñas, pero sus contenidos varían considerablemente. La cartilla para adolescentes no contiene, a diferencia de la de mujeres, una

sección para anotar el tipo de método usado y su fecha de inicio e interrupción, en su lugar, contiene una sección para anotar fechas de consejería sobre los temas: “sexualidad y anticoncepción”, “prevención del embarazo no deseado”, “prevención del VIH/SIDA e ITS”, “uso correcto y consistente del condón masculino” y “otras”. Sin embargo, sí cuenta con una sección para la atención del embarazo y una más para la atención del posparto, iguales al carnet para mujeres de 20 a 59 años.

Por su parte, el carnet dirigido a personas de 60 años y más, cuenta también con una sección para anotar la fecha de otorgamiento de condones y la fecha para realización de vasectomía, una sección para la atención en la postmenopausia, donde se debe anotar la atención en consejería y para el inicio de tratamientos hormonales y no hormonales, y una sección para consejería sobre derechos sexuales y reproductivos. Se añaden dos leyendas, una que recomienda el uso del condón para prevenir la infección de VIH/SIDA y otras ITS y una que indica la obligatoriedad de la realización de mastografías cada dos años a partir de los 50 años.

Llama la atención que únicamente existe una división por géneros en las edades de 20 a 59 años, y la principal diferencia entre ambas cartillas es que, en la cartilla para mujeres, en casi todas las secciones se incluye una subsección en la cual se debe registrar la atención del embarazo.

Además, la atención en salud sexual y reproductiva tiene un mayor énfasis en las mujeres, pues mientras que esta sección en el carnet dirigido a los hombres se limita a un espacio para anotar fechas de otorgamiento de condones y de realización de vasectomía, para las mujeres se debe especificar cuándo comienza a usar qué método, cuándo deja de usarlo y por qué motivo, además de la atención previa, durante y posterior al embarazo, atención posterior a la menopausia y la indicación de acudir a revisiones periódicas, tales como la revisión clínica de mamas, realización de Papanicolaou y mastografías.

El cuerpo de las mujeres, por tanto, es sujeto a un mayor escrutinio, a una regulación y monitoreo dentro de las clínicas de salud. Se coloca en ellas la obligación y responsabilidad de usar anticonceptivos y se controla que se mantengan usándolos. Se posiciona también como su obligación que se les realicen de manera cotidiana procedimientos invasivos, como el Papanicolaou, que funcionan bajo el argumento de prevenir ciertas enfermedades, pero que, en la vivencia de las mujeres, pueden resultar formas de castigo por vivir su sexualidad, como analizaré más adelante en esta sección<sup>24</sup>.

Por su parte, la atención en salud sexual de los varones se limita al otorgamiento de preservativos y la realización de la vasectomía. Más allá de las estrategias de prevención de enfermedades como Diabetes Mellitus o hipertensión, que son iguales a las dirigidas hacia mujeres, no se incluyen estrategias de prevención, por ejemplo, para la prevención de cánceres que afectan a los varones, como la revisión periódica de la próstata.

---

<sup>24</sup> Véase sección “Regulación del cuerpo de las mujeres”, p. 124.

**Los usos del carnet.** La importancia del carnet va más allá de su contenido en términos de un espacio para registrar las consultas médicas y las acciones que se deben tomar en relación con la atención en salud y la prevención de ciertas enfermedades en función de la pertenencia a grupos específicos (etarios y por género). En esta investigación, he encontrado cuatro principales funciones del carnet como un instrumento regulador del trabajo dentro de las instituciones de salud, todas ellas relacionadas entre sí:

- 1) Como un instrumento con base en el cual se realiza el proceso de *canalización* dentro de la clínica, que consiste en derivar a las usuarias de un consultorio a otro en función de sus necesidades específicas de salud, según el juicio del personal y según los contenidos del carnet.
- 2) En el caso específico de las mujeres, el proceso de canalización sirve a modo de *dispositivo regulador de sus cuerpos*. De acuerdo con los contenidos del carnet: si tienen o no determinadas firmas o sellos, si han acudido o no a determinados servicios, si utilizan o no algún método anticonceptivo; las mujeres son enviadas desde la consulta general a otras áreas, como planificación familiar, para recomendar el uso de anticonceptivos; o medicina preventiva, para la realización de procedimientos sobre sus cuerpos, como el análisis clínico de mamas y el Papanicolaou, que tienen fines de prevención de la salud, pero al mismo tiempo tienen consecuencias simbólicas en ellas.
- 3) En línea con el anterior, como un texto en el cual se plasman las necesidades de atención de las *mujeres embarazadas*, de acuerdo con las políticas nacionales e internacionales de salud. En ese sentido, por medio del carnet se regula la atención prenatal (vacunas, atención dental, suplementos nutricionales, consejería, etc.), de la atención del parto (como documento necesario para el acceso a la clínica) y posnatal (anticoncepción y atención del puerperio).
- 4) Como un documento que sirve para justificar el trabajo del personal de salud con fines de *auditoría*. Miembros del personal de salud deben anotar en el carnet sus firmas cuando dan consejería a las personas usuarias sobre las distintas temáticas indicadas. En el caso de las mujeres embarazadas, tales firmas son muestra de que las clínicas de salud están brindando una atención “adecuada” y se les dice a las mujeres que son un requisito para recibir atención en el hospital o para hacer válido su derecho a una incapacidad laboral por gravidez.

#### **1. El proceso de canalización dentro de la clínica.**

El proceso de atención de las personas usuarias dentro de la clínica del IMSS se encuentra coordinado y regulado por el carnet. En primer lugar, constituye una identificación oficial, que contiene la fotografía y muchos datos relevantes de las personas, tales como su edad, su dirección, su número de seguridad social, la unidad médica en la que debe recibir atención, en qué horario y en qué consultorio. El acceso a la unidad de salud está condicionado a portar y mostrar al personal de seguridad este documento y es también, de acuerdo con cierta información contenida en éste, que se dirigirá a las mujeres a distintos consultorios en un proceso que tiene como finalidad que todas ellas se sometan a los procedimientos de inspección e intervención

sobre sus cuerpos para la prevención de enfermedades. Me referiré a este proceso como “Canalización” (Figura 1).

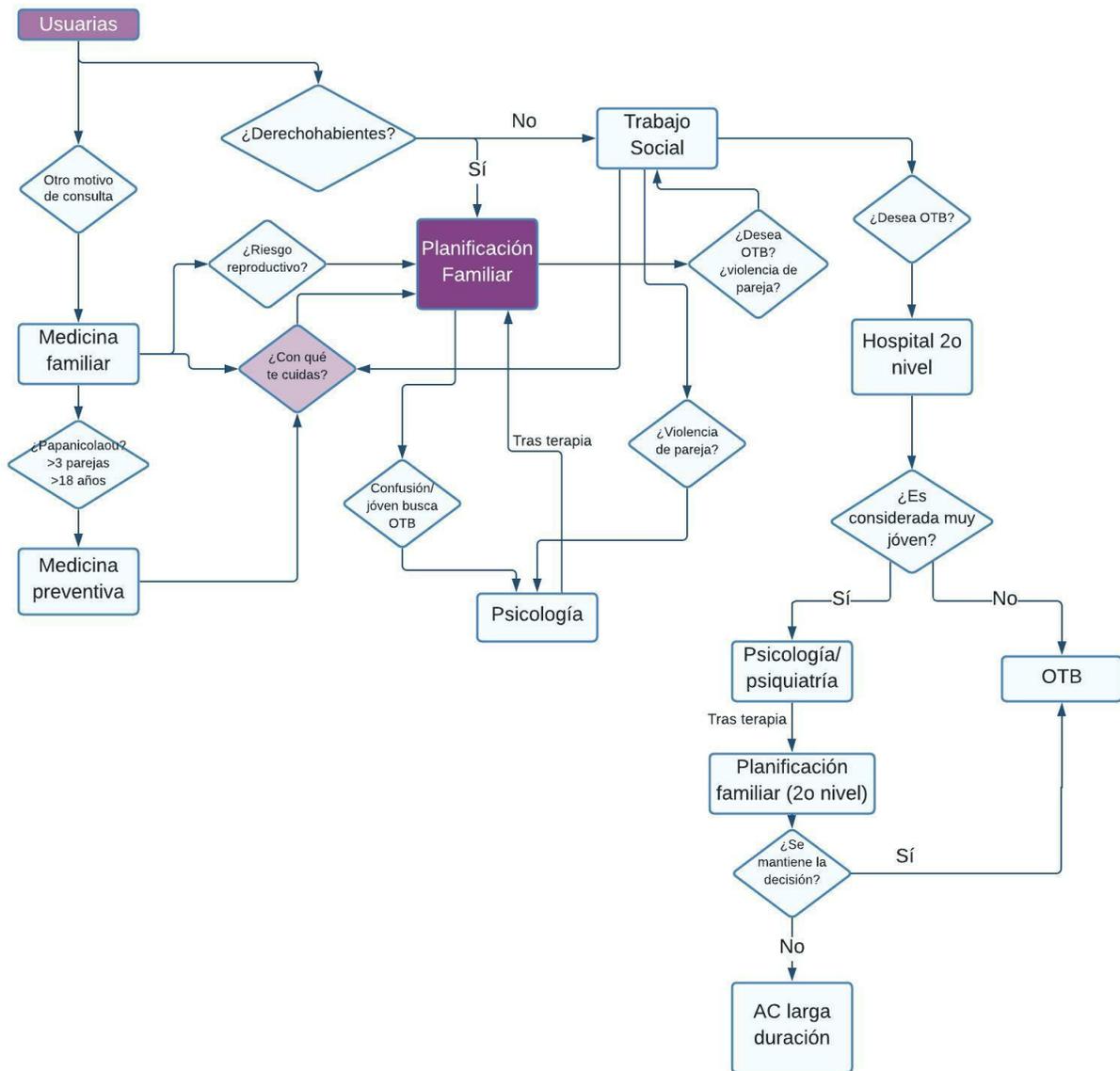


Figura 1. Proceso de canalización dentro de la clínica IMSS. Elaboración propia

El diagrama anterior muestra cómo es el proceso de “canalización” dentro de la clínica de medicina familiar del IMSS en Ciudad de México. Esta descripción, debido a los objetivos de esta investigación, se centra en la canalización hacia el consultorio de PF. Este proceso se basa en la premisa, mencionada por algunas integrantes del personal de salud de esta unidad, de que *todas* las mujeres en “edad reproductiva” deben usar métodos anticonceptivos.

La lectura del diagrama comienza en la parte superior izquierda, que se refiere a los distintos motivos por los cuales las usuarias acuden a la clínica, que puede ser con la intención de ir

directamente al consultorio de PF, en caso de no ser derechohabientes del IMSS, deben acudir antes a la oficina de trabajo social o pueden acudir por cualquier otro motivo, como una enfermedad, por lo cual acceden al consultorio de medicina familiar.

En relación con el consultorio de PF, las mujeres pueden acudir de dos maneras:

Pueden venir por su cuenta y la otra, pasan con el médico familiar y el médico familiar pues ya, me las canaliza a mi porque pues, por ejemplo, ven datos de riesgo reproductivo [...]. Si tiene un, un riesgo reproductivo alto y no tiene método, me la mandan (Paola, 35 años, Ginecóloga de PF [IMSS, CDMX]).

Aunque en opinión de una enfermera de la misma unidad, no se debe canalizar solamente a aquellas mujeres con riesgo reproductivo, sino a *todas*:

A todas se les tiene que derivar. A todas. Siempre que pasan aquí [medicina preventiva] tienen... mira, cuando pasan a consulta, se les deriva a varios servicios. A las mujeres, y a hombres también, se les deriva a Planificación Familiar. Pero siempre es aquí, cuando son sus primeras consultas u otras consultas, que no hayan visto en su carnet los médicos, que no han pasado a servicios, se les manda a medicina preventiva, estomatología, que es el dentista, Planificación Familiar, y trabajo social. Siempre se les va a mandar a esos servicios (Nancy, 25 años, enfermera de medicina preventiva [IMSS, CDMX]).

Las mujeres que tienen la intención previa de utilizar un método anticonceptivo, pueden acudir directamente al consultorio de PF, no obstante, es más común que lleguen a éste derivadas de otros consultorios, por ejemplo, desde la consulta general o medicina familiar, a donde acuden por cualquier motivo de salud y ahí, el/la médico/a que la atiende revisa su carnet y si éste no contiene señalamientos de que ya ha acudido previamente, la envía a distintos servicios, como señala la cita anterior. En cada servicio al que acuden las mujeres les hacen una pregunta clave: “¿Con qué te estás cuidando?”, que se refiere a conocer qué método anticonceptivo usa. Si no se encuentran utilizando alguno, son derivadas hacia PF.

En el caso de Trabajo social, la derivación ocurre de la siguiente forma:

Aquí es la primera instancia donde pasan, y ya de aquí ya las derivamos. Este, las que son derechohabientes, pues como llevamos revisión de cartillas y todo eso. Si no cuentan con una, les realizamos una entrevista para actualización de datos en la pantalla, pues ya les preguntamos si cuentan con método o no, si no cuentan con método, entonces las derivamos a planificación familiar (Gloria, 50 años, Trabajadora Social, turno vespertino [IMSS, CDMX])

Adicionalmente, todas las personas que no son derechohabientes, pero desean acudir a PF, deben acudir a Trabajo social para obtener un carnet con el cual recibir atención:

Las que sí tienen que venir forzosamente aquí con nosotros son las que no son derechohabientes, porque nosotros les damos un carnet. Si no llevan ese carnet, pues no las atienden (Gloria, 50 años, Trabajadora Social [IMSS, CDMX]).

En el consultorio de medicina preventiva, la canalización ocurre de la siguiente manera: las mujeres son derivadas a éste desde medicina familiar para que les realicen un Papanicolaou, un examen clínico de mamas o vacunación. Una vez ahí, se les hace nuevamente la pregunta sobre “con qué se cuidan”, que servirá para su posterior derivación hacia PF:

al momento de hacerles el Papanicolaou les preguntamos con qué se cuidan, con qué método se cuidan. Entonces de ahí donde sale la plática, que tiene que ver con Planificación Familiar (Nancy, 25 años, enfermera de medicina preventiva [IMSS, CDMX]).

Por último, el ciclo de canalización no termina necesariamente en PF. Las trabajadoras de la salud reconocen y se han encontrado en su práctica con diversas formas de violencia en contra de las mujeres por parte de sus parejas hombres, tales como la prohibición de utilizar algún método anticonceptivo, elegir qué método deberían ellas usar o su negación a utilizar condones porque “no se siente igual” (el placer durante las relaciones sexuales).

Las enfermeras y médicas entrevistadas señalaron que no cuentan con herramientas para lograr hacer frente a ese problema, razón por la cual ocurre un nuevo proceso de canalización: la enfermera de medicina preventiva indicó que ella envía a las usuarias a trabajo social, desde donde, a su vez, serían derivadas hacia psicología:

sus funciones de trabajo social es como que ya derivar a pacientes a psicología, ayudarlos, a darles pláticas. Ya aquí les darían una plática a los dos de violencia en el noviazgo, eh, una plática nada más para ella sola. Porque si ven que, bueno, que el novio o la persona que no entienda, o que es la que está violentando, bueno, ahí a darle las pláticas, número de emergencia por cualquier cosa, se les daría a estas personas. Nosotros también damos como que pláticas de violencia intrafamiliar (Nancy, 25 años, enfermera de medicina preventiva [IMSS, CDMX]).

Por su parte, la ginecóloga de PF puede realizar la canalización directamente hacia psicología en caso de observar o sospechar alguna situación de violencia. Otro motivo por el cual las personas son derivadas a psicología, principalmente desde PF, es en los casos en que una persona, considerada “muy” joven, opta por utilizar un método anticonceptivo definitivo (i.e., vasectomía o salpingoclasia/OTB). La derivación hacia psicología tiene el propósito de tratar de convencer a la persona de no realizarse el procedimiento. Se le recomienda, si se trata de un hombre, esperar un año, durante el cual deberá acudir a terapia con la psicóloga y al final de este año, si aún mantiene la idea de hacerlo, la psicóloga decidirá si da o no su autorización. Si se trata de una mujer, el objetivo primario de la canalización es que la psicóloga identifique que no está pasando por un proceso de violencia, pero también se busca desincentivar esa decisión.

Al preguntar a las funcionarias qué pasaría en una situación en la cual los o las usuarias jóvenes no desearan tener hijos/as y solicitaran acceder a uno de estos métodos, las respuestas, en lo general, se refirieron a impedir, en lo posible, esas decisiones. Tales ideas de parte de las personas usuarias fueron atribuidas a una falta de madurez o pensar que no saben lo que quieren realmente y pueden cambiar de opinión. Estos esfuerzos por impedirlo son mayores en el caso de

que sea una mujer joven quien solicita este servicio. En el caso de los hombres, son enviados a psicología, para que ahí se determine si la decisión no resulta algo “pasajero” o resultado de la dicha “inmadurez”, un proceso de duelo por haber terminado una relación, etc. Tras un año de consejería psicológica, en caso de que persista su decisión de realizarse una vasectomía, se le hace.

Pero las mujeres deben de atravesar más obstáculos para poder acceder a ese derecho. En primer lugar, resultó impensable para una de las ginecólogas la posibilidad de que una mujer no deseara tener hijos/as, pues ante la misma pregunta, contestó: “Para hacerse la OTB nada más que sea mayor de edad ¿Por qué? porque luego hay chicas de 18 años que ya van en el 3er embarazo” (Paola, 35 años, Ginecóloga de PF [IMSS, CDMX]).

Esto da lugar a la idea de que la OTB está considerada sólo para las mujeres que ya han tenido hijos/as, de hecho, un término común usado en este contexto es el de “paridad satisfecha”, que se refiere a que la persona ya ha tenido los/as hijos/as que quiere tener, pero no da cabida a la posibilidad de no desear tener ninguno/a. En consecuencia, aquellas mujeres jóvenes que desean acceder a una OTB tienen que pasar por una serie de filtros/obstáculos mayores que los varones. En primer lugar, son también enviadas a psicología:

se le manda con la psicóloga, y ya dependiendo de lo que diga la psicóloga ya, si se le manda o no se le manda hacer. Igual se les canaliza para la salpingoclasia, como sí se requiere quirófano se manda a [hospital de segundo nivel], en [el hospital] otra vez les vuelven a dar toda la plática de consejería allá, ya deciden si sí o si no. Incluso a las mujeres se les da la opción: "ponte un método de larga duración, terminando este método, si no quieres tener hijos, te operamos". Pues sí, este, de aquí a tres años cambiamos (Paola, 35 años, Ginecóloga de PF [IMSS, CDMX]).

En caso de que estas estrategias de enviar a psicología y recomendar mejor el uso de un método de larga duración no funcionen, lo siguiente es mandar a un hospital de segundo nivel, en el cual deben pasar nuevamente por otros filtros. Primero, una nueva consejería en el consultorio PF, después son derivadas nuevamente a psicología o psiquiatría y luego, una vez más, a PF, donde deben firmar un documento en el cual testifiquen que esa decisión es propia y esa firma sirve para deslindar de cualquier responsabilidad al personal de salud. Y es hasta entonces cuando pueden acceder a una OTB:

Ginecóloga: Nosotros normalmente las derivamos al hospital. Y ya ahí ellas platican con psicólogos y con, compañeros otra vez ginecólogos. Y ya depende de que en un momento dado ellas tengan su resolución de no tener hijos, pues se les respeta.

Enfermera: Porque es lo que estamos viendo que es lo que está viniendo ¿no? Muchas nos dicen: "yo no quiero hijos y no voy a tener hijos. Así estoy bien.

G: Sí, pero sí. Se envía al hospital, lo ven personal de psicólogos y los ven los ginecólogos, y ya dependiendo de ellos, en las pláticas que tengan y toda la información que se le da al paciente, si aún está en esa postura de no tener hijos, pues [deben firmar] un consentimiento informado en donde ellas desean que se operen, operarse para ya no tener más hijos.

E: Y ya se les da la información, de que está enterada que se le dio todos los pros y los contras y fue su decisión estar sin hijos. Es su decisión.

G: Sí, se respeta (Gabriela (42 años) y Guadalupe (40 años), Ginecóloga y enfermera de PF [IMSS, CDMX]).

El personal considera que, luego de todos estos obstáculos, si no se logró hacer a la mujer cambiar de opinión, se respetará su decisión. Sin embargo, en realidad no es la decisión de ella la que están tomando en cuenta, sino la decisión de un/a psicólogo/a, quien es la interlocutora válida a quien escucharán, no a la mujer.

Por otra parte, existe otro componente del proceso de canalización que consiste en promover directamente que las mujeres que se encuentran en los pasillos o áreas de espera de la clínica y acuden a ella por cualquier motivo, asistan al consultorio de PF, ya sea mientras esperan ser atendidas o después de cumplir su motivo de visita. Llamaré a este proceso “captación” y fue más evidente en el hospital ubicado en Querétaro, debido a que el psicólogo y la trabajadora social que se encargan del servicio de PF para adolescentes no cuentan con un consultorio para brindar su consejería, como es el caso de las ginecólogas de PF en ambas clínicas. Debido a ello, su labor consiste en “abordar” a las usuarias, principalmente a las adolescentes, pero también “a los padres de familia, a la gente adulta que viene, a mis compañeros” (Psicólogo PF para adolescentes [SSa, Qro]); que se encuentran en las salas de espera y pasillos. Este proceso inicia cuando el psicólogo o la trabajadora social se acercan a una persona que acudió a cualquier tipo de consulta, por ejemplo:

[...] gente que viene a dentista ¿no? y que no es necesario hablar del tema, pero al yo presentarme con ellos y al repartirles un folleto de adolescencia o de sexualidad o de métodos anticonceptivos, es cuando [...] surge como las dudas ¿no? "Oye, ¿qué pasa si utilizo este método? he escuchado esto ¿es verdad o no lo es?". Cuando abordo a una adolescente o un padre/madre de familia, hago la invitación: "Oye, pues ahora que recibiste este folleto o esta información, si conoces a alguien más, hazle saber que el servicio amigable está aquí". Entonces, es como buscar los medios para que la gente llegue y se acerque (Eduardo, 28 años, Psicólogo PF para adolescentes [SSa, Qro.]).

De esta manera, la entrega del folleto sirve como un detonante de la interacción y permite que las personas pregunten sus dudas y sean resueltas ahí mismo. Al mismo tiempo, el proceso de captación se hace más amplio y rebasa los límites de la clínica cuando se solicita a las usuarias que compartan el folleto con personas conocidas y les recomienden acudir a la clínica por información o por algún anticonceptivo.

En resumen, el proceso de canalización puede comenzar en la consulta general, cuando las mujeres acuden por cualquier padecimiento; también puede comenzar en trabajo social, cuando acuden a actualizar su carnet o sus datos en el sistema o porque desean acudir a PF, pero no son derechohabientes de la unidad, o en los pasillos de la clínica, cuando son abordadas directamente por el personal de PF. Desde la consulta general, de acuerdo con los datos que el/la médica familiar detecte en el carnet, las derivará a trabajo social para actualizar sus datos, a medicina preventiva para la realización de un Papanicolaou, examen clínico de mamas y aplicación de

vacunas, o directamente a PF. Desde trabajo social y medicina preventiva se hará también la canalización hacia PF, en caso de que las usuarias no estén usando algún método anticonceptivo. Finalmente, en caso de que en algunas de estas consultas se detecte que la mujer está pasando por un proceso de violencia, la canalización se hará hacia trabajo social, en donde se le brindarán pláticas, se otorgarán recomendaciones y números de emergencia y, en caso necesario, se hará una derivación hacia psicología. También, si en el consultorio de PF se encuentran con una persona joven que desea acceder a anticoncepción definitiva (vasectomía u OTB), se hará una canalización hacia psicología, para tratar de desincentivar esa decisión y si no se logra, el proceso de canalización se extiende hacia el hospital de segundo nivel, en donde se refiere nuevamente a PF, a psicología o psiquiatría y finalmente se realizaría el procedimiento, solo si no se logra convencer a la persona de no hacerlo, o si se considera que tiene la edad “suficiente” o el número de hijos “adecuados”.

## *2. Regulación del cuerpo de las mujeres.*

Una segunda funcionalidad del carnet es como una herramienta para asegurar la vigilancia del cuerpo de las mujeres. Bajo la bandera de la prevención de enfermedades, son sometidas a una serie de procedimientos que consisten en la constante inspección y vigilancia de sus cuerpos, tales como la mastografía, los exámenes clínicos de mama y el Papanicolaou. En el carnet se indica que estos procedimientos deben realizarse de manera rutinaria: el examen clínico de mama cada año a partir de los 25 años, la mastografía cada dos años a partir de los 40 y el Papanicolaou cada 3 años a partir de los 25.

Una parte del proceso de canalización descrito en la sección previa se refiere a la derivación de mujeres desde el consultorio de medicina familiar hacia medicina preventiva para la aplicación de vacunas, realización del examen clínico de mama y de Papanicolaou, como parte de la atención rutinaria dentro de la clínica. En esta sección, me centraré más en la ejecución de manera violenta de esos procedimientos y en los efectos que tiene en las usuarias su realización obligatoria.

El examen clínico de mamas consiste en que un miembro del personal de salud realice tactos en las mamas de las mujeres con la intención de buscar alteraciones que pudieran ser indicativas de una enfermedad. Este tipo de procedimientos pueden resultar muy invasivos e incómodos para las mujeres, sobre todo porque, cuando se trata de las primeras consultas en la clínica, se deben realizar a la vez examen clínico de mama, Papanicolaou y aplicación de vacunas, en la consulta de medicina preventiva, como lo señala una informante:

Fíjate que, en el IMSS, se supone que me tenía que haber hecho la mamografía, la que es de tacto, no me acuerdo. Esa, se supone que me la tenía que haber hecho. Pero me les escapé, porque querían hacerme todo junto. Querían Papanicolaou, vacunas y ese, de mamografía. Porque acababa de entrar a la clínica, o sea, por el cambio de clínica (Alejandra, 29 años, pedagoga, atendida en IMSS, Qro.).

Incluso, el personal puede llegar a usar estrategias coercitivas para asegurarse que acudan al consultorio, como no entregarle su carnet, a menos que acuda al consultorio de medicina preventiva:

Investigador: ¿Y te dijeron que a fuerzas te lo tenían que hacer todo?

Alejandra: Sí. Sí, porque le dije: “pero ya me lo hicieron”. “Pero es que no está aquí registrado, entonces, o me traes los papeles de allá [su clínica anterior], o te lo tengo que hacer”.

I: Oh ya. ¿Y tú decidiste no ir a la clínica de prevención?

A: Sí. No, ya no volví a ir a prevención.

I: Y cuando volviste a ir a consulta ¿te dijeron algo?

A: Sí, cada vez que voy, que por qué no he ido. De hecho, una de las veces me quitaron mi carnet y lo fueron a dejar allá, sin permiso. [...]. O sea, literal fue de: "no te puedes ir hasta que vayas allá" (Alejandra, 29 años, pedagoga, atendida en IMSS, Qro.).

Por su parte, el Papanicolaou es otro procedimiento que en sí mismo resulta sumamente incómodo e invasivo, pues consiste en la introducción de un espéculo en la vagina para poder obtener muestras celulares directamente del cuello uterino. Por ello, la forma en que son tratadas las mujeres por parte del personal de salud es fundamental para que ellas puedan sentirse bien atendidas y la experiencia no sea percibida como violenta. Cuando el personal de salud actúa con empatía, explica con claridad el procedimiento y lo realiza con cuidado, puede ayudar a calmar el nerviosismo de las usuarias ante la inevitable incomodidad del procedimiento, tal como lo explica Alejandra, desde su experiencia:

La primera vez que me hice Papanicolaou fue con la misma enfermera que me dio los métodos anticonceptivos, pero esa muchacha es un amor, así que no. O sea, es bien, o sea, es muy cuidadosa, te va explicando qué va haciendo. Por ejemplo, nos ve así, siento que, si nos ve jóvenes o nerviosas y todo eso, "ya, no pasa nada, sólo es un ratito,". (Alejandra, 29 años, pedagoga, atendida en IMSS, Qro.).

Por desgracia, esta experiencia fue la única positiva descrita por una de las participantes, en el resto de descripciones sobre el Papanicolaou lo vivieron de formas desagradables, pues el personal actuó de forma poco empática e incluso violenta, motivo por el cual, la necesidad u obligatoriedad de realizarse este procedimiento es vivida desde el miedo, incluso puede ser que opten por no volver a realizarlo o eviten acudir a la clínica.

Un problema con la realización de este procedimiento es el hecho de que es tratado como obligatorio. Tal como se indica en el carnet, el personal menciona que *todas* las mujeres mayores de 25 años deben realizarse el Papanicolaou cada tres años. Pero en su práctica también lo hacen obligatorio para las menores de 25 años que han tenido más de tres parejas sexuales, incluso si son menores de edad:

Sí. Ah sí, cuando son menores de edad sí. Y aparte, la orden si me la manda el médico, para el Papanicolaou. Y ya por que viene, yo le tengo que preguntar siempre a la menor de edad cuántas parejas sexuales ha tenido, si ha sido/ cuando son más de tres parejas ya se les puede realizar el Papanicolaou, siendo menores de edad. Y arriba de 25 años ya es obligatorio el Papanicolaou (Nancy, 25 años, enfermera de medicina preventiva [IMSS, CDMX]).

En el caso de las menores de edad, el Papanicolaou se puede volver una violación de muchos derechos. Primero, son cuestionadas sobre su vida sexual y obligadas a realizarse un procedimiento invasivo si el personal de salud considera que han tenido “muchas” parejas sexuales. Segundo, son obligadas a decirle a su madre los motivos por los cuales son mandadas a realizarse ese procedimiento, a pesar de que el personal reconoce que muchas veces las adolescentes no desean que sus madres se enteren:

Y cuando, yo les pido, yo les tengo que pedir siempre un teléfono, ya sea de casa o de celular y sólo me dan el del celular ¿por qué? porque si yo marco a la casa, ellas no quieren que sepa su mamá. Obviamente, cuando son mayores de 18 años, ahora sí que no es obligatorio, pero cuando son menores de 18 años, ahí sí me las manda el médico. Necesito una orden y ya dice: "necesita realizar Papanicolaou y no sé qué" (Nancy, 25 años, enfermera de medicina preventiva [IMSS, CDMX]).

Esta noción acerca de la obligatoriedad y la naturaleza del procedimiento, provoca temor y rechazo. Y tal temor está justificado, pues las experiencias vividas durante esos procedimientos pueden llegar a ser muy violentas. Por ejemplo, la participante Alejandra, en contraste con la experiencia que tuvo en una clínica de SSa, en donde comenta que la enfermera que los realiza “es un amor”, cuando fue atendida en el IMSS, el trato fue muy diferente, describe la actitud de la enfermera como “ruda”, pues la atendió de modo grosero y despersonalizado. Ella le preguntó: “¿es la primera vez?” “No”. “Entonces ya sabes cómo va esto. Desvístete, ponte aquí, quédate quieta” (Alejandra, atendida en una clínica del IMSS, Querétaro).

Ese trato despersonalizado también fue vivido por Melissa quien, además, relata que fue lastimada durante el procedimiento:

Y me lo hizo [el Papanicolaou], pero me lastimó súper feo. Y ni siquiera me preguntó nada, o sea, si, de cuántas parejas o cuánto tiempo llevaba o por qué me lo estaba haciendo. Y yo también mensa ¿no? sin saber pues, porque, dije yo: "pues yo creo que así es esto" (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, atendida en SSa, Qro.).

En esta última cita, es posible ver, además, cómo la falta de información y experiencia puede llevar a pensar que ese trato grosero y ese dolor sentido es la forma “normal” de realizar el procedimiento. Y si a esto se le suma una falta de cuidado de parte del personal resulta en una experiencia sumamente desagradable:

estaba intentando meter el pato [espéculo] y yo, o sea, ni idea de cómo se hacía ni nada. Y yo le dije: es que me lastima mucho, y ella: "es que no entra" y le digo: "pues es que me lastima". Y dijo: "a ver, déjame lo intento otra vez" y le empujaba y yo decía: es que me lastima un buen. Y me dijo: "ay, entonces este no es, yo creo que eres del chico. Y entonces dijo: "déjame voy por el otro". Pero pues ya yo estaba bien lastimada. [...]

Yo en esos días, me sentía, pero mal, o sea, como que me sentí incómoda. Y tuve que ir al doctor porque me lastimaba. Y... sí me había lastimado muy feo, hasta, hasta el ano, pues. Porque tenía súper inflamado. Y me dijo que es que me lo habían hecho mal (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, atendida en SSa, Qro.).

Estas experiencias ocasionaron en Melissa un miedo y repudio al procedimiento, y en general, a la atención en esa clínica.

Después me hablaron, como a los 20 días, yo creo, del hospital. Que fuera a hacérmelo otra vez, que porque no lo habían hecho bien, no habían sacado suficiente, este, de la prueba. Y le dije yo que no, o sea, que ya no iba a volver, que porque aparte, o sea, que me habían lastimado muy feo, o sea, que no lo sabían ni hacer. Y me dijo la chica que me habló: "no, ¿pues cómo crees? y ¿quién fue? Pero pues a mí ni el nombre de la doctora me dijo, ni nada. Me dijo que fuera a hacer mi queja y eso, pero pu's no yo... me dijo que si no me interesaba volver a ir, que también para ver lo de mis anticonceptivos, ya no había vuelto y eso. Y le dije: "No, dígame si voy a volver a que me lastime, o sea, ni siquiera tienen a alguien ahí, o sea, sólo que como cualquier doctor o así lo meten ahí para que haga (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, atendida en Ssa, Qro.).

### 3. Atención centrada en mujeres embarazadas.

Un aspecto central en el carnet dirigido a las mujeres de 20 a 59 años, es su énfasis en la atención de embarazo. En cada una de las secciones de éste se incluye una división para separar la atención de mujeres embarazadas y no embarazadas.

De ese modo, el carnet funciona también como un documento para regir toda la atención del embarazo, pues en él se indican los procedimientos que el personal de salud tiene que realizar respecto a las usuarias: en cuestión de nutrición, aplicar inyecciones de hierro y administrar ácido fólico; en vacunación, aplicar las vacunas Tdpa (tétanos, difteria y tosferina) a partir de la semana 20 del embarazo y la de influenza estacional en cualquier momento; en salud bucal, la aplicación de flúor; en salud sexual y reproductiva, el registro de la "vigilancia prenatal" y la atención del parto, donde se incluye el número de consultas prenatales a las que acudió (recomendada una cada por cada mes, nueve en total), el modo en que terminó el embarazo (aborto, parto o cesárea) y si existe un antecedente de riesgo obstétrico (sangrado, preeclampsia, eclampsia o infección), que catalogarían al embarazo como "de alto riesgo". También en esta sección se incluye un espacio para registrar tres consultas post-parto y si la mujer utilizó o no un anticonceptivo después del evento obstétrico. Asimismo, se añade al pie de página una leyenda: "evite riesgos durante su embarazo ¡Asista a todas sus consultas!".

El control de la atención del embarazo se basa en estos rubros indicados dentro del carnet. Determinan el tipo de procedimientos que deben realizarse y la temporalidad de los mismos, a la vez que se insta a las mujeres embarazadas a acudir a las clínicas una vez al mes para llevar un adecuado *control* del mismo y evitar posibles riesgos.

Un aspecto común al personal de salud es actuar basándose en un "enfoque de riesgos", es decir, pensar siempre en los peores escenarios posibles y apuntar hacia su prevención. Por ejemplo, en el caso del embarazo, éstos se catalogan en embarazos de alto riesgo, que son aquellos en los que la mujer presenta algún "riesgo reproductivo" (preeclampsia, eclampsia, ser menor de 20 años o mayor de 35, tener diabetes, hipertensión, alguna cardiopatía o haber tenido alguna "complicación" en un embarazo anterior) y embarazos de bajo riesgo, que no tienen ningún

riesgo reproductivo. Podrían clasificarse como saludables, pero desde la perspectiva médica, siempre hay un riesgo latente. Tal como informa una trabajadora social a las mujeres embarazadas, durante una de las sesiones prenatales informativas, si bien el embarazo es un proceso normal, no una enfermedad, es necesario un control y vigilancia constante:

el estado de embarazo, el estado de gravidez, es un estado normal de la mujer, no es una enfermedad, pero si nosotras no le ponemos atención a ese embarazo, pues se nos complica ¿mjm? Entonces por eso es importante que ustedes le den la atención adecuada a ese embarazo (Esperanza, 35 años, trabajadora social, durante sesión prenatal [Hospital IMSS, CDMX]).

De ahí el llamamiento dentro del carnet a acudir a todas las consultas prenatales, a recibir todos los tratamientos ahí descritos y a adoptar métodos anticonceptivos después del mismo.

Además de dictaminar el tipo de procedimientos y de atención que deben recibir las mujeres embarazadas, el carnet funciona como un documento de identidad por medio del cual se permitirá la entrada a un hospital para la atención del parto y portarlo constituye un requisito para poder ser atendidas:

los requisitos que vamos a presentar para cuando vengan con nosotros al servicio de urgencias. El primero es: la cartilla o carnet de citas médicas, ese carnet debe de venir bien requisitado, con fotografía, sello de vigencia de su unidad de medicina familiar [...], nombre completo y correcto y su domicilio actualizado (Esperanza, 35 años, trabajadora social, durante sesión prenatal [Hospital IMSS, CDMX]).

Asimismo, después del nacimiento, el carnet también es utilizado para el registro de la colocación de un método anticonceptivo, especificando si se colocó o no uno en el hospital y qué método fue; y el registro de hasta tres consultas para la “vigilancia posparto”.

#### *4. El carnet como evidencia/regulación del trabajo del personal de salud*

Por último y en relación directa con la anterior, otra función del carnet es la regulación del trabajo del personal de salud pues, por una parte, como ya lo he mencionado, de acuerdo a los datos que el personal encuentra en el carnet es que realizará el proceso de canalización de las mujeres dentro de la clínica. Además de ello, cada que el personal brinda uno de los servicios inscritos en el carnet, debe escribir en el espacio correspondiente la fecha de su realización, así como su firma y sello, como comprobante.

Recabar dichas firmas supone una responsabilidad de las mujeres usuarias durante su atención prenatal, pues constituye un requisito para recibir atención en sus clínicas y para atestiguar que están llevando un “control adecuado” de sus embarazos:

A todos los carnets, en esta parte de promoción de la salud, que está de color amarillo, les voy a colocar un sello del hospital, con la sesión, la fecha del día de hoy con mi rúbrica. Esto se los comento porque en su unidad de medicina familiar, se los van a estar pidiendo para constatar que ustedes hayan acudido con nosotros ¿ok? (Esperanza, 35 años, trabajadora social, durante sesión prenatal [Hospital IMSS, CDMX]).

El personal de salud indica a las mujeres que recabar todas esas firmas durante la atención del embarazo es un requisito, ya sea para recibir atención posteriormente, en el momento del parto, o para la aprobación de su incapacidad laboral:

Te espantan porque te dicen: "sí, son obligatorias las pláticas. Si tú no tienes tus pláticas durante tu proceso de embarazo, no te damos la incapacidad". Supuestamente, eso es lo que le pintan a la gente al principio (Belén, 31 años, enfermera, atendida en hospital IMSS, Estado de México).

Pero constituyen más un medio para regular el trabajo del personal, y constatar que están atendiendo de manera adecuada a las mujeres, con fines de auditoría:

[Me dijo la asistente médica:] "No, es que tus sellos tienen que estar completos, tus sellos tienen que estar completos". Le pregunta mi esposo: "bueno ¿y cuál es su problema si no hay ningún sello?". "Pues es que, pues nada, para ustedes no pasa nada, pero para nosotros sí, porque cuando llegue a ver alguna auditoría, nos dicen: a ver ¿cómo le estás dando el seguimiento a tus embarazadas (Belén, 31 años, enfermera, atendida en hospital IMSS, Estado de México).

Todo este proceso de canalización durante la atención del embarazo tiene como fin revisar que el embarazo evolucione de manera normal y es una labor conjunta de varios miembros del personal de salud: medicina, enfermería, trabajo social y estomatología. Los y las médicas se encargan de revisar la evolución del embarazo, enfermería de las labores de prevención de enfermedades, tales como la vacunación y la administración de complementos nutricionales (hierro y ácido fólico), y estomatología de otras tareas de prevención de caries y aplicación de flúor. Las usuarias también son enviadas a planificación familiar, para hablarles sobre la anticoncepción post-evento obstétrico (APEO); y Trabajo Social se encarga de coordinar la impartición de pláticas sobre lo que necesitan saber las usuarias para la atención del embarazo, como los insumos que se les recomienda llevar al hospital, cómo será el proceso de admisión, recomendaciones sobre la lactancia materna, entre otros aspectos. Este proceso es regulado por medio del carnet, que coordina las acciones de las personas dentro de la institución, tanto del personal de salud como el de las mujeres usuarias.

### ***Incentivos Económicos***

Un segundo dispositivo por medio del cual se regulan los cuerpos de las mujeres para procurar que hagan uso de métodos anticonceptivos tiene que ver con utilizar programas de transferencia condicionada de efectivo para presionarlas a acudir a consultas clínicas, en donde se incluye la consejería en PF. Como han expuesto algunas autoras y autores (Skoufias, 2005; Smith-Oka, 2009), los programas de transferencias condicionadas de dinero se han aplicado como políticas de apoyo dirigidas hacia poblaciones en situaciones de vulnerabilidad en distintos países. México no ha sido una excepción. Uno de los programas más representativos de esta naturaleza estuvo vigente durante varios años, aunque cambió de nombre con cada nueva administración del gobierno federal: PROGRESA (1994-2000), luego OPORTUNIDADES (2000-2012) y finalmente PROSPERA (2012-2018). Aunque ha desaparecido con el advenimiento del actual

gobierno. En las siguientes líneas, me referiré a éste como PROSPERA, el último nombre que tuvo.

El programa PROSPERA consistía en la aportación bimestral de estímulos económicos a las mujeres para el beneficio de sus familias. La cantidad de dinero recibida dependía del número y edades de los/as hijos/as. Para poder permanecer dentro del programa, las mujeres debían cumplir ciertos requisitos, como los que describe Melissa, una de las participantes de esta investigación que fue beneficiaria del programa:

Haz de cuenta que los de PROSPERA, cuando mi mamá estaba, y cuando hacían todo eso, [...] tenían que ir [...] todos los integrantes de la familia a consulta, a fuerzas, general como cada 2 meses o cada mes. Tuvieras algo o no. [...]. [P]or ejemplo, mi mamá tenía que llevar a las niñas al [...] nutriólogo de ahí del hospital cada cierto tiempo, y ella tenía que ir a [consulta] general también cada cierto tiempo, aunque estuviera bien. Y que yo por la edad tenía que ir a planificación [familiar] (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, ocupación cuidado del hogar, atendida en SSa, Qro.).

Estas consultas frecuentes tienen el propósito de promover la salud de los miembros de la familia, y las madres deben “presentar” a sus hijos a ellas para que se realicen los chequeos médicos y para poder seguir recibiendo el estímulo, como lo señala Margarita, otra de las participantes beneficiarias del programa: “Sí, tenía que ir para que, pues los midieran y los pesaran y los presentara como para tomar lista en la clínica de que habíamos ido a presentarlos ahí al hospital” (Margarita, 49 años, comerciante, escolaridad secundaria, atendida en SSa, Qro.).

La obligatoriedad de las consultas, en principio, se trató de una estrategia para fomentar el autocuidado y mejorar la salud de la población con menos recursos del país; pero en la práctica, devino rápidamente en una estrategia para controlar la reproducción de las mujeres mexicanas de bajos recursos (Smith-Oka, 2009), pues como parte de la asistencia a las clínicas, se incluye el asesoramiento constante en PF para las mujeres en “edad reproductiva”, en las cuales se les insta a la utilización de métodos anticonceptivos, particularmente, métodos de larga duración. Otra de las condiciones es que los/as hijos/as permanezcan en la escuela, pero debe ser una escuela pública y en modalidad presencial y el apoyo correspondiente a un/a hijo/a termina cuando éste/a deja de estudiar:

Ya de que yo dejé, ya que terminé, por ejemplo, la prepa y ya no... Si estudiaba, por ejemplo, en una pública, universidad, sí me seguían dando lo de PROSPERA, pero si yo me iba, no sé, a una privada o en línea, ya no. Entonces fue cuando yo estaba en lo de en línea y, pu's no, ya me lo quitaron (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, ocupación cuidado del hogar, atendida en SSa, Qro.).

Adicional a lo anterior, las mujeres “jefas de familia” han de cubrir más requisitos, como asistir a pláticas, a hacer labores de limpieza en espacios públicos y otras actividades obligatorias:

Y, por ejemplo, que también, que tenían que ir a hacer sus faenas, a limpiar como el jardín, no sé, el hospital, de afuera, o así. Yo también le decía a mi mamá como que: "No, ¿Por qué haces eso? Pues es que les, pues es como que les estuvieran cobrando el dinero

que les dan (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, ocupación cuidado del hogar, atendida en SSa, Qro.).

Además de que estas actividades iban dirigidas únicamente a mujeres, fomentando de esa forma estereotipos de género:

Eran más mujeres, realmente. Casi hombres no habían, porque a las que iban eran las mamás, o sea, de familias. Casi hombres no, no, casi no. Y de hecho también tenían que ir a fuerzas a un curso, ya sea zumba, tejido, no sé qué cosas había. Mi mamá iba a tejido, pero a fuerzas tenían que ir (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, ocupación cuidado del hogar, atendida en SSa, Qro.).

Y como parte de estos estereotipos, la idea de que una madre tenga un trabajo que le dificulte acudir a tales compromisos, no está en consideración:

Pues sí, pero pu's por ejemplo, hay mamás que también trabajan y por ejemplo imponían de que a tal hora es cada, cada 15 días eran creo. Y tienen que estar ahí porque te toman lista y si no, también les descuentan. Entonces había, por ejemplo, mi mamá también trabajaba. Entonces se tenía que salir antes para llegar a su tejido, que realmente no hacía nada (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, ocupación cuidado del hogar, atendida en SSa, Qro.).

Tal como lo expresa esta participante, las mujeres se ven forzadas a acatar estas condiciones “como si les estuvieran cobrando” el dinero que les dan. Además, durante cada actividad les pasan lista y en el hospital registran su asistencia, y en caso de no asistir a alguna consulta, se les descuenta dinero de su asignación bimestral:

De hecho, una vez a mi mamá, que no llevó a [mi hermana] al nutriólogo, se le pasó, le descontaron dinero [...], fueron como 600, y a [mi hermana] le daban como eso cada dos meses (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, ocupación cuidado del hogar, atendida en SSa, Qro.).

Ahora bien, los propósitos de estas consultas obligatorias van más allá de mantener la salud de la población en general. Es por medio de mecanismos como estos que se fuerza la aplicación de las políticas de salud y de población, en este caso, la política de PF, que funciona bajo la premisa de que todas las mujeres en “edad reproductiva” que acuden a estas clínicas deben usar algún método anticonceptivo.

El personal de salud se aprovecha de esta regulación y de que las mujeres son forzadas a acudir y utilizan diversas estrategias de convencimiento para que acepten un método, apostando más por aquellos de larga duración, como el DIU o el implante anticonceptivo. En las primeras consultas, se les da información acerca de todos los métodos anticonceptivos que ofertan y tienen la facilidad de usar cualquiera, pero en general, se prefiere que utilicen aquellos de larga duración:

pues primero usé los parches, que ahí, la primera vez que fui, como fue la primera vez que usaba anticonceptivos, sí me dieron los parches. La primeritita vez. Este.. y después los cambié, me los quité y fue cuando fui a preguntar que pu's que si no había algún otro,

porque ese, los parches ya no los... o sea, ya no me habían caído, y me ofrecían, te digo que el d'este implante, y el DIU. Y que no, porque no tenían ningún otro (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, ocupación cuidado del hogar, atendida en SSa, Qro.).

La estrategia busca poder hacer que las beneficiarias del programa utilicen métodos anticonceptivos, de modo que, en las primeras consultas, se ofrece la facilidad de optar por cualquiera, siempre y cuando usen uno, sin embargo, al notar que cambian de método, la apuesta es intentar que utilicen uno de mayor duración, de manera que es mucho más fácil acceder a los métodos que dejar de usarlos:

No. Y luego del DIU, pues o sea era, o sea, yo pensaba en ese momento: si me lo pongo y luego ya no lo quiero, a dónde me lo voy a quitar, si aquí no te lo quieren quitar. Porque si, que ahí no lo quitaban hasta, después de cierto tiempo (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, ocupación cuidado del hogar, atendida en SSa, Qro.).

Por otra parte, el proceso mismo de la consulta en PF resulta deficiente e incluso violento, a decir de Margarita, quien compartió cómo una vez, mientras se encontraba en la clínica con sus dos hijos de aproximadamente 10 y 11 años, la doctora encargada de PF se acercó a ellos para brindar la información. Comenzó diciéndoles: "¿Sabías que tú y tú ya puedes embarazar a una niña?" (Margarita, atendida en SSa, Qro). Esta aproximación resultó impactante para ella, al considerar que se trataba aún de unos niños. Además, menciona que no explicó mucho más allá de eso. Entonces, según Margarita, la doctora se extralimitó, por un lado, al hablarles sobre esos temas a sus hijos (que además se encontraban obligados a acudir a la clínica) cuando ella aún no había hablado con ellos al respecto. Y por otra parte y más problemático, el hacerlo sin una "prudencia" adecuada.

Aunque en el caso de las adolescentes, la atención tampoco resulta la mejor, pues las pláticas son para ellas un mero requisito al cual son llevadas por su madre, y también para el personal de salud, por lo que éstas resultan superficiales y poco útiles, como lo señala Magali, quien también fue beneficiaria de Prospera:

Magali: Era una de las tantas pláticas que te decían: a ver, este... pero más bien fue como, como reconocimiento de tus órganos sexuales, pero no fue una plática anticonceptiva, o de planificación, no. Pero yo ya estaba grande ¿qué edad tenía? 15 años. Ya para ese entonces ya conocía.

Investigador: Pero no, no te dijeron que tenías que usar algún anticonceptivo?

Magali: De hecho creo que evitan el tema de cómo usarlo, cómo lo tienes usar. Nada más te lanzan la información (Magali, 29 años, emprendedora, escolaridad ingeniería, atendida en SSa, Qro.).

Estas últimas citas hacen evidente que, aun cuando este programa se enmarque bajo un esfuerzo que aboga por la salud de las mujeres y sus familias, en la práctica se convierte en un proceso en el cual, a las mujeres en edad reproductiva, se les busca presionar para que utilicen anticonceptivos. En primer lugar, al obligarlas a acudir a PF, en segundo lugar, al presionarlas para usar anticonceptivos de larga duración y, en tercer lugar, al no querer retirarlas hasta después de un plazo forzoso. Por otro lado, las y los adolescentes son informados sobre los

métodos anticonceptivos desde el miedo a embarazar o embarazarse y la información resulta insuficiente, pues no se les informa, por ejemplo, el modo de usarlos, la importancia de hacerlo, sus beneficios o sus efectos secundarios, probablemente bajo la idea de que no tienen (o no deberían tener) vida sexual activa, como se mostró en la sección sobre la negación de la atención y los métodos a las adolescentes si no acuden acompañadas de sus madres<sup>25</sup>.

Con la llegada de un nuevo gobierno en México, correspondiente al sexenio 2018-2024, el programa Prospera desapareció. Tomó su lugar el programa “Becas para el Bienestar Benito Juárez”. En este se eliminaron las restricciones de acudir a consultas para poder recibir el dinero, pero se añadieron nuevas dificultades, en primer lugar, es menor la cantidad de dinero que reciben:

ahorita, creo que ya nada más, ni siquiera les están dando como dinero a los hijos, pues, aunque vayan como en primaria o así, me parece. Porque mi mamá me estaba diciendo que sólo le estaba llegando lo de ella, solamente, o algo así (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, ocupación cuidado del hogar, atendida en SSA, Qro.).

En segundo lugar, existen muchas dificultades para cobrar ese dinero:

cuando les cambiaron a todo esto, sí fue un lío, mi mamá tenía que ir a San Juan [la ciudad más cercana] bien seguido para cambiar las listas y para ir por el depósito porque al principio sólo lo podían sacar en San Juan y unas filononas de gente que se iba a dormir ahí [...]. Ahí si puedes retirar y te dan tu dinero completo, pero como la mayoría va ahí, hújole, y las de comunidad son de las que se van y se duermen ahí, y son filas interminables. Una vez fuimos y pues mejor mi mamá se vino porque... una vez fue y sí se esperó, sí duró un ratotote allá. Y otra vez que sí estaba súper lleno de gente y sólo daban fichas para tantas, pues mi mamá ya no alcanzaba (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, ocupación cuidado del hogar, atendida en SSA, Qro.).

Además de que suponía un gasto considerable ir a la ciudad a cobrar el dinero:

Pues tan sólo el camión, si las que se van en camión ya cobran 46 de ida y otros de vuelta [...]. [Y] comida y todo, porque es de estar todo el día ahí. No, y luego el sol y el calor, porque no hay ni siquiera dónde se puedan tapar del sol, en la banqueta así, donde están formados (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, ocupación cuidado del hogar, atendida en SSA, Qro.).

Actualmente, ya no existe ese problema de tener que acudir directamente al banco que se ubica sólo en la Ciudad (BANSEFI), sino que pueden hacerlo en cualquier banco que se encuentre cerca de su localidad, pero deben pagar una comisión:

Sí, bien feo y ya, hasta ahorita ya pueden sacar su dinero en cualquier banco, pero con comisión. ...porque acá una comisión, en unos lugares son en 50, pero la más pequeña era de 28, creo (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, ocupación cuidado del hogar, atendida en SSA, Qro.).

---

<sup>25</sup> Véase sección “embarazo adolescente”, p. 104

Pero se suma el problema de que contar con ese dinero es menos seguro de lo que era en la administración anterior:

Ahorita el dinero que les dan, tardan bien harto para darles, como 3 meses o más [...]. Pues ni siquiera les han dicho nada. Este, no han avisado que... tiene yo creo como tres meses de la última vez que le depositaron y ya ahorita no han dicho que hayan depositado, según iban a avisarles. Yo creo que ni siquiera les han dado (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, ocupación cuidado del hogar, atendida en SSa, Qro.).

Pese a ello, Melissa considera como algo positivo el hecho de que ya no se vean obligadas a acudir a consulta, en primer lugar, por considerar que esas consultas eran innecesarias y podría ser que se estuviera quitando el lugar a alguien que podría realmente necesitar de la consulta, pues se otorga un número limitado de citas y en ocasiones, todas se otorgaban a beneficiarias de PROSPERA.

Pero pu's al menos, lo bueno que ya no tiene uno que ir a sus consultas, porque, te digo yo, o sea, está uno como que quitando, porque como es con fichas también, era con fichas, quitándole el lugar a alguien que a lo mejor sí está malo. [...]. Por ejemplo, entregaron las fichas a las 5 de la mañana, 6. Y ya nosotros íbamos, mi mamá se iba temprano, no sé cuántas daban, pero, pero había veces que eran puras de PROSPERA y a lo mejor había gente que ocupaba, pues ya se quedó sin, sin consulta por las de PROSPERA (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, ocupación cuidado del hogar, atendida en SSa, Qro.).

Por el contrario, un psicólogo que labora en la misma unidad de salud considera como negativo el hecho de que haya desaparecido el programa, en particular, el hecho de que las mujeres dejaran de verse obligadas a acudir a las consultas clínicas para poder recibir el apoyo económico.

Cuando estaba PROSPERA, se hacían filas y filas y filas de gente, un chorro de trabajo. Ya no hay PROSPERA, y ya no hay gente [...]. No me deja de sorprender cómo la gente se ha... descuidado, no hay otra palabra que pueda decir. Ha dejado de lado su salud sólo porque ya no hay un apoyo económico. [...] Uno busca que los conocimientos se les queden a ellos ¿no? que la cultura de la, de la salud se les quede, se genere en ellos. Pero no, o sea, es sorprendente cómo la población dice: no, vamos por dinero, no por nuestra salud. QUITAN eso, y la gente menos viene (Eduardo, 28 años, Psicólogo PF para adolescentes [SSa, Qro.]).

Desde su perspectiva, el hecho de que las personas dejaran de ir a consulta en el instante en que dejó de ser una obligación o una condición para recibir dinero es signo de que se preocupan más por el dinero que por su salud. Sin embargo, hace falta considerar otros aspectos. El psicólogo sí considera algunos, en particular en el caso de mujeres embarazadas, aunque no deja de pensar que el principal motivo es una despreocupación por su salud:

No vienen por pandemia, ok. No vienen porque tienen a su partera, ok. No vienen porque no tienen dinero para venir, ok. Pero son muy pocas, la mayoría no viene porque no le interesa el cuidado de su salud (Eduardo, 28 años, Psicólogo PF para adolescentes [SSa, Qro.]).

Y esto, en su opinión, ha derivado en una disminución de la frecuencia de las consultas prenatales y, como consecuencia, se presentan cada vez más casos de embarazos de alto riesgo o trabajos de parto que se vuelven urgencias.

No obstante, existe un factor muy importante que puede ser determinante para que las mujeres no volvieran a las consultas en cuanto tuvieron la oportunidad, y tiene que ver con el trato recibido de parte del mismo personal. Melissa ha recibido muchos malos tratos en esa clínica. Algunos de ellos ya los he descrito en la sección anterior al hablar del maltrato vivido durante la realización de un Papanicolaou y en la sección siguiente ahondaré más en otro tipo de maltratos, relacionados con la presión para utilizar anticonceptivos. Aunque ella considera que el personal es igualmente malo con todas las personas a las que atienden, su madre sí tiene la sensación de que “son más malas con las de PROSPERA”, pues Melissa me comentó que en una ocasión su madre “se peleó a palabras” con la persona encargada de entregar las fichas para las citas, debido a que “se portó bien déspota”.

Este tipo de violencias, empero, no se relacionan directamente con el programa PROSPERA, en la siguiente sección presento, desde la perspectiva de las participantes usuarias de los servicios de PF, cómo el personal de salud de distintas instituciones busca que todas ellas utilicen anticonceptivos y para lograrlo, presionan a aquellas que no desean usarlos, a veces de formas violentas.

### ***Coerción directa***

En la sección anterior, presenté algunos dispositivos utilizados en las instituciones de salud para procesar los cuerpos de las mujeres con miras a derivarlos hacia los consultorios de PF, en los cuales se procurará que utilicen anticonceptivos. En ocasiones, la adopción de los anticonceptivos es voluntaria, de manera que la facilidad para acceder a las clínicas y llegar a la consulta de PF, además de la gratuidad de los métodos y su disponibilidad para cualquier persona, son una gran ventaja. El problema ocurre cuando las mujeres no desean utilizar anticonceptivos, pero el personal de salud, por diversos motivos, toma como labor el convencerlas de hacerlo. En tales situaciones, las estrategias usadas por el personal para intentar convencer pueden derivar en escenarios en los cuales presionan a las mujeres para que los utilicen, aun en contra de su voluntad, en aras de cumplir sus objetivos institucionales, es decir, en situaciones de anticoncepción forzada o bajo coerción.

Esto puede ocurrir de diferentes maneras, algunas tienen que ver con situaciones personales del personal, como sugerir métodos que les han funcionado mejor a ellas o que consideran mejores para la mujer; otras con lógicas institucionales, por ejemplo, solicitar al personal metas mensuales o anuales a cumplir en cuanto a colocación de anticonceptivos; y otras más con políticas nacionales, como el usar programas de transferencia de efectivo para obligar a las mujeres a acudir a los consultorios de PF y así fomentar o presionar el uso de anticonceptivos.

Los dispositivos presentados en las secciones previas, constituyen políticas estatales en las cuales, a pesar de que buscan derivar a las mujeres hacia los consultorios de PF, no es su objetivo

que sean presionadas para que utilicen los métodos anticonceptivos. Pero en esta sección, presento situaciones en las que sí sucede, de manera explícita, que se presiona o fuerza a las mujeres para que utilicen anticonceptivos. A continuación, analizo con mayor detenimiento estas estrategias, dividiéndolas en dos rubros: aquellas dirigidas a las mujeres embarazadas que acuden a los hospitales a atender sus partos/cesáreas y las dirigidas al resto de mujeres “en edad reproductiva” que acuden a consulta en clínicas de primer nivel de atención.

### **“No puedes irte sin un método”. Anticoncepción coaccionada de mujeres embarazadas.**

La muerte materna se refiere a la muerte de una mujer mientras está embarazada o durante los 42 días siguientes a la finalización del embarazo, que ocurre por cualquier motivo relacionado o agravado por el embarazo o por su atención (OMS, 2012). Una estrategia que ha tomado el gobierno mexicano para la prevención de éste fenómeno, es la llamada Anticoncepción Post-evento obstétrico (APEO), que es entendida por la Secretaría de Salud (SSA, 2002), como un medio que da posibilidad a las mujeres que se encuentran en el periodo de puerperio, de posponer un siguiente embarazo o terminar su vida reproductiva, mediante el uso de un método anticonceptivo, temporal o permanente, a ser adoptado antes de abandonar el hospital o clínica tras la atención de su evento obstétrico (parto, cesárea o aborto) o durante los 40 días siguientes posteriores.

La justificación del uso de APEO es que ayuda a incrementar el intervalo intergenésico, es decir, el tiempo transcurrido entre un embarazo y otro, el cual es considerado un factor de riesgo reproductivo, reduciendo así la probabilidad de morbi-mortalidad materna y perinatal (SSA, 2002). Y la justificación para realizarla antes de que las mujeres dejen el hospital, es porque “los factores culturales, la alta marginación, los mitos y tabúes sobre la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos, en ocasiones condicionan a las mujeres a no regresar al hospital” (SSA, 2002, p. 33), por lo que debe aprovecharse la oportunidad cuando las mujeres ya están dentro del hospital, en otras palabras, cuando se encuentran cautivas.

En teoría, esta estrategia debe consistir en la recomendación para adoptar algún método anticonceptivo, pero en la realidad es entendido como una obligación del personal para que *todas* las mujeres atendidas utilicen anticonceptivos, aun cuando ellas no lo desean. Y para cumplir esa obligación, el personal puede tomar actitudes y acciones violentas.

Una trabajadora social del hospital del IMSS en Ciudad de México me confirmó que hay una enfermera encargada de fomentar el uso de anticonceptivos entre las mujeres después de que se atendió su evento obstétrico. Ella acude cama por cama a revisar en su expediente que tengan una hoja de “consentimiento informado” firmada, lo cual significaría que aceptan que se les coloque un anticonceptivo o se les realice una cirugía para la esterilización permanente. La trabajadora social me mencionó que el propósito de esas visitas es que las mujeres acepten usar algún anticonceptivo para que, en caso de que se vuelvan a embarazar, no tengan un “periodo intergenésico corto”, es decir, que las mujeres que tuvieron un parto no deberían embarazarse en los

próximos dos años y las que tuvieron una cesárea en los siguientes tres años, pues eso incrementaría la probabilidad de tener un embarazo de alto riesgo.

No obstante, más que brindar esa información, la enfermera encargada de la consejería en PF en este hospital toma como su tarea que todas las mujeres cumplan el requisito de firmar la hoja de consentimiento informado, independientemente de su deseo de usar o no anticonceptivos. Para lograrlo, llega a hacer uso de gritos, regaños y amenazas hacia quienes no han firmado y expresan que no desean hacerlo:

Tanto yo como [la trabajadora social] esperábamos afuera de uno de los cubículos, pues la enfermera encargada de planificación familiar estaba platicando con una mujer. Se escuchaba la voz muy fuerte de esta enfermera, que hablaba mediante gritos y regaños, debido a que aún no había firmado el consentimiento informado de aceptación de un método anticonceptivo. Al respecto, me comentó [la trabajadora social] que no se escucharían mis grabaciones porque la enfermera de “plani” hablaba muy golpeado y muy fuerte, que regaña a las mujeres por no haber aceptado usar aún algún método anticonceptivo. Yo pregunto sobre la razón de la insistencia para que usen el método, me responde que es principalmente una defensa para el hospital, pues existe un protocolo de mortalidad materna y si una mujer vuelve con otro embarazo en un año o menos y no aceptó “irse” con un método, el hospital se respalda (Diario de campo, hospital IMSS, CDMX).

Llama la atención que, más que hacerlo por la seguridad de las mujeres, se realiza como medida de protección para el hospital. El protocolo de muerte materna es mencionado en el sentido de que, si sucediera una muerte materna en una paciente que se atendió en ese hospital y se embarazó antes de un año luego de su alta, el hospital tendría la responsabilidad de esa muerte, de modo que prefieren forzar el uso de anticonceptivos.

Además de ello, esa violencia es reconocida incluso por otros miembros del personal, pues otra enfermera le comentó a la trabajadora social: "nada más falta que le baje los calzones y le pegue"(Diario de campo, hospital IMSS, CDMX), haciendo referencia al fuerte regaño que hacía su compañera.

De esta forma, una política destinada a la reducción de la mortalidad materna se convierte en un trámite más para el personal de salud, en una obligación de obtener las firmas de las mujeres en los consentimientos informados y de colocar los anticonceptivos de manera casi forzosa antes de que abandonen el hospital.

Por desgracia, este no es un caso aislado. La presión hacia las mujeres embarazadas para que elijan un anticonceptivo se repite de manera constante: en sus consultas prenatales, durante su estancia en el hospital para atender el nacimiento, después del nacimiento y, en caso de que hayan logrado que no se les pusiera un método durante su estancia en el hospital, en cada visita a sus clínicas para la atención del puerperio, de la salud del/la recién nacido/a, o por cualquier otro motivo.

Antes del nacimiento, como parte de la atención prenatal, las mujeres deben de asistir a varias consultas. Como parte de estas consultas, existe una plática coordinada por trabajo social, en la cual participan diversos miembros del personal de salud y brindan información a las mujeres sobre diversas temáticas relacionadas con la atención del nacimiento. Estas pláticas son conocidas como “Sesiones prenatales”, tienen una duración aproximada de dos horas y acuden a ellas las mujeres solas o acompañadas de otra persona, idealmente su pareja. Entre los temas abordados en esta sesión, figuran la nutrición adecuada durante y después del embarazo, las técnicas adecuadas para el amamantamiento, los procesos burocráticos y papeles que deben presentar para su atención en el hospital, el modo en que deben acceder a éste y los insumos que deben llevar, las situaciones por las cuales deben acudir al hospital (factores de riesgo) y la anticoncepción post-evento obstétrico.

Sobre este último aspecto, la siguiente cita es un fragmento de la información que proveyó una trabajadora social a mujeres usuarias durante una de estas sesiones, en el hospital ubicado en la Ciudad de México:

Esperamos que, a la conclusión de su parto, ustedes adopten un método de planificación familiar ¿mjm? Aquí al hospital ya deben de venir con un documento que se llama *consentimiento informado*, documento donde ustedes ya nos firmaron si van a adoptar y qué método de planificación van a querer ustedes ¿ok? ¿ya lo firmaron? ¿ya? Ok. Si no lo han firmado, ese documento, no se me estresen, es parte de uno de los puntos que vamos a estar retomando cada vez que ustedes nos visitan ¿mjm? (Esperanza, 35 años, trabajadora social, durante sesión prenatal [Hospital IMSS, CDMX]).

Esta trabajadora social tuvo la precaución de informar a las mujeres que la adopción de un método anticonceptivo es un derecho y, por tanto, tienen la posibilidad de negarse, que el personal de salud no puede obligarlas a utilizarlo, aunque les indicó que es altamente recomendable para su salud:

Es respetable cuántos hijos quieran tener y cada cuánto los quieran tener. Nosotros no las podemos obligar a adoptar algún método de planificación familiar. La parte de responsabilidad de nosotras como personal de salud es únicamente orientarlas para que toman la mejor decisión para ustedes ¿ok? Pero les comento lo que yo siempre les digo allá arriba [en mi servicio] a mis pacientes: "dense la oportunidad de adoptar un método de planificación familiar ¿con qué finalidad? dos nada más: para que disfruten a su bebé ¿aja? y para que le den la oportunidad a su cuerpecito de que se recupere. Nada más. Y para que no se vayan con la incertidumbre de "sí me voy a embarazar, no me voy a embarazar ¿Qué va a pasar?" Y cuando menos nos damos cuenta, ¡sorpresa! ya estamos embarazadas otra vez y ni siquiera le dimos oportunidad a nada ¿Ok? Pero sí me interesa que quede bien clarito que no las podemos obligar a adoptar algún método (Esperanza, 35 años, trabajadora social, durante sesión prenatal [Hospital IMSS, CDMX]).

Por desgracia, este discurso de derechos termina por ser negado en la práctica. Tal como indica la Trabajadora Social, el personal de salud se encargará de insistir y recordar a las mujeres en cada ocasión que visiten el hospital, que deben usar un método anticonceptivo y que deben firmar su hoja de consentimiento informado. Se les insiste en cada oportunidad que tenga el personal de salud, hasta que ellas acepten firmar el consentimiento. Esta hoja firmada, inclusive, es tratada en como un requisito para que las mujeres accedan al hospital para la atención de su parto, como lo

señaló la Trabajadora Social y fue también expresado por Alejandra, quien fue atendida en un hospital de SSa, en la Ciudad de Querétaro.

Cuando estás haciendo papeleo y todo eso [para ingresar al hospital], te dan una hoja a firmar de método anticonceptivo, vienen las opciones de método anticonceptivo, y tú tienes que elegir una. [...]. Te dicen: es este, la hoja para control natal, entonces me tienes que firmar qué método tienes que utilizar una vez que salgas de aquí, etcétera, etcétera [...]. De hecho, la firma es requisito, o sea, ya es de "me lo tienes que firmar junto con los otros, los de atención y unos papeleos que dan, o sea, es: lo tienes que firmar (Alejandra, 29 años, pedagoga, atendida en hospital SSa, Qro.).

Además, se aprovechan de momentos de vulnerabilidad de las mujeres para que sea más fácil obtener el consentimiento, por ejemplo, cuando están por ingresar al hospital, con los dolores del trabajo de parto, o cuando se encuentran cansadas, recuperándose después del parto:

Antes de entrar a, o sea, cuando te empiezan a llevar todos los papeles de autorización y todo eso, que son antes de entrar, cuando traes todos los dolores y todo, ya te están poniendo las hojas a que firmes, incluida esa, la de método anticonceptivo. Y después cuando te pasan a cama, bueno, sí te dejan recuperarte un rato, pues, pero ya están otra vez ahí las enfermeras con que "firmaste esto, entonces procede tal cosa" (Alejandra, 29 años, pedagoga, atendida en hospital SSa, Qro.).

Estando aisladas de sus familiares, y debido al dolor, en realidad piensan poco en lo que les hacen firmar, pues lo primero que desean es recibir la atención médica:

Es que estás adolorida, estás ahí, ya sabes, todo asediado por médicos y doctores y enfermeras y asistentes. O sea, están ahí dándote vueltas y, pues ya lo que haces es: "pues ya te firmo cualquier cosa" Bueno, no cualquier cosa, bueno, en mi caso pues sí los leo primero ¿no? pero, pero ya es como: "ya atiéndeme y déjame de molestar" [...]. O sea, te agarran en el peor momento posible. A ver ¿por qué no te lo dicen antes de entrar y cuando están tus familiares ¿no? (Alejandra, 29 años, pedagoga, atendida en hospital SSa, Qro.).

Y una vez que el personal ha conseguido la firma, aunque haya sido por medio de tácticas que rayan en la coerción, el colocarse un anticonceptivo se convierte en un compromiso de parte de la mujer, de modo que difícilmente le permiten cambiar de decisión posteriormente:

Cuando iba a nacer [mi hijo], este, solicité el [método] definitivo. Porque se suponía, según yo, que iba a ser cesárea [...]. Entonces dije: si va a ser cesárea, ya que van a andar por ahí, pu's de una vez que me hagan los cortes, ya que van a andar en eso. Entonces pu's ya, firmé lo de la operación. Entonces ya pasó todo, fue parto natural, me abrieron horrible, la episiotomía y ya me subieron a piso. Y después como de dos horas, que ya me querían bajar otra vez a quirófano para volverme a abrir, bueno, para abrirme para hacer los cortes de la [...] Salpingo. Entonces ya me quería volver a bajar quirófano, o sea, yo ya venía traumada de todo lo que me hicieron, y todavía quería volverme a bajar, qué chistosos. Les dije: "no, yo ya no bajo allá, yo ya no". Y de hecho me quiso volver a insistir: "Pero ya firmaste". Pero no me vas a obligar a llevarme para allá, o sea, yo me siento mal. Le digo, ya veré yo con qué me cuido o si me lo hago después". Pero como ya estaba yo de mal humor y adolorida y todo eso, sí le contesté feo, la verdad. Ya no me dijo nada. Me dijo: "Bueno, entonces vas a tener que firmarme con otro método". Le digo: "Bueno" (Alejandra, 29 años, pedagoga, atendida en hospital SSa, Qro.).

“Pero ya firmaste”, se convierte en una obligación, un compromiso que debe respetar, a pesar de que esa firma fue obtenida en un momento en que ella no podía pensar con claridad y, por tanto, decidir libremente. Además, no existe la opción de no usar anticonceptivos, únicamente pueden elegir entre cuáles usar, pero es obligatorio utilizar alguno. En el caso anterior, lo que salvó a Alejandra de que le realizaran la cirugía, fue “contestar feo” a la enfermera, pero no todas las mujeres pueden hacerlo, o en caso de hacerlo, podrían recibir una mayor violencia. En este caso, únicamente le dijeron que debía elegir otro anticonceptivo, pero la obligación de usar alguno siguió presente.

En caso de las estrategias previas no hayan sido exitosas, o que, por algún otro motivo, las mujeres aun no hayan firmado el consentimiento después del nacimiento, el personal se da a la tarea de acudir a las camas de las mujeres, en donde se encuentran en recuperación después del parto, a recordarles una vez más que tienen que firmar el consentimiento. Este momento constituye la última oportunidad de convencimiento para el personal antes de que abandonen el hospital, por ello insisten con mayor empeño a aquellas mujeres que, a pesar de las repetidas veces en que se les ha solicitado, han decidido no usar algún anticonceptivo. Por estas razones, la “consejería” o la interacción de las enfermeras encargadas de planificación familiar puede llegar a ser más violenta. Un ejemplo de ello ocurrió en el hospital del IMSS ubicado en Ciudad de México (mismo en que se llevó a cabo la sesión prenatal en la cual se les indicó que no pueden obligarlas a usar un método), cuando la misma trabajadora social reconoce que su compañera enfermera es muy grosera hacia las mujeres. Si la violencia de esta interacción es evidente para su compañera, lo es más para las usuarias que reciben esos regaños, como lo comparten en sus testimonios: A una de las usuarias, la enfermera le dijo, de manera irónica que, si no aceptaba el anticonceptivo, estaría nuevamente en el hospital al siguiente año:

Investigador: ¿Le colocaron un DIU o algún otro método anticonceptivo?

Patricia: Eh, no. Porque no quise, no porque no haya, no me lo hayan ofrecido.

I: Ok. ¿E insistieron mucho con que usara uno?

P: Este, sí.

I: ¿Por qué?

P: Eh, porque me decían que, este, para que me cuidara, más porque había sido una cesárea. Que era un poquito más complicado. Pero no, la verdad no, yo fui la que no quise.

I: Ajá ¿y qué les decía?

P: Que no, que así estaba bien.

I: ¿Y cómo reaccionaron cuando les decía que no? O sea, eran muy insistentes a, alguna cosa que...?

P: Que pues bueno, ya era decisión mía si quería volver a estar aquí en un año (Patricia, 20 años, escolaridad preparatoria, atendida en hospital IMSS, CDMX).

Pero al no aceptar, en la siguiente visita, la enfermera fue más agresiva, como lo expresa después Patricia:

me decía sobre algún método, de planificación familiar y yo le dije que no, porque tenía pensado tener otro bebé. Y me dijo que, este, que por qué, que me esperara y todo. Entonces, este, *casi casi me decía que era sí o sí*. Entonces pues yo le dije "no". Y luego estaba, m'hijo estaba llorando, le iba a dar de comer, y me decía: "veme, pero veme a los

ojos, porque si no así es una falta de respeto". Yo le dije: "pues estoy viendo a mi hijo, no la estoy ignorando". Pero a final de cuentas creo que ellas deben de aprender a respetar las decisiones de uno ¿no? Ellas no van a volver a regresar, ya está en decisión de nosotros, las que sufrimos son nosotros, somos nosotros (Patricia, 20 años, escolaridad preparatoria, atendida en hospital IMSS, CDMX).

De igual forma Carla, quien también fue atendida en el mismo hospital, comparte con Patricia la idea que les transmite el personal de que el uso de anticonceptivos después de su evento obstétrico es obligatorio:

Investigador: ¿Le colocaron algún método anticonceptivo?

Carla: No. Ahorita me lo van a poner. Me lo van a poner.

I: Ok. Bueno ¿Usted pidió el método anticonceptivo?

C: mmmh no. Pero, *ya es de a fuerzas*.

I: ¿Cómo, cómo es eso?

C: Ajá, porque sí si viste cómo se puso [la enfermera de planificación familiar] ahí de que "ya y sí y te lo pones y que no sé qué".

I: Justo por eso le pregunto, porque, o sea, escuché un poco y siento que fue como que un poco agresiva (P: Agresiva) ¿no? O sea ¿Cómo, cómo se sintió usted ante eso?

C: Pues sí me enojé porque yo no había dicho que sí. (Carla, 26 años, escolaridad licenciatura, atendida en hospital IMSS, CDMX).

Estas interacciones son ejemplos de anticoncepción bajo coerción, pues las participantes no deseaban utilizar el anticonceptivo, sin embargo, después de los regaños de la enfermera, y de que ésta les dijera que es algo obligatorio, se vieron presionadas a firmar la hoja de "consentimiento" y "aceptar" su colocación.

Por último, el siguiente caso corresponde a una participante que fue atendida en un hospital del IMSS ubicado en el Estado de México, en donde se repite más o menos la misma situación:

Belén: Pasan las jefas de enfermería, de los diferentes turnos, pero no para preguntarte cómo te han atendido, cómo te sientes, no, lo primero que te dicen es: "¿y qué método anticonceptivo va a querer? — ¿no? — y más por su pre-eclampsia, señora". Y yo: "no, ninguno", "¿cómo de que ninguno?". "No. Tengo tantos años de casada, yo me sé cuidar y no he salido embarazada, hasta ahorita". "No, usted *se tiene que ir con uno*". A fuerza y aferrada, necia, con que te tenías que poner uno. [...]

Investigador: ¿Y por qué te decían que tenías que usarlo forzosamente?

B: Por la pre-eclampsia y que porque *una mujer no se pueda ir de ahí si no tiene un método*, este, de planificación familiar. [...]

I: ¿Así te decían? que no te dejarían salir?

B: Mjm, sí. "*no te puedes ir si no tienes un método de planificación familiar*". "A ver, pero ¿por qué no?", "Pu's porque no". "Bueno, pues ya ¿no?" (Belén, 31 años, enfermera, atendida en hospital IMSS, Estado de México).

Así, a las nociones anteriores sobre que "es de a fuerzas", y "es sí o sí", se añade una expresión aún más explícita que refleja la coerción ejercida, señalar que no será posible que abandone el hospital a menos que haya aceptado usar un anticonceptivo, dejando claro que no se trata de un derecho, tal como se menciona en el discurso institucional dentro de las clínicas de Planificación Familiar o durante la sesión prenatal, sino de una obligación.

Este mismo hecho es relatado por Alejandra, quien atendió su parto en un hospital de Querétaro, en donde fue presionada por el personal para que firmara el consentimiento. Le dijeron explícitamente que era obligatorio, de lo contrario, no podría abandonar el hospital:

Investigador: ¿Nunca te presionaron como para que firmaras?

Alejandra: ¿Para que me pusiera otra cosa? Te digo que sí, tan solo por el hecho de "*es que tienes que salir con método anticonceptivo*", "*es que yo no te puedo dejar ir sin ningún método anticonceptivo*", de hecho, esas fueron sus palabras cuando... cuando [mi primer hijo] [...]. "No te puedes salir si no traes algún...". Y pues la hoja tiene que salir a fuerzas firmada, o sea, sí algunos dicen, algunos sí se la quitan con que pu's "me cuido con condón y no estés fregando ¿no?" Pero no es su, no es su primera opción para dejarte. Ya te lo dejan ya cuando insististe mucho (Alejandra, 29 años, pedagoga, atendida en Ssa, Qro.).

Otro momento de vulnerabilidad que es aprovechado por el personal son momentos de fragilidad emocional. Por ejemplo, Pamela narra la forma en que le fue ofrecido el utilizar un DIU justo tras enterarse, en una clínica privada de la Ciudad de México, que un intento previo para terminar su embarazo no había funcionado y el personal de la clínica aprovechó el impacto causado por esa noticia para ofrecerle un método, que ella no había solicitado y del cual no fue informada adecuadamente, razón por la cual no considera que haya sido una decisión suya, a pesar de haber firmado y a pesar de haber dicho que sí en ese momento:

Este... pues, así como tal una decisión... creo que fue como muy inesperado, porque fue en este proceso de aborto. Entonces yo llego a la clínica y es ahí donde eh... yo supe, bueno, más bien... Ya había intentado ¿no? interrumpir el embarazo y entonces no se había podido. Y pues ya acudí a la clínica y ahí fue cuando me dijeron que seguía embarazada. Y entonces, este, me dijeron que, pues me sugerían ¿no? utilizar un método anticonceptivo. Y yo en ese momento estaba como en shock, así porque yo decía: "No mames, sigo embarazada" ¿no? Y entonces, eh, pues ya. Creo que no tuve como mucho tiempo para pensar en eso, pero pues aun así dije que sí, que el DIU, y ya. pero fue por eso, o sea, no fue como algo que yo planeaba hacer. No era a lo que iba. (Pamela, 23 años, psicóloga, atendida en clínica privada, CDMX).

Además, la información recibida sobre los efectos secundarios del método, la diversidad de opciones para usar, entre otros aspectos, no fue otorgada a Pamela, únicamente se le presentó el DIU como opción, y en medio del impacto emocional, ella aceptó usarlo:

Fue el que me recomendaron. Era eh, bueno, era uno que no, no tenía hormonas. entonces me dijeron que ese. Y ya, pues yo dije que sí. O sea, yo en ese momento no pensaba en nada ¿no? Entonces, pues acepté y así. Ya después, este, salí de la clínica y dije: "¡No mames! ¿Qué pedo? ¡Traigo el DIU!" Y ya. (Pamela, 23 años, psicóloga, atendida en clínica privada, CDMX).

En el caso de Pamela se presentan diversas situaciones problemáticas. En primer lugar, la idea de utilizar anticonceptivos no surgió de ella, sino del personal de salud y no como una recomendación, sino como un deber de su parte, al decirle que era "necesario" que fuera pensando en un método, como lo expresa a continuación:

Pues recuerdo que primero, ehm, me hicieron unas, así unas preguntas para saber si seguía embarazada o no. Y después, pues hicieron, ehm, el ultrasonido vaginal y ya entonces fue cuando me dijeron, así, me dijeron: "efectivamente, Pamela, sigues embarazada y tienes tantas semanas. Y ya, entonces lo que te recomendamos nosotras [...] una aspiración endouterina. Pero también me dijeron que era necesario que fuera pensando en un, en un método anticonceptivo. Y recuerdo que me dijeron: "te sale hasta más barato que un aborto". Y yo me quedé así de ¡argh! O sea, me enojó mucho que me dijeran eso, que salía más barato, este, un método que volver a hacer otro aborto. (Pamela, 23 años, psicóloga, atendida en clínica privada, CDMX).

En segundo lugar, se encuentra la violencia verbal, una suerte de ironía o ridiculización al mencionarle que salía más barato un anticonceptivo que otro aborto, hecho que la hizo enojar mucho. En tercer lugar, el hecho de que hayan aprovechado la vulnerabilidad emocional en la que se encontraba ella en el momento de recibir una noticia impactante. En cuarto lugar, la insistencia de parte del personal de salud, para "asegurarse" de que saliera en ese momento utilizando un método y en particular un DIU:

I: ¿Sentiste que fueron como insistentes en que tenías que usar un método?

P: Sí, Sí, mucho. Sí. Bastante. De hecho, ya aun cuando ya había aceptado el DIU y ya estaba en, bueno, ya me estaban realizando la ILE ¿no? La médico que la estaba realizando me volvió a preguntar si ya había pensado en un método anticonceptivo, o sea, me lo preguntaron varias veces para asegurarse también, de que yo saliera de ahí, o sea, de esa clínica ya con un método. (Pamela, 23 años, psicóloga, atendida en clínica privada, CDMX).

La estrategia APEO, por ende, en vez de constituir una estrategia para mejorar la salud materna, puede devenir en una práctica de violación de derechos. Así vemos cómo es que las enfermeras encargadas de la "consejería" en planificación familiar en estos hospitales e incluso en clínicas privadas, se limitan a obligar el cumplimiento del trámite burocrático de firmar una hoja de "consentimiento informado", sin considerar las particularidades o deseos de cada mujer, si desean o no utilizar método o cuál método desean utilizar, además de aprovechar para hacerlo, momentos de vulnerabilidad, en los cuales no pueden tomar una decisión informada ni con claridad. Por lo tanto, estamos aquí hablando de anticoncepción bajo coerción.

Finalmente, muchas mujeres terminan por ceder a la presión y aceptan firmar el consentimiento. Ya sea para detener el maltrato o la incomodidad de la presión constante de parte del personal, o para que les permitan abandonar el hospital. En el caso de Belén, ella accedió a utilizar un anticonceptivo porque encontró personal una aliada, una ginecóloga que la atendía en su consulta privada, quien le dijo que accediera a un método y ella después se lo quitaría en su consultorio:

Todo el tiempo que pasaban las fregadas jefas [de enfermería] era: "método anticonceptivo, y que anticonceptivo y que anticonceptivo". Y así te fregaban y te regañaban y te decían ¿no? hasta que tú les dijeras uno, y yo: "no, no, no, y no y no" [...]. Duré un buen rato sin ningún método y sin nada. Hablo con mi ginecóloga, después sube a verme ella, así de contrabando, porque como ella trabajaba ahí, pues no puede tener pacientes así, ella, y me dice: "póntelo, no pasa nada, póntelo y yo te lo quito en el

consultorio"[...]

Llega la de medicina preventiva y otra vez, fregando con el fregado, este dispositivo o lo que sea para la planificación. Digo: "¿sabe qué?" ya, póngame el, póngame el implante ¿no?" Así, en menos de cinco minutos me pusieron el implante. Para eso sí son muy buenos ¿no? (Belén, 31 años, enfermera, atendida en hospital IMSS, Estado de México).

Así fue que en esa ocasión no importó el gasto en que incurría el hospital al colocar un implante que sería desechado al poco tiempo, sino que importó más el cumplir con sus políticas de anticoncepción. Además de que implica la negación de autonomía sobre su cuerpo y las usuarias se ven obligadas a incurrir en gastos adicionales al tener acudir a consultas privadas para que les retiren los anticonceptivos.

Por otra parte, existen estrategias adicionales que estrictamente no constituyen formas de anticoncepción bajo coerción, pero que también tienen la finalidad cambiar la opinión de las mujeres en periodo de puerperio que no habían decidido aún el uso de anticonceptivos. Esta estrategia se basa en el miedo y la manipulación emocional.

Una médica encargada de PF en la clínica de Querétaro, me compartió —aunque fue enfática en mencionar que no se podía forzar a las mujeres a utilizar anticonceptivos— que utiliza algunas estrategias para convencerlas de que tomen ellas la decisión. Una de estas estrategias consiste en hacer, junto con ellas, un cálculo sobre cuánto cuesta tener un hijo:

Las consultas prenatales, son mínimo tres consultas y cuestan \$100 cada una, más los ultrasonidos, los medicamentos que se requieran. Si es un parto, \$19,000, si es cesárea, 30 a 35 mil o más. Si se presentan complicaciones, puede requerirse terapia intensiva ¿cuánto cuesta eso? Mínimo 100,000 diarios. Ya las mujeres dicen: "¿todo eso cuesta un hijo?" y yo les digo que sí. ¿Ahora sí vas a querer un método? (Priscila, 38 años, ginecóloga de PF [SSa, Qro.]).

Al hacer pensar en una situación económica catastrófica ante un nuevo embarazo, presenta cifras incosteables para la mayoría de las mujeres, orillándolas de esa manera a aceptar el anticonceptivo.

Otra estrategia expresada por esta misma médica consistió en que, cuando una mujer no desea utilizar un anticonceptivo luego de su parto, pero ella está convencida de que debería hacerlo, por ejemplo, por "ser una gesta 6", es decir, porque – a su parecer – ya ha tenido "muchos" hijos, se alía con otros miembros del personal de salud para "echarle montón", que se refiere a que todos los miembros del personal encargados de la planificación familiar<sup>26</sup>, acuden de manera insistente en reiteradas ocasiones a hablar con ella hasta que logran convencerla, usando en cada ocasión estrategias como las ya relatadas. Este mismo hecho es narrado por otro de los involucrados:

Cuando una mujer llega al hospital en proceso de parto, eh, tiene a su bebé, o esperan a que tenga a su bebé. Entran a quirófano, sale de quirófano con o son sin bebé, dependiendo. Y cuando se encuentran ya en el área de puerperio o ginecología, eh, post-operatorio ¿no? comienzan los abordajes. A una mujer que está en esas áreas, los médicos llegan con ella a ver sus signos, todo lo que tengan que ver del área médica. Están las enfermeras apoyando y haciendo todos los cuidados, medicamentos, sueros, todo lo que

---

<sup>26</sup> En el caso de esta clínica, las personas encargadas del servicio de PF son la ginecóloga mencionada, una partera y un psicólogo, que se enfoca más en la atención a adolescentes.

está ahí para esa paciente en específico. [...] Si tiene a su bebé, va el pediatra, si tiene alguna otra situación, este, pues van los especialistas necesarios para con ella ¿no? Está el equipo en el hospital general de lactancia materna, quienes están apoyando a las mamás, este, a la lactancia, a enseñar cómo amamantar. Muchas no saben, es muchísima información ahí. Están también las doctoras de planificación familiar, está después el servicio amigable, cuando se trata de las adolescentes. Entonces es todo un equipo multidisciplinario que las aborda ¿no? Y se abordan de esa manera (Eduardo, 28 años, Psicólogo PF para adolescentes [SSa, Qro.]

Entonces, las mujeres interactúan con una gran cantidad de personas, se encuentran en un momento vulnerable, como ya han compartido algunas de las participantes, ya sea por los dolores del parto, por el cansancio, por un “shock” emocional, recibiendo una gran cantidad de información. Y es justo en ese momento en el cual se le solicita (en caso de que no haya firmado aún su formato de consentimiento) que se decida por utilizar algún método, de la siguiente manera:

La pregunta que más directamente les toca es: y planes de un próximo embarazo ¿Cuándo es? ¿no? El 100%, bueno, 99.9% de las respuestas que he tenido en el hospital, aquí, que acaban de sacar a una mujer de sala de partos es: "ahorita ya no". Aunque sea primigesta o aunque sea gesta 8. La respuesta es "ahorita ya no" [risa]. Entonces, eso es apertura como para: "¿Y cómo te vas a cuidar?" o "¿Qué piensas hacer para ya no embarazarte?". "Ah, pu's no sé". "Ah, pu's había escuchado de este método". "Ah, tengo pensado este método". Son como las tres respuestas en los tres niveles que me he encontrado: no lo he pensado, más o menos sé, me interesa este (Eduardo, 28 años, Psicólogo PF para adolescentes [SSa, Qro.]

De hecho, este proceso se trata de un protocolo establecido en el hospital de Querétaro:

El protocolo que sí se lleva a cabo y que verdaderamente es: llegue cualquier mujer en situación de parto, es un momento para hacer este acercamiento del abordaje del método: "Oye, pues acabas de salir de esta situación ¿qué piensas hacer a partir de aquí ¿no?" Y a resumidas cuentas es: "¿Con qué te piensas cuidar?" (Eduardo, 28 años, Psicólogo PF para adolescentes [SSa, Qro.]

Las mujeres mencionan no querer un próximo embarazo en el corto plazo, por lo que al personal le resulta obvio aprovechar el momento para buscar que acepte la colocación de un anticonceptivo. En este caso en particular no podríamos hablar de una situación de anticoncepción forzada o bajo coerción, pues las mujeres deciden utilizar un método cuando se les plantea la posibilidad de que, si no lo aceptan en ese momento, podrían volver a experimentar todo el proceso de parto por el cual acaban de atravesar. El problema aquí radica en que no se trata de un momento adecuado para tomar la decisión, pues no cuentan con gran información sobre los métodos y en ese momento no tienen la claridad mental para sopesar claramente sus opciones, plantear preguntas o solucionar sus dudas, pues se encuentran inundadas por otra información e inundadas de emociones en torno al nacimiento de su bebé. Tal como lo señala Pamela, no es que no quisiera usar anticonceptivos, pero le habría gustado tomar la decisión en otro momento, como cuando volvió a revisión 15 días después de su evento obstétrico, o que le hubieran brindado más información sobre sus opciones o sobre las implicaciones de usar cada método.

\*\*\*

En algunas de las situaciones hasta aquí narradas, los mecanismos de coerción pueden resultar más velados que en otros, e incluso justificados o sustentados en las mismas normativas institucionales. Si bien el personal de salud fue insistente en que las usuarias aceptaran algún método, en la mayoría de los casos sí se les informó sobre el método o la necesidad de que firmaran el formato de consentimiento (por escasa que fuera la información). No obstante, existen otras situaciones en las cuales la coerción es mucho más evidente. Por ejemplo, a Miriam le ocurrió que justo después del nacimiento de su hija le hicieron firmar el formato de consentimiento informado, pero sin presentársele como una opción: no se le brindó información, no se le preguntó si deseaba usarlo, únicamente le dieron el formato a firmar:

Es en ese momento, o sea, tú acabas de tener tu hijo y te acercan la hoja y tú firmas. Y te dicen, nada más te dicen: "este es un formato para que le pongamos el dispositivo ¡Fírmelo!". No te dicen, no te preguntan, no. Nada más te dicen "fírmelo". Y tú pues ahí todavía toda abierta, así todo feo y ya firmas y ¡pum! te lo ponen y ya. (Miriam, 29 años, ingeniera química, atendida en SSa, Qro).

En otros casos, puede ocurrir que ni siquiera se informe a la mujer que se le ha colocado un dispositivo durante la atención de su parto, lo que constituye un caso de anticoncepción forzada, tal como le ocurrió a Margarita:

Cuando nació [mi hija], me dijeron: "Aquí dice que le pusieron el DIU", porque ni siquiera me habían avisado, o sea, ya hasta que ya iba a salir: "aquí dice que le pusieron..." Le digo: "pues es que yo no sé". La verdad no sé. No sé, porque no me dijeron nada. Y dice: "bueno, pero aquí dice que sí" Y dije: "Bueno, está bien". (Margarita, 49 años, emprendedora, escolaridad secundaria, atendida en SSa, Qro).

En ambos casos, esto ocurrió en un Hospital de SSa en el Estado de Querétaro. En el caso de Margarita, hace aproximadamente 30 años, mientras que a Miriam le ocurrió hace 11 años. Aunque no se hace evidente la motivación detrás de estas situaciones de anticoncepción forzada, es posible que se relacione con el cumplimiento de metas de parte del personal o a normativas institucionales o políticas públicas, como fue el caso de la APEO en otras de las situaciones aquí mencionadas.

Aquí surge una situación que podría interpretarse de forma problemática, pues Miriam deseaba usar un anticonceptivo, de manera que no ve como violento el hecho de que se les pidiera firmar el consentimiento sin haberle dado información y sin haberle preguntado si deseaba usar el DIU. Sin embargo, a pesar de ese deseo, la decisión fue unilateral de parte del personal, lo cual convierte este caso en una situación de anticoncepción involuntaria.

\*\*\*

Estas son algunas de las formas de anticoncepción forzada y bajo coerción en contra de mujeres después de un evento obstétrico. Los casos de las mujeres embarazadas o que son atendidas por un evento obstétrico resultan más evidentes o fáciles de llevar a cabo debido a que ellas se

encuentran cautivas o aisladas dentro de las clínicas y hospitales durante y después de su atención. Sin embargo, estos esfuerzos no se limitan a ellas, sino que, en los escenarios investigados, se procura que *todas* las mujeres atendidas utilicen anticonceptivos.

**“Todas las mujeres deben usar anticonceptivos”. Estrategias para promover la anticoncepción en mujeres no embarazadas.**

En los escenarios que forman parte del campo de esta investigación, el personal de salud encargado de PF hace uso de diversas estrategias para intentar convencer a las usuarias de utilizar anticonceptivos. En algunas ocasiones, las mujeres ya tienen una idea sobre qué anticonceptivo desean usar y acuden de manera voluntaria a las clínicas. En otras, el proceso de consejería resulta efectivo y las usuarias toman la decisión de usar alguno de acuerdo con la información recibida. Pero también existen casos en los que la decisión de utilizar un método no es de la mujer, sino del personal, ya sea porque se les brindó uno que no deseaban o porque la consejería se realizó de forma coercitiva.

Un ejemplo del primer caso es narrado por Melissa, quien fue atendida en la clínica ubicada en el estado de Querétaro:

Yo había ido antes para anticonceptivos, como unos meses antes, porque había dejado los parches, y fui, pero no me gustó porque, *a fuerzas* me ofrecían el d'este que va en el brazo, y me decían que, pues que es me convenía más porque, pues ya no iba a tener molestias de estar tomando pastillas o poniéndome el parche, o el DIU, o así. Fue antes de que me pusiera el DIU, y que ese me lo recomendaban más, había muchas personas ahí que se lo ponían y estaban muy bien, pero pu's yo había visto que a [mi prima] le había lastimado un montón, entonces yo dije: "¡No!, no, no". Pero que, o sea, a fuerza tenía que dejármelo como por tres años [...]. Yo les decía que si no tenían otro, o algún otro, porque pues hay un buen, pero me decían a fuerzas de ese, el del brazo (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, ocupación cuidado del hogar, atendida en SSa, Qro.).

En este caso se evidencia cómo la decisión sobre qué método utilizar fue tomada por el personal de salud, quien buscó que Melissa utilizara un método de larga duración. Y además de mostrar su preferencia por el uso de anticonceptivos de larga duración, se impone a las mujeres una especie de “contrato” verbal, mediante el cual son condicionadas a que no se retiren los métodos que les son colocados, durante al menos 3 a 5 años, a pesar de las molestias que les pudieran ocasionar. Y las tratan de convencer al decirles que esos dispositivos resultan costosos para el hospital. Más aún, en el formato de consentimiento informado que se les hace firmar a las mujeres en esta unidad de salud (Anexo 5), se menciona de forma explícita: “En caso de haber elegido implante subdérmico debo permanecer con él 3 años”. Y “En caso de haber elegido SIU medicado (DIU medicado (Mirena)) debo permanecer con [él] 5 años”.

Esto genera incertidumbre, pues las usuarias no tienen la certeza de que, en caso de que los efectos secundarios de los anticonceptivos les afecten mucho, se los retiren en esa misma clínica:

O sea, yo les decía que volver a usar los parches, o algún otro, porque también decían del DIU, pero también te ponían como contrato, porque decían que tenían el de, el que es como hormonal, pero que el hospital invertía mucho en ese como para que me lo quitara

antes [...]. Yo pensaba en ese momento: si me lo pongo y luego ya no lo quiero, a dónde me lo voy a quitar, si aquí no te lo quieren quitar. Porque sí, que ahí no lo quitaban hasta, después de cierto tiempo (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, ocupación cuidado del hogar, atendida en SSa, Qro.).

Una situación similar vivió Alejandra, quien comenta que ha utilizado muchos tipos de anticonceptivos, y cambia entre ellos debido a las molestias que le ocasionan. En general, ella no ha enfrentado muchos obstáculos en su clínica para cambiar entre métodos, siempre y cuando se mantenga usando alguno, pero cuando quiso que le retiraran el implante subdérmico, tuvo que atravesar diversas dificultades:

Alejandra: La mayoría [de los métodos] simplemente los he dejado. Ya me fastidian, tengo síntomas, me dice el doctor: “sí puede ser por esto”, pero no me dicen: “suspéndelo”. Entonces pues yo decido suspenderlo. Y el más complicado fue el implante subdérmico.

Investigador: Ajá. ¿Complicado para quitártelo?

A: Ajá, para quitármelo.

I: ¿Por qué?

A: Eh, yo ya estaba acá en el IMSS [en Querétaro], y pues obviamente en las consultas de inicio ¿cómo se llama, de bienvenida? No, no sé, las primeras, o sea, te preguntan qué tienes, qué método estás usando, blah, blah. Entonces ya ahí tenía pu's constancia de que yo estaba usando el, el implante, entonces pu's ya, realmente ya ni me dijeron nada de mandarme a Planificación Familiar, etc, etc. Entonces cuando yo voy a Planificación Familiar, me dicen que tengo que pasar primero con el doctor y luego, o sea, para que me *autorice* —échale—, entonces ya voy con el doctor (Alejandra, 29 años, pedagoga, atendida en IMSS, Qro.)

A pesar de que Alejandra acudió a PF explícitamente para retirarse el implante debido a la molestia de los efectos secundarios, fue enviada a consulta para que un médico diera su autorización para poder llevar a cabo esa solicitud. Y prosigue:

Entonces, este, voy con el doctor y le estoy diciendo: pues es que tengo estos, estos, estos síntomas y, pues yo siento que es por el implante, porque, pues cada vez son más fuertes. O sea, yo durante todo el tiempo que tuve el implante, no reglé, pero tenía los síntomas premenstruales, entonces, y más fuertes, o sea, tenía dolor, tenía hinchazón, tenía dolores de cabeza, cambios de humor, resequedad, etc, etc. Entonces dije: “Bueno, o sea, ya estoy sufriendo de a gratis, ¿no?”. Ya sabes. Y pues fue lo que le dije al doctor, y ya me dice: “Pues sí puede ser por eso, por el método anticonceptivo, este, ¿cuánto tiempo tienes así?”. Porque me tenía que esperar un tiempo a ver si se me quitaba. Entonces yo le dije: “No, pues ya tengo como cuatro meses —le digo—, que intensificaron —le digo—, porque pu's de que están los síntomas, ya tiene más tiempo, pero ahorita están más, más fuertes —le digo—, yo ya no puedo estar así diario, diario, con dolor de cabeza —le digo—, y sí me están dando vitaminas...”. Ah, porque para esto, había ido como medio año antes por los dolores de cabeza, todos los demás síntomas todavía no, y pu's me mandan el mentado paracetamol: “Tómatelo cuando te duela”. Entonces yo le digo: “O sea, ya tengo medio año con dolores de cabeza prácticamente todos los días, no puedo estar así”. Entonces ya me dice: bueno, pues si es tu decisión, entonces ve y quitatelo. Entonces ya con la autorización del doctor y *después de insistirle*, ya pedí cita con la, con la de Planificación

Familiar, acá es doctora, en el IMSS (Alejandra, 29 años, pedagoga, atendida en IMSS, Qro.).

Vemos pues que la recomendación del personal es dejar pasar tiempo para que, de algún modo, el cuerpo se adapte y dejen de presentar los síntomas, que llegan a ser muy molestos. Es necesario, además, insistir para que finalmente el médico acceda a su petición. No es ella la dueña de la decisión, tiene que recibir la autorización de un interlocutor válido, una voz autorizada dentro de la institución, en este caso, un médico, para poder hacer valer ese derecho.

Por si fuera poco, esa autorización sigue siendo insuficiente, pues Alejandra tuvo que atravesar más obstáculos:

A: Entonces ya fui [a la cita]. La enfermera: "No, ¿Por qué te lo quitas?, no sé qué, que es el mejor método, que si te está funcionando bien". Sí, me está funcionando bien en el sentido de que no he tenido hijos, pero pu's no me está funcionando bien porque me siento mal. Ah, pero ellas insistían que me está funcionando muy bien. Bueno ya, yo: "no, yo me lo quiero quitar, me siento mal, tengo medio año sintiéndome mal, no puedo seguir así". Este, ya con la doctora todo eso, o sea, tuvimos una plática de: "pero es que, estás segura de que te lo quieres quitar? Es que es de los mejores métodos, es que es muy caro y si después te lo quieres volver a poner, es que no sé qué".

I: ¿Si después te lo quisieras volver a poner, no te lo ponen?

A: No, ya no. Porque ya te lo quitaste antes de tiempo. Que de hecho ni fue tanto, me duró ¿tres años, dos años y medio? Algo así. Bueno, no sé cómo funcione, pero eso me dio a entender, de que ya no me lo iba poder volver a poner (Alejandra, 29 años, pedagoga, atendida en IMSS, Qro.).

Nuevamente, otros miembros del personal de salud le insisten en que no debería quitarse el implante: la enfermera y la ginecóloga encargadas de PF, quienes usan para intentar convencerla algunas de las estrategias mencionadas por Melissa, como mencionarle que es de los mejores métodos y que resulta muy costoso para el hospital, por lo que debería mantenerse con él al menos 5 años. Sumado a amenazas de que no podría colocárselo nuevamente. Vemos también la noción de que lo único que importa es la capacidad anticonceptiva, decir que el método está funcionando muy bien en tanto ha prevenido un embarazo, pero sin considerar el daño y la molestia de los efectos secundarios.

Finalmente, una vez que el personal accedió a retirar el método, se presentaron nuevas violencias:

A: Entonces [cuando me lo iba a quitar] [...] medio ruda la mona, por cierto

I: ¿Ruda cómo?

A: No me acuerdo, es que usó una frase que sí se me hizo muy grosera, pero no me acuerdo. Ah, que le fuera buscando nombre a mi nuevo hijo que iba a tener, cuando me embarazara.

I: ¿Al momento de quitártelo te dijo eso o...?

A: poquito antes de quitármelo, como para tratar de disuadirme. Que me lo quitó de mala gana, o sea, no brusca, no creo que lo hiciera mal, pero sí de mala manera. De malos modos, vaya (Alejandra, 29 años, pedagoga, atendida en IMSS, Qro.).

Ya que todas las estrategias anteriores han fracasado, el personal, en este caso, recurrió a formas más directas de violencia, a agresiones verbales para tratar de "disuadir", una vez más, de la decisión. Se presenta toda una serie de obstáculos para evitar que deje de usar un anticonceptivo: la canalización entre varios consultorios, la obligación de buscar una autorización de parte de una

voz válida dentro de la institución, decirle repetidas veces que se arrepienta de su decisión y finalmente, la violencia verbal. Se busca por estos medios que ellas se mantengan usando los métodos durante el mayor tiempo posible, o en palabras Alejandra: “como que su idea es que tengas algo ahí que ya no te puedas mover, no se te olvide y no falle” (Alejandra, 29 años, pedagoga, atendida en IMSS, Qro.).

Otro hecho, que no tiene que ver directamente con coerción, al no haber una presión directa a alguien para que utilice algún anticonceptivo, pero que resulta también un limitante para acceder a una anticoncepción deseada es el sucedido a Magali quien, a pesar de que acudió de manera voluntaria y directamente al consultorio de PF (en una unidad clínica del IMSS en Querétaro), con la intención explícita de utilizar un método anticonceptivo, para lo cual investigó por su cuenta sobre sus características, se enfrentó a la situación de que no estaba disponible en la clínica, por lo que tuvo que decidir por otro, pero del cual no tenía información y tampoco se la brindaron en ese momento:

Yo leí y yo quería... la verdad es que no me acuerdo qué método elegí, pero cuando llegué a la clínica para decirles: “Ah, bueno ya, quiero este”. Pues me dijeron: “Uy, señorita, aquí solo hay esto”. Había las pastillas, que era tomarte una diario, o era la inyección de un mes o la inyección para tres meses. Y me dijeron: “pues es que es lo que hay”. [...] Y este, y yo dije, ahí fue cuando tuve yo que tomar la decisión. Y ahí me dijeron: “¿Cuál quieres? Rápido, porque estoy ocupada”. Y yo: [suspiros rápidos] “Este, pues ya, el de un mes”. Pero pues fue porque era lo que había, para lo que me alcanzaba. [risas]. Eso, así fue mi experiencia, porque no fue así de que: “ah, mira, tenemos esta gama ¿Cuál quieres?” (Magali, 29 años, emprendedora, escolaridad ingeniería, atendida en IMSS, Qro.).

A pesar de que en este caso no se trata propiamente de una situación de anticoncepción involuntaria, pues Magali decidió utilizarlo, las posibilidades para decidir se encontraban muy limitadas. Tanto por el hecho de sólo contar con tres opciones en esa clínica, como por la falta de información brindada y por el trato poco amable, pues el personal la presionó para tomar una decisión al momento, sin premeditación, sin información y rápidamente.

Una situación similar le ocurrió a Miriam, quien también se informó e iba con la idea de utilizar un método en concreto, en su caso, el DIU. Sin embargo, durante la consulta prevaleció la opinión y recomendación de la médica, de manera que Miriam consideró que la decisión al final la tomó la doctora, que fue “el que ella quiso”:

Yo tengo una tía que trabaja en el sector salud, en la secretaría de salud y yo le dije: Ay tía, es que ya me quiero empezar a cuidar, no sé si, si me pueda ayudar a que me pongan el dispositivo. Pero yo tenía la idea de ponerme el de cobre porque obviamente ese no tiene hormonas, y como siempre tenemos las hormonas, que nos friegan completamente. Entonces, este, yo estaba decidida “yo quiero el de cobre”. Entonces [mi tía] dijo: “Sí, ven. [...] Ya te va a recibir, ya te hice tu cita y todo”. Entonces ya llego yo con la señorita y me dice: “No -dice- tenemos este carísimo del DIU Mirena, que cuesta no sé cuantos miles de pesos, pero obviamente, te va a salir gratis, que no sé qué”. Y yo: “No, pero yo quiero el de cobre”. “No, pero yo creo que ese te conviene mejor, que...” Sólo me dijo así: “te va a convenir este”. Y yo: “bueno”. Y ya fue el que me puso, o sea, realmente fue el

que ella quiso. Y dijo: "pu's este. Este está como más *nice*, te lo pongo y ya. (Miriam, 29 años, ingeniera química, atendida en SSa, Qro.).

Estas situaciones muestran cómo, aun en los casos en los que las mujeres optan voluntariamente por usar anticonceptivos, se pueden enfrentar antes carencias del sistema y una falta de respeto hacia su decisión, por lo que prevalece la opinión del personal de salud, ya sea porque eligen el método que creen más conveniente o deciden si la usuaria debería o no retirarse el método, incluso ante una petición explícita de hacerlo. Es posible que la recomendación de parte del personal de optar por un método distinto al elegido originalmente por la usuaria se sostenga en las políticas de salud, como los criterios de elegibilidad o que se derive de la idea de personalización de los métodos ya mencionada aquí. No obstante, desde la perspectiva de las usuarias, al no proveerles información suficiente sobre los métodos, sus efectos secundarios, el modo de utilizarlos, etc., el cambio de decisión no deriva de una consejería efectiva, sino de una decisión unilateral de parte del personal de salud, que de acuerdo con sus experiencias, con la disponibilidad de métodos en la clínica, con las normativas de colocar métodos de larga duración preferiblemente, o quizá de las metas institucionales a cumplir. Por estos motivos, la sensación de las mujeres es que ellas no eligieron su método, sino que fue “el que quiso” el personal de salud.

### **Anticoncepción involuntaria ¿necesaria?**

Pese a lo anteriormente expuesto, es necesario poner en consideración diversos matices que se presentan durante el proceso de consejería sobre métodos anticonceptivos. Al partir desde el punto de vista de las usuarias, resultan evidentes las diversas estrategias utilizadas por el personal para promover el uso de anticonceptivos, independientemente de su deseo de adoptarlos. Sin embargo, al tomar también en consideración la mirada del personal, encontramos que la situación es más compleja que un médico o médica con la intención de obligar a una mujer a utilizar un anticonceptivo. Por ejemplo, el personal se ve también sujeto a presiones por las normativas y las autoridades institucionales para llevar a cabo esas prácticas. Entonces ¿Cómo debería actuar ante una situación en la cual, por cualquier motivo, una mujer no desea utilizar anticonceptivos, pero desde una perspectiva médica, un nuevo embarazo pondría en grave riesgo su vida? Un psicólogo, que se dedica a brindar información sobre PF a adolescentes en la clínica de Querétaro, me comentó que una estrategia que han tomado algunos de sus colegas médicos ante una situación así ha sido, confirmando lo narrado por las participantes, directamente forzar a la mujer a firmar el consentimiento y colocarle el anticonceptivo:

me tocó ver cómo en el pleno parto, se acercan con ellas y: "señora, firme aquí, porque esta es la hoja de su método". ¿Cuál se va a llevar? Y la señora en pleno dolor de parto, pu's con tal de que se le atienda, firma o pide el primer método que le ocurre. Uno esperaría que lo pidiera como concientizada, informada: cuánto tiempo va a durar, cuál es la revisión que va a tener que llevar ¿no? [Y las] pacientes sí me decían: “Ah, es que la enfermera me, pues me obligó, casi, casi” ¿no? O: “Yo no lo, yo pedí un DIU, pero no sé cuál me pusieron” ¿no? [...] Me decían: "Ah bueno, pues me pusieron algo, pero no sé ni cómo es, cómo funciona (Eduardo, 28 años, Psicólogo PF para adolescentes [SSa, Qro.]

A pesar de que él es crítico de estas situaciones que ha visto ejecutar a sus compañeros y tiene la convicción de que no debe convencer, sino informar a las mujeres para que ellas tomen las

decisiones, sí considera que hay que ver las cosas con cuidado, pues existen factores externos que pueden orillar al personal a actuar de ese modo, por ejemplo, la lógica de funcionamiento de un hospital exige productividad, de manera que es imposible brindar una atención personalizada:

El hospital es otro paso ¿no? más rápido, más.. [chasquea los dedos] productivo, más producción, pues. Como que te exigen [...]. Es la prisa de los médicos por atender a esa paciente y pasar a la otra. Puedo entenderlo, pero bueno, un poco, no al 100% [...]. Eso no exime de que pueda haber espacio de acercarse y darlo [la información] con tiempo de una manera más, más clara, menos forzada. (Eduardo, 28 años, Psicólogo PF para adolescentes [SSa, Qro.]).

Además de la productividad, está la cuestión del cuidado de la salud: ¿Qué hacer cuando un embarazo supondría un grave peligro para la mujer, pero ella se niega a utilizar anticonceptivos?:

hay que considerar que el factor de la salud de las mujeres, muchas de ellas, después de parir o durante el parto, son situaciones de riesgo. O sea, y sí es importante que utilicen un método anticonceptivo precisamente porque se trata del cuidado de su salud. Cuando una, una paciente se le hace saber que es preecláptica, que tiene problemas en la presión, eh, son los casos más graves ¿no? Y que es subestimado por la embarazadas, pues. Bueno, cuando preguntan qué es preeclampsia y se les hace saber que es la variación entre la esta, de la presión, como que dicen: "ah, no es nada". Pero es muy grave. Y eso sorprende y entonces, puedo entender que los médicos pueden llegarse como a frustrar, desesperar de: "pu's señora, tiene que cuidarse ¿no? Tiene diabetes y ahora preeclampsia" o "tuvo un sangrado" ¿no? Entonces, también es ver esa parte de los médicos. Sí habrá momentos en los que presionen a una paciente, pero tienen tantas pacientes y son tantos los casos, que a veces la población no alcanza a entender que sí es una situación grave (Eduardo, 28 años, Psicólogo PF para adolescentes [SSa, Qro.]).

Bajo esta mirada, pareciera surgir una disyuntiva de difícil solución: “Bueno, pues ¿qué haces? ¿Obligas o no obligas?” (Psicólogo, Qro, SSA), a lo que él mismo responde, fiel a su lema de no convencer, sino informar: “Bueno, yo me quedo con: sensibilizo. Pero a veces no todos, no todo el equipo está preparado para sensibilizar, y a veces hay personas que no se quieren sensibilizar” (Eduardo, 28 años, Psicólogo PF para adolescentes [SSa, Qro.]).

Por lo tanto, no se trata de señalar al personal de salud en particular, sino pensar también en las distintas condiciones que propician la existencia de esas prácticas:

Tiene que ver con la actitud, tiene que ver con la carga de trabajo, tiene que ver con la situación personal del médico, tiene que ver, por su parte, todos estos factores con la paciente también ¿no? con el equipo que está atendiendo a esa paciente (Eduardo, 28 años, Psicólogo PF para adolescentes [SSa, Qro.]).

### **Violencia de Pareja.**

Los integrantes del personal de salud no son los únicos ejecutores de acciones de anticoncepción bajo coerción, pues también las parejas de las mujeres, por medio de la violencia, pueden controlar la elección, ya sea de usar o no anticonceptivos, o decidir por ellas cuál usar.

El personal de salud distinguió dos formas principales de violencia que han percibido que ejecutan las parejas de las mujeres. Estas varían en función de la edad de ellas: en las de mayor

edad, la violencia resulta más evidente y han visto casos en los cuales sus parejas les impiden usar cualquier método anticonceptivo o eligen cuál deberían usar; la segunda forma es más evidente en mujeres jóvenes y se trata del hecho que sus parejas sexuales se niegan a usar condón, lo que ha derivado en un aumento de casos, dentro de la clínica, de infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

*“Antes di que le estoy dejando que se tome algo”. Control sobre las decisiones anticonceptivas de las mujeres.*

La primera forma de violencia ocurre con mujeres cuyos esposos les impiden usar algún método anticonceptivo, tal como comenta una enfermera encargada de la clínica de PF en Ciudad de México:

Investigador: ¿Se encuentran seguido [...] casos de mujeres que sus parejas no las dejen [...] usar anticonceptivos? Aquí en este consultorio

Enfermera: Sí. ya contadas, pero sí, sí las hay. Pero el problema es en gente grande ¿no? ya. Es gente ya adulta que dice: "es que yo me quiero cuidar, pero mi marido no quiere, él no se quiere operar, pero no quiere que yo me ponga nada. (Guadalupe, 40 años, enfermera de PF [IMSS, CDMX]).

De forma similar, ocurre que las parejas sí les “permiten” usar algún anticonceptivo, pero él lo elige, incluso si no es el deseado por la mujer e incluso luego de haber tomado ella la decisión de usar otro, la fuerzan a cambiarlo:

Sí, porque a veces hasta el hombre nos ha tocado ver que el que decide qué se va a tomar ella [...] A ella la le dimos la asesoría y en seguida entra el hombre y dice: no, yo no quiero eso. ¿Cómo te metes? O sea, la doctora le dice: “no, pero es que mire, le afecta, pasa esto, esto”. Y el otro le hace caras como que "¡Cállate! ¡Ya vámonos! ¿no? (Guadalupe, 40 años, enfermera de PF [IMSS, CDMX]).

Ante situaciones como éstas, la enfermera reconoce su incapacidad de actuar, pues debe también salvaguardar su propia seguridad:

Los hombres también son muy agresivos, son muy groseros, son, así como que están muy locos, y antes diga que, que les dejamos hacer, es que sí, *antes di que le estoy dejando que se tome algo.* (Guadalupe, 40 años, enfermera de PF, turno vespertino [IMSS, CDMX]).

Además, en esta última cita queda evidente que estos varones se creen con el derecho de controlar las decisiones de las mujeres en relación con la elección de anticonceptivos, no sólo deciden qué método deben usar, sino que consideran un “favor” que le hacen a la mujer el “permitirle” usar algún método.

Al preguntarles acerca de las causas de este fenómeno, lo atribuyeron sin dudar al machismo, que perciben como una problemática aún vigente en nuestro país.

Investigador: ¿Y a qué cree que se deba eso?

Enfermera: Al machismo

[...] Ginecóloga: Yo creo que todavía existe a estas alturas de la vida el machismo eh. ¿cuántos feminicidios todavía siguen... presentándose día a día ¿no? Y pues es una forma de violencia, el hecho de que tú sujetes a una mujer a seguir teniendo los hijos que la persona hombre quiere ¿no? (Guadalupe (40 años) y Gabriela (42 años), enfermera y ginecóloga de PF [IMSS, CDMX]).

Y este problema se agrava cuando el machismo de parte de las parejas se ve potenciado el machismo de parte del mismo personal de salud, como atestiguó la participante Alejandra, en un hospital de Querétaro:

Sí, de hecho, en el caso de, cuando [mi hijo], me pasó, pasó algo bien curioso, porque en la cama de enfrente estaba una señora que también era de [mi mismo pueblo], pero me imagino que de una comunidad. Y decía ella, creo que tenía cuatro hijos, cinco hijos, o algo así. Y le dijeron que por qué no se operaba, que por qué no firmaba para operarse. Este, que ya debería de firmar para operarse. Y ella le dijo que en su clínica le habían dicho que su esposo era quien tenía que dar la autorización.... Entonces ya le dijeron: "en las clínicas se está manejando así, pero no, si usted me firma ahorita, yo la opero. (Alejandra, 29 años, pedagoga, atendida en hospital SSa, Qro.).

Resulta sumamente preocupante el hecho de que en una clínica pública de salud se pueda mantener ese tipo de ideas, así como también es preocupante el reconocimiento de la enfermera de que "así se está manejando en las clínicas", sin mayor problematización al respecto. Esto se presenta como un problema estructural que es importante sacar a la luz. Pues esta situación deja a las mujeres atrapadas entre dos frentes: por un lado, un sistema de salud organizado para obligarla a utilizar anticonceptivos, y por el otro, un sistema social en el cual se considera que sus cuerpos y sus decisiones son propiedad de sus parejas. Y algunas mujeres, por tanto, quedan en el medio, desprovistas de autonomía sobre sus cuerpos para decidir sobre el uso de anticonceptivos.

*"Es que no se siente igual". Negación del uso del condón y violencia contra mujeres jóvenes.*

Más evidencia acerca de la generalización y actualidad del machismo, puede notarse en las violencias que son percibidas por el personal de salud, que afectan en mayor medida a las mujeres jóvenes, y también tienen que ver con el uso, o negación a usar, métodos anticonceptivos. Consiste en que sus parejas sexuales se niegan a usar condón y ellas se ven obligadas a usar otro tipo de métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo, pero que no previenen contra Infecciones de Transmisión Sexual (ITSs). Esto ha provocado un incremento en los casos de ITSs en mujeres jóvenes en la clínica en Ciudad de México.

Enfermera: Es que [sus parejas] dicen que no se siente igual, es lo que alegan, que no se siente lo mismo

Ginecóloga: Los hombres sí, casi siempre dicen eso.

G: Es lo que les dicen sus parejas.

E: La mujer sí cede a lo que la pareja quiere (Guadalupe (40 años) y Gabriela (42 años), enfermera y ginecóloga de PF [IMSS, CDMX]).

Vemos aquí que la ginecóloga y la enfermera afirman que los hombres no desean usar condón debido a que piensan que el acto sexual "no se siente igual" que sin él. Esto nos lleva a pensar en que se centran únicamente en su propio placer, e incluso recurren a la violencia al presionar a las mujeres para no usar condón:

Enfermera: Lo que yo me he dado cuenta es que, son muy ¿cómo te explico? Son muy presionadas a que, la mayoría ¿qué te digo? de 10, 8 vienen y me dicen: "es que mi novio

me presiona”, “es que mi novio no le gusta”, “es que traigo aquí a mi novio y usted explíqueme”.

Investigador: ¿La presiona para usar/para no usar condón?

E: Para no usar preservativo, exacto. Para no cuidarse con eso, entonces, ellas realmente lo tienen que hacer así (Nancy, 25 años, enfermera de medicina preventiva, turno vespertino [IMSS, CDMX])

Sin embargo, la enfermera no cuenta con las herramientas para ayudarlas. Aunque existe un mecanismo institucional mediante el cual esos casos de violencia son derivados a Trabajo Social, y posteriormente a psicología<sup>27</sup>.

No obstante, la reducción en el uso del condón también tiene que ver con falta de información por parte de algunas usuarias. De acuerdo con la enfermera de PF del IMSS en Ciudad de México, ellas creen que con usar otro método anticonceptivo “es suficiente” para prevenir ITSs, de manera que ellas rechazan los condones que se les ofertan:

[...] ¿quieres condones? "no". A todos. No hay nadie que entre aquí que no se le diga que si no quiere método. Se los damos 18, y no quieren. "No, doctora, no. Así estoy bien". Piensan que con eso es milagroso (Guadalupe, 40 años, enfermera de PF, turno vespertino [IMSS, CDMX]).

Por lo tanto, a pesar de que en las mujeres jóvenes ven un incremento en el uso de anticonceptivos respecto a las de mayor edad, esto no ocurre con los preservativos, lo cual ha traído como consecuencia, un incremento en las ITS, en particular Virus del Papiloma Humano:

Ya hay más gente con más métodos. Ya más bien lo que nos están llegando son contagios, porque piensan que ese es milagroso y con ese no se enferman de nada, pero sí. Porque prefieren eso que el condón y piensan que el condón no es un complemento de eso. ‘Ton's ahora ya vienen con enfermedades venéreas, pero sin niños ¿no? (Gabriela, 42 años, Ginecóloga de PF [IMSS, CDMX]).

Hemos hecho Papanicolaous, eso sí nos corresponde a nosotros, y ha habido más casos de VPH y más en menores de edad o de 18 a 27 años, o sea, personas jóvenes (Nancy, 25 años, enfermera de medicina preventiva [IMSS, CDMX]).

Y este problema se acentúa porque, a pesar de que se identifica que los hombres no desean usar los condones y presionan a sus parejas para ello, no existen claros mecanismos, como en el caso de las mujeres, para promover el uso de anticonceptivos en hombres, particularmente hombres jóvenes:

han venido señores ¿qué te diré? de 30 años, 30 años en adelante, porque, de verdad, de 20 años, 25, nadie viene por preservativos. Son más como adultos mayores que vienen por preservativos (Nancy, 25 años, enfermera de medicina preventiva [IMSS, CDMX]).

A pesar de que en algunos casos también existe la derivación hacia PF, esta no resulta tan efectiva como en el caso de las mujeres, a quienes se les insta a acudir desde distintos consultorios y en distintas ocasiones, independientemente del motivo por el que acuden a la

---

<sup>27</sup> Véase sección sobre el proceso de canalización, p. 118.

clínica. Y esto no ocurre en el caso de los hombres, de modo tal que son muy pocos quienes acuden. De acuerdo con la enfermera de PF, “son contados los que vienen. En un mes, a la mejor llega uno”. Esto, a pesar de la posibilidad de otorgar de manera gratuita los preservativos, en las cantidades deseadas:

Si ellos quisieran cada año venir por preservativos aquí en medicina se les da, y cepillo de dientes y desparasitante, pero si ellos quieren tener preservativos, casi cada mes o cada semana. De hecho, en Planificación Familiar hasta les dan unas cajas. Y ya tienen, ya la doctora los tiene identificados y ya sabe "ah, es tal paciente, bueno sí". Se les da su caja de dotación. Ésta dura, no sé ¿qué te diré? como un mes, al mes siguiente vienen y así.

Allá se les dan así (Nancy, 25 años, enfermera de medicina preventiva [IMSS, CDMX]).

Esto muestra un desinterés de parte de los hombres por involucrarse en acciones de prevención en salud sexual, así como un desinterés de parte de la institución de ampliar el foco de sus campañas. Resulta más fácil coaccionar a las mujeres para que usen anticonceptivos, puesto que existen distintos mecanismos para hacerlas cautivas en las clínicas y hospitales. Esto, sumado a un mandato social en el cual es su responsabilidad el cuidado de la salud, lleva a la institución a ignorar a los hombres como receptores de campañas para promover la salud sexual, lo cual mantiene y promueve la existencia de las violencias como las aquí descritas.

### **Mandatos morales e incitaciones éticas**

El último de los dispositivos a analizar se relaciona con algunos de los discursos utilizados para la promoción (o prohibición) de anticonceptivos que derivan de mandatos morales a acatar por parte de las mujeres.

### **Maternidad obligatoria**

El principal mandato es el de la maternidad como algo central en la vida de las mujeres. Aunque sólo de algunas, pues otras intersecciones, como la edad, la raza, la situación económica, entre otras, median o modifican tal discurso.

En relación con la edad, es un factor determinante para la “recomendación” del personal de realizarse una OTB, que puede significar una prohibición para tener más hijos. Por ejemplo, Melissa narra que, a su madre, de más de 40 años, durante sus consultas en PF como parte del programa PROSPERA, le dijeron que “ya era muy mayor para seguir usando preservativos, que debería esterilizarse” (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, ocupación cuidado del hogar, atendida en Ssa, Qro.).

Una situación similar le ocurrió a Fabiola:

[cuando nació mi hija, me dijeron]: “No, pues ¿cuántos años tienes? [...]. Oiga señora ¿Y ahora sí...?”. Como que ya, o sea, como que no te lo dicen, pero, y allá en el particular, pero te dicen: “¿Ya se va a operar, no?” O sea, ya no es ya planificación es más bien como ya. De hecho, yo dije: “De hecho, sí”. Pero como que hasta primero sale del médico que dicen: “Bueno ¿Y entonces?” [...]. O sea, que como que casi te lo dan, así como que, no forzoso, pero sí ya ellos son los que primero ya casi tienen la hoja ahí y “aquí ya firmele”. Pero yo dije: "no, pues sí. De hecho sí, es algo que sí lo pensaba”, le digo. "Ah bueno, entonces ya”. De hecho, vas al hospital y lo primero que te hacen en lo que tú ya

tienes tu cita, pero en lo que tú ya llegas y antes de dar tu nombre, te dan tu carta para que firmes. Pero dije: "no, pues sí estoy de acuerdo" o sea, no lo sentí así, pero sí es como que lo primero que te muestran. (Fabiola, 38 años, ingeniera, atendida en hospital SSa, Qro.)

En su caso, el médico asumió que dada su edad (35 años al momento) y que se trataba de su tercer parto, ella tendría que realizarse una cirugía de esterilización. Aunque Fabiola ya había tomado la decisión previamente, por lo que no percibe como violento este hecho, la iniciativa fue del médico, además de que no fue presentada realmente como una opción, sino como un requisito, como menciona Fabiola al decir que "casi tienen la hoja ahí", para que ellas firmen antes siquiera de haber expresado su opinión.

También sucede el extremo contrario, discursos del personal de salud que hacen referencia a que las mujeres están "muy chicas", ya sea para dejar de tener hijos en caso de que deseen realizarse una OTB de manera voluntaria, o ya sea para empezar a tenerlos. Un ejemplo del segundo caso lo comparte la misma Melissa, a quien le hablaron durante su consejería en PF, cuando tenía 18 años, que debía durar con su método (un DIU) mínimo tres años, y que le convenía mantenerse ese tiempo con él "porque estaba muy chica, que si a poco ya iba a tener bebés. Y yo así de: "y eso a ustedes qué?" (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, ocupación cuidado del hogar, atendida en SSa, Qro.).

De esta manera, los prejuicios del personal de salud se cuelan en su práctica y pueden resultar en situaciones violentas. Alejandra pasó por algo similar, durante la atención del parto de su segundo hijo:

Cuando nació [mi segundo hijo], estaba una, no sé si practicante o doctora. Este, cuando iba a entrar, cuando me iban a ingresar a la sala. Me llevaron unos muchachos practicantes. Entonces se me queda viendo la muchacha y dice: "No manches, está bien chiquilla". Y le dice el practicante, el muchacho, dice: "No, no está tan chica. Tiene 23". Creo tenía, 23-24, algo así. No, sí, 23. Dice: "Pero ¡Ay! ¿Pero 23 y ya por el segundo?" Pero se me queda viendo así como: "¡Ay, no manches!" De hecho, hasta por el tono ¿no? Luego, luego a juzgar. Le digo: "¿Qué? Ya es el último". Entonces ya no me dijo nada. (Alejandra, 29 años, pedagoga, atendida en hospital SSa, Qro.).

Respecto a la segunda situación, el caso de mujeres que no desean ya tener más hijos y optan por realizarse una OTB, también pueden enfrentar obstáculos para hacer valer su derecho, principalmente debido a las ideas del personal de salud, que las consideran "muy chicas" para tomar esa decisión y consideran que, inevitablemente, se arrepentirán posteriormente:

También, por ejemplo, yo iba...Pues yo llegué a preguntar y no me decían nada: "no, es que usted está muy joven, todavía no, no necesita, o sea operarse. No, todavía no". (Margarita, 49 años, emprendedora, escolaridad secundaria, atendida en hospital SSa, Qro.)

Miriam: Ah, sí. La clásica: "no, es que está muy joven, no la podemos operar" [...]. He tenido amigas que les dijeron que no las podían operar todavía porque estaban muy

chicas. Estaban muy jóvenes y que todavía no. (Miriam, 29 años, ingeniera química, atendida en hospital SSa, Qro).

Aunque Fabiola reconoce que es posible que no en todos los casos esa negativa de parte del personal sea algo malo, pues si las mujeres están tomando esa decisión justo tras el sufrimiento del parto, si es posible que pudieran arrepentirse después:

Fabiola: Yo sí conozco jovencitas que a lo mejor ahorita tienen 18 años y que tienen un bebé. Y no, ya sabe, que sufrieron [...] y que la muchachita sí dijo: “¿sabes qué? yo ya no quiero volver a pasar por esto, a mí opérenme. Y es decisión mía y opérenme”. Pues no quisieron los doctores. “No, es que tranquila, a lo mejor es ahorita porque... pero te aseguro que, en 2-3 años te vas a arrepentir”. Y la verdad digo, pues ese es un tema. Pues, o sea, yo podría decir que sí porque cada quien es libre. Si la muchachita se arrepiente a los tres años, bueno pues... Pero la verdad, es cierto. Bueno, yo a lo mejor como mamá, bueno no sé, no sé. Porque a lo mejor como mamá, que mi hija esté en esa situación, pues no lo sé. bueno, a lo mejor “Sí hija, pero piénsalo tranquila”. Yo lo que diría es: “Tú tienes libre de tomar decisiones, pero deberías de tomar una decisión en el momento adecuado para tomar la decisión adecuada”. Ahorita está con los dolores, está con el, no sé, con los dolores de todo el cuerpo [...], no lo sé, con el hijo acá, si mejor que está llorando, no lo sé. Porque uno pues ya lo ha vivido. Y es que ahí hay mucho dilema porque es como que cuestión de los doctores, que dicen: no. (Fabiola, 38 años, ingeniera, atendida en hospital SSa, Qro.).

Entonces, resulta fácil empatizar con el sentir de la mujer que desea que le realicen una OTB tras el sufrimiento del parto, pero Fabiola considera que no resulta el mejor momento para tomar una decisión de esa naturaleza. El mismo personal reconoce que es posible que más adelante se arrepienta de ello. Sin embargo, existen dos contradicciones aquí. La primera es que ese reconocimiento del personal de salud de que no es el mejor momento para tomar una decisión respecto a una OTB no es extensivo para el resto de anticonceptivos, e incluso buscan aprovechar el momento de confusión y vulnerabilidad para intentar que las mujeres firmen los consentimientos informados y se decidan por usar algún método, que incluso, en el caso del DIU, se puede colocar en ese mismo instante.

La segunda contradicción es que, aun cuando una mujer considerada joven acuda a las clínicas de PF en otro momento, en el cual no podría considerarse que es una decisión irreflexiva derivada del dolor del parto, el personal tiende a negarse, o al menos a dificultar el proceso para que las mujeres puedan acceder a la anticoncepción definitiva.<sup>28</sup>

Además, la idea de que, inevitablemente, se arrepentirán después, obedece también al mismo mandato moral de la maternidad obligatoria, que resulta muy prevalente y es interiorizado por las personas, tanto del personal de salud como las mismas mujeres, al grado que, pese a decidir conscientemente el ya no querer más hijos, llegan a tener un malestar ante la idea de “perder” la “capacidad de ser madres”, como lo dice Margarita:

---

<sup>28</sup> Véase sección “el proceso de canalización dentro de la clínica”, p. 118

Margarita: Pero sí, yo sí me sentía así como que "bueno, ya no voy a tener..."

Magali: ¿Te sentías culpable por ya no querer tener hijos?

Margarita: No, no me sentía culpable. Pero sentía, no sé, como que me iban a quitar algo que era mío, eso fue lo que yo sentí (Margarita, 49 años, emprendedora, escolaridad secundaria, atendida en hospital SSa, Qro.; Magali, 29 años, emprendedora, escolaridad ingeniería, atendida en SSa, Qro.).

De manera similar, Fabiola comparte una mala experiencia que tuvo en una consulta ginecológica, que muestra la importancia que para ella tenía la maternidad y, de pronto, ante un mal diagnóstico sintió que le arrebatan esa posibilidad, al grado que usa un término muy significativo, desahuciada como madre:

Yo con los doctores he tenido, bueno, con muchos doctores, muy malas experiencias. De hecho, en el primer doctor dije: "pues voy a ir al ginecólogo, para que me oriente, para que me diga". Pues el primer, casi de los primeros ginecólogos que fui, ya con, la cuestión de planeación familiar, me dijo: "No, usted nunca va a poder tener hijos. Usted está malísimo". O sea, yo fui a mi chequeo, me hice ultrasonido, no, yo ahí bien queriendo tener hijos, y lo que me dijo era que ya estaba casi *desahuciada* como madre. No, pues salí así [hace seña de mano temblando]. [...] 'Tonces la verdad, muchos doctores a mí me bloquearon, por una que me dijo que no iba a poder tener hijos, o sea, ese diagnóstico que te den, pues sí te da hasta el suelo. Y al mes ya estaba embarazada. (Fabiola, 38 años, ingeniera, atendida en consultorio privado)

#### **Anticoncepción como responsabilidad de las mujeres.**

Otro de los mandatos morales en relación con el uso de anticonceptivos es el considerar que su uso resulta responsabilidad exclusiva de las mujeres. Esto se ve reflejado en las narraciones del personal de salud respecto a la población que atienden, por ejemplo, al decir que las mujeres "siempre vienen solas, [...] no vienen ni con el esposo, ni con la/ siempre vienen solas. (Guadalupe, 40 años, enfermera de PF [IMSS, CDMX]).

Esa responsabilización también se refleja en las políticas institucionales que imponen metas de colocación de anticonceptivos para mujeres mucho mayores que para los hombres. También se refleja en la gran variedad de oferta de anticonceptivos para mujeres, incluyendo todos los métodos hormonales (pastillas, inyecciones bimensuales y mensuales, parches, implante subdérmico, DIU hormonal y no hormonal, anillo vaginal, la OTB, entre otros.), en contraste con la limitada oferta para los hombres, que se limita a la provisión de condones y vasectomía, "en caso de que tengan paridad satisfecha" (Paola, 35 años, Ginecóloga de PF [IMSS, CDMX]).

Al estar centrados los anticonceptivos y sus estrategias de promoción en las mujeres, se quita a los hombres la responsabilidad y, por tanto, su interés en formar parte del proceso de decisión o atención:

Porque ni siquiera me acuerdo ese, a mi novio de ese entonces, si siquiera como interés en: "ah, pues vamos a ver". Nada, o sea, tú eres la que te tenías que hacer tú solita (Magali, 29 años, emprendedora, escolaridad ingeniería, atendida en IMSS, Qro.).

Esto, desde luego, se refleja también en que los hombres no acuden a las clínicas de PF y no se involucran en la toma de decisiones sobre esta temática con sus parejas y a la vez, algunos se niegan a usar ellos algún método:

El hombre es muy, muy cerrado. Son contados los hombres que son muy abiertos a platicar o acompañar... Siempre, por lo regular, viene la mujer sola, es rara la que viene con su pareja. Y por lo general son gente ya grande, las que vienen con su pareja. Ya tienen hijos, ya tienen años juntos [...]. Pero el hombre es muy renuente. Nunca quiere el método, nunca quiere operarse, ni pedir condón. Siempre es, por lo general, la mujer. El hombre es muy renuente. El hombre, como que eso es cosa de mujeres (Guadalupe, 40 años, enfermera de PF [IMSS, CDMX]).

Y si a esto añadimos lo comentado anteriormente, acerca de que las políticas de PF, así como el proceso de canalización dentro de la clínica están dirigidas casi exclusivamente hacia las mujeres, a nivel institucional se refuerza este hecho y se promueve de forma indirecta que los varones no se involucren.

En consecuencia, la responsabilización se refleja en las experiencias de las mujeres, quienes lo ven como un problema a nivel de un sistema que —dicen— está mal e implica violencia y sufrimiento para ellas:

Lo que sí recuerdo de mí es que yo me enojé mucho porque dije: "¡Ay, ¿Qué pedo con todo el sistema, no?!" [...]. Dije: ¿Qué onda, sí, con todo esto, que a mí es a la que me están recomendando cuidarme ¿no? (Pamela, 23 años, psicóloga, atendida en clínica privada, CDMX).

Estaba yo leyendo que sólo las mujeres tenemos 6 días, aproximadamente, de fertilidad, o sea, somos 6 días fértiles. Y nosotras estamos obligadas a tomar las pastillas todo el mes, cuando solo son 6 días los que podemos engendrar, embarazarnos. Y eso está muy mal porque ¡Ah no! con todos los efectos que tienen las pastillas. Está terrible, o sea, yo creo que desde el diseño de los anticonceptivos hay un tremendo error y violencia para nosotras porque nosotras somos las que sufrimos y nadie lo nota y nadie lo quiere ver y nadie hace nada (Magali, 29 años, emprendedora, escolaridad ingeniería, atendida en IMSS, Qro.).

### **Las Mujeres resisten a la violencia. Experiencias en el uso de Anticonceptivos y Obstáculos para una Anticoncepción Deseada**

Hasta ahora he abordado algunos dispositivos por medio de los cuales se fuerza o presiona el uso de anticonceptivos por parte de mujeres en instituciones públicas de salud en México. Las narraciones hacen pensar en cómo los métodos anticonceptivos pueden ser usados como instrumentos para controlar la capacidad y decisiones reproductivas de las mujeres en aras de cumplir objetivos de control demográfico, como la disminución de la mortalidad materna o la disminución de embarazos de mujeres de bajos recursos económicos. Sin embargo, hay que tener precaución al hacer esa interpretación, pues históricamente, un tema central que ha unido diversos feminismos en México ha sido la lucha por el acceso a métodos anticonceptivos como un medio para la liberación sexual y la consecución de autonomía sobre sus cuerpos. Hoy en día, los métodos se ofertan de manera libre y gratuita a todas las personas en las instituciones públicas de salud. No obstante, esto resulta insuficiente, pues la lucha del feminismo ha estado enmarcada en un objetivo

más amplio que es el de la maternidad voluntaria, que incluye, además del acceso a anticonceptivos, una educación sexual dirigida con especificidad a distintas edades y escolaridad, el derecho al aborto y el rechazo a la esterilización sin consentimiento.

Por lo tanto, la crítica a los dispositivos aquí planteada no es una crítica a los anticonceptivos en sí mismos, sino al hecho de que sean colocados en contra de la voluntad de las mujeres, o que, cuando sí deseen utilizar anticonceptivos, no existan los medios para acceder al deseado, no tengan la información suficiente para tomar una decisión adecuada, o se impida su acceso a los métodos en función de mandatos morales, como la maternidad obligatoria que impide a las mujeres jóvenes que no desean tener hijos/as el acceso a los procedimientos de esterilización, o la negación de los servicios a adolescentes.

En esta sección, abordaré la otra faceta de los métodos anticonceptivos. Qué obstáculos enfrentan las mujeres que sí desean usarlos para acceder a ellos, cómo ha sido su experiencia con su uso y con la atención en Planificación Familiar, así como los aspectos que ellas consideran que necesitan cambiar para garantizar su acceso a la salud sexual y reproductiva digna y adecuada a sus necesidades.

### ***Resistir a la violencia***

Las mujeres, dentro de los hospitales, son colocadas en un lugar de vulnerabilidad, por lo que sus posibilidades de agencia son limitadas, pues todo el sistema se encuentra configurado para funcionar de la misma forma siempre, independiente de los deseos y necesidades de las mujeres en particular. Por lo que, cuando los mandatos del personal de salud encuentran resistencias, se implementan estrategias para acallarlas.

A lo largo de este capítulo, se ha hecho evidente cómo las violencias de parte del personal de salud escalan conforme van encontrando resistencias. Así, por ejemplo, lo que puede comenzar como una pregunta de rutina para el personal de salud: “¿Con qué método se va a cuidar después de su embarazo?”, de encontrarse con una respuesta inesperada, se vuelve el comienzo de una serie de violencias que siguen creciendo en caso de encontrar nuevas negativas.

Esta escalada en la violencia resultó más notoria en la aplicación de la estrategia de APEO en las diferentes clínicas. Esta estrategia comienza durante las consultas prenatales de las mujeres embarazadas, en las cuales se les recomienda el uso de algún método anticonceptivo al terminar su embarazo, “para permitir a su cuerpo recuperarse”, “para disfrutar de su bebé”, o bien, como normativa institucional para reducir la mortalidad materna. Cada una de las consultas prenatales constituye un espacio para preguntar a las mujeres y procurar que firmen un formato de consentimiento informado antes de la atención de su parto en el hospital.

Conforme se acerca la fecha del parto, los recordatorios para firmar el consentimiento informado y aceptar un método anticonceptivo se hacen más frecuentes. En el hospital del IMSS en Ciudad de México, además de las consultas prenatales, existe la sesión prenatal, una plática de dos horas para las mujeres embarazadas y sus parejas, en la cual les informarán sobre los requisitos para acceder a la atención de sus partos. Aunque no se presentó como un requisito y, de hecho, en la sesión prenatal a la cual asistí la trabajadora social fue muy enfática en decir a las mujeres que no

se les puede obligar a utilizar ningún método, la recomendación y exposición sobre los beneficios de adoptarlo fue una parte importante de la sesión.

Posteriormente, si las mujeres, acuden a la atención de su parto sin haber aceptado un anticonceptivo o al menos firmado un consentimiento informado (porque no desean hacerlo), da comienzo una serie de violencias que tienen como propósito, ya no convencerlas del uso de anticonceptivos como la mejor opción para su salud, sino la obtención de su firma en el formato de consentimiento.

De esta manera, algunas participantes compartieron cómo a su entrada al hospital, el personal de salud les dijo que la firma del consentimiento informado era un requisito para poder acceder a la atención de su parto. En caso de que las mujeres decidieran no firmar, o que la premura de la situación no permitiera al personal recabar la firma, el siguiente momento para intentar obtener esta firma es justo después del parto o durante la cesárea, pues el personal lo considera un buen momento porque las mujeres se encuentran ya en quirófano y la colocación de un DIU sería más fácil.

Si las mujeres no desean utilizar algún método y logran mantener su negativa, la última oportunidad del personal de salud es abordar a las mujeres en la sala de puerperio, en donde se encuentran recuperándose del parto y previo a abandonar el hospital. Debido a ello, es entonces cuando se utilizan las estrategias más agresivas para obtener la firma del consentimiento. Estas fueron descritas antes y pueden consistir en gritos, regañones o humillaciones, un trato infantilizador, la colaboración de diversos miembros del personal de salud para abordar a las mujeres en conjunto, platicar con sus familiares para que también “ayuden” a convencerlas o indicarles que no podrán abandonar el hospital hasta que hayan aceptado usar algún método anticonceptivo.

La existencia de esta sucesión de mecanismos cada vez más violentos implica que del otro lado hay una mujer resistiendo a esos avances. Cada negativa supone un esfuerzo extra del personal de salud: acudir con ella más ocasiones, hablar con sus familiares, aliarse con otros miembros del personal, gritar, engañar, regañar, amenazar, etc. En ocasiones, la violencia escala de tal manera que es imposible seguir negándose, pero incluso la aceptación del método en ese momento, podría significar un acto de resistencia, una estrategia de defensa para evitar más violencias.

Debido a la configuración de las instituciones, a la posición de poder en que se encuentra el personal, a que las usuarias se encuentran aisladas y a la violencia constante, en ocasiones son menores los cambios que pueden producir mediante sus acciones, pero éstas son significativas para ellas, pues no se someten pasivamente al poder ejercido. Y siempre encuentran formas para resistir.

Algunas son muy evidentes y consisten en quejarse abiertamente o responder al personal de salud que se comporta de forma grosera con ellas, como lo hizo la madre de Melissa, quien entró en conflicto con un miembro del personal de salud debido a que “se portó bien déspota” y la reportó con su superior, sin embargo, el superior respondió que no podía hacer más que llamarle la atención.

En esa ocasión, la resistencia fue ineficaz, pero otras veces, el solo hecho de responder con firmeza a los embates del personal de salud es suficiente para detener las violencias, como hizo Alejandra quien, ante la insistencia del personal de salud para que se realizara una OTB luego de que había cambiado de opinión y decidido rechazar su consentimiento, señala que le “contestó feo” a la enfermera, y fue ese contestar feo lo que la hizo detener su insistencia.<sup>29</sup> Del mismo modo, cuando se encontró en una situación en la cual el personal estaba hablando de ella de manera irrespetuosa —como si no estuviera presente— sobre su edad y que consideraban que estaba “muy chica” para estar en su segundo embarazo. Ella se introdujo en la conversación deteniendo así los comentarios ofensivos<sup>30</sup>.

Estas formas de resistencia son evidentes y efectivas. Pareciera que el personal de salud no espera respuesta de parte de las mujeres, únicamente que acaten sus indicaciones. Sin embargo, no todas pueden responder de esa manera, o puede ser el caso de que, si lo hicieran, podrían ponerse en una situación de mayor riesgo.

Pero existen formas menos visibles de resistir, pero de importancia simbólica para las mujeres. Por ejemplo, no volver a consultas. Melissa decidió no regresar a la clínica en la cual le realizaron un Papanicolaou en la cual la lastimaron y fue tratada de manera impersonal por la médica<sup>31</sup>. Del mismo modo, el psicólogo encargado de PF para adolescentes narró cómo, tras el fin del programa PROSPERA, que obligaba a las beneficiarias a acudir a consultas mensualmente, la clínica atiende a muchas menos personas. Él lo atribuyó a que las personas no se preocupan por su salud, pero al considerar la perspectiva de las mujeres, para quienes el acudir a consulta de manera innecesaria implica descuidar otras labores, además de los malos tratos recibidos en las consultas, como discriminación o ser presionadas para utilizar anticonceptivos, no es difícil pensar en esta renuncia a una forma de resistencia<sup>32</sup>.

Por último, está el reconocimiento de la violencia vivida y de las deficiencias de los servicios de PF y la atención en salud sexual y reproductiva en general: malos tratos, personal poco capacitado, insuficiencia de insumos y deficiencias en la construcción misma de las políticas públicas, que excluyen a los hombres como objetivo y miden la efectividad de los programas en función del número de mujeres que aceptan un método y se mantiene con él, o la efectividad de los métodos sólo al prevenir un embarazo, sin considerar todos los efectos secundarios que tienen y cómo afectan la vivencia de las mujeres.

En respuesta a esas deficiencias, las participantes que colaboraron con esta investigación han actuado de diversas maneras, por ejemplo, ante la deficiencia de información en las clínicas, buscar información por su cuenta; ante la incapacidad del personal, la creación de redes de apoyo entre amigas, en las cuales comparten experiencias con el uso de anticonceptivos: efectos secundarios experimentados, mejores marcas, costos, etc.; y ante la deficiencia en general de los servicios de salud sexual y reproductiva, hablan sobre sus necesidades respecto a lo que tendría

---

<sup>29</sup> Véase p. 139

<sup>30</sup> Véase p. 159

<sup>31</sup> Véase p. 126

<sup>32</sup> Véase p. 134

que cambiar en las clínicas. A continuación, desarrollo con más detalle cada uno de estos aspectos.

### ***Efectos secundarios de los anticonceptivos***

Como parte de mi observación de campo, ingresé a los consultorios de planificación familiar de las clínicas del IMSS en Ciudad de México y el hospital en Querétaro para entrevistarme con las ginecólogas encargadas. En el caso de una de las ginecólogas de la Ciudad de México, la entrevista comenzó como una consejería, con ella brindándome la información relativa a los métodos anticonceptivos, los que tenían disponibles, cuáles iban dirigidos a hombres y cuáles a mujeres, los tipos de anticonceptivos y algunos de sus efectos secundarios:

Para el hombre solamente tenemos preservativo y la vasectomía, pero para la mujer sí tenemos, pues variedad [...]. Los métodos se dividen en dos, los que tienen hormonas y los que no, el único que no tiene hormonas, pues en este caso es el preservativo para el hombre, para la mujer la T de cobre. Todos los demás son hormonales y todos tienen los mismos efectos secundarios, los hormonales: aumento de peso, dolor de cabeza, náuseas, mareo, cambios en el estado de ánimo. Y la T de cobre, pues son otros efectos [...]

De los hormonales, pues tenemos pastillas, parches, inyecciones, y de máxima duración, o sea, de mayor duración tenemos el implante o el dispositivo Mirena. Y pues el único no hormonal es la T de cobre y la T de cobre dura 5 años (Paola, 35 años, Ginecóloga de PF [IMSS, CDMX]).

Esta ginecóloga me dijo, además, que la atención brindada a las usuarias es personalizada pues, dado que todos los métodos tienen efectos secundarios, su objetivo es hacer una consulta específica para cada usuaria, de manera que elija el método que menos efectos le provoque y que se adapte mejor a su vida diaria:

Sí se necesita valoración médica porque pues es, para cada persona es diferente. Todos tienen efectos secundarios. Por eso es que hay tanto mitos hacia los métodos. Que dicen: "El implante me subió 20 kilos", "el dispositivo, me embaracé con el dispositivo". Entonces hay que valorar a la paciente, su edad, su peso, su talla, si tiene enfermedades, y dependiendo de eso ya qué método le queda mejor. Con menos efectos secundarios y que se adapte a su vida.

Entonces es muy importante, sí, que vengan a una valoración y ya dependiendo de eso, ya les seguimos dando el método y también el seguimiento. Todos requieren seguimiento periódico (Paola, 35 años, Ginecóloga de PF [IMSS, CDMX]).

La ginecóloga de PF en el hospital de Querétaro señaló algo muy similar:

Tratamos de fortalecer el asesoramiento para convencerlas de que, si van a tener vida sexual activa, siempre se vayan con un método. Si no les queda uno, que utilicen otro, para que veamos cuál es el que les va a quedar. Porque es un hecho que no todas toleran el mismo método como las demás. Entonces tratamos de buscarles el que sea más cómodo o el que menos efectos les genere, o que no les genere ningún efecto, para que estén tranquilas y seguras y se vayan protegidas. Y no se vayan con esa incomodidad o con el miedo (Araceli, 39 años, Ginecóloga de PF [SSa, Qro])

Tal como ellas dicen, todos los métodos dirigidos a las mujeres tienen algún efecto secundario, por lo que la solución sería que la mujer escoja el que más se le acomode, o el que menos efectos secundarios le provoque.

Por su parte, una de las ginecólogas del hospital queretano también habló acerca de los efectos secundarios, aunque los minimizó, por ejemplo, al decir que no son de gravedad, que en la realidad no ocurren todos los efectos que se señalan en la literatura y al hablar de ellos en diminutivo, como “sangraditos”:

Investigador: ¿suelen tener efectos secundarios de importancia?  
Ginecóloga: Así como graves no. Lo más que he visto son los sangraditos. La literatura te va a marcar muchos efectos secundarios, pero dentro de la práctica hay mucha tolerancia a los métodos y lo que más se ve son los sangrados irregulares o abundantes (Araceli, 39 años, Ginecóloga de PF [SSa, Qro])

En contraste, para las mujeres usuarias de los métodos, los efectos secundarios resultan una cuestión central en su uso, pues estos son descritos como muy molestos (Pamela) o como horribles (Paloma). Algunos de estos efectos se relacionan directamente con lo relativo a la aplicación del método, por ejemplo, resulta sumamente incómodo aplicarse inyecciones de manera mensual, como lo menciona Alejandra: “cambié a las inyecciones mensuales, pero no me gustaban porque, no manches, estarme picando a cada rato, pues no es bonito” (Alejandra, 29 años, pedagoga, atendida en IMSS, Qro.).

También el implante anticonceptivo puede provocar miedo por el procedimiento de su colocación, como atestigua Melissa:

yo les decía que, si no tenían otro, o algún otro, porque pues hay un buen, pero, me decían a fuerzas de ese, el del brazo [implante anticonceptivo], [...]. Y yo, pues no, porque ese me daba miedo. Tan solo abrir el brazo para ponerlo ¡No! (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, ocupación cuidado del hogar, atendida en SSa, Qro.).

Otros efectos son sentidos directamente en el organismo, como el incremento en el tiempo y la intensidad de los cólicos menstruales, así como una duración mayor de la menstruación (debido al DIU) (Pamela). Y los métodos hormonales son los que más efectos secundarios provocan, como el aumento de peso, “mi piel estaba muy fea” (Magali), sangrados abundantes y muy duraderos (hasta seis meses), trayendo como consecuencia una anemia (Miriam), dolor de cabeza y dolor de cuerpo (Alejandra).

Un tercer grupo de efectos secundarios se manifiestan a nivel emocional, como los “cambios de humor horribles” (Magali), o nerviosismo (Alejandra). Resulta de mucho interés el hecho de que dos de las participantes se refirieron a los efectos a nivel emocional como “locura”. Alejandra menciona que las con las pastillas la “ponían toda loca. Bueno, toda nerviosa”, y Melissa se expresa de forma similar:

Me los quité [los parches] porque ya no, estaba como muy histérica, y como que ya no... Me volvía como muy loca ya con esos [...]. Pues, así como que, por todo, por todo lloraba.

Y todo así por cualquier cosa yo ya sentía que, no sé, me dolía la cabeza, o tenía así algún dolor y yo ya creía que me iba a morir ahí [risas]. O sea, como que mis hormonas, no sé, y por todo estaba llorando y me ponía muy, así como de mal humor. Y dije yo: "no, yo creo que son los parches" (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, ocupación cuidado del hogar, atendida en SSa, Qro.).

Y en efecto, todas esas sensaciones terminaron una vez que abandonó el método anticonceptivo:

Cuando me los quité sí, estuve mejor porque... Sí, o sea, yo me sentía como mal, como que, o sea, como que sí, todo el tiempo cualquier cosa me preocupaba y así. Y ya, después de que me los quité usé el DIU por un año también y estuve bien. De hecho, hasta ahorita estoy bien, y ahorita no me estoy cuidando con nada " (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, ocupación cuidado del hogar, atendida en SSa, Qro.).

Melissa tuvo que llegar a la conclusión por su cuenta, de que el anticonceptivo era el causante de sus síntomas, esto debido a que el personal de salud, en su experiencia, no suele hablar sobre los efectos secundarios de los métodos o lo hacen de manera muy superficial, o minimizándolos, como se ve al inicio de esta sección. De tal modo que es a través de sus vivencias que deben conocer los efectos secundarios. Alejandra, por ejemplo, señala que en la clínica no le mencionaron los efectos y fue hasta que volvió a consulta tras presentar los síntomas, que "te dicen: ah, fue por eso" (Alejandra, 29 años, pedagoga, atendida en IMSS, Qro.).

La única forma en que las participantes han recibido advertencias sobre los efectos ha sido, en primer lugar, cuando vuelven a la clínica tras presentarlos y entonces el personal los asocia al método y, en segundo lugar, cuando ellas activamente han investigado y lo señalan durante la consulta, como menciona Alejandra:

Me insistieron mucho por el DIU hormonal, pero yo el DIU hormonal [...] si lo pedí, pero después ya de informarme que duele más y todo eso dije, o sea, a mí me duele horrible mi regla y con uno de esos voy a morir. Entonces [...] dije: "[...] yo investigué que duele más y todo eso", y ya fue que me dijo el doctor: "bueno, sí, sí duele más, por esto, esto, puede pasar también esto y esto, que no es en todos los casos, solamente en algunos". Pues le dije: "Entonces no lo quiero. Con esos efectos secundarios yo no lo quiero". Entonces ya fue que, "bueno, pues entonces tienes este, esta otra opción", que era la de, la de las pastillas bimensuales y de/ no, creo que nada más me dijo esa y el de cobre (Alejandra, 29 años, pedagoga, atendida en IMSS, Qro.).

Por lo tanto, si no se pregunta directamente al personal, éste no advertirá sobre los efectos secundarios: "en el hospital es curioso, porque realmente no te informan, te dicen: existe este, este, este y este y funcionan así ¿cuál quieres? O sea, no es como, realmente no te informan nada de, de todo lo demás" (Alejandra, 29 años, pedagoga, atendida en IMSS, Qro.).

Debido a que el personal de salud tiende a minimizar la información relativa a los efectos no deseados que pudieran llegar a experimentar, dejan a las mujeres con la incertidumbre y la necesidad de "experimentar con tu cuerpo" (Magali).

Ante tales ausencias y necesidades, algunas de las participantes se ven obligadas a tomar la responsabilidad de buscar información y transmitirla hacia otras, pues no han encontrado en las clínicas y hospitales, lugares confiables y seguros para recibir la información adecuada. El único

lugar en donde han aprendido sobre la diversidad de anticonceptivos, sus efectos secundarios, entre otros aspectos, es a través de las pláticas con amigas:

yo siento que yo he aprendido más hablando con mis amigas que en otro lugar. En el hospital, incluso en la escuela, tampoco [...] Eso sí lo he encontrado en las pláticas que tenía yo con mis amigas, como: "oye ¿Y a ti qué te pasó? En realidad, es más... aprendías más vivencial cuando lo platicabas en tu entorno [...] [Por ejemplo]: los efectos de los anticonceptivos, cómo usarlo, los tiempos de descanso que te tienes que dar entre anticonceptivos, las marcas que son buenas, las que no son buenas ¿Qué más? Pues sí, cómo usarlo, cómo es el, cómo lo viven ellas día a día, qué efectos ha tenido en ellas (Magali, 29 años, emprendedora, escolaridad ingeniería, atendida en SSa, Qro.).

El problema con los métodos anticonceptivos es que, desde una mirada muy pragmática y reduccionista, compartida por el personal de salud, logran su propósito de evitar el embarazo y esto es concebido como lo más importante, sin embargo, traen consigo muchos efectos secundarios negativos, particularmente los métodos hormonales, que son la mayoría. Esto deja a las mujeres con muy pocas alternativas: son orilladas a utilizar anticonceptivos, pero todos ellos tienen efectos secundarios, de modo que deben, o bien soportar esos efectos, o bien estar expuestas a un embarazo no deseado. Por ello, tal como lo comentó la ginecóloga al inicio de esta sección, su objetivo es brindar a las mujeres el anticonceptivo que les produzca los menos efectos secundarios, pero todos provocan alguno. En otras palabras, optar por la menor molestia posible.

### ***Acceso a la información***

El segundo obstáculo para acceder a una anticoncepción voluntaria tiene que ver con las dificultades de acceso a la información. Varias participantes comparten la idea de que los servicios de consejería sobre anticonceptivos en las clínicas y hospitales que han visitado, así como las campañas de educación en las escuelas para adolescentes resultan sumamente deficientes, de manera que muchas de sus decisiones sobre el uso de anticonceptivos surgen desde la ignorancia o la inexperiencia.

Las participantes han experimentado diversos obstáculos para lograr acceder a métodos anticonceptivos deseados, o incluso a un servicio de PF de calidad. Uno de los principales es la falta de información. En ocasiones, esta falta de información se relaciona con la falta de acceso a las clínicas de PF, debido a su horario de atención limitada, que no resulta compatible con cualquier tipo de labor escolar o laboral. Otras veces, aunque las usuarias puedan ir a la clínica, no reciben el servicio o la información brindada se limita a leer los carteles que se encuentran en la pared de la clínica:

Lo que pasa es que cuando tú vas a buscar informes, no se da la atención [...] Nos han tocado experiencias que tú vas y tocas la puerta y te das media vuelta, porque la verdad no tienes la información (Fabiola, 38 años, ingeniera, atendida en IMSS, Qro.).

Cuando decidí cuidarme, la verdad es que, en el seguro, [...] a mí me dijeron: "uy, no te podemos dar información porque no está la chica que da lo de Planificación Familiar [...]. Ponte a leer eso", lo que tenían así pegado como en... "Ponte a leer eso para que mientras vayas viendo". Y yo: "Bueno, está bien". Y que son como carteles que hacen los

practicantes (Magali, 29 años, emprendedora, escolaridad ingeniería, atendida en IMSS, Qro.).

También puede ocurrir que no exista la privacidad suficiente para que las personas se sientan con la confianza de acudir al servicio, como señala Margarita:

A veces cuando... bueno, yo llegué ir a centro de salud, decía: “Bueno, es que vengo por unos métodos anticonceptivos”. De repente “Ah sí, aquí tiene condones”. Es que eso no, o sea no. Y luego, bueno, a mí me causó pena, porque pues había mucha gente alrededor y yo quería que fuera [...] confidencial, no que me evidenciara así enfrente de toda la gente que ni siquiera conocía (Margarita, 49 años, emprendedora, escolaridad secundaria, atendida en SSa, Qro.).

Esto resulta problemático también, en tanto que una de las principales estrategias utilizadas por el personal de salud para la promoción de los anticonceptivos es la “captación”, que consiste en platicar a las personas que se encuentran en distintos espacios de las clínicas sobre la PF, pero justamente, como dice Margarita, esas pláticas son dadas en los pasillos y salas de espera, sin cuidado por la privacidad de las personas, que pueden ser personas desconocidas, como en el caso de Margarita, o pueden ser personas conocidas, como menciona una de las ginecólogas, que señala que una de las razones que impiden a las adolescentes acercarse a la consejería es que alguien las pudiera reconocer y contar a sus papás que acudieron a ella: “[No acuden] por pena o porque se enteren los papás o que alguien sepa que están utilizando algún método, porque se supone que están en casa y no tienen relaciones (Araceli, 39 años, Ginecóloga de PF [SSa, Qro.]).

Esto mismo es cierto para algunas mujeres que no tienen la posibilidad de acudir a las clínicas de sus localidades para recibir anticonceptivos porque suele ser un tema tabú, de manera que prefieren trasladarse hasta la cabecera municipal, para no ser reconocidas, pues la gente “hablaría de ellas” (Priscila, 38 años, ginecóloga de PF [SSa, Qro.]).

Por otra parte, aun cuando se brinda la información, esta resulta deficiente. El personal de salud no brinda a las mujeres información sobre los mismos métodos que les están ofreciendo. Magali (29 años, emprendedora, escolaridad ingeniería, atendida en SSa, Qro.) incluso considera que el personal evita abordar el tema de cómo usar los métodos, únicamente “lanzan la información”, mencionando cuáles son los métodos que existen, pero sin ir a profundidad y decir, por ejemplo, cómo usarlo de la forma más adecuada, qué efectos secundarios tiene, entre otros aspectos de importancia. Esto dificulta el proceso de toma de decisiones, que se hace, pero sin la información adecuada.

Otro problema es que el personal de salud asuma que las mujeres ya tienen cierto nivel de información y entonces intentan únicamente solucionar dudas:

Fui a otra [clínica] [...] y esa chica era una chica que se veía muy joven, y ella me dijo: “Pues sí, pues ya conoces los métodos y nosotros tenemos esto. Pueden ser las pastillas o puede ser la inyección y así y no sé qué”. Sí me explicó, pero me explicó como muy rápido y muy por encima. Y pues en realidad a ti te queda toda la responsabilidad de saber cuál es la que pudieras usar [...]. De hecho, creo que evitan el tema de cómo usarlo,

cómo lo tienes usar. Nada más te lanzan la información, pero nunca te dicen: “Ah mira, esto es así, cuando esto sucede...” (Magali, 29 años, emprendedora, escolaridad ingeniería, atendida en IMSS, Qro.).

Y este problema ocurre también en las campañas de educación que realizan en las escuelas, dirigidas hacia adolescentes, que resultan superficiales e insuficientes para transmitirles realmente el conocimiento:

Iba alguien y nos empezaba a hablar sobre los métodos anticonceptivos. Pero en ese tiempo, yo nada más me acuerdo de los condones y no sabía de pastillas ni de otras cosas. Y pues ya, si tenías dudas tenías que preguntar, pero es que ¿cómo vas a tener una duda de algo que no conoces? Y ya, nosotros nada más lo veíamos como "Ah, no vamos a tener clases" o así. Pero realmente no te explicaban así, como con detalles. (Paloma, 25 años, arquitecta)

“¿Cómo vas a tener una duda de algo que no conoces?” Es el centro del problema. Mediante esta estrategia, la responsabilidad de informarse recae en las personas, bajo el supuesto de que ya todas tienen al menos algo de información, pero no necesariamente es el caso. Esta información podría provenir de varias fuentes, como internet, la familia o pláticas con amistades, pero resulta difícil discernir entre la información confiable y la que no lo es, además de que la misma familia o amistades no conocen la mejor forma de transmitir la información:

A mí mis papás sí me hablaron sobre sexualidad y todo, pero siempre fue así como: "no te vayas a embarazar, no te vayas a embarazar todavía" y nada más por ese motivo. No había como más, o sea, no era como de: "si tomas pastillas, te pasa esto". Y supongo que mi mamá tampoco lo sabía. Yo he llegado a la conclusión de que ella tampoco lo sabía porque igual se embarazó muy joven [...]. Pero no, ella nunca supo de métodos anticonceptivos ni nada. A lo mejor sí había escuchado y como que me intentaba guiar, pero pues no... (Paloma, 25 años, arquitecta).

Por tanto, a pesar de sus mejores intenciones, si lo que prima es una falta de información, lo que se transmitirá es lo mismo. Además, en el caso de Paloma, una educación sexual limitada al miedo al embarazo, sumada a la falta de mayor información, hizo de este su preocupación central, de modo que ella considera que este tipo de educación no sirve:

En primero de secundaria tuvimos una plática y ya en tercero, yo pensaba que estaba embarazada y ni había tenido relaciones con nadie. Y entonces no sirve eso. Y yo estaba bien asustada y yo le platiqué a mi mamá, le dije "es que ma', pues es que no me baja y así" Y pues mis papás luego luego estaban bien espantados y yo: "pero es que yo no he hecho nada, de verdad". (Paloma, 25 años, arquitecta).

Ante esta falta de información adecuada, algunas participantes han tenido que tomar como su responsabilidad individual la búsqueda de información, tanto para sí mismas, como para transmitirla a sus propias hijas:

Pero sí debe de, obviamente tu responsabilidad individual, digo, en mi caso yo ya decidí, yo ya estoy operada, pero ahora es mi responsabilidad de mamá, y que tú tienes que buscar. Tú tienes que buscar las herramientas porque sabemos que el sector salud, pu's a

lo mejor vas a tener la información es deficiente, pero finalmente la responsabilidad es de uno (Fabiola, 38 años, ingeniera, atendida en SSa, Qro.).

Aunque no sin desconocer lo importante que sería el acompañamiento de personas especializadas en el tema, sobre todo ante los riesgos de adquirir anticonceptivos por sus propios medios y basados sólo en la limitada información que pudieran recabar:

Lo que pasa es que realmente no hay una información, no, no la hay. Una guía, no. Se supone que tú tienes un centro de salud que a lo mejor... No, no está bien que uno en internet busque, porque eso no es bueno. Sabemos que yo, bueno, yo siento que tenemos ahí a la mano la información, pero no es lo recomendable. Se supone que siempre debe haber un médico que te diga: "mira, es esto, vamos a probar, vamos a ver cómo te cae, a ver qué esto, a ver qué lo otro. Pero la realidad es que no, no la hay (Fabiola, 38 años, ingeniera, atendida en SSa, Qro.).

Algo que es muy importante reconocer es el hecho que, si las participantes hubieran tenido toda la información disponible, habrían actuado de manera diferente, por ejemplo, optando por un método distinto o no utilizando ninguno o al menos habrían pensado más sobre su decisión:

Investigador: ¿Y creen que, si les hubieran hablado de estos efectos secundarios, habrían aceptado esos métodos?

Magali: Yo no.

Fabiola: Pues a lo mejor le pensarías. Si te dijeran: Oye. Bueno, yo no sé, pero me han tocado varios casos complicados de que muchas personas tomaron la pastilla del día siguiente y ahorita casi literal a lo mejor ni hijos pueden tener. Entonces si a mí a lo mejor, en mi caso, me dijeran: "¿sabes qué? es que fijate que a lo mejor las pastillas te pueden ocasionar esto". A lo mejor sí lo pensarías hasta antes de tener relaciones. Dices: "Ay no, o sea, no nada más es tómate la pastillita y ya". O sea, o como muchos dicen: "no, es que tu cuerpo se adecua a la pastilla del día siguiente", porque yo si me externé que ese día me tiró. Entonces dices: "ah no, pero es que la otra ya es menos" o sea, pues no, imagínate. Y lo malo es que a veces es información de amigas, por eso no es bueno, o sea, deben de haber... yo por eso digo, debe de haber un médico, porque la amiguita te puede decir: "ay no importa, yo ya llevo 5 y a la quinta ya no sentí nada" (Fabiola, 38 años, ingeniera, atendida en IMSS, Qro.).

Por último, a pesar de los efectos secundarios, las dificultades de acceso a los métodos y a la información sobre ellos y ante la falta de otras alternativas, las participantes hablan sobre su deseo o necesidad de utilizarlos:

De niña, yo hubiera preferido que me pusieran el dispositivo, porque por ejemplo, un condón te lo encuentra la mamá o te lo encuentra la hermana o que al novio se le olvidó o que no lo supieron abrir bien, o... o sea, es una onda así como que, yo hubiera, yo estaba consciente, yo quería que me pusieran el dispositivo ¿no? el DIU. Como que sí va a ser tal vez un poco doloroso, voy a tener cólicos, o sea, información que ya sabía yo ¿no? con las pláticas, pero yo hubiera preferido eso. Y no, desafortunadamente pues no se pudo. (Miriam, 29 años, ingeniera química, atendida en IMSS, Qro).

Aunque deban soportar los efectos secundarios, los beneficios pueden superarlos, de ahí el interés por utilizarlos. Uno de los beneficios mencionados por las participantes es el poder mantener su vida sexual privada respecto a su familia mostrado en la cita anterior, ante la posibilidad de que, de adolescente, algún miembro de su familia pudiera encontrar condones entre sus pertenencias.

Otras participantes señalaron que tomaron la decisión de usar anticonceptivos en conjunto con su pareja como una manera de vivir su sexualidad de manera más tranquila, ya fuera porque no les gustaba usar condones en sus relaciones sexuales o ante la posibilidad de que este pudiera fallar, siempre bajo la precaución (o miedo) a un embarazo:

Con la pareja con la que estoy ahora nunca, yo tampoco, o sea, acepto que no quise cuidarme así antes. No me gustaba así el uso de condón ni nada de eso. Y con el método anticonceptivo, bueno con el DIU, pues creo que todo va bien ¿no? por ahora (Pamela, 23 años, psicóloga)

Decisión, sí. Bueno así de la pareja, dijimos: como lo mejor para tener una sexualidad más tranquila, o de decir bueno, o del pendiente de decir: "Bueno, es que a lo mejor el preservativo falla [...]" O unas veces así sin preservativo: hújole, ahorita no quedé embarazada, ¿no? Entonces fue decisión de la pareja y yo también dije: Bueno, me voy a quedar con mis pastillas. Creo que/ Pero fue decisión (Fabiola, 38 años, ingeniera, atendida en hospital Ssa, Qro.).

O bien, ante la decisión de no tener más hijos/as. Sin embargo, a pesar del deseo, este proceso y esta elección puede vivirse con angustia debido a la falta de información, tal como le ocurrió a Margarita, cuando decidió que se le realizara una Salpingoclasia:

Me acuerdo cuando ya tomé la decisión de, de decir: "no, ya". O sea, cuando ya me voy a aliviar, le voy a decir que ya me opere, que ya no quiero este, tener más hijos". [...] Entonces, pues ya, o sea, realmente no sabes qué, bueno, yo al menos yo no sabía qué era lo que me iban a hacer, qué era, de qué se trataba la operación, qué.. pu's sí, qué es, qué hacían... Ento's decía, escuché a mi tía: "no, pu's es que te cortan las trompas y ya no vas a tener más hijos". "Bueno, pu's sí, pero no sé". Y entonces este, le pregunté ahí al doctor: ¿qué es lo que me va a hacer? "Ay mire, na' más le vamos a cortar un cachito y es como un pedacitito que, como la uña. Es todo lo que le vamos a hacer. Le cortamos, le cosemos y ya". (Margarita, 49 años, emprendedora, escolaridad secundaria, atendida en Ssa, Qro.)

En este extracto es posible apreciar cómo existe una intención y una idea general de utilizar anticonceptivos o de acceder a una cirugía de esterilización, pero sin un conocimiento específico sobre la naturaleza del procedimiento, los efectos secundarios, las implicaciones del mismo, qué ocurre durante la salpingoclasia, qué ocurrirá en sus cuerpos, cómo es el proceso de recuperación, cuánto tarda, etc., y en el caso de Margarita, sus inquietudes no fueron resueltas, pues su médico, como se señala en el caso de otras médicas al inicio de la sección previa, minimizó el procedimiento mediante expresiones como "Le cortamos, le cocemos y ya".

Toda esa información debería ser parte de la consejería y debería estar contenida en el consentimiento informado y la firma de este no debiera limitarse a un procedimiento burocrático, sino como la oportunidad para brindar toda la información, para saber si persisten las dudas y

para dejar en claro la posibilidad de retractarse de su decisión en cualquier momento. Esto, sumado a todas las necesidades de mejora señaladas ya por las mismas participantes, haría más llevadero el proceso de usarlos, aunque en realidad varias de ellas preferirían no utilizar anticonceptivos, de tener alternativa.

### ***Falta de insumos***

Una obligación de las clínicas de salud para brindar atención anticonceptiva, de acuerdo con la NOM 005 sobre PF, es que deben mantener un control sobre las existencias del material anticonceptivo, con el objetivo de garantizar permanentemente la prestación de estos servicios. Sin embargo, este no siempre es el caso. Algunas participantes refirieron que en las clínicas en donde recibieron atención (en el estado de Querétaro) no siempre se cuentan con todos los métodos, de modo que, en ocasiones, las usuarias deben incurrir en un gasto de su propio bolsillo para comprar el método deseado, cuando el hospital no se los provee (con el coste económico que representa y que no necesariamente está al alcance de todas):

Les decía que [quería] volver a usar los parches [...]. [Me dijeron que] los parches no les llegaban mucho, que había veces que les llegaban y había veces que no. Entonces que, si yo los usaba, y después iba por alguna caja y ya no había, pues que tendría que ponerme pastillas o algo así (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, ocupación cuidado del hogar, atendida en SSA, Qro.).

Me empezaron a dar los parches en el seguro, pero a veces no había, y entonces los compraba yo. Eso sí, a veces sí había y a veces no (Alejandra, 29 años, pedagoga, atendida en IMSS, Qro.).

Otra alternativa consiste en utilizar otro anticonceptivo que no había sido su primera elección:

Yo leí y yo quería... la verdad es que no me acuerdo qué disposi/ o sea, qué método elegí, pero cuando llegué a la clínica para decirles: Ah, bueno ya, quiero este"". Pues me dijeron: ""Uy, señorita. aquí solo hay esto"". Había las pastillas, que era tomarte una diario, o era la inyección de un mes o la inyección para tres meses. Y me dijeron: "pues es que es lo que hay". (Magali, 29 años, emprendedora, escolaridad ingeniería, atendida en IMSS, Qro.).

O bien, no usar ningún método anticonceptivo, con las propias implicaciones que eso tiene, como en el caso de Margarita:

A mí me pasó por ejemplo [...], [que fui] al centro de salud y ya llegué: "no pues es que vengo a que me ponga el dispositivo, porque ya, para no salir embarazada". Y llegué y ya estaba muy preparada y: "no tenemos dispositivo" o sea, digo: "¡Ay, no puede ser!". Y ya, de ahí nació [mi hijo] [risas] [...] Pero es que es eso. Llegan al centro de salud y dicen: "Sí, pásese", y ni siquiera saben si tienen el este, pues en bodega, no sé cómo se puede decir. Entonces ya: "sí, pásese", pero no saben. No tenían nada, nada. Nada más tenían el que tenían pegado ahí [en el exhibidor] (Margarita, 49 años, emprendedora, escolaridad secundaria, atendida en IMSS, CDMX).

La NOM indica que, en caso de que no hubiera la posibilidad de brindar a una persona el método que desea, se le debe canalizar a otra unidad donde sí se los puedan otorgar, hecho que no

sucedió en las experiencias de estas participantes. De esta forma se limitan aún más las opciones, de modo que las usuarias tendrían que usar un método no deseado, adquirirlo a través de una instancia privada o no utilizar ninguno.

### ***Calidad de la atención. Instituciones públicas y privadas***

El último obstáculo señalado por las participantes para acceder a una atención anticonceptiva de calidad, es el trato recibido por parte del personal salud. En general, las participantes sostienen la idea —basada en sus experiencias previas o experiencias que les han compartido otras personas— de que la calidad de la atención es superior en las instituciones privadas. En algunas ocasiones, estas ideas son reafirmadas en la experiencia, como en el caso de Melissa, quien señala que su atención en los servicios públicos de PF se ve afectada por el hecho de que en cada ocasión que ha acudido a la clínica es atendida por una persona diferente, ya que en esa clínica no tienen a una persona fija encargada del consultorio, sino que es atendida por el miembro del personal de salud que se encuentre disponible en ese momento. Esto impide que se genere una confianza adecuada con la persona y, en su caso, la desmotivó de seguir acudiendo:

No es como que tú digas: "tengo como confianza con tal persona, porque pues ya he ido a varias, este, citas o así. O sea, siempre es diferente y tú como si, por ejemplo, le agarras confianza a alguien y vas y ya no está, como que también te saca como de onda. Yo también por eso no fui (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, ocupación cuidado del hogar, atendida en SSa, Qro.).

Más allá de la confianza, algo fundamental es el trato recibido. Melissa recibió un trato negligente en la clínica pública mediante la realización de un Papanicolaou. Le fue realizado por una persona que en ningún momento se presentó con ella, no le hizo ninguna pregunta y además la lastimó al momento de hacerlo al querer introducir el espéculo a la fuerza, a pesar de que ella le dijo que la estaba lastimando<sup>33</sup>. Ella atribuye ese hecho a una inexperiencia e inseguridad de parte del personal. Notó entonces el contraste respecto al trato en una clínica privada, donde fue atendida por una ginecóloga atenta y respetuosa:

Cuando yo fui a particular con una ginecóloga, o sea, antes de todo me preguntó un montón de cosas para hacerme el Papanicolaou. Y este, siempre era como de: "te voy a tocar" o "vas a sentir tal o tal cosa", o "te va a raspar" o así. Y acá con la otra no, o sea, sólo dijo, este, "voy a introducir esto" y ya, o sea, ni siquiera fue como, o sea, vi la diferencia con ginecóloga porque me decía "te voy a tocar" y este, o sea sí, siempre como muy atenta y la otra fue como que "ahí te voy" y ya. (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, ocupación cuidado del hogar, atendida en consultorio privado, Qro.).

Desde luego, aunque no hay que desestimar la experiencia de Melissa, no es posible generalizar, pues existen otros factores que intervienen en el proceso de atención. Uno muy importante es la particularidad de la persona que realiza los procedimientos. Pues Alejandra fue atendida en el mismo hospital que Melissa, pero por una persona distinta y su experiencia fue muy diferente.

---

<sup>33</sup> Véase p. 126

Ella recibió atención en PF, así como la realización del Papanicolaou de parte de una enfermera a quien describe como “un amor”, debido a que

es muy cuidadosa, te va explicando qué va haciendo. Por ejemplo, nos ve así, siento que, si nos ve jóvenes o nerviosas y todo eso: "ya, no pasa nada, sólo es un ratito,". (Alejandra, 29 años, pedagoga, atendida en SSa, Qro.)

En cambio, en una clínica del IMSS, en Ciudad de México, recibió un trato despersonalizado, similar al que señala Melissa<sup>34</sup>. De hecho, el modo de dirigirse hacia ellas, el modo en que son tratadas resulta más importante que la manera de hacer el procedimiento, pues en otra ocasión, cuando Alejandra fue atendida por un médico, quien también la lastimó, ella lo vivió de manera diferente a Melissa, porque “no fue ni grosero ni nada, no fue rudo”. Sin embargo, el buen trato de parte de la enfermera mencionada fue fundamental para la satisfacción con el procedimiento, así como para realizarlo nuevamente, aunque solamente con ella:

Después ya me regresé mejor con la muchacha del [hospital de SSa]. Seguía estando la misma. De hecho, hasta me asomaba a ver si estaba ella. Si no, no pasaba (Alejandra, 29 años, pedagoga, atendida en SSa, Qro.)

De ahí la importancia de generar una relación de confianza con las usuarias, tal como mencionaba Melissa y de hablarles acerca de lo que van a sentir, respetar su cuerpo y pedir permiso y avisar al momento de tocarlas y tener empatía hacia ellas, que se encuentran en un momento de vulnerabilidad.

No obstante, el hecho de que una consulta sea realizada en el ámbito privado no garantiza el buen trato o la satisfacción de las usuarias. También en la consulta privada pueden suceder situaciones similares de maltrato o descalificación hacia ellas. Un claro ejemplo fue compartido por Pamela, quien acudió a una clínica privada en la Ciudad de México para la realización de una Interrupción Legal del Embarazo, durante la cual enfrentó violencia verbal de parte de una de las enfermeras<sup>35</sup>, hecho que molestó mucho a Pamela, quien además se sorprendió, pues justamente había acudido a esa clínica para evitar cualquier tipo de violencia, que ella esperaba sólo ocurrieran en las clínicas públicas:

A mí me sorprendió mucho, porque, pues yo no esperaba eso ¿no? sobre todo de esa clínica y sobre todo porque me habían llevado ahí, se supone ¿no? para que no hubiera igual como esta violencia obstétrica, si se le puede llamar así. (Pamela, 23 años, psicóloga, atendida en clínica privada, CDMX).

Sin embargo, no hay que dejar de lado los factores individuales, como en los casos anteriores en los cuales la personalidad del personal de salud determinó la atención recibida. En este caso, es muy importante el hecho de que la atención fue durante una Interrupción Legal del Embarazo, de

---

<sup>34</sup> Véase p. 149

<sup>35</sup> Véase p. 143

modo que es posible que entre en juego un prejuicio de parte de la enfermera respecto de la decisión de Pamela.

Paradójicamente, la evitación de ese prejuicio fue una de las principales razones por las que acudió a esa clínica y por la que buscó posteriormente una consulta de seguimiento en otro lado:

Pamela: Después de que estuve ahí en esa clínica fui con una ginecóloga particular y pues ya, este, igual checó que lo hubieran puesto bien [el DIU], que lo hubieran colocado bien y todo eso. Y pues me preguntó si quería continuar y también si en algún momento lo quería retirar pues que también se podía.

Investigador: ¿Tu atención con esta ginecóloga es diferente a la que recibiste allá?

P: Sí, sí, bastante. Desde el momento en que llegué, bueno, era una ginecóloga que igual yo no conocía. Entonces me la recomendaron y me dijeron: es joven ¿no? Porque yo decía, porque a veces las ginecólogas, así como más grandes, más adultas, como bueno, yo pienso, a lo mejor y no es cierto, pero yo pienso que tienen como más prejuicios.

Entonces ya me la recomendaron y así (Pamela, 23 años, psicóloga, atendida en clínica privada, CDMX).

Nuevamente es posible ver cómo el trato y el modo de dirigirse hacia ellas resulta fundamental para la satisfacción de la consulta.

De manera general, se mantiene socialmente una idea de que la consulta privada resulta de mejor calidad, en tanto se paga. En ella, las personas son vistas —y por tanto tratadas— como clientes y no como “beneficiarias” de un servicio. Pamela acudió a esa clínica buscando evitar vivir violencias durante su procedimiento. Otra participante, Fabiola, señala que prefiere no acudir a los servicios públicos. En primer lugar, por miedo: “¿qué tal que ni saben qué tengo, o qué tal que me recetan lo que sea” (Fabiola). Y, en segundo lugar, debido a que ha tenido “con muchos doctores, muy malas experiencias” (Fabiola) en las que ha recibido un trato impersonal, por ejemplo, durante una consulta de PF:

Me di el tiempo, fui: "oiga, disculpe, quiero como que ver qué método pues..." O sea, tú vas así ¿no? "¿Y cómo cuál quieres?" Y yo así ¿no? como que: "pues no sé". Y acá con la computadora ¿no? "este sí, ajá ¿y luego?". "No, pues es que no sé qué hay..." "¿qué conoces?" "pues no sé", a lo mejor este..." Enton's por acá con la computadora y así ni haciéndote caso. Y ya dice: "no, no, no". "Pues no sé -dije-. A lo mejor lo que quisiera serían pues no sé, las pastillas, tal vez ¿no?". (Fabiola, 38 años, ingeniera, atendida en IMSS, Qro.).

Por su parte, Paloma vivió una experiencia similar. Prefirió acudir a consulta privada pensando que: “en el seguro no me van a ayudar. Pues voy y ya, aunque me cobren, pero pues a lo mejor”. (Paloma, atendida en consulta privada). Pero el pagar no es suficiente para recibir una buena atención. En su caso, tuvo que acudir hasta con cuatro ginecólogos/as diferentes, pues los primeros no lograron hacer un diagnóstico adecuado, ni le explicaron bien su padecimiento, ni le dieron un seguimiento:

Tuve un seguro por parte de mi papá, pero era en clínicas particulares. Pero es lo mismo, o sea no, no hay mucha diferencia. Recuerdo que yo fui porque tuve, bueno yo pensé que

tenía un problema hormonal, no tomaba pastillas ni nada, pero, este, pensé que tenía un problema hormonal, fui con el médico y me recetó pastillas anticonceptivas. Pero pues ya, después ya no me dijo, no me dio seguimiento, yo tampoco sabía que tenía que tener un seguimiento, nada. [...] Cuando, eh, voy con otra ginecóloga, ella sí fue la que me explicó muy bien, así me explicó, hasta con dibujitos. Me explicó cuál era el problema y ni siquiera había tenido un desajuste hormonal. Bueno sí, pero era por otro problema que no era... bueno, sí era hormonal, pero era por un problema de tiroides, pero no era, pues de otra cosa. Entonces este, eso yo no lo sabía [...]. Y pues sí, yo creo que no hay como que, independientemente, aunque vayas con un particular, tienes que encontrar como uno bueno... y sí fui como con 4, hasta que el último me dijo qué era lo que yo este, tenía (Paloma, 25 años, arquitecta, atendida en consultorio privado, Qro.).

Esta situación la dejó con la sensación de que en realidad no hay diferencia entre la atención en clínicas públicas y privadas, excepto el gasto en el que tienen que incurrir en las segundas. La diferencia, por lo tanto, radica en cómo transmiten la información, es decir, en el trato y la atención hacia ellas durante la consulta, para lo cual se requeriría capacitar al personal, tanto públicos como privados, para que aprendan a transmitir la información relevante de la mejor manera:

En mi caso, ya invertí, ya pagué y todo y como para que no funcione. O bueno, uno dice: "bueno es que en el seguro no me van a ayudar. Pues voy y ya, aunque me cobren, pero pues a lo mejor y sale igual. Entonces, pues yo creo que nada más, yo creo que la información la hay, nada más que, eh, tengas a la persona y que yo creo que, no sé, que las capaciten y que les enseñen cómo transmitirla (Paloma, 25 años, arquitecta, atendida en consultorio privado, Qro.).

### ***Atención deseada***

Como resulta evidente de lo hasta aquí expuesto, las participantes son plenamente conscientes de las falencias y limitaciones de los servicios de salud, principalmente en términos del trato recibido o del comportamiento del personal. Por ello, algunas de las participantes consideran que debería cambiar el modo y el momento en que se acercaron a ellas para solicitarles la elección de un método anticonceptivo, pues algunas de ellas no se encontraban en condiciones para hacer una decisión informada, ya fuera por los dolores del parto, como en el caso de Miriam, o el impacto emocional tras enterarse de que seguía embarazada, en el caso de Pamela. En ambos casos, ellas coinciden en que no es que no desearan usar anticonceptivos, reconociendo algunos de los beneficios que les han aportado, sino que, de haber tenido mayor claridad mental y mayor información, quizá habrían elegido uno distinto:

Investigador: ¿Qué te gustaría que hubiera sido diferente en cuanto al comportamiento o al trato del personal hacia ti?

Pamela: Pues que se hubieran esperado un ratito para que yo pudiera decidir mejor. Eh, nada más eso, o sea, que tal vez la sugerencia de que yo utilizara un método anticonceptivo no hubiera sido así inmediatamente después de que me dijeron que seguía embarazada, sino que hubiera sido al final, o tal vez después, porque te dan la opción de que vuelvas a regresar quince días por si tienes una molestia o por si algo no salió bien. Entonces sólo eso, que hubiera sido después y que no hubiera sido así, o sea, me dan una

noticia y luego luego me sugieren utilizar el método (Pamela, 23 años, psicóloga, atendida en clínica privada, CDMX).

De modo que el problema no es que les ofrezcan anticonceptivos, sino el momento y el modo de hacerlo, aprovechando una situación vulnerable para ellas con la finalidad de que acepten más rápido (ya sea por cumplimiento de normativas institucionales, por cumplimiento de metas de anticonceptivos colocados, o por tener más ganancias (en el caso de las clínicas privadas)). Las participantes deseaban utilizar anticonceptivos, pero sobre todo deseaban que el proceso para conseguirlos hubiera sido diferente:

Lo que yo hubiera hecho es que primero hubiera acudido con mi ginecóloga y ya le hubiera preguntado bien como cuál era el que me recomendaba. Y yo creo que también hubiera hecho como más preguntas sobre el método que me recomendaban y por qué me lo recomendaban ¿no? Porque en el momento en el que lo, bueno, en que me dijeron que el DIU, yo solamente fue así de: "Sí, ya ese". Y ya no hice más preguntas. O sea, fue lo que había y fue lo que acepté (Pamela, 23 años, psicóloga, atendida en clínica privada, CDMX).

En segundo lugar, ellas mencionan que la provisión de información debería mejorar, brindándoles una mayor cantidad de herramientas y opciones a considerar para tomar una decisión realmente informada. Que el personal de salud sirva como guía para ellas, por ejemplo, al mencionarles los efectos secundarios que podrían experimentar con cada uno de los métodos y no minimizarlos u ocultarlos:

Yo siento que en el sector salud, siento que, por ejemplo, sí tienen que tener la información de acuerdo a las edades. Por ejemplo, a cuando es adolescente, ya cuando es mamá primeriza: "A ver, mira ¿sabes qué? tenemos estos métodos, el que tenemos en disposición aquí en el seguro, es el DIU, nada más. Pero esto te va a provocar, o esto va a hacer, o este sí es efectivo por esto. Creo que podría ser así. Y ya, por ejemplo, ya cuando es... Porque es que ahí te preguntan: ¿Cuántos hijos tiene? Ya a la mejor ya es el último, o ya es el cuarto, por ejemplo, en mi caso. "Ah bueno, entonces ya es el cuarto ¿Qué método quiere usted? Si piensa tener más hijos o... No pues ya, por ejemplo, ya uno a veces ya va con la decisión: "Ah, bueno, pues quiero esto". Tener como esas personas que te orienten bien y pues sí, que sepan eso y que nos explicaran (Margarita, 49 años, emprendedora, escolaridad secundaria, atendida en SSa, Qro.).

Igualmente, Fabiola reconoce la importancia de la responsabilidad propia de informarse, pero también la necesidad de tener un apoyo médico, mismo que, a decir de Magali, debería ser

una atención orientada a tus necesidades y al género, y a tu edad. Porque, por ejemplo, yo de adolescente, pues te tienen que hablar como lo que eres, una adolescente, y aparte mujer ¿no? [...] O sea, sí tener muy en claro que todas las necesidades son muy diferentes. Entonces tendría que ser como, bueno, tratar ¿no? Y yo creo que también tiene que ser como, pues no sé, gente que sea especialista en el tema (Magali, 29 años, emprendedora, escolaridad ingeniería, atendida en IMSS, Qro.).

Una tercera necesidad expresada tiene que ver con la dificultad de acceso a los servicios que, a pesar de que brindan una atención gratuita, no necesariamente es accesible a las personas, por ejemplo, por los limitados horarios de atención que no son compatible con los horarios de trabajo, como señala Miriam:

Investigador: ¿Y cómo esperarían ustedes que/o qué necesitarían ustedes de los servicios de Planificación Familiar para que se acomodaran a sus necesidades, a sus vidas, a sus experiencias?

Miriam: Pues primero que tuvieran un este, por ejemplo, en los centros de salud pública, pues que estén ahí como en un horario de trabajo ¿no? o sea, que sea más amplio porque también, también me acuerdo que en el IMSS era: "sólo viene los miércoles y sólo está a partir de las 9 a las 12. ¿Tú en qué momento...? En la escuela, en el trabajo, ¿tú en qué momento vas a ir? ¿no? ¿tú en qué momento te das la oportunidad de ir? que sí lo quieres hacer, que tienes la necesidad, pero pues no, no se adapta a un estilo de vida normal. (Miriam, 29 años, ingeniera química, atendida en IMSS, Qro).

Y tampoco son compatibles con los horarios escolares, dificultando la atención para adolescentes, como mencionó el psicólogo encargado de la PF para adolescentes en Querétaro:

Los horarios escolares están desde 8 de la mañana, 9 de la mañana, hasta 5 o 6, lo más temprano que yo he escuchado son 4 de la tarde ¿no? Y considerando que mi servicio específicamente con los adolescentes es de 8 a 3 y media, [...] pues son horarios en los que los adolescentes están en sus clases, y cuando salen pues casi casi es como arrasando la hora ¿no? (Eduardo, 28 años, Psicólogo PF para adolescentes [SSa, Qro].)

Además del horario, también es un problema tener que recorrer distancias largas para acudir al centro de salud, además de la insuficiencia de personal, que no siempre está presente para brindar su atención:

Yo alguna vez pensé, dije: "bueno, me voy a cuidar". Pero era tener que ir hasta el centro de salud y luego no hay nadie. Cuando decidiste hacerlo no había nadie, o no había quién te orientara. Y ya lo dejé pasar y me embaracé ¿no? (Miriam, 29 años, ingeniera química, atendida en IMSS, Qro).

Otra limitante está en la no adecuación de los servicios para adolescentes, quienes muchas veces, además de la imposibilidad de horarios, no tienen la confianza de acercarse a ellos al no sentir que su atención será confidencial:

Tal vez incluso podría aplicar que también en el servicio médico también dieran como esa apertura desde la secundaria, de decir: ¿sabes qué? nosotros tenemos estos tipos de métodos anticonceptivos, eh, pueden acercarse, va a ser confidencial, no sé. O sea, con el hecho de que te den la confianza, de que tú te puedas acercar ¿no? (Miriam, 29 años, ingeniera química, atendida en IMSS, Qro).

En ese mismo sentido, una trabajadora social del servicio de PF para adolescentes en Querétaro señala que ella ha detectado un genuino interés de parte de las adolescentes por saber más sobre el tema, sin embargo, añadido a la falta de confianza de parte del servicio señalado por Miriam, ella detecta la dificultad de las adolescentes de acudir a la clínica sin informar a sus madres o

padres sobre el motivo de su asistencia, o incluso, un miedo de que se enteren por otro medio de que acudieron:

Se interesan mucho, pero yo creo que, llega el punto en que los papás también dicen: "¿pues a qué vas?", no sé, y en ocasiones no vienen. Pero sí se ve como el interés. [...] A veces siento que ellos también no se acercan por pena, porque como te digo, tal vez [...] si ellos son de aquí "van a saber que fui", "me va a preguntar mi mamá a qué fui". Entonces es ahí donde no podemos tener tanto el contacto (Mónica, 33 años, trabajadora social PF para adolescentes [SSa, Qro.]).

Debido a ello, esta trabajadora social coloca a los padres como un obstáculo para que sus hijas puedan tener acceso a una información adecuada sobre salud sexual y no están de acuerdo o no dejan a sus hijas acudir a la consejería en PF al considerar que lo que se busca es incentivarlas para que tengan relaciones sexuales.

Lamentablemente, como le comento, los papás también son en ocasiones una barrera, porque no nos permiten, porque piensan que nosotros hacemos lo contrario ¿no? de decir "tengan relaciones", cuando no. ¿por qué? porque sabemos que el adolescente no podemos decirle que no tengan relaciones sexuales, ellos sabrán en el momento, pero el punto es que ya vayan informados y sepan el riesgo que hay en tener una relación sexual sin protección. Entonces, nosotros no incitamos, más bien tratamos de informarlos para que en el momento en que ellos decidan tener una relación sexual, lo hagan protegidos y sin riesgo alguno (Mónica, 33 años, trabajadora social PF para adolescentes [SSa, Qro.]).

Por último, otra gran limitante tiene que ver con el trato recibido de parte del personal, que cuando es malo, orilla a las mujeres a no volver a la atención, permanecer con la necesidad insatisfecha de anticonceptivos, o explorar por su propia cuenta cualquier anticonceptivo sin supervisión, con los riesgos que cada una de esas opciones supone. Ante esta situación, una propuesta de mejora que sugieren algunas participantes tiene que ver con invertir en "los valores de los doctores" (Magali, 29 años, emprendedora, escolaridad ingeniería, atendida en IMSS, Qro.), por ejemplo, ofreciendo bonos "por ser buen doctor", o bien, mediante la escucha a las usuarias, por ejemplo, a través de una libreta en la cual reciban comentarios de sus pacientes, para evaluar la calidad de la atención brindada (Paloma, 25 años, arquitecta, atendida en consultorio privado, Qro.).

En resumidas cuentas, las necesidades percibidas por las participantes de esta investigación se reducen a que sí tienen un deseo o necesidad de utilizar anticonceptivos, pero no tienen oportunidad de elegirlos, de acceder a la información adecuada o acudir libremente a las clínicas:

[Lo que se necesita] es que te den, yo creo, la oportunidad de elegir ¿no? que te den la información para que tú digas: "Sí tomo anticonceptivos, o sí me los pongo, o mejor me cuido, o mejor uso el condón, o mejor esto". Pero que tú puedas elegir, no que lo que haya o lo que escuchaste y lo que te dé más confianza o lo que se te haga más fácil. Yo, por ejemplo, decía: "pues es que las pastillas, pues es que no están caras, este, pu's las pastillas". Pero no sabes todas las consecuencias (Paloma, 25 años, arquitecta, atendida en consultorio privado, Qro.).

## Capítulo 5. Discusión y conclusiones

Los resultados de esta investigación muestran la actualidad de las prácticas de anticoncepción bajo coerción en instituciones de salud públicas en México. Estas acciones persisten, a pesar de estar tipificadas como ilegales en sendas legislaciones y normativas que surgieron para prevenir la esterilización forzada y asegurar la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y anteponer su derecho a decidir sobre su cuerpo a los objetivos de salud y población que persiguen las políticas públicas relacionadas con la anticoncepción. ¿Cómo puede explicarse que estas prácticas ocurran con frecuencia dentro de clínicas y hospitales? ¿Cómo es posible que, aunque ilegales, lleguen a ser legítimas, al convertirse en parte del actuar cotidiano del personal de salud, de modo que no se consideran violentas?

En las siguientes líneas analizo algunas posibles explicaciones a estas preguntas que, si bien no pretenden agotar la respuesta, servirán para pensar este fenómeno de forma amplia, pues sus implicaciones van mucho más allá de la obligación hacia algunas mujeres para utilizar anticonceptivos.

### **1. La anticoncepción forzada como estrategia de regulación poblacional. La perspectiva del biopoder**

Un análisis de la anticoncepción forzada y bajo coerción desde el biopoder centra su foco en las políticas públicas asociadas con la anticoncepción como tecnologías dirigidas a la regulación de la vida (Foucault, 2011). Vistas de manera amplia, los objetivos explícitos de las políticas buscan regular los nacimientos y la tasa reproducción, a la vez que intentan disminuir la mortalidad y morbilidad maternas, mediante la disminución de abortos inseguros, embarazos no deseados y embarazos con periodos intergenésicos cortos y a través del establecimiento de un programa de control prenatal, para regular el proceso de embarazo y buscar la detección temprana de patologías. Todas estas estrategias pertenecen al polo del biopoder conocido por Foucault como biopolítica, y su foco está en la regulación de la salud y bienestar de la población en general.

El otro polo del biopoder es la anatomopolítica, que se centra en los cuerpos individuales y tiene el propósito de disciplinarlos y extraer de ellos su mayor utilidad, a través de la disciplina, que es resultado de la interiorización de una relación de vigilancia permanente y del sometimiento de los cuerpos a procesos de clasificación, evaluación, localización y examen (Foucault, 2011; Castro, 2004).

En el fenómeno de la anticoncepción forzada, tanto biopolítica como anatomopolítica entran en juego para buscar la regulación de la reproducción y convergen en lo que Foucault (2008) llamó “dispositivo de la sexualidad”.

#### *Dispositivo de la sexualidad*

Para Foucault (2011), el dispositivo de la sexualidad actúa como bisagra entre el poder disciplinario, centrado en el control de los cuerpos individuales y el biopoder, enfocado en la regulación de los procesos poblacionales. Es por ello que constituye un campo privilegiado para el control social.

Este dispositivo consta de cuatro estrategias fundamentales: la psiquiatrización del placer perverso, la pedagogización del sexo del niño, la socialización de las conductas procreadoras y la histerización del cuerpo de la mujer. En relación con la anticoncepción bajo coerción, resultan de particular relevancia las dos últimas. Por una parte, la *socialización de las conductas procreadoras* consiste en prácticas dirigidas a controlar el crecimiento de la población y se lleva a cabo a través de tres medidas:

- 1) *Socialización económica*. Ocurre a través de medidas sociales o fiscales para promover o limitar la fecundidad de las parejas. A este respecto, en esta investigación, el uso del programa Prospera como una medida para presionar a las mujeres para utilizar anticonceptivos a cambio de un estímulo económico resulta un ejemplo evidente.
- 2) *Socialización política*. Consiste en la responsabilización de las parejas respecto del cuerpo social entero (que hay que limitar o reforzar), es decir, convencer a las mismas personas que tienen una responsabilidad para con su sociedad, la cual consiste en reproducirse o dejar de hacerlo (de acuerdo con su pertenencia a grupos privilegiados o rechazados). Así, por ejemplo, a las mujeres jóvenes que desean acceder a una esterilización, se les obstaculiza con el argumento de que posteriormente se arrepentirán y querrán ser madres, o se les envía hacia psicología, colocando esas ideas como patológicas o anormales. La responsabilidad de esas mujeres, por tanto, es reproducirse. En cambio, otras mujeres, como aquellas en situación de pobreza beneficiarias de Prospera, son presionadas para que no se reproduzcan y se les convence mediante diferentes tácticas, como realizar un ejercicio en el cual calculan cuánto costaría tener un hijo, exagerando los costos y simulando un embarazo y nacimiento patológicos que requirieran gran intervención médica. De esa manera, a través de engaños, se les señala que quienes no tienen “suficientes” recursos económicos, no deberían reproducirse.
- 3) *Socialización médica*. Relacionada con la anterior, consiste en la reproducción de la idea de ciertas poblaciones como patógenas y cuyo crecimiento se debe controlar para lograr la salud de la población. Estas poblaciones suelen ser grupos víctimas de racismo, como el caso de personas indígenas.

Por otro lado, *histerización del cuerpo de la mujer* hace referencia a cómo su cuerpo ha sido visto como saturado de una sexualidad que debe ser controlada, motivo por el cual fue incorporado al campo de la medicina, al otorgarle una patología única (la histeria) y a su vez, se puso en relación con el cuerpo social (mediante la regulación de su fecundidad), con el familiar (como encargada de su funcionamiento) y con la vida de los niños (como responsable de su creación y educación) (Foucault, 2011).

Como consecuencia, diversas estrategias son desplegadas en las instituciones de salud encaminadas a la regulación de los cuerpos de las mujeres. La obstetricia misma es una herramienta patriarcal que surgió para la colonización y domesticación de sus cuerpos, mediante estrategias cuyo propósito último es la producción de una feminidad normativa (Braidotti, 1991, en Posada, 2015). Por ejemplo, por medio de la idea de sumisión ante los mandatos del personal de salud, el ser desprovistas de autonomía sobre sus cuerpos, no ser consideradas en la toma de

decisiones, la obligación de algunas mujeres hacia la maternidad (al impedirles acceder a un procedimiento de esterilización) y en general, a través de un control y disciplinamiento de sus cuerpos por medio de su medicalización.

Un claro ejemplo de ese disciplinamiento es el proceso de canalización descrito en este trabajo. Por medio de este proceso, se realiza un control de la capacidad reproductiva y de la sexualidad de las mujeres. En primer lugar, debido a que tiene como propósito que todas las mujeres que asisten a la clínica acudan a consejería sobre PF. A través de ésta se coloca en ellas la responsabilidad del cuidado de la salud en el ámbito de la sexualidad y mediante el uso de anticonceptivos, se les habla de la sexualidad únicamente asociada a la reproducción.

Otra parte del proceso de canalización consiste en que todas las mujeres que han iniciado su vida sexual sean derivadas hacia medicina preventiva, en donde se inspeccionan sus cuerpos con fines de prevención de enfermedades, por ejemplo, se hace un examen clínico de mamas y un Papanicolaou. El propósito del segundo es detectar la presencia de infecciones de transmisión sexual, principalmente virus del papiloma humano (VPH). Detrás de los objetivos de salud de estos procedimientos, es posible leer el Papanicolaou como una forma de regulación de la sexualidad. Se asocia la sexualidad con la enfermedad y entonces, el VPH constituiría un castigo para la vivencia de una sexualidad no normativa. Y el Papanicolaou en sí mismo es una forma de castigo, por ejemplo, debido al hecho de que a las menores de edad que han tenido más de tres parejas sexuales se les solicita la uno, para lo cual deben avisar a sus madres. Esta es una estrategia para castigar su vida sexual y el tener “muchas” parejas, según el criterio del personal y “acusar” a las adolescentes con sus madres, resulta una forma de censura.

Todo este proceso de disciplinamiento está regulado a través del uso del carnet o Cartilla Nacional de Salud, un documento que sirve, además, para controlar la labor del personal de salud. A través de sus contenidos se indican y regulan acciones que deben de llevar a cabo en relación con las mujeres y a ellas les indica a qué servicios deben acudir, qué plática deben solicitar, qué procedimientos se deben realizar, en función de diversas características como la edad, el género, el estado de salud, entre otros, que están determinados por los criterios que la institución considera importantes para el cumplimiento de sus objetivos y su funcionamiento cotidiano, y que provienen de las políticas públicas de nivel nacional.

De este modo, el carnet, como un dispositivo biopolítico, sirve para “bajar” al nivel local, el de la atención cotidiana de las personas, los mandatos, normativas, recomendaciones y regulaciones desde las políticas públicas, los acuerdos internacionales, los discursos internacionales de salud, etc. Al tratarse de un documento personal que se otorga a las mujeres, es utilizado para la regulación de sus procesos reproductivos, pues mediante éste se controla su atención en las clínicas de PF, se indica les la temporalidad y criterios para la realización de procedimientos como el Papanicolaou, la mastografía o el examen clínico de mamas; se lleva un registro de qué método anticonceptivo utilizan, en qué fecha comienzan a usarlo y lo abandonan, el motivo por el cual abandonaron o cambiaron de método, además de regular también el control de ITSs y del embarazo. En relación a este último, en el carnet se registran las pláticas obligatorias a las cuales

deben acudir las mujeres, so pena de no permitirles acceder a su incapacidad por maternidad de no tener sus registros completos.

De ese modo, los objetivos de la biopolítica en términos de control de la natalidad, la mortalidad y la sexualidad de las mujeres, se materializan a través de este documento, a la vez que funciona como un dispositivo simbólico para la regulación de sus cuerpos (en tanto se controla su presencia dentro de las clínicas), su sexualidad y su reproducción (al controlar los procedimientos médicos que deben recibir o los dispositivos médicos que deben usar).

### *Gubernamentalidad reproductiva. El biopoder en el campo de la reproducción.*

Abordar esta investigación desde la perspectiva de la gubernamentalidad reproductiva, me permitió fijar la atención en los dispositivos (instituciones, leyes, políticas, disciplinas, conceptos, posiciones morales, etc.) utilizados con la finalidad de regular, producir, controlar o monitorear las conductas, las opiniones y los discursos de las personas, en particular, en relación con la reproducción. Esto implica, por una parte, convencer a algunas mujeres (p.ej., a mujeres próximas a dar a luz) que deben utilizar anticonceptivos por su salud, a otras (p.ej., mujeres jóvenes) que no pueden acceder a una esterilización hasta después de cierta edad, a otras más (p.ej., adolescentes), que no deben utilizar anticonceptivos, porque en principio no deberían tener vida sexual, y a otras más (p.ej., mujeres en situación de pobreza) que deben utilizar anticonceptivos porque no deberían tener “muchos” hijos.

El concepto de gubernamentalidad reproductiva permite analizar cómo los procesos económicos, a partir de la entrada del neoliberalismo en Latinoamérica, transformaron los hábitos y conductas reproductivas, es decir, permite problematizar el hecho de que el ámbito de la reproducción se encuentra controlado e impregnado por una diversidad de discursos que buscan la regulación de las poblaciones (Morgan y Roberts, 2012). De esa manera, no resulta casualidad que los mayores impulsos por la promoción de la planificación familiar surgieron durante los años 90, tras las conferencias de Beijing (1995), sobre la mujer y el Cairo (1994), sobre población y desarrollo, justo la época en que ingresaron a México y el resto de Latinoamérica las políticas estructurales neoliberales.

Desde esa postura, se busca ver cómo diferentes fenómenos internacionales, como la migración, la sobrepoblación, las dinámicas de salud o reproducción, las actividades económicas, las relaciones sociales y de parentesco, la localización geopolítica, las políticas públicas, las representaciones sociales sobre maternidad y paternidad y sobre masculinidad y feminidad, entre otros, se interconectan y exponen sus efectos a niveles locales (Colen, 1995; Ginsburg y Rapp, 1995, Berrio, 2013). Así como también ver la forma en que diversos grupos buscan el control de la reproducción y producen nuevos sujetos, a través de discursos que buscan la regulación de la sexualidad y la reproducción.

En el caso concreto de este trabajo, los dispositivos analizados fueron las leyes y políticas, incentivos económicos, mecanismos de coerción directa y mandatos morales, utilizados para promover el uso de anticonceptivos de acuerdo con racionalidades específicas. Las diversas leyes

y políticas relacionadas con la anticoncepción, son normativas cuyos objetivos se ven reflejados en la Cartilla Nacional de Salud. Estos objetivos son, fundamentalmente, la disminución y prevención de la morbi-mortalidad materna y perinatal, la disminución del embarazo adolescente y la reducción de la tasa de natalidad con fines de prevenir la sobrepoblación.

El análisis presentado de la Cartilla Nacional de Salud como un dispositivo por medio del cual se “bajan” al plano local las normativas de legislaciones que se encuentran en un plano institucional, nacional o internacional, permite pensar en la posibilidad de transferibilidad de los resultados de esta investigación. Los objetivos mencionados de las políticas de PF derivan de la obligación acatada por el Estado mexicano al firmar los acuerdos internacionales de las conferencias de El Cairo y Beijing (sumado a los esfuerzos de otros organismos internacionales, como UNFPA, USAID u OMS<sup>36</sup>). En consecuencia, las políticas públicas nacionales se encuentran influenciadas por dinámicas geopolíticas de esta naturaleza, que propusieron la implementación de programas de salud reproductiva, principalmente en países del sur global. En su planificación, tenían como propósito mejorar la salud de las mujeres, respetar su autonomía y buscar su empoderamiento sexual, pero en la práctica, los objetivos estructurales de disminuir el embarazo adolescente, prevenir la sobrepoblación o disminuir la mortalidad materna, tomaron prioridad, de modo que es posible encontrar investigaciones en otros países del sur global en las cuales se prioriza cumplir esos objetivos, sin considerar los deseos y necesidades de las mujeres, derivando en prácticas de anticoncepción bajo coerción, por ejemplo en Egipto (Morsey, 1995), Perú (Reilly, 2015) y como es evidente en este trabajo y otros, México (Martínez y Rangel, 2018).

La particularidad de este proyecto, es que presenta cómo se configura un dispositivo en específico: el carnet, que en su contenido incluye los mandatos de las políticas públicas y en su uso cotidiano es convertido en un instrumento simbólico mediante el cual se regulan los procesos de atención en salud de las mujeres y su uso de anticonceptivos. Esto permite pensar en que las prácticas de anticoncepción no son hechos aislados o únicamente dirigidos en contra de poblaciones específicas, como se señala en otras investigaciones (Castro y Erviti, 2015; Martínez y Rangel, 2018; Castro, 2004), sino que, aunque sin duda los prejuicios permitirían que estas acciones ocurrieran de forma proporcionada hacia algunos grupos, existen mecanismos institucionales que permiten e incluso promueven que estas acciones ocurran de forma naturalizada y sistemática y no únicamente en las instituciones analizadas en esta investigación, sino a nivel nacional, dado que el carnet es una herramienta de uso generalizado y obligado en todas las instituciones públicas de salud. Pero en tanto que las políticas en las cuales se basa el carnet derivan de acuerdos internacionales, se abren nuevas líneas de investigación que podrían aplicarse en otros contextos, para conocer las particularidades de sus mecanismos diseñados con fines similares.

De la mano del concepto de gubernamentalidad reproductiva está el de reproducción estratificada (Colen, 1995), el cual muestra las grandes desigualdades que existen en la sociedad en relación

---

<sup>36</sup> Fondo de población de las Naciones Unidas, Agencia estadounidense para el desarrollo internacional y Organización Mundial de la Salud.

con la reproducción. Las jerarquías de etnia, raza, clase social, habilidad, nacionalidad, etc., determinan la diferencia en posibilidades de unos y otros grupos de personas para reproducirse. Por ejemplo, el hecho de que las presiones para el uso de anticonceptivos fueran más explícitas para las beneficiarias del programa Prospera (retirarles el dinero si no asisten a las consultas, procurar el uso de anticonceptivos de larga duración), habla de una jerarquía en función de clase social (y en muchos casos, aunque no fueron abordados en esta investigación, también de raza).

Por tanto, la reproducción estratificada permite ver el cruce entre diversas estructuras que dan lugar a las diferencias en las posibilidades de diferentes personas para reproducirse (en unos grupos se promueve su reproducción, mientras que en otros, se busca impedir), mientras que la gubernamentalidad reproductiva, partiendo desde esta misma base, permite problematizar cómo esas estructuras son internalizadas por la población y se forman nuevas subjetividades para la regulación de las opciones y comportamientos reproductivos, es decir, cómo se construyen “ciudadanos racionales” que “encarnan y reproducen las prioridades apoyadas por el estado en sus valores, conducta y comportamiento” (Morgan y Roberts, 2012, p. 244).

Un ejemplo de estos “ciudadanos racionales” son el personal de salud, que son erigidos como guardianes de la higiene pública, pues es a través de su práctica que se determina qué mujeres pueden reproducirse y quiénes no, quiénes pueden tener vida sexual y quiénes no, colocan a las mujeres como responsables de la anticoncepción y por tanto del trabajo de cuidados en relación con la sexualidad, mientras que los hombres son excluidos del proceso, al no instaurarse estrategias para su involucramiento en el cuidado de la salud sexual.

Estas mismas acciones buscan la creación de otros sujetos: las adolescentes castas que no deben ejercer su sexualidad, so pena de recibir un castigo (la infección con alguna ITS, un embarazo no deseado, la realización de un Papanicolaou, o “acusarlas” con sus madres), se establece el ideal de maternidad en las mujeres de 20 a 35 años, limitando el acceso a ella a las mujeres menores, como en el caso de adolescentes ya descrito y a las mujeres mayores, a quienes se les “recomienda” realizarse una esterilización. Se establece también la obligación de la mujer para la maternidad, de manera que si una mujer joven que no ha tenido hijos desea acceder a una OTB, le será negada, su decisión será patologizada (pues se requiere que asista a consulta a psicología o psiquiatría para descartar que esté viviendo un proceso de violencia o que no tenga claridad respecto a su decisión) y se le recomienda utilizar anticonceptivos de larga duración en su lugar, pues seguramente en unos años se arrepentiría de su decisión. Pero al mismo tiempo, se considera a las mujeres en situación de pobreza como “no aptas” para reproducirse, mediante el establecimiento de estrategias, como el programa Prospera, en el cual se les presionaba para la utilización de anticonceptivos de larga duración y se limitaba su maternidad debido a la idea de que “tienen hijos por dinero”, es decir, para recibir recursos económicos de parte del estado, o que tienen “más hijos de los que pueden mantener”, que en realidad es una manera de decir que se reproducen más de lo que “deberían”, ante lo cual, la anticoncepción forzada surge como una forma de regular esos “excesos”.

Al mismo tiempo, mediante el programa Prospera, se normatiza el rol de las mujeres-madres (las que ya lo son), al poner en ellas la responsabilidad de la salud de su familia, pues debían llevar a sus hijos/as a consultas periódicas, asistir a pláticas sobre cuidados de la salud, además de (re)producir estereotipos asociados a la feminidad al hacerlas acudir a clases de tejido y zumba y mediante la realización de labores de limpieza de sitios públicos, “como si les estuvieran cobrando” el apoyo económico otorgado.

Por último, el discurso mismo de la Planificación Familiar resulta limitante y, por tanto, normativo en cuanto a cómo se debe ejercer la sexualidad de forma “apropiada”. El concepto implica que el propósito de los anticonceptivos es evitar temporalmente la concepción en las mujeres, o evitarla definitivamente si tienen “paridad satisfecha”, es decir, que ya tienen el número deseado de hijos/as. Esto hace pensar en la sexualidad meramente con fines reproductivos y de formar una familia, presumiblemente heterosexual. Como parte de la consejería no se consideran otros aspectos de la vivencia de la sexualidad, como el placer, el erotismo, o cualquier forma de experimentarla más allá de la heterosexualidad y la reproducción.

Ante esa idea limitada, considero que se debería tomar una perspectiva más amplia. Una aproximación es el concepto de salud reproductiva impulsado por la ONU, la cual incluye

la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (ONU, 1995, p. 37).

Todo ello implica lograr que los servicios de salud reproductiva estén al alcance de todas las personas en los niveles de atención primaria. Estos servicios deben incluir el asesoramiento, información y servicio en planificación familiar, educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgo, atención pos-parto, prevención y tratamiento de la infertilidad, interrupción del embarazo, prevención del aborto y tratamiento de sus consecuencias, tratamiento de enfermedad del aparato reproductor y de infecciones de transmisión sexual; consejería en sexualidad, salud reproductiva y paternidad responsable; diagnóstico y tratamiento del embarazo, parto, aborto, infertilidad, cáncer de mama y cervico-uterino, VIH-SIDA; la disuasión de prácticas como la mutilación genital femenina; evitar utilizar los programas de planificación familiar con fines demográficos; evitar imponer a los proveedores de servicios de planificación familiar la ejecución de los objetivos demográficos mediante metas o cuotas de colocación de anticonceptivos, o mediante sistemas de incentivos y desincentivos; vigilar y garantizar que los servicios de planificación familiar se brinden con pleno respeto de derechos y de acuerdo con las normativas éticas y profesionales, asegurándose de la obtención del consentimiento responsable, voluntario e informado de parte de las personas (ONU, 1995).

Este concepto da cuenta de lo que deberían ser los servicios de salud reproductiva, no obstante, falla en reconocer los obstáculos para su obtención, particularmente aquellos de origen estructural. Es aquí donde puede resultar de utilidad una nueva aproximación: la justicia reproductiva.

Esta idea surge de un movimiento formado por mujeres de color en los EE.UU. luego de la conferencia de El Cairo de 1994, con el propósito de representar las necesidades de las mujeres de color y otras mujeres marginalizadas. La justicia reproductiva se define como el derecho humano a mantener la autonomía personal del cuerpo, tener hijos/as o no y paternar o maternar a los que ya se tienen, en comunidades seguras y sostenibles (SisterSong, 2006, en Smietana et al., 2018).

Más que un concepto, la justicia reproductiva es un movimiento que ha buscado expandir la mirada de las políticas sobre reproducción de movimientos de derechos reproductivos blancos y de clase media, enfocados únicamente en la provisión de anticonceptivos, acceso al aborto y servicios de fertilidad, para incorporar también los derechos de las familias a poder criar a sus hijos/as libres de violencia económica y estatal.

La idea de justicia reproductiva se traslapa con la de reproducción estratificada mencionada previamente, en el sentido de que ponen la atención en la persistencia de patrones históricos de inequidad y discriminación al valorarse más la reproducción de unos grupos de personas que de otras. Pero difieren en que la reproducción estratificada es fundamentalmente un concepto analítico y descriptivo que fue de gran utilidad para interpretar los datos de esta investigación. Pero la justicia reproductiva es más amplia, al ser además un movimiento activista, que surgió de las necesidades de mujeres de color en EUA. Mientras que el primero se centra más en los movimientos internacionales, la migración, las dinámicas norte-sur, las diferencias en cuanto a la valoración de la reproducción en función de la edad, la raza, la nacionalidad, la clase, etc., la segunda se enfoca más en la discriminación social, la abyección de algunos grupos en relación con sus posibilidades de reproducción y en cómo las instituciones estatales usan la raza como tecnología para romper, más que apoyar a unos grupos o familias.

Aunque en el presente trabajo tomé como referencia el marco de reproducción estratificada, trabajar con ambos permitiría enfatizar las conexiones entre jerarquías locales dentro de los estados modernos, basadas en raza, clase, género, indigenidad y jerarquías transnacionales entre diferentes países. Además, llevar los resultados de esta investigación hacia aplicaciones prácticas, pasando así de la explicación a la acción y transformación de las vidas de las personas.

## **2. La distancia entre las normativas y su ejecución.**

La importancia de tomar en consideración tres dimensiones de análisis distintos en esta investigación radica en ver las diversas perspectivas en la atención en salud sexual y reproductiva. Al analizar las políticas públicas, es evidente un reconocimiento de las violaciones históricas de la autonomía del cuerpo de las mujeres en las prácticas de esterilización forzada, razón por la cual se tiene cuidado en señalar la necesidad de respetar siempre la decisión de las personas sobre si quieren o no procrear, si quieren o no utilizar anticonceptivos y cuáles y dejar en claro que no se debe utilizar la planificación familiar con fines de control demográfico.

Del mismo modo, las entrevistas con el personal de salud dan cuenta de un respeto a tales normativas y un respeto a la decisión de las mujeres. De acuerdo con el personal, todas las mujeres acuden por su cuenta y de manera voluntaria a los consultorios de PF y siempre se respeta su decisión de utilizar o no anticonceptivos. Hablan de una gratuidad en los servicios, disponibilidad de todos los métodos y accesibilidad a ellos para todas las personas, al grado de mencionar que quien se embaraza es porque quiere embarazarse y quien no planifica, es porque no quiere.

Esto contrasta de manera importante con la experiencia de algunas de las informantes (la tercera dimensión de análisis), quienes sí querían utilizar anticonceptivos, pero se encontraron con diversos obstáculos para acceder a ellos, como un asesoramiento deficiente, la falta de personal especializado en las clínicas, falta de confianza hacia el personal, falta de los anticonceptivos deseados, ausencia de privacidad durante las consejerías, horarios no accesibles para personas que estudian o trabajan, el hecho de que la educación sexual que brindan se limita a la resolución de dudas en lugar de brindar información con profundidad. También se basa en promover la abstinencia o la importancia de los anticonceptivos únicamente a partir del miedo al embarazo, sin abordar temas como el funcionamiento de los métodos, sus efectos, cómo se usan y menos aún se habla sobre alternativas no heteronormadas para un encuentro sexual, no se aborda la sexualidad desde el placer y erotismo, sino sólo desde el miedo y la culpa.

Las normativas y la mirada del personal de salud, por lo tanto, presentan lo que “debería” ser la atención en salud reproductiva: gratuita, libre, adaptada a las necesidades de las mujeres, respetuosa de sus decisiones, etc. Pero esta mirada discrepa con la experiencia de las usuarias de los servicios, quienes señalan haber sentido presiones para utilizar algún anticonceptivo, que no siempre se tiene toda la oferta de los mismos, les niegan el anticonceptivo deseado, les dificultan el proceso para retirarlo, entre otras de las situaciones descritas.

Otra manera en la cual se puede ver la distancia entre las normativas o el discurso institucional y la realidad es el caso del consentimiento informado. Este documento se creó originalmente como un instrumento para la protección de los derechos humanos, sobre todo en la experimentación con sujetos humanos. En el caso de la práctica médica, constituye un documento central, pues a través de él se brinda toda la información sobre un procedimiento a las personas, se informa acerca de sus implicaciones, los posibles riesgos que conlleva y toda la información que debe saber antes de aceptar la realización de los mismos. En el documento que se otorga a las mujeres para la aceptación de un anticonceptivo, se dice que fueron informadas sobre los usos, beneficios, ventajas y posibles riesgos de usarlo, se menciona el derecho a revocar su consentimiento en cualquier momento y que aceptan que no han sido objetivo de ningún tipo de amenazas, presión u obligación para aceptar el método. En la práctica, no obstante, el propósito principal de las estrategias de coerción de parte del personal es conseguir la firma en ese formato. Para el personal de salud, obtener la firma en el consentimiento constituye una obligación laboral o una rutina de trabajo. Para las mujeres, en cambio, resulta una decisión crucial.

El consentimiento, paradójicamente, se puede convertir en una herramienta para obligar a las mujeres a la anticoncepción. Por ejemplo, el caso de Alejandra, quien había decidido que le realizaran una OTB porque creyó que le harían una cesárea, pero como finalmente tuvo un parto, se arrepintió de tal procedimiento. La respuesta del personal fue: “pero ya firmaste”, es decir, no hay lugar para el arrepentimiento, a pesar de que claramente se dice en el formato que se puede revocar en cualquier momento. El problema radica justamente en que “consentimiento informado” no es ni consentimiento, pues a las mujeres se les presiona para que firmen y acepten el anticonceptivo, ni es informado, pues no se les brinda ni siquiera la información presente en la misma hoja (que en ocasiones ni siquiera les dan tiempo de leer), mucho menos se les da información detallada sobre los métodos, sus efectos, sus opciones, etc.

La situación del consentimiento informado también hace pensar en la diferencia entre anticoncepción forzada y bajo coerción. Si volvemos a las definiciones planteadas por la Open Society Foundations (2011), el único caso de anticoncepción forzada que fue descrito por alguna participante fue el de Margarita, a quien, tras su último embarazo, le colocaron un DIU sin informarle y ella no se enteró hasta tiempo después. El resto de violencias en relación con la anticoncepción entrarían en la categoría de anticoncepción bajo coerción, pues el personal trató de convencer a las mujeres para firmar el consentimiento por diversos medios, como aprovechar momentos de vulnerabilidad (emocional y física), regaños/acoso/insistencia (pasar muchas veces, escalar las agresiones), considerar el consentimiento como contrato inquebrantable, engaños/desinformación, no dejar salir del hospital, entre otras.

Considero que no existe gran diferencia entre estas dos formas de violencias. Históricamente, la mayor parte de las acciones de esterilización y anticoncepción se llevaban a cabo de manera forzada. En la actualidad, la mayor parte son bajo coerción. En la anticoncepción forzada, no se brinda a la mujer la posibilidad de decidir, pues se le coloca el anticonceptivo sin que se dé cuenta de ello. Cuando es bajo coerción, tampoco existe mucho marco para aceptar o negar el consentimiento y la única diferencia entre ambas es la existencia de un documento firmado por ellas, que constituye evidencia de su supuesta aceptación y una defensa legal para el hospital y el personal. Pero en sus consecuencias, ambos tipos de procedimientos son similares. La clave de la discusión, me parece, debe estar en la capacidad de las mujeres para ejercer su derecho a decidir y las condiciones que impulsan al personal a presionar su decisión. La distinción entre si se enteran o no de la colocación del anticonceptivo, es secundaria, pues en muchas de las formas que se consideran coaccionadas, hay incluso más violencia que si, por ejemplo, le colocaran a la mujer un DIU mientras está inconsciente.

La esterilización forzada se encuentra tipificada como delito en el código penal federal y los de varios estados (GIRE, 2015), pero la mayoría de las prácticas aquí descritas son de anticoncepción coaccionada. Desde la perspectiva del personal, obtener la firma en el consentimiento constituye un cumplimiento de su labor y de las normativas legales. Para las mujeres, en cambio, fue común escuchar en esta investigación el reconocimiento de que, a pesar

de que firmaron o a pesar de que cedieron ante las presiones del personal, no consideraban que el uso de anticonceptivos hubiera sido decisión suya.

Esta gran distancia entre la formulación de las políticas y su aplicación en la realidad tiene que ver con un desconocimiento de los contextos particulares y las personas concretas que serán objetivo de las políticas. De acuerdo con Ginsburg and Rapp (1995), las políticas nacionales e internacionales de salud buscan estandarizar las prácticas reproductivas de sus poblaciones objetivo, privilegiando las ideas occidentales de la maternidad, embarazo y nacimiento “apropiados”. De ese modo, las políticas estatales, como el programa PROSPERA y el programa nacional sobre planificación familiar, sirven para “bajar” a los niveles locales las políticas internacionales, en este caso, de salud y población. Y esto se hará por medio de textos institucionales, como el carnet de salud, el cual está diseñado a partir de esas políticas y acuerdos y su contenido determina el tipo de procedimientos que se realizarán a las mujeres, la información que les será brindada e incluso si les brindará o no la atención.

Sin embargo, los objetivos planteados originalmente a escalas internacionales se hacen desde una visión globalista y occidental, poco respetuosa de las nociones *emic* de los contextos particulares, por lo que sus objetivos originales, en los cuales se presentan desde una perspectiva de derechos humanos y con enfoque de género, se van erosionando conforme se baja hacia el nivel local, y así sucede, por ejemplo, una paradoja que menciona Smith-Oka (2009): que un programa como Prospera, cuyos objetivos originales se dirigían a disminuir la pobreza de las mujeres y mejorar su salud, nutrición y educación, además de fomentar su empoderamiento; en su aplicación local, ocurre lo contrario: las desempodera, obligándolas a someterse a determinados procesos para conservar el estímulo económico, por ejemplo, se atenta contra su autonomía al ser presionadas para usar anticonceptivos y ser obligadas a acatar estereotipos de feminidad: la mujer como encargada del cuidado de su familia, al llevarla a las consultas periódicas; como encargada de labores de limpieza, al hacerlas limpiar lugares como la plaza principal de la localidad o el hospital; encargadas del hogar, al no tener flexibilidad con las madres trabajadoras, que deben pedir permisos en sus trabajos para poder acudir a las actividades obligatorias —que a su vez también reproducen estereotipos— de zumba y tejido.

De manera explícita, el programa no expresa condiciones específicas sobre el uso de anticonceptivos para las beneficiarias. Pero una de sus condiciones es que acudan a las clínicas de manera periódica a consultas relacionadas con la prevención de enfermedades y el cuidado de la salud, so pena de perder sus estipendios. Pero en conjunto con el programa de PF, el personal médico aprovecha esta situación, sumada a la jerarquía de poder que poseen sobre ellas, para hacer que acepten sus indicaciones e instrucciones en relación al cuidado de la salud, entre ellas, usar anticonceptivos.

### **3. El problema no son los individuos. Las presiones hacia el personal.**

Una precaución que hay que tener presente al momento de analizar las acciones de anticoncepción involuntaria es que, a pesar de que las integrantes del personal de salud son las ejecutoras de las acciones, la crítica no debería ir hacia ellas, pues las causas del problema se

ubican en un nivel más estructural. Este problema no consiste en miembros del personal que buscan violentar a mujeres concretas, sino que, por un lado, muchas veces el personal está convencido de que sus acciones son en beneficio de ellas, por ejemplo, pensar que está actuando por su bien porque consideran que un embarazo pondría en riesgo su salud, o que tienen “muchos” hijos. En ambos casos creen que, aunque no sea la mejor manera, está velando por los intereses de la mujer, aun siendo en contra de su voluntad.

Por otra parte, el personal también se ve sujeto a normativas y presiones institucionales que les pueden orillar a actuar de maneras que resultan violentas para las mujeres. Por ejemplo, el establecimiento de cuotas para la colocación de anticonceptivos puede volverse una presión o incentivo para buscar “convencer” o “captar” a la mayor cantidad posible de mujeres con el fin de cumplir tales objetivos. También existe dentro de los hospitales una lógica de productividad que impide muchas veces al personal tener una atención personalizada, por lo que, en el momento de la consejería, la información se brinda de forma muy superficial ante las presiones, por ejemplo, de atender rápidamente a una mujer que está a punto de dar a luz, pero el personal tiene indicado obtener la firma del consentimiento informado antes de que nazca el bebé. Ese contexto, desde luego, no exime de que pueda dar la información despacio y con tiempo, después del parto, pero da cuenta de una dinámica más compleja.

### **Conclusiones**

Esta investigación da cuenta de una persistencia de las prácticas de anticoncepción bajo coerción en distintas instituciones públicas de salud en México y de cómo las prácticas eugenésicas de antaño, que fueron prohibidas hace más de 50 años y para lo cual se crearon diversas normativas a nivel internacional para la protección de las mujeres, se han transformado en prácticas permitidas e incluso alentadas por mecanismos institucionales, escondiendo la violación de derechos detrás de la burocracia, pues en lugar de forzar el uso de anticonceptivos directamente, se presiona a las usuarias para firmar un consentimiento informado, lo cual funciona como defensa legal para las instituciones y el personal.

De esta forma, las acciones para presionar el uso de anticonceptivos se presentan como un beneficio para las personas, como una forma de “protegerlas de sí mismas”, por ejemplo, al ayudarlas para que no tengan más hijos/as de los que puedan mantener (a juicio del personal). Pero estos argumentos esconden el mismo racismo, pues ponen el foco en los individuos empobrecidos y los responsabiliza, siendo así necesaria la ayuda, pues los consideran inferiores o incapaces de comprender o de usar métodos anticonceptivos. Todo ello en lugar de pensar que es el mismo sistema que provoca esa pobreza y que limita las posibilidades de las mujeres sobre el control de sus cuerpos.

Es necesario notar que no cualquier mujer es víctima de estos procesos, las principales afectadas históricamente han sido mujeres racializadas, empobrecidas y/o pertenecientes a una minoría.

Los mecanismos institucionales aquí descritos hacen posible que se pueda forzar el uso de anticonceptivos de manera legítima y sistemática a cualquier mujer dentro de las instituciones públicas de salud, principalmente después de un evento obstétrico. Sin embargo, diversos

sistemas de opresión entran en juego para determinar hacia quiénes se pueden dirigir estos mecanismos en mayor medida y en función de racionalidades específicas, por ejemplo, la edad y la clase fueron dos aspectos evidentes en esta investigación (no permitir a mujeres jóvenes acceder a anticonceptivos definitivos o presionar su uso en mujeres mayores y de bajos recursos). Pero como se hace evidente en investigaciones previas, pensar en otros sistemas como la raza/etnicidad o la discapacidad resultan centrales para entender el fenómeno de manera más amplia. Adicionalmente, el uso de anticonceptivos no ha sido únicamente un medio de control poblacional, que pretenda la reproducción de ciertos grupos y la disminución de otros. Ha sido utilizada también como castigo en contra de aquellas mujeres que transgreden su “deber-ser” en cuestiones de género y sexualidad. Por ello, no es casual que en la mayor parte de las legislaciones que permitían la esterilización por enfermedades mentales (dentro de las cuales se catalogaba a personas, en su mayoría mujeres, que no sabían leer y escribir, migrantes que no conocían el idioma, etc.), también lo hacían por “enfermedades sociales”, como la “promiscuidad”, la “erotomanía”, tener hijos/as fuera del matrimonio, prostitución, etc. A partir de los resultados de esta investigación, se puede ver la regulación en las clínicas de la sexualidad de mujeres a través del Papanicolaou, que sirve como forma de castigo hacia las mujeres que transgreden la normatividad en torno a la sexualidad, como adolescentes que comienzan su vida sexual o mujeres que tienen varias parejas sexuales.

Si a esto le sumamos otros factores que intervienen en esta problemática, como los discursos de la sobrepoblación y la necesidad de limitar los nacimientos, los discursos médicos sobre la obligatoriedad del uso de métodos anticonceptivos para las mujeres, los ataques continuos por medio de los medios de comunicación, el hecho de que los programas de anticoncepción gratuita se dirijan principalmente hacia las poblaciones de bajos ingresos, que no se tenga la misma facilidad para colocarse un método que para retirarlo, entre otros factores, nos llevan a ver en este fenómeno un intento hacia la regulación total de la vida reproductiva de las personas, en particular de las mujeres y sus cuerpos.

Pero a pesar de las diversas formas de violencia que son descritas en este escrito, es necesario resaltar que no se tratan de violencias totalizantes que no permitan ningún resquicio para la resistencia. El hecho mismo de que existan diversos mecanismos para presionar la obtención de la firma del consentimiento de parte de las mujeres, que estas estrategias se encuentren repartidas en diferentes momentos de atención en salud, sobre todo en la atención del embarazo y que conforme se va avanzando en el proceso, las reacciones del personal sean cada vez más violentas, son ejemplos de la resistencia de las mujeres. Aquellas que mantienen firme su decisión de, por diversos motivos, no utilizar los anticonceptivos, enfrentan mayores violencias para intentar acallar la resistencia.

Inclusive la aparente aceptación de las mujeres puede verse como una forma de resistencia, pues esta puede presentarse de varias maneras. Puede ser que hayan recibido una buena consejería y conscientemente y de manera informada cambiaran su decisión de utilizar un anticonceptivo, pero acceder al método no necesariamente es aceptarlo, el “someterse” y “aceptar” el método luego de las reiteradas violencias, puede ser visto como como una estrategia de defensa, ya sea

para detener el acoso constante, para abandonar el hospital o incluso como reflejo de otras estrategias, como el caso de Belén, que pactó con una ginecóloga para que le retirara el método posteriormente en su consulta privada, deteniendo así el acoso de las enfermeras, pero manteniendo su decisión de no utilizar anticonceptivos distintos del condón.

En ese mismo sentido, a pesar de la molestia de los efectos secundarios y reconociendo el hecho de que, si tuvieran una alternativa preferirían no utilizarlos, algunas de las informantes reconocen aspectos positivos del uso de anticonceptivos. Entre ellos, el poder vivir su sexualidad más libremente sin el temor a embarazarse, así como un mayor involucramiento con sus parejas, al incluirles en los cuidados respecto a su sexualidad.

En los resultados de esta investigación es posible ver las prácticas de anticoncepción bajo coerción como naturalizadas dentro de la práctica médica. Esto hace pensar que pueden ocurrir de manera sistemática en contra de las mujeres que son atendidas en instituciones públicas de salud, sin embargo, también fue evidente que el personal de salud es más insistente con algunas mujeres que consideran que no deberían reproducirse, como las beneficiarias del programa prospera o las mujeres mayores de 35 años. Para futuras investigaciones, considero pertinente ahondar más en las experiencias y necesidades específicas de ciertas poblaciones, como mujeres migrantes, indígenas, adolescentes (desde su propia perspectiva), así como mujeres con orientaciones sexuales distintas a la heterosexualidad.

Al hacerlo, es necesario voltear a ver siempre las estructuras, pues se puede caer en el riesgo de individualizar los problemas, ya sea culpando a los miembros del personal de salud, lo cual desconoce todas las dinámicas que les llevan a comportarse de tal modo, o ya sea limitando la atención en las mujeres usuarias, lo cual llevaría a pensar el fenómeno como una situación aislada y no como algo sistemático que se sostiene en estructuras de opresión.

En ese mismo sentido, la creación de políticas públicas debería realizarse también de abajo-arriba, tomando en consideración las necesidades específicas de las personas y adaptando las estrategias a los diferentes contextos. De no hacerlo, se corre el riesgo de que las políticas, planeadas con perspectiva de género, enfoque intercultural y de derechos humanos, en la práctica se conviertan en herramientas para la violación de los mismos derechos. Eso ha sucedido con algunas de las políticas de PF, que no atienden las causas reales del problema. Así, la PF se presenta por sí sola como una herramienta fundamental para la promoción de la salud, pero el problema es que no se acompaña de otras estrategias, por ejemplo, se presentan los anticonceptivos como una forma de disminuir la mortalidad materna al disminuir el número de abortos inseguros (como consecuencia de un menor número de embarazos no deseados), pero no se legaliza el aborto a nivel nacional; se dice que ayuda a reducir la mortalidad infantil al ampliar el periodo intergenésico corto, pero sin atender las condiciones de precariedad; se dice que los anticonceptivos mejoran estatus y empoderamiento de las mujeres porque les permite trabajar, pero no se cuestionan los roles de género subyacentes a esa idea, pues parte de la idea de que si una mujer tiene hijos/as, ya no puede o debe trabajar; y se dice que ayudan a la sociedad en general al reducir la sobrepoblación y por tanto el impacto climático y ayuda a mejorar el desarrollo económico, pero sin criticar la producción capitalista y la distribución inequitativa de recursos.

Por último, el personal de salud que participó en esta investigación resalta la existencia de una gran apertura institucional de todos los organismos de salud pública mexicanos para fomentar el uso de anticonceptivos, en los cuales se respetan los derechos sexuales y reproductivos por medio de la gratuidad de los servicios y la apertura para todo público, derechohabiente o no de las instituciones de salud y sin importar su edad o su nacionalidad. Y esto es cierto, existe gran facilidad para acceder a estos métodos, al menos en las unidades de salud estudiadas, pero el problema ocurre cuando el acceso no es para todas las mujeres, o no necesariamente es para el método deseado y no existe esa misma facilidad para dejar de usarlos, de modo que las mujeres se ven forzadas a usar anticonceptivos durante plazos forzosos o a acudir a clínicas privadas para retirarlos, con el gasto económico que esto conlleva y que no necesariamente está al alcance de todas.

De esta manera, el respeto a los derechos sexuales y reproductivos se convierte únicamente en una fachada para encubrir prácticas de violación de los mismos, prácticas de control de la sexualidad y de la reproducción de la población a través de los cuerpos de las mujeres, que son aplicadas cuando sus cuerpos son hechos cautivos de las instituciones de salud, por ejemplo, cuando deben atender sus embarazos en los hospitales, cuando no les permiten abandonar el hospital a menos que acepten algún anticonceptivo, cuando les retienen algún documento para obligarlas a acudir a PF o a medicina preventiva o cuando son forzadas a acudir a consultas médicas, so pena de perder algún beneficio económico.

Y las mujeres son conscientes de las falencias del sistema y también de lo que necesitarían para que mejore. Por ejemplo, muchas veces el problema no son los anticonceptivos, pues algunas de las informantes que recibieron coerción sí querían usarlos. El problema fue el modo de acercarse del personal, de pedirles la firma o el momento de solicitarlos (en momentos de vulnerabilidad, sin información adecuada, cuando estaban aisladas en el hospital, etc.). La solución estaría, para ellas, en que el personal les brinde la información completa y adecuada sin omitir datos importantes, como los efectos secundarios que podrían sentir. Además, quisieran ser atendidas por personas especialistas que les sirvan como guía y que brinden información adaptada al género, a la edad y a sus necesidades y objetivos particulares. Asimismo, se necesitan clínicas más accesibles (en términos de horarios de atención, distancia a sus domicilios, que brinden privacidad durante sus consejerías y que tengan disponibilidad de métodos y de personal confiable). Y, por último, la necesidad más evidente y quizá la más obvia: necesitan recibir un buen trato de parte del personal, ser escuchadas y atendidas de manera empática y, como lo mencionó una participante: “invertir en los valores de los doctores”.

La sola provisión de anticonceptivos libres y gratuitos es insuficiente para satisfacer las necesidades y demandas de las mujeres. Así volvemos al proyecto feminista sobre la maternidad voluntaria que incluye, además de un acceso a anticonceptivos de forma libre, segura, gratuita y deseada, una educación sexual dirigida con especificidad a distintas edades y niveles sociales, el derecho al aborto como último recurso y el rechazo a la esterilización sin consentimiento, todas ellas demandas aún pendientes, como ha sido expresado por las mujeres que colaboraron con esta investigación.

## Bibliografía

- Adams, Sue; Carryer, Jenny y Wilkinson, Jill (2015). Institutional Ethnography: an emerging approach for health and nursing research. *Nursing Praxis in New Zealand*. 31(1): 18-26.
- Agamben, Giorgio. (2011), “¿Qué es un dispositivo?” *Sociológica*; 26(73): 249-264.
- Albert, Gwendolyn, & Szilvasi, Marek. (2017). Intersectional discrimination of Romani women forcibly sterilized in the former Czechoslovakia and Czech Republic. *Health and Human Rights*, 19(2), 23–34.
- Amy, Jean-Jaques, & Rowlands, Sam. (2018a). Legalised non-consensual sterilisation–eugenics put into practice before 1945, and the aftermath. Part 1: USA, Japan, Canada and Mexico. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, DOI: 10.1080/13625187.2018.1450973
- Amy, Jean-Jaques, & Rowlands, Sam. (2018b). Legalised non-consensual sterilisation–eugenics put into practice before 1945, and the aftermath. Part 2: Europe. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 23(3), 194–200. <https://doi.org/10.1080/13625187.2018.1458227>
- Annas, George. (1981). Sterilization of the mentally retarded: a decision for the courts. *Law and the Life Sciences*, 18–19.
- Barbieri, Teresita de (1992). Sobre la categoría de género. Una introducción teórico-metodológica. *Revista Interamericana de Sociología*; 2(3): 147-178.
- Benedict, Susan & Georges, Jane. (2006). Nurses and the sterilization experiments of Auschwitz: A postmodernist perspective. *Nursing Inquiry*, 13(4), 277–288. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2006.00330.x>
- Bi, Stephanie & Klusty, Tobin. (2015). Forced Sterilizations of HIV-Positive women: a global ethics and policy failure. *AMA Journal of Ethics*, 17(10), 952–957. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.01.045>
- Birnbaum, Morton. (1961). Eugenic sterilization. A discussion of certain legal, medical, and moral aspects of present practices in our public mental institutions. *J.A.M.A.*, 175(11), 951–110.
- Blázquez, Norma (2012). Epistemología feminista: Temas centrales. En: Blázquez, N., Flores, F. y Ríos, M. (Coords). *Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales*. México: UNAM.
- Bosch, Xavier. (2002). Former Peruvian government censured over sterilisations. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, p. 236. [https://doi.org/10.1016/S1350-4789\(11\)70416-0](https://doi.org/10.1016/S1350-4789(11)70416-0)
- Boyer, Yvonne & Bartlett, Judith. (2017). Tubal Ligation in the Saskatoon Health Region: The Lived Experience of Aboriginal Women. Disponible en: <https://www.mauricelaw.com/upload/Class-Action-Docs/Tubal-Ligation-in-the-Saskatoon-Health-Region-the-Lived-Experience-of-Aboriginal-Women-Boyer-and-Bartlett-July-22-2017.pdf>

- Burrell, Jenna (2009). The field site as a network: A strategy for locating ethnographic research. *Field methods*; 21(2): 181-199. DOI: 10-1177/1525822X08329699
- Butler, Declan. (1997). Eugenics scandal reveals silence of Swedish scientists. *Nature*, 389(6646), 9. <https://doi.org/10.1038/37848>
- Cahn, Claude. (2017). Justice delayed: The right to effective remedy for victims of coercive sterilization in the Czech Republic. *Health and Human Rights*, 19(2), 9–22.
- Castro, Arachu. (2004). Contracepting at childbirth: the integration of reproductive Health and population policies in México. En: Arachu Castro y Merrill Singer. (Coord.) *Unhealthy health policy. A critical anthropological examination*. Altamira Press.
- Castro, Edgardo. (2004). *El vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores*. Buenos Aires: Prometeo/Universidad Nacional de Quilmes.
- Castro, Roberto. y Campuzano, Julio. (s.f.). Análisis estadístico de tasas de esterilización femenina y colocación de DIUs en municipios y zonas indígenas en comparación con municipios y zonas no-indígenas 2011-2015. En: Sonia Frías (Coord). *Primer diagnóstico nacional sobre violencias en contra de las mujeres y niñas indígenas*. México: CRIM-CDI.
- Castro, Roberto y Erviti, Joaquina. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria*. México: UNAM-CRIM.
- Center for Global Ethnography (25 de Mayo de 2020). Yarimar Bonilla Interview - Doing Ethnography Remotely [Video]. Youtube. [https://www.youtube.com/watch?v=mrmm\\_p9egKc](https://www.youtube.com/watch?v=mrmm_p9egKc)
- Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C. (2021). *De Seguro Popular a INSABI: Mayor población con menor atención*. CIEP. Disponible en: <https://ciep.mx/2iCf>
- Colen, Shelle (1995). “Like a mother to them”. Stratified reproduction and west indian childcare workers and employers in New York. En Ginsburg, F. y Rapp, R. (Eds). *Conceiving the new world order. The Global politics of reproduction*. University of California Press.
- Collado, Susana. (2014). Del sistema de referencia y contra-referencia al multi-rechazo hospitalario en materia de atención obstétrica. En: Ángeles Sánchez (Coord). *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbilidad materna en México*. México: UAM-Xochimilco.
- Consejo Nacional de Población (2013). *La situación demográfica de México*. Disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/La\\_Situacion\\_Demografica\\_de\\_Mexico\\_2013](http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2013)
- Consejo Nacional de Población (2015). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica*. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/>
- South African National AIDS Council (SANA) (2015). *The People Living with HIV Stigma Index: South Africa 2014*.

- Crenshaw, Kimberl e (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*; 140: 139-167.
- Cubillos, Javiera (2015). La importancia de la interseccionalidad para la investigación feminista. *Ox mora Revista Internacional de  tica y Política*; 7(Otoño): 119-137.
- De Beauvoir, Simone. (2016). El Segundo sexo. México: Penguin Random House.
- Denzin, Norman. y Lincoln, Yvonna. (2015). The discipline and practice of qualitative research. En: Denzin, N. y Lincoln Y. (Eds.) *The Sage Handbook of Qualitative Research* (3a ed). SAGE Publications.
- Diario Oficial de la Federación [DOF] (24 de Diciembre de 2002). Decreto por el que se establece el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=716454&fecha=24/12/2002&print=true](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=716454&fecha=24/12/2002&print=true)
- DOF. Diario Oficial de la Federación (29 de agosto de 1936). Ley General de Población. Ciudad de México. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/index\\_113.php?year=1936&month=08&day=29](http://www.dof.gob.mx/index_113.php?year=1936&month=08&day=29)
- DOF. Diario Oficial de la Federación (7 de enero de 1974). Ley General de Población. Ciudad de México. Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgp/LGP\\_orig\\_07ene74\\_ima.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgp/LGP_orig_07ene74_ima.pdf)
- Dugo, Habtamu & Eisen, Joanne. (2017). Sexual Atrocities as a Tactic of Slow Genocide in Ethiopia: Death by a Thousand Secret Cuts. *Ssrn*, 9(3), 176–202. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2893217>
- Essack, Zaynab & Strode, Ann. (2012). “I feel like half a woman all the time”: The impacts of coerced and forced sterilisations on HIV-positive women in South Africa. *Agenda: Empowering Women for Gender Equity*, 26(2), 24–34. <https://doi.org/10.1080/10130950.2012.708583>
- Estevez, Ariadna. (2018). Guerras necropol ticas y biopolítica de asilo en América del Norte. México: UNAM-UACM.
- Federici, Silvia. (2010). Calibán y la Bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Foucault, Michel. (1988). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*; 50(3):3-20.
- Foucault, Michel. (2002). Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, Michel. (2006a). Defender la sociedad. México: FCE.
- Foucault, Michel. (2006b). Seguridad, territorio y población. México: FCE.
- Foucault, Michel. (2011). Historia de la Sexualidad I. La voluntad de saber (3  ed). México: Siglo XXI.
- Gaceta del Senado (2016). Iniciativa con proyecto de decreto por el que adiciona un artículo 144 bis de la ley general de salud, en materia de cartillas nacionales de salud y cartillas nacionales de vacunación

electrónica. 30 de noviembre de 2016. Disponible en:  
[https://www.senado.gob.mx/64/gaceta\\_del\\_senado/documento/67783](https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/67783)

- Galdos, Susana (2013). La conferencia de el cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*; 30(3):455-60.
- Gawin, Magdalena. (2008). The sex reform movement and eugenics in interwar Poland. *Studies in History and Philosophy of Science Part C :Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 39(2), 181–186. <https://doi.org/10.1016/j.shpsc.2008.03.001>
- Gender Equality Observatory for Latin America and the Caribbean (consultado 6 de febrero, 2022). Maternal mortality. Disponible en: <https://oig.cepal.org/en/indicators/maternal-mortality>
- Ginsburg, Faye. & Rapp, Rayna. (1995). *Conceiving the new world order. The Global politics of reproduction.* University of California Press.
- Gómez-Dantés, Octavio; Sesma, Sergio; Becerril Victor; Knaul Felicia; Arreola Héctor y Frenk, Julio. (2011) Sistema de salud de México. *Salud Publica Mex*: 53 (2): S220-S232.
- González-López, Esteban. (2011). Medicina y nazismo. Aprender de la Historia. *Revista Clínica Española*, 211(4), 199–203. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2010.06.015>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (2015). *Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México.* México: Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C
- Guba, Egon y Lincoln, Yvonna. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En Catalina Denman y Jesús Haro (Comps). *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social.* México: El Colegio de Sonora.
- Guber, Rosana (2001), *La etnografía. Método, campo y reflexividad,* Grupo editorial Norma.
- Gutiérrez, José: de la Peña, Luis. y Cariño, Iliana (2011). *Mujeres privadas de libertad ¿Mujeres sin derechos? Diagnóstico sobre la situación de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres privadas de libertad en los estados de Guanajuato, Guerrero, Puebla y Querétaro.* Asistencia Legal por los Derechos Humanos A.C. / Instituto de Derechos Humanos Ignacio Ellacuría SJ.
- Harding, Sandra. (1987). *Feminism and Methodology.* USA: Indiana University Press.
- Harding, Sandra. (2010). ¿Una filosofía de la ciencia socialmente relevante? Argumentos en torno a la controversia sobre el Punto de vista feminista. En Blázquez, N., Flores, F. y Ríos, M. (Coord.). *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales.* México: UNAM.
- Harris, Lisa & Wolfe, Taida. (2014). Stratified reproduction, family planning care and the double edge of history. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 26(6), 539–544. <https://doi.org/10.1097/GCO.000000000000121>

- The International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW) (2009). *The Forced and Coerced Sterilization of HIV Positive Women in Namibia*. Reino Unido: International Community of Women Living with HIV/AIDS
- Women of the Asia Pacific Network of People Living with HIV (APN+) (2012). *Positive and Pregnant: How Dare You. A study on access to reproductive and maternal health care for women living with HIV in Asia*. *Reproductive Health Matters*: 20(39): 110-118, DOI: 10.1016/S0968-8080(12)39646-8
- Holt, Ed. (2005). Roma women reveal that forced sterilisation remains. *The Lancet*, 365(March 12), 927–928.
- Holt, Ed. (2012). Uzbekistan accused of forced sterilisation campaign. *The Lancet*, 379(9835), 2415. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61050-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61050-2)
- African Gender and Media Initiative (2012). *Robbed of Choice. Forced and Coerced Sterilization experiences of Women Living with HIV in Kenya*. Kenya: African Gender and Media Initiative.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2017). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. Principales Resultados*. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016\\_presentacion\\_ejecutiva.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2019). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018. Principales Resultados*. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados\\_enadid18.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf)
- Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) (30 de junio de 2021). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Disponible en: <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454> [consultado el 8 de octubre de 2021].
- Josefson, Deborah. (2002). Oregon’s governor apologises for forced sterilisations. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 325(July), 7354–7354. Recuperado de: <http://www.bmj.com/content/322/7289/754.5.abridgement.pdf>
- Kendall, Tamill & Albert, Claire. (2015). Experiences of coercion to sterilize and forced sterilization among women living with HIV in Latin America. *Journal of the International AIDS Society*, 18(1), 1–7. <https://doi.org/10.7448/IAS.18.1.19462>
- Khosla, Rajat, Zampas, Christina; Vogel, Joshua; Bohren, Meghan; Roseman, Mindy & Erdman, Joanna. (2016). International Human Rights and the Mistreatment of Women During Childbirth. *Health and Human Rights Journal*, 18(2), 131–143.
- Kirsch, Jonathan & Arana Cedeño, Marcos. (1999). Informed consent for family planning for poor women in Chiapas, Mexico. *Lancet*; 354(9176): 419-420.

- Kosner, Katka. (2005). Gypsy women launch claim following sterilisation. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, p. 275. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7486.275-a>
- Kurczyn, Patricia y Arenas, César (2014). La población en México, un enfoque desde la perspectiva del derecho social. En: Valdés, Luz María (Coord). *Derechos de los mexicanos. Introducción al desarrollo demográfico*. México: UNAM-III.
- Lagarde, Marcela (2015). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas. monjas, putas. presas y locas*. México: Siglo XXI editores.
- Lemke, Thomas. (2017). *Introducción a la biopolítica*. México: FCE.
- Marcus, George. (1995). Ethnography in/of the world system. The emergence of multi-sited ethnography: Notes and queries. En Fazlon, M. (Ed). *Multi-sited Ethnography. Theory, Praxis and Locality in Contemporary Research*. Inglaterra: Ashgate. Pp. 181-196.
- Martínez, Consuelo y Rangel, Yesica (2018). Experiences Influencing upon the Significance of Obstetric Care in Mexican Nurses. *Invest. Educ. Enferm*; 36(1): e12. DOI: 10.17533/udea.iee.v36n1e12
- McCoy, Liza (2006). Keeping the institution in view: Working with interview accounts of everyday experience. En: Smith, Dorothy (Coord). *Institutional Ethnography as practice*. UK: Rowman and Littlefield.
- Mendizábal, Nora (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En Vasilachis, Irene (Coord). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa (Cap. 2).
- Molina, Ainhoa. (2017). Esterilizaciones (Forzadas) en Perú: Poder y configuraciones narrativas. *AIBR Revista de Antropología Iberoamericana*, 12(1), 31–52. <https://doi.org/10.11156/aibr.120103>
- Montero, Maritza (2001). Ética y política en Psicología. Las dimensiones no reconocidas. *Athenea Digital* - num. 0 abril. Disponible en: <https://ddd.uab.cat/pub/athdig/15788946n0/15788946n0a1.htm>
- Morgan, Lynn & Roberts, Elizabeth. (2012). Reproductive governance in Latin America. *Anthropology and Medicine*, 19(2), 241–254. <https://doi.org/10.1080/13648470.2012.675046>
- Morsy, Soheir (1995). Deadly reproduction among Egyptian women: Maternal mortality and the medicalization of population control. En Ginsburg, F. y Rapp, R. (Eds). *Conceiving the new world order. The Global politics of reproduction*. University of California Press.
- Moses, Dirk. y Stone, Dan. (2010). Eugenics and genocide. En: Bashord, A. y Levine, P. (eds) *The Oxford handbook of the History of Eugenics*. Reino Unido: Oxford University Press.
- O'Brien, Elizabeth. (2013). Pelvimetry and the persistence of racial science in obstetrics. *Endeavour*, 37(1), 21–28. <https://doi.org/10.1016/j.endeavour.2012.11.002>
- Open Society Foundations. (2011). *Against Her Will Forced and Coerced Sterilization of women Worldwide*. Disponible en: [https://www.opensocietyfoundations.org/publications/against-her-will-forced-and-coerced-sterilization-women-worldwide#publications\\_download](https://www.opensocietyfoundations.org/publications/against-her-will-forced-and-coerced-sterilization-women-worldwide#publications_download)

- Organización Mundial de la Salud (2012). Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM. Disponible en: [https://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=si\\_p&alias=308-guia-de-la-oms-para-la-aplicacion-de-la-cie10-a-las-muertes-ocurridas-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-cie-mm-5&Itemid=219&lang=es](https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=si_p&alias=308-guia-de-la-oms-para-la-aplicacion-de-la-cie10-a-las-muertes-ocurridas-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-cie-mm-5&Itemid=219&lang=es)
- Organización Mundial de la Salud (2019). Mortalidad materna [online]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality#:~:text=El%20mayor%20riesgo%20de%20mortalidad,de%20los%20países%20en%20desarrollo.>
- Overy, Richard. (2008). Eugenics, sex and the state: an afterword. *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 39(2), 270–272. <https://doi.org/10.1016/j.shpsc.2008.03.012>
- Parker, Ian (2010). *La psicología como ideología*. Madrid: La catarata.
- Posada, Luisa (2015). El "género", Foucault y algunas tensiones feministas. *Estudios de Filosofía*, 52 (2015): 29-43.
- Price, Gregory & Darity, William. (2010). The economics of race and eugenic sterilization in North Carolina: 1958-1968. *Economics and Human Biology*, 8(2), 261–272. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2010.01.002>
- Ramsay, Sarah. (2000). Enforced sterilisations in Sweden confirmed. *The Lancet*, 355(9211), 1252–1252. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)74695-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)74695-X)
- Reilly, Phillip. (2015). Eugenics and Involuntary Sterilization: 1907–2015. *Annual Review of Genomics and Human Genetics*, 16(1), 351–368. <https://doi.org/10.1146/annurev-genom-090314-024930>
- Rich, Adriene. (1986). *Of woman born. Motherhood as Experience and Institution*. Nueva York: W.W. Norton & Company.
- Rodríguez, Priscila, et al. (2014). *Abuso y Negación de Derechos Sexuales y Reproductivos a Mujeres con Discapacidad Psicosocial en México*. México: Disability Rights International.
- Rose, Nikolas, O'Malley, Pat. y Valverde, Mariana (2006), "Governmentality", en *Annu. Rev. Law Soc. Sci.* 2006. 2:83–104
- Rowlands, Sam & Amy, Jean-Jaques. (2017). Sterilization of those with intellectual disability: Evolution from non-consensual interventions to strict safeguards. *Journal of Intellectual Disabilities*, (Id), 174462951774716. <https://doi.org/10.1177/1744629517747162>
- Ruíz, Miriam (3 de enero, 2003). Obliga IMSS a trabajadoras a reclutar mujeres para programa de esterilización permanente. *Cimacnoticias.com*, periodismo con perspectiva de género. Disponible en: <https://cimacnoticias.com.mx/noticia/obliga-imss-a-trabajadoras-a-reclutar-mujeres-para-programa-de-esterilizacion-permanente/>

- Schoen, Johanna (2005). *Choice and Coercion: Birth Control, Sterilization and Abortion in Public Health and Welfare*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press.
- Scott, Joan (2015). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas, Marta (Comp.). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: UNAM.
- Secretaría de Salud (2002) El derecho a la libre decisión... La planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7200.pdf>
- Secretaría de Salud (2004). Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/resolucion-por-la-que-se-modifica-la-norma-oficial-mexicana-nom-005-ssa2-1993-de-los-servicios-de-planificacion-familiar-19088>
- Secretaría de Salud (2014). Programa de Acción Específico Planificación Familiar y Anticoncepción 2013-2018. Disponible en: <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PlanFam/PlanificacionFamiliarAnticoncepcion.pdf>
- Secretaría de Salud (2014b). Programa de Acción Específico. Salud Materna y Perinatal 2013-2018. Disponible en: [http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal\\_2013\\_2018.pdf](http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf)
- Secretaría de Salud (2015). Cartillas Nacionales de Salud. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/cartillas-nacionales-de-salud-12270>
- Secretaría de Salud (2021). Programa de Acción Específico Planificación Familiar y Anticoncepción 2020-2024. Disponible en: <https://omm.org.mx/blog/programa-de-accion-especifico-salud-sexual-y-reproductiva-2020-2024/>
- Skoufias, Emmanuel. (2005). *PROGRESA and its impacts on the welfare of rural households in Mexico: Research report 139*. Washington, DC: International Food Policy Research Institute
- Smith, Dorothy (2005). *Institutional Ethnography: A Sociology for People*. UK: Altamira Press.
- Smith, Dorothy (2006). *Institutional Ethnography as practice*. UK: Rowman and Littlefield.
- Smith-Oka, V. (2009). Unintended consequences: Exploring the tensions between development programs and indigenous women in Mexico in the context of reproductive health. *Social Science and Medicine*, 68(11), 2069–2077. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.03.026>
- Sowa, Nathaniel, & Rosenstein, Donald. (2015). Medically necessary sterilization of a minor with intellectual disability: a case report and historical perspective. *NCMJ*, 76(1), 59–63.
- Stepan, Nancy. (1991). *The hour of Eugenics: Race, Gender, and Nation in Latin America*. Londres: Cornell University Press

- Stern, Alexandra (2005). Sterilized in the name of public health: Race, immigration, and reproductive control in modern California. *American Journal of Public Health*, 95(7), 1128–1138. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.041608>
- Strode, Ann; Mthembu, Sethembiso & Essack, Zaynab (2012). “She made up a choice for me”: 22 HIV-positive women’s experiences of involuntary sterilization in two South African provinces. *Reproductive Health Matters*, 20(SUPPL. 39), 61–69. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(12\)39643-2](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(12)39643-2)
- Stucchi-Portocarrero, Santiago. (2018). Eugenics, medicine and psychiatry in Peru. *History of Psychiatry*, 29(1), 96–109. <https://doi.org/10.1177/0957154X17741232>
- Tännsjö, Torbjörn. (2006). Non-voluntary sterilization. *Journal of Medicine and Philosophy*, 31(4), 401–415. <https://doi.org/10.1080/03605310600860783>
- Turda, Marius, & Gillette, Aaron. (2016). Latin Eugenics in Comparative Perspective, 96(2011), 320. <https://doi.org/10.1215/00182168-3424970>
- Vidal, Francisco y Carrasco, Marina. (2004). *Mujeres chilenas viviendo con vih/sida: ¿derechos sexuales y reproductivos? Un Estudio de Correlaciones en Ocho Regiones del País*. Santiago: Vivo positivo – Universidad Arcis- FLACSO-Chile.
- Yañez, Sabrina (2015). *De cómo las instituciones de salud pública regulan las experiencias de embarazo, parto y puerperio... y de lo que resta [tesis doctoral]*. Universidad de Buenos Aires.
- Zampas, Christina & Lamačková, Adriana (2011). Forced and coerced sterilization of women in Europe. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 114(2), 163–166. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.05.002>

## Anexo 1. Legislaciones eugenésicas en el mundo a lo largo del siglo XX

País	Año	Tipo de Política	Personas afectadas	Cantidad
Europa				
Inglaterra	1912	Control de los débiles mentales (feeble-minded)	Registro y segregación de personas con discapacidad intelectual	
Alemania	1905	Sociedad para la Higiene Racial. Presionó al gobierno para crear un programa integral de eugenesia		
	1933	Nazismo: Esterilización forzada y eutanasia de <i>unttermenschen</i> [subhumanos] (1935). Abortos forzados.	Personas afectadas: con “debilidad mental”, esquizofrenia, depresión maníaca, sordera o ceguera hereditaria, corea de Huntington, alcoholismo, deformidades físicas, prostitución, homosexualidad y vagancia. Luego incluyó inmigrantes (personas judías, romaníes y afrodescendientes).	Esterilización de 360,000 a 375,000 personas (2/3 mujeres)
	1935	<i>Lebensborn</i> : Matrimonios selectivos / prohibición del aborto, prohibición de uso de anticonceptivos. Prohibición de matrimonio entre arias y no-arias. Prohibición del aborto y la homosexualidad. Estímulos económicos a mujeres para fomentar reproducción	Personas arias.	
	1939	Eutanasia T4 Aktion.	Personas con enfermedades mentales, niños portadores de enfermedades congénitas, adultos con discapacidad (esquizofrenia, demencia, corea, ceguera y sordera congénita, retraso mental, síndrome de Down, malformaciones, microcefalia, parálisis, etc.) o cualquier “defecto” físico o enfermedad que le impidiera trabajar. alcohólicos, inadaptados sociales, prostitutas y enfermos de sífilis	120,000 y 275,000 asesinatos por “eutanasia”
Austria	1940	Ley de prevención de descendencia con	Personas con sordera	6000 personas esterilizadas

		enfermedades genéticas (misma de los nazis) Esterilización y abortos forzados.		
<i>Polonia</i>	1918	1er congreso de eugenesia. Petición a las autoridades la esterilización de delincuentes y enfermos mentales de instituciones estatales y prisiones. Certificados prematrimoniales. Esterilización de “individuos de poco valor” Estímulos fiscales a familias “eugénicamente superiores”. No trascendieron por rechazo de parte de iglesia católica y por el rechazo al nazismo luego de la segunda guerra mundial.	“individuos de poco valor”: personas que padecían tuberculosis, alcohólicos, vagabundos, prostitutas y personas con retraso mental	
	1920	Promoción de anticonceptivos en las “clases bajas”.		
<i>Suecia</i>	1934 1941	Esterilización forzada de personas "legalmente incapaces" (Abolida en 1976)	Personas en situación de calle y personas con “conductas desviadas”: personas romaníes, personas en situación de reclusión, personas con discapacidad intelectual y mujeres que habían tratado de interrumpir sus embarazos.	63,000 personas esterilizadas (93% mujeres). La mayoría de forma forzada o coercitiva.
<i>Noruega</i>	1920	Esterilización de pacientes psiquiátricos		
	1934	Ley para esterilización por razones genéticas, sociales y económicas, así como la castración de delincuentes sexuales para evitar nuevas agresiones	La mayoría fueron migrantes romaníes (aunque se prohibía en la ley esterilización por motivos raciales o étnicos).	42,000 esterilizaciones de mujeres cuyos casos no fueron registrados, más 28,000 mujeres y 16,500 hombres sí registrados.
	1942-1945	Ley que permitía la coacción física para garantizar la esterilización	Personas con discapacidad intelectual	
<i>Dinamarca</i>	1929-1967	Ley para la esterilización involuntaria de delincuentes	Personas privadas de su libertad. Aproximadamente el 78% de las personas esterilizadas tenían discapacidad intelectual	11,000 esterilizaciones (doble de mujeres que hombres)
<i>Finlandia</i>	1912-1935	Esterilización como medida “humanitaria” para detener la transmisión de “afecciones sociales” y	esterilización de “personas criminales”, “débiles mentales”, epilépticas,	

		para permitir a pacientes en hospitales mentales ser dados de alta “de forma segura (practicadas ilegalmente)	alcohólicas y con enfermedades crónicas.	
	1935-1960	Ley de esterilización obligatoria	Personas con “retraso mental”, enfermos mentales” y delincuentes sexuales	12,000 esterilizaciones
<i>Estonia</i>	1937	Ley de esterilización (aún vigente)	Personas con demencia, discapacidad física y epilepsia grave	21 en 1937 y 20 en 1938
<i>Checoslovaquia</i>	1960’s-1990’s	Coerción para forzar esterilizaciones y abortos -Compensación monetaria. -Amenazas de quitarles a sus hijos/as.	Mujeres romaníes	90 000 víctimas
<i>Suiza</i>	1928-1985	Cantón de Vaud. Esterilización obligatoria de personas con enfermedades mentales. Las solicitudes de aborto sólo se aceptaban si las mujeres aceptaban ser esterilizadas.	Personas con enfermedades mentales: La mayor parte de las víctimas fueron mujeres jóvenes socialmente desfavorecidas y con discapacidad intelectual de leve a moderada, solteras, con hijos nacidos fuera del matrimonio, y clasificadas como “inadaptadas”, “promiscuas sexualmente”, o “discapacitadas mentales”.	187 procedimientos
	1935 - 1953	Cantón de Berna. Ley que condenaba la esterilización de mujeres solteras que se habían comportado "inmoralmente" y restringió la esterilización a personas con una discapacidad física o mental evidente.		25 procedimientos cada año.
	Hasta 1990	Neuchatel y Ginebra. Esterilización no legislada de mujeres con enfermedades mentales	Mujeres con enfermedades mentales	400 esterilizaciones al año (entre los 1920’s y los 1990’s)
<i>Islandia</i>	1938	Ley de esterilización y aborto forzados de personas con discapacidad intelectual.	Personas con discapacidad intelectual	nueve hombres y 120 mujeres
Oceanía				
<i>Australia</i>	1990’s	Esterilizaciones de forma ilegal. Presentados como “benéficos” para las mujeres por “periodos menstruales inconvenientes”.	Adolescentes con discapacidad intelectual	1000 esterilizaciones (200 histerectomías)
Asia				
<i>Japón</i>	1907, 1931 y 1953	Leyes de Prevención de la Lepra	Esterilización forzada y segregación de personas con lepra en sanatorios.	
	1940	Ley Nacional de Eugenesia. Esterilización	Criminales y personas con “trastornos genéticos	548 esterilizaciones

		forzada por "enfermedad mental hereditaria".	evidentes", como ceguera al color, hemofilia, epilepsia y enfermedades mentales	
	1948	Ley de Protección Eugénica. Para prevenir el nacimiento de "descendientes inferiores" y la supuesta protección de la vida y la salud de las mujeres. Esterilización y aborto forzados. Derogada en 1996	Personas con discapacidades mentales o físicas o ciertas enfermedades hereditarias: esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, epilepsia, "erotomanía", "predisposición genética para cometer actos delictivos"; hemofilia, albinismo, corea de Huntington, distrofia muscular, ceguera al color y sordera.	16,500 personas, 11,356 mujeres y 5164 hombres entre 1949 y 1994
<i>China</i>	1970	Política de uno solo hijo/a. Para combatir sobrepoblación. Todas las mujeres en edad reproductiva que ya tenían un hijo se vieron obligadas a colocarse dispositivos intrauterinos. Además, se forzó a todas las mujeres que tuvieran un segundo hijo a someterse a la ligadura tubárica.	Mujeres en situación de pobreza. Las familias adineradas podían burlar la ley	222 millones de esterilizaciones y 336 millones de abortos en China desde 1971 (mayoría en mujeres)
	2002	nueva Ley de Población y Planificación Familiar. Buscó frenar el crecimiento de la población sin recurrir a la coerción, una meta que aún no se ha cumplido.		
<i>India</i>	1975	Política para combatir sobrepoblación. Los hombres que habían engendrado dos hijos debían someterse a una esterilización.		10 millones de esterilizaciones. frecuentemente bajo coacción.
	Actualidad	Esterilización bajo coacción: incentivos financieros a mujeres en las regiones más pobres del país. O incentivos económicos al personal médico		90% de esterilizaciones se realizan en mujeres. 4,6 millones de mujeres fueron esterilizadas en 2012.
		Histerectomías de personas con discapacidad intelectual. Se argumenta que no pueden manejar la higiene durante la menstruación.	Mujeres con discapacidad intelectual	
<i>Uzbekistán</i>	1990's-2010	Controles poblacionales para evitar problemas socioeconómicos graves y	Mujeres en comunidades rurales.	80,000 esterilizaciones en 2010 (el programa

		para reducir las cifras de mortalidad materna e infantil. Esterilización forzada de mujeres en comunidades rurales.		ha estado vigente durante años).
<b>América</b>				
<i>Canadá</i>	1928	Ley de Esterilización Sexual (Alberta). Esterilización de personas “mentalmente defectuosas” sin su consentimiento (derogada en 1972)	Personas con enfermedades mentales. En 1942 se agregaron a los motivos para esterilización la sífilis, la epilepsia, el alcoholismo, la prostitución y la promiscuidad sexual. Los pueblos indígenas y los Métis, así como las mujeres jóvenes, pobres y solteras estuvieron sobrerrepresentadas entre las personas esterilizadas	4725 procedimientos. El 58% de las personas esterilizadas fueron mujeres.
	1933	Ley de Esterilización Sexual (British Columbia). Esterilización de cualquier persona institucionalizada que se considerara capaz de heredar algún carácter social “indeseable”. Derogada en 1973	Se consideraron caracteres sociales indeseables: la criminalidad, la prostitución, el alcoholismo, la adicción o la promiscuidad.	Hay registro de esterilización de 330 hasta 1986.
	1970's	En 14 hospitales indígenas dirigidos por el gobierno federal se efectuaron esterilizaciones forzadas hacia integrantes de los pueblos de las Primeras Naciones, para tomar el control de las tierras y recursos indígenas.	Personas indígenas	
<i>Estados Unidos</i>	1890	Varios estados promulgaron leyes para limitar el derecho al matrimonio de personas con discapacidad intelectual, personas con enfermedades mentales y hombres que habían vivido en hogares para personas en situación de calle		
	1907	Primera ley en el mundo sobre esterilización obligatoria (en Virginia)	Delincuentes habituales” y personas institucionalizadas que tenían discapacidad intelectual y otras enfermedades mentales y físicas.	
	1909	Ley de esterilización forzada en California	Reclusos condenados dos veces por cualquier delito sexual y aquellos condenados	

			tres veces por cualquier delito donde se presentaran pruebas de que el individuo era un "pervertido sexual o moral" (masturbación y actos homosexuales)	
	1925	Ley de esterilización forzada en Oregon	Esterilización de personas homosexuales, residentes de las escuelas de reforma, niñas consideradas "promiscuas", mujeres en los márgenes de la sociedad, violadores y padres/madres que maltrataban a sus hijos/as.	
	1973 y 1976	Esterilización coercitiva de personas nativas americanas. Para obligar a la mujer a dar su consentimiento, se valían de técnicas como amenazarlas con que les quitarían a sus hijos/as en caso de negarse	Personas nativas americanas	Alrededor del 40% de todas las mujeres nativas americanas y el 10% de los hombres nativos americanos
<i>México</i>	1932	Ley que promovía la esterilización forzada de personas con enfermedades mentales y discapacidad intelectual	Personas con enfermedades mentales y discapacidad intelectual	No hay registros de la realización de esterilizaciones forzadas
<i>Perú</i>	1995	Plan Nacional de Planificación Familiar / Ley General de Población. Legalizaba explícitamente la esterilización con fines de planificación familiar	Prácticamente la totalidad de las personas agraviadas fueron campesinos analfabetas de los andes peruanos de las etnias Quechua y Aymara	300,000 mujeres y 25,000 hombres, muchos bajo coerción.
Elaboración propia, con base en: Amy & Rowlands, 2018b) Reilly, 2015; González-López, 2011; Benedict & Georges, 2006; Gawin, 2008; Cahn, 2017; Ramsay, 2000; Kosner, 2005; Albert & Szilvasi, 2017; Rowlands & Amy, 2017; Reilly, 2015; Holt, 2012; <i>Women of the Asia Pacific Network of People Living with HIV (2012)</i> ; <i>South African National AIDS Council (SANAC) (2015)</i> ; African Gender and Media Initiative (2012); Josefson, 2002; Stucchi-Portocarrero, 2018; Xavier Bosch, 2002)				

## Anexo 2. Guía de observación

Fecha:	
Hora:	
Lugar:	<i>Área de atención ginecológica del hospital rural no. 30. Ixmiquilpan, Hgo.</i>
Situación/ Evento:	<i>Dinámicas entre el personal de salud y las mujeres</i>

### I. Objetivo(s).

Conocer la dinámica relacional entre distintos miembros del personal de salud y entre el personal de salud y las mujeres usuarias.

### II. Elementos a observar

- *Organización espacial:*
  - *¿Qué áreas del hospital están relacionadas con la atención reproductiva de las mujeres (anticoncepción y reproducción)?*
  - *¿De qué manera están organizadas las camas dentro de área de obstetricia del hospital?*
  - *¿De qué manera están organizados los espacios de trabajo de los diferentes miembros del personal?*
  - *¿Cómo están organizadas las salas de espera?*
  - *¿Cómo es el proceso para que las mujeres reciban atención en las distintas áreas relacionadas con la atención gineco-obstétrica?*
  - *¿Las mujeres se encuentra acompañada? ¿Por quién?*
- *Actores/actrices sociales:*
  - *¿Con qué miembros del personal de salud interactúan las mujeres durante su atención? ¿De qué manera?*
  - *¿Qué miembros del personal de salud se ubican en las áreas relacionadas con la reproducción?*
- *Acciones y discursos:*
  - *¿Cuáles son las responsabilidades de cada miembro del personal de salud respecto a la atención de las mujeres?*
  - *¿Qué les dice el personal a las mujeres en relación a la planificación familiar o la promoción de la reproducción?*
  - *¿Qué dice el personal entre sí sobre las mujeres luego de su interacción con ellas?*
  - *¿Cómo reaccionan las mujeres tras la salida del personal?*

## II Objetivo(s)

Conocer los dispositivos por medio de los cuales se controla el cuerpo y la capacidad reproductiva de las mujeres que asisten a un hospital público de México para su atención (gineco)-obstétrica

### Elementos a observar

- *Leyes y políticas (textos):*
  - *¿Qué documentos se relacionan con la consejería anticonceptiva?*
  - *¿Qué dice el consentimiento informado? ¿Todo lo que contiene se le menciona a la mujer? ¿Se da oportunidad a la mujer de leer todo el documento?*
- *Discursos científicos:*
  - *¿Qué dice el personal a las mujeres sobre la importancia de la planificación familiar?*
  - *¿Cómo ocurre el proceso de consejería anticonceptiva?*
- *Mecanismos de coerción*
  - *¿Cómo intenta el personal convencer a las mujeres de firmar el consentimiento informado?*
  - *¿En qué momento se efectúa?*
  - *¿Cómo es la dinámica del proceso?*
  - *¿Quién realiza la consejería?*
  - *¿Cómo abordan a las mujeres?*
  - *¿Cómo reaccionan las mujeres?*
  - *¿Qué sucede cuando una mujer se niega? ¿Se insiste? ¿De qué manera? ¿Cuántas veces?*
- *Posiciones morales*
  - *¿Qué les dice el personal a las mujeres, más allá de los discursos científicos, para convencerlas de usar anticonceptivos?*
  - *¿Cómo reacciona el personal ante una negativa a las mujeres a firmar el consentimiento/usar anticonceptivos?*

### III Objetivo(s)

Conocer efectos de esos discursos sobre las nociones de reproducción/ anticoncepción que tienen las mujeres.

#### Elementos a observar

- *Relaciones de género:*
  - *Símbolos culturalmente disponibles*
    - *Discursos sobre el rol normativos de las mujeres*
      - *¿Qué discursos relacionados con el deber ser madres dirige el personal a las mujeres?*
      - *¿Qué sucede cuando una mujer solicita el uso de anticonceptivos? ¿Cómo es la reacción del personal en función de las características particulares de la mujer (edad, etnicidad, etc)*
      - *¿Cómo debe de ser una madre, de acuerdo con los discursos presentes en el escenario?*
    - *¿Hay esfuerzos diferenciales sobre la anticoncepción dirigida a mujeres y hombres? ¿Por qué?*
  - *Instituciones sociales*
    - *Además del personal ¿Qué otras personas buscan convencer a las mujeres de usar/no usar anticonceptivos? ¿Familiares? ¿Quiénes? ¿cómo? ¿Por qué?*
  - *Identidad subjetiva*
    - *(en entrevistas)*
- *Género como campo primario desde el cual se articula el poder*
  - *Relaciones de dominación*
    - *¿Cómo es la jerarquía del personal de salud?*
    - *¿Cuáles son las órdenes que deben cumplir las personas que ejercen la consejería anticonceptiva? ¿Deben cumplir cuotas? ¿Por qué insisten, si lo hacen?*
    - *¿Cómo es la relación entre hombres y mujeres del personal?*
    - *¿Cómo es la relación entre los diferentes puestos (medicina, enfermería, trabajo social, intendencia, nutrición, seguridad, etc)? ¿Cómo se insertan las mujeres dentro de esa jerarquía? ¿Cuáles son las consecuencias?*
- *Interseccionalidad*
  - *¿Qué mujeres son atendidas en el hospital?*
  - *¿A todas por igual se les ofrecen anticonceptivos?*
  - *¿Se usan los mismos discursos para todas las mujeres?*
  - *¿Qué ocurre si se niegan? ¿La reacción es igual para todas?*
  - *¿Hay discursos en pro reproducción en vez de*

- anticoncepción? ¿A quiénes se dirigen?*
- *¿Quién no debe ser madre? (i.e. quién debe usar anticonceptivos, a quién se insiste más)*

*\*se trata sólo de preguntas preliminares. Durante la observación en el escenario surgirán nuevas preguntas y se modificarán las aquí planteadas de acuerdo con las particularidades del campo y en función de los objetivos de investigación*

*\*\*También se trata de una versión resumida de guía de observación. Se realizará una guía específica para cada día de observación, en función de los objetivos a observar en ese día en particular. Estos objetivos podrán variar de acuerdo a los hallazgos en campo, aunque en el marco del objetivo principal de esta investigación.*

## Anexo 3. Guías de entrevistas semi-estructuradas

### 1. Entrevista a personal de salud: Médicos/as, enfermeros/as, trabajo social

#### I. Carátula

Fecha:	
Hora:	
Lugar:	
Nombre del entrevistado:	
Perfil/ adscripción/ ocupación del entrevistado:	Entrevista a personal de salud: Médicos/as, enfermeros/as, trabajo social

#### II. Objetivo(s).

- a. Conocer los discursos en torno a la Planificación Familiar que el personal de salud dirige hacia las mujeres.

#### III. Conocer los mecanismos y discursos presentes en un hospital público para producir, regular y monitorear el uso de anticonceptivos

- Preguntas guía**
- Importancia del programa de PF
    - *¿Cuál es la importancia/finalidad del programa de planificación familiar? ¿Cuáles son sus beneficios para las mujeres? ¿Y para la población?*
    - *¿Existe una ley o norma en la que se base para dar los servicios de planificación familiar? ¿Cuál? ¿Qué dice?*
    - *¿Cuáles son los objetivos del programa de planificación familiar? ¿Cuáles son los objetivos de esta unidad de salud?*
    - *¿Qué estrategias utilizan para cumplir esos objetivos?*
    - *¿Cuáles son sus responsabilidades para la provisión de los métodos de planificación familiar?*
    - *¿Se recomienda la planificación familiar a todas las mujeres que acuden a la unidad de salud? ¿A quiénes sí y a quiénes no? ¿Por qué?/ Existen criterios o protocolos que determinen a qué mujeres se deben ofrecer los AC?*
    - *¿Está de acuerdo con el programa de planificación familiar? ¿Por qué?*
    - *¿Existe alguna estrategia para promover que las mujeres utilicen AC? ¿En qué consiste?*
    - *¿Existen suficientes anticonceptivos para cubrir a toda la población objetivo?*
  - Info de métodos
    - *¿Cuál considera que es el mejor método? ¿Por qué?*
  - Creencias/prejuicios sobre las usuarias
    - *¿Cuáles son las características de las mujeres que acuden esta unidad?*
    - *¿Todas las mujeres aceptan usar los métodos? ¿Quiénes no? ¿A qué cree que se deba?*
  - Estrategias de coerción
    - *¿Qué estrategias usa para convencerlas?*
    - ~~*¿Existe alguna indicación, capacitación o recomendación que reciba para lograr convencer a las mujeres? ¿Quién la da? ¿Qué temas aborda?*~~

- *Se prefiere que las usuarias utilicen algunos métodos en particular, p.ej. de larga duración? ¿por qué? (ej. Ya no regresan al hospital, hay que aprovecharlas, sus esposos no las dejan, se olvidan de usar las píldoras, etc.)*
- *Efectos 2os (pensar en cómo obtener info sobre la visión de la ciencia que da prioridad a la eficacia sobre la seguridad de los métodos (prevenir embarazo, desestimando los efectos en la vida de las mujeres)*
  - *¿Cuáles son los posibles efectos secundarios de los métodos?*
  - *Se les informan a las mujeres todos los efectos de cada método?*
  - *¿Cree que esos efectos provoquen que dejen de usar o no quieran usar AC?*
  - *¿Qué hace cuando una mujer viene porque quiere quitarse un método? ¿Y si se trata de un método de larga duración? ¿Intenta convencerla que no lo haga? ¿Cómo?*
  - *¿cree que vale la pena soportar esos efectos con el fin de no embarazarse?*

## **2. Entrevista a mujeres usuarias**

### **I. Carátula**

Fecha:	<i>¿Qué día realizará la entrevista?</i>
Hora:	<i>¿En qué horario?</i>
Lugar:	<i>¿Dónde se lleva a cabo?</i>
Nombre del entrevistado:	
Perfil/ adscripción/ ocupación del entrevistado: Mujeres usuarias	

### **II. Objetivo(s)**

- a. Conocer las experiencias de las mujeres en relación con el uso y acceso a métodos anticonceptivos

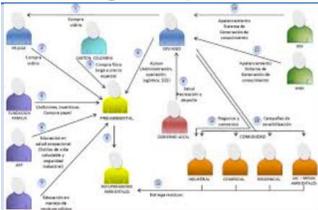
### **III. Preguntas guía**

- *Uso de AC:*
  - *¿Usa o ha usado algún método anticonceptivo? ¿Cuál?*
  - *¿Por qué decidió usarlo? ¿Por qué ese método? (qué/quienes influyeron para que tomaras esa decisión)*
  - *¿En dónde se lo otorgaron?*
  - *¿Por qué cree que es importante usar anticonceptivos? /¿Qué beneficios tuvo para usted usar AC?*
  - *¿Puedes acudir a tu unidad de salud más cercana a solicitar anticonceptivos?*
  - *¿Alguna vez te has sentido*
  - *o incómoda en la atención en PF? ¿Por qué motivo?*
- *Canalización:*
  - *¿Cómo fue que acudiste al consultorio de planificación familiar? /¿Habías decidido directamente ir al consultorio o te enviaron desde algún otro consultorio?*
- *Consulta*
  - *¿Cómo fue la consulta en planificación familiar? Narrar la experiencia ¿Qué cosas*

- dijeron/temas abordados?*
- *¿Quién te atendió? ¿Hay una persona fija?*
  - *¿Cómo te sentiste durante la consulta? ¿Consideras que quien te atendió hizo un comentario que tú sintieras inadecuado/incómodo/fuera de lugar?*
  - *Efectos secundarios\_:*
    - *¿Ha cambiado de un AC a otro? ¿Por qué?*
    - *¿Te informaron en la consulta de los posibles efectos secundarios que podría tener tu método? ¿Qué opinas de eso?*
    - *¿Tuviste efectos secundarios?*
    - *¿Consideras que vale la pena soportar esos efectos secundarios con tal de evitar tener hijos?*
  - *Forzar LARC:*
    - *¿Te recomendaron algún método en particular? ¿Te sentiste presionada a usar alguno? ¿Cómo te hizo sentir eso? ¿Por qué crees que insistan tanto?*
    - *¿Le otorgaron el método que usted quería usar?*
    - *¿Has ido alguna vez a retirarte/dejar de usar/cambiar método?*
    - *¿El personal trató de hacerte cambiar de opinión? ¿De qué forma?*
    - *(si usa o ha usado LARC) ¿Cuando te pusieron el LARC, te dijeron algo acerca de un plazo antes de poder quitártelo?*
  - *Estrategias de convencimiento:*
    - *En caso de que no quisiera usar algún método que te recomendaran, te intentaron hacer cambiar de opinión de alguna forma? ¿Cuál? ¿Qué te dijeron?*
    - *¿Le informaron los efectos secundarios de usar el método? ¿Recuerda qué le dijeron?*
    - *¿Le dieron un consentimiento informado para firmar? ¿Se lo explicaron? ¿Qué decía?*
  - *Métodos definitivos:*
    - *(si aparece en preguntas anteriores que solicitó OTB). ¿Qué te dijeron cuando solicitaste la OTB? ¿Alguna referencia a la edad? ¿Envío a psicología o condicionar otro método antes de OTB?*
  - *PAP?in:*
    - *¿Te has realizado PAP? ¿Por qué decidiste hacerlo (voluntario, pensar que tenía que hacerse, recomendación del personal (por qué motivo)?*
    - *¿Te mandaron desde algún otro consultorio para su realización?*
    - *¿Cómo fue el trato del personal durante su realización? ¿Hicieron algún comentario que tú consideres inadecuado o fuera de lugar (p. ej. En relación a tu vida sexual)?*
    - *Hay algo que te gustaría que cambiara en relación con la manera en que se llevan a cabo los servicios de PF?.*

## Anexo 4. Modelo de Diario de Campo

### I. Ficha técnica del campo

Mapeo de actores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfil</li> <li>• Relaciones</li> <li>• Roles y funciones</li> <li>• Centralidad en la configuración social (informantes clave)</li> <li>• Centralidad para mi investigación (informantes clave)</li> </ul> 
Calendario de actividades/festividades:	
Croquis del escenario:	

De la observación		Del registro	
Fecha:		Fecha:	
Duración:		Comentarios: <i>Relacionadas con la observación y/o el registro</i>	
Lugar:			
Situación/ Evento:			

Comentarios	Componentes objetivos	Comentarios
Asociaciones teóricas	Observables en el campo de acuerdo a la guía de observación: Elementos observados Entrevistas conversacionales	Comentario subjetivos de quien hace la observación



## **Anexo 5. Carta de Consentimiento Informado**

**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Doctorado en Psicología Social y Ambiental**



### **Nombre de la Investigación: Gubernamentalidad Reproductiva en México. El caso del Programa Nacional de Planificación Familiar**

Buenas tardes, esta investigación es parte de mi proyecto de doctorado en Psicología, que tiene como objetivo conocer las experiencias de mujeres y de personal de salud en torno a la anticoncepción y la planificación familiar. El proceso de participación consiste en una entrevista individual (de duración aproximada de media hora), para la cual le pido que sea lo más descriptiva posible, no hay respuestas correctas o incorrectas, pues cada persona es única y también lo son sus experiencias.

Es importante mencionarle que, durante el proceso de entrevista, es necesario grabar el audio de las conversaciones, para tener registrada la información para poder analizarla posteriormente, para lo cual necesito que me otorgue su consentimiento. Toda la información que proporcione será anónima y confidencial, únicamente mi asesora y yo conoceremos y tendremos acceso a lo que comparta.

La información que proporcione podrá ser usada para su publicación o difusión con fines científicos, pero para garantizar el anonimato, si lo desea, su nombre será sustituido por un seudónimo en presentaciones o publicaciones originadas de esta investigación.

La investigación es independiente al hospital, de modo que su participación o su negación a participar no afectará de ningún modo su atención dentro de la unidad de salud. Yo como investigador no tendré acceso a ninguna información suya además de la que usted me brinde, de igual manera, el hospital no tendrá acceso a la información que usted me proporcione.

Es posible que, durante el proceso de la entrevista, puedan surgir recuerdos que le generen algún tipo de malestar, molestia o incomodidad, si esto sucediera, tiene la libertad de negarse a responder alguna pregunta o interrumpir la entrevista y abandonar el estudio.

Los beneficios de esta investigación son a nivel social, su participación impactará a nivel teórico de la psicología y pensar en formas de mejorar la experiencia de las mujeres ante los servicios de planificación familiar y formas de adaptarlos a sus necesidades.

Si tiene cualquier pregunta o duda respecto a la investigación, su participación dentro de ella o cualquier otra cuestión que desee que se aclare, puede realizarla en cualquier momento. Del mismo modo, si desea conocer los resultados y las conclusiones de este estudio, puede comunicarse con:

Investigador responsable: Aldo Iván Orozco Galván  
Teléfono: 5527645130      Correo electrónico: [aldoivan.oz.g@gmail.com](mailto:aldoivan.oz.g@gmail.com)

Yo \_\_\_\_\_, acepto participar voluntariamente en la investigación: **Gubernamentalidad Reproductiva en México. El caso del Programa Nacional de Planificación Familiar**, realizada por Aldo Iván Orozco Galván y dirigida por la Dra. Tania Esmeralda Rocha Sánchez, investigadora responsable, coordinadora de la Unidad de Investigaciones en Género y Sexualidad de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Declaro haber sido informada de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación.

Declaro haber sido informada que mi participación no involucra ningún daño o peligro para mi salud, que es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones o recibir sanción alguna.

Declaro que entiendo que la investigación es ajena al hospital, y bajo ninguna circunstancia, mi atención clínica se verá afectada o condicionada por mi participación en esta investigación, y los investigadores no tendrán acceso a mi información o expediente clínico.

Declaro saber que la información entregada será confidencial y anónima. Entiendo que, si lo deseo, mi nombre será sustituido por un seudónimo para garantizar la confidencialidad de la información.

Este documento se firma con duplicado, y recibiré una copia firmada del mismo.

**Lugar y fecha:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma de la participante**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del investigador**



## NUTRICIÓN

**ÍNDICE DE MASA CORPORAL \* $(\text{kg}/\text{m}^2)$**

Pasos para calcular el IMC:  
Ejemplo: Adulta de 34 años, pesa 50 kg y mide 1.54 m  
Paso 1 Se multiplica la estatura por la estatura.  $1.54 \times 1.54 = 2.37$   
Paso 2 Se divide el peso sobre el valor obtenido en el paso 1.  $50 \div 2.37 = 21.1$   
Paso 3 IMC =

Peso	Normal		Sobrepeso		Grados de obesidad				
	18.5	24.9	25	29.9	30	34.9	35	39.9	$\geq 40$
Estatura	Min.	Más.	Min.	Más.	Min.	Más.	Min.	Más.	Ident. mayor de
1.44	38.4	51.6	51.8	62.0	62.2	72.4	72.6	82.7	82.9
1.46	39.4	53.0	53.3	63.7	63.9	74.4	74.6	85.1	85.3
1.48	40.5	54.5	54.8	65.5	65.7	76.4	76.7	87.4	87.6
1.50	41.6	56.0	56.3	67.3	67.5	78.5	78.8	89.8	90.0
1.52	42.7	57.5	57.8	69.1	69.3	80.6	80.9	92.2	92.4
1.54	43.9	59.1	59.3	70.9	71.1	82.8	83.0	94.6	94.9
1.56	45.0	60.6	60.8	72.8	73.0	84.9	85.2	97.1	97.3
1.58	46.2	62.0	62.4	74.6	74.9	87.1	87.4	99.6	99.9
1.60	47.4	63.7	64.0	76.5	76.8	89.3	89.6	102.1	102.4
1.62	48.6	65.3	65.6	78.5	78.7	91.6	91.9	104.7	105.0
1.64	49.8	67.0	67.2	80.4	80.7	93.9	94.1	107.3	107.6
1.66	51.0	68.6	68.9	82.4	82.7	96.2	96.4	109.9	110.2
1.68	52.2	70.3	70.6	84.4	84.7	98.5	98.8	112.6	112.9
1.70	53.5	72.0	72.3	86.4	86.7	100.9	101.2	115.3	115.6
1.72	54.7	73.7	74.0	88.5	88.8	103.2	103.5	118.0	118.3
1.74	56.0	75.4	75.7	90.5	90.8	105.7	106.0	120.8	121.1
1.76	57.3	77.1	77.4	92.6	92.9	108.1	108.4	123.6	123.9
1.78	58.6	78.9	79.2	94.7	95.1	110.6	110.9	126.4	126.7
1.80	59.9	80.7	81.0	96.9	97.2	113.1	113.4	129.3	129.6
1.82	61.3	82.5	82.8	99.0	99.4	115.6	115.9	132.2	132.5
1.84	62.6	84.3	84.6	101.2	101.6	118.2	118.5	135.1	135.4

\*Fuente: World Health Organization, Report of WHO Consultation on Obesity: Preventing and Managing The Global Epidemic, Ginebra, WHO 1997.

5 6

## NUTRICIÓN

ALIMENTACIÓN				
ACCIÓN	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	RECOMENDACIÓN	FRECUENCIA	FECHA
ORIENTACIÓN ALIMENTARIA	DESNUTRICIÓN, SOBREPESO Y OBESIDAD	PARA TODA MUJER	DOS VECES POR AÑO	

COMPLEMENTOS NUTRICIONALES				
ACCIÓN	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	RECOMENDACIÓN	FRECUENCIA	FECHA
ADMINISTRACIÓN DE HIERRO	ANEMIA	EMBARAZADAS DESDE EL DIAGNÓSTICO DE EMBARAZADO	DURANTE TODO EL EMBARAZADO	
		MUJERES CON ANEMIA	POR TRES MESES	
ADMINISTRACIÓN DE ÁCIDO FÓLICO	DEFECTOS EN LA FORMACIÓN DEL CEREBRO Y COLUMNA VERTEBRAL DEL NIÑO	TRES MESES ANTES DEL EMBARAZADO A PARTIR DE SU DIAGNÓSTICO	TRES MESES ANTES DEL EMBARAZADO O A PARTIR DE SU DIAGNÓSTICO POR TRES MESES	
		ANEMIA EN LA MADRE	EN TODA MUJER EMBARAZADA	0

### ESQUEMA DE VACUNACIÓN

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	DOSIS	EDAD Y FRECUENCIA	FECHA DE VACUNACIÓN
SR <small>(Las que no han sido vacunadas o tienen esquema incompleto hasta los 39 años de edad)</small>	SARAMPION Y RUBOLA	SIN ANTECEDENTE VACUNAL	PRIMERA	AL PRIMER CONTACTO
			SEGUNDA	4 SEMANAS DESPUES DE LA PRIMERA
		CON ESQUEMA INCOMPLETO	DOSIS ÚNICA	AL PRIMER CONTACTO
Td	TETANOS Y DIFTERIA	CON ESQUEMA COMPLETO	REFUERZO	CADA 10 AÑOS
			PRIMERA	DOSIS INICIAL
		CON ESQUEMA INCOMPLETO O NO DOCUMENTADO	SEGUNDA	1 MES DESPUES DE LA PRIMERA DOSIS
		TERCERA	10 MESES POSTERIORES A LA PRIMERA DOSIS	
Tdpa	TETANOS, DIFTERIA Y TOSFERINA	ÚNICA		A PARTIR DE LA SEMANA 20 DEL EMBARAZADO
INFLUENZA ESTACIONAL	INFLUENZA	PERSONAS CON FACTORES DE RIESGO	ANUAL	
		EMBARAZADAS	ÚNICA	CUALQUIER TRIMESTRE DEL EMBARAZADO
OTRAS VACUNAS				

7 8

## PREVENCIÓN Y CONTROL

ACCIÓN	FECHA
PREVENCIÓN DE VIH/SIDA E ITS (Orientación - consejería)	
TRATAMIENTO TUBERCULOSIS PULMONAR	Inicio de tratamiento Fin de tratamiento
QUIMIOPROFILAXIS TUBERCULOSIS PULMONAR	Inicio de tratamiento Fin de tratamiento

**¡ACTÍVESE!**  
Camine, trote, corra o incorpore cualquier actividad física a su vida, al menos 30 minutos diarios. Le da bienestar y le ayuda a controlar su peso, presión y azúcar en la sangre.  
**¡DEDIQUE UN TIEMPO PARA USTED!**







## Anexo 7. Formato de consentimiento informado entregado a las mujeres en la clínica ubicada en Querétaro



SECRETARÍA  
DE SALUD - SESEQ

Programa de Planificación Familiar  
**Carta de Consentimiento bajo Información  
para la aceptación de Métodos Anticonceptivos**

Unidad Médica \_\_\_\_\_ Fecha: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año 201\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Nombre completo de la persona que acepta \_\_\_\_\_

Habiendo comprendido la información que me proporcionaron en la CONSEJERÍA y sin presión alguna, solicito y autorizo al personal de la Secretaría de Salud para que se me realice la aplicación del **Dispositivo Intrauterino "DIU"** ( \_\_\_\_\_ ), el **Implante Subdérmico** ( \_\_\_\_\_ ), el procedimiento quirúrgico: **Oclusión Tubaria Bilateral** ( \_\_\_\_\_ ), **Vasectomía** ( \_\_\_\_\_ ), **otro especifique** ( \_\_\_\_\_ ).  
En la elección del método se han considerado mis expectativas reproductivas, personales y mi condición de salud.

### **Estoy consciente de que:**

1. Existen métodos anticonceptivos temporales o definitivos para mi y mi pareja que puedo utilizar para planificar mi familia.

2. Me han sido explicadas las características del PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O LA APLICACIÓN DEL MÉTODO QUE ELEGÍ, usos, beneficios, ventajas y posibles riesgos. También me han explicado que no existe un anticonceptivo 100% efectivo y que asumo la posibilidad del riesgo correspondiente a la falla eventual del método aceptado.

3. AL ELEGIR UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO PERMANENTE ya no podré tener más hijos o hijas.

También me han explicado que es necesario el empleo de anestesia, para la realización del método anticonceptivo permanente, asimismo que el procedimiento en raras ocasiones PUEDE FALLAR, por causas no atribuibles al personal médico.

4. En cualquier momento **PUEDO DESISTIR DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO O LA APLICACIÓN DEL MÉTODO** previo a la realización, y como resultado de ello no se me negarán los servicios médicos de salud ni otros beneficios.

5. No se me ha prometido algún beneficio económico o material, ni personal, ni comunitario, asimismo no he recibido amenazas, ni me han presionado, ni obligado para aceptar este método.

6. Para el caso de haber elegido la Vasectomía se me aclara que después de 25 eyaculaciones o tres meses de operado, **DEBO DAR UNA MUESTRA DE SEMEN** para realizar el estudio de laboratorio llamado **espermatoconteo**, a través del cual se comprueba que la operación tuvo éxito. Cuando el resultado de éste sea negativo, será dado de alta y HASTA ENTONCES PODRÉ TENER ACTIVIDAD SEXUAL SIN USAR ALGUN MÉTODO ANTICONCEPTIVO.

7. En el caso de haber elegido la Vasectomía y no acudir a que se me realice el espermatoconteo, no tendré la seguridad de que el procedimiento tuvo éxito y EXISTE EL RIESGO DE EMBARAZAR a mi pareja. (Reforzamiento del punto No. 6).

8.- En caso de haber elegido **Implante Subdérmico** debo permanecer con él **3 años**.

9.- En caso de haber elegido SIU medicado (**DIU medicado (MIRENA)**) debo permanecer con **5 años**.

10. Tengo **derecho y me comprometo** a acudir a revisión médica en caso de duda, molestia o cuando se me indique o lo requiera.

11. La información de los servicios de salud, educación y demás similares, que estén relacionados con programas de planificación familiar, **serán gratuitos**.

Nombre completo y firma o  
huella digital de la  
persona solicitante

Nombre completo y firma del  
personal que  
proporcionó la consejería

Nombre completo matrícula y firma de  
la Médica (o) tratante que  
otorgó el método

## Anexo 8. Criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS

