“Como te ven te tratan”. Desigualdades sociales en servicios públicos de salud reproductiva en México

Itzel A. Sosa-Sánchez¹
Catherine Menkes Bancet²

Resumen

Se presentan los resultados de una investigación cualitativa relativa a los efectos de las desigualdades sociales sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres en Morelos, México. **Método:** Se realizaron treinta entrevistas individuales y 80 horas de observación en salas de espera en las clínicas de la Secretaría de Salud (2009-2010 en Cuernavaca y Tepoztlán). El material recabado fue sometido a un análisis interpretativo. **Resultados:** Diversas desigualdades sociales son reproducidas y legitimadas en los servicios de salud a través de las prácticas de los profesionales médicos y de las interacciones sostenidas con las usuarias de los servicios de salud reproductiva. Esto legitima y reproduce un orden social que actualiza diversas desigualdades (étnico-raciales, de género, de clase social, etc.) durante las interacciones profesionales médicos-usuarias con efectos negativos sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las usuarias.

Palabras clave: género, etnicización, salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos.

Abstract

This paper presents the findings of a qualitative research regarding the effects of social inequalities over the sexual and reproductive health of the users of the public health services in Morelos, Mexico. Methods: Thirty semi-structured deep interviews were carried out during 2009 and 2010 in Cuernavaca and Tepoztlán. Data from 80 hours of systematic observation in the waiting rooms of the participants clinics of the health secretary were also analyzed and interpretative analysis was carried out. Findings: Different social inequalities are reproduced and legitimized through the health professionals practices during the interactions with the patients in the reproductive health services. These practices reproduce and perpetuate diverse social inequalities (ethnic-racial, gender, generation, social class etc.) during the doctor-patients interactions which contributes to the existence of violations to the sexual and reproductive rights of the women.

Keywords: gender, ethnicization, sexual and reproductive rights and reproductive health.

¹ Becaria del Programa de Becas Posdoctorales en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias - CRIM/UNAM (itzela@correo.crim.unam.mx).

² Investigadora titular CRIM/UNAM (menkes@unam.mx).

Introducción

Pese a la ratificación de tratados internacionales que protegen los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y de la implementación de diferentes programas con el objeto de mejorar los servicios de salud reproductiva en México, diversos estudios realizados sugieren la persistencia de problemas en salud reproductiva (Camarena y Lerner 2008). Por un lado, se ha documentado el uso indiscriminado de intervenciones médicas (Suárez *et al.*, 2012), así como la persistencia de prácticas médicas coercitivas que vulneran los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en contextos institucionales (CLDRPP, 1997; Smith-Oka, 2009 y 2012; Erviti, Castro y Sosa-Sánchez, 2006; Sosa-Sánchez, 2010 y 2013). Si bien todas las mujeres usuarias de los servicios públicos de salud están expuestas a dichas prácticas impositivas y coercitivas, se ha sugerido que las mujeres socialmente desfavorecidas son frecuentemente objeto de estas prácticas. Es también hacia esta población que se dirigen los esfuerzos tendientes a reducir la fecundidad ya que es entre las mujeres pobres donde la tasa de fecundidad continua siendo más elevada (Smith-Oka, 2009) y en donde persiste un menor conocimiento de métodos anticonceptivos y bajo uso.

Durante las interacciones que se establecen entre los prestadores de servicios médicos y las usuarias, la conducta de los primeros está mediada por diversos procesos de etiquetación de las pacientes, según atributos individuales y estereotipos sociales (Roth, 1981; Ellison, 2003; Erviti, Castro y Sosa-Sánchez, 2006; Debb-Sossa, 2007) que condicionan el tratamiento y la disposición para atenderlas, lo que repercute en la calidad del servicio otorgado, en una atención diferencial (Erviti, Castro y Sosa-Sánchez, 2006) y en ocasiones en la vulneración de sus derechos sexuales y reproductivos (Smith-Oka, 2009 y 2012). Esto es particularmente relevante en un país con una alta tendencia a la concentración de la riqueza, donde el 42,4% de la población vive en situación de pobreza, particularmente las mujeres y los indígenas (CONEVAL, 2010) y en donde las jerarquías sociales, de generación y étnico-raciales se encuentran estrechamente relacionadas con el acceso a las diferentes formas de capital (social, económico, cultural) y por tanto con las condiciones objetivas de vida.

Objetivo: Se presentan los resultados de una investigación cualitativa realizada en dos áreas (rural y urbana) del estado de Morelos, México, en instituciones de salud pública pertenecientes a la Secretaría de Salud (SSA)³, en la ciudad de Cuernavaca y en dos localidades del municipio de Tepoztlán en el estado de Morelos.

³ La Secretaría de Salud (SSA) ofrece servicios de salud a población abierta (no asegurada) en México. La SSA también afilia y ofrece servicios a la población admisible al programa Seguro Popular que ofrece servicios de salud de base a las familias socialmente más desfavorecidas que son generalmente aquellas que no están cubiertas por el sistema de seguridad social.

Metodología: Se realizó una investigación sociológica interpretativa⁴, en dos municipios del estado de Morelos: en dos barrios populares⁵ de la ciudad de Cuernavaca y en dos barrios del municipio de Tepoztlán: en la cabecera del municipio y en Santa Catarina, en 2009 y 2010. Los lugares donde se realizó el trabajo de campo fueron seleccionados a partir de considerar que son una muestra representativa de los barrios populares (de clase media baja y baja) de la ciudad de Cuernavaca y de las regiones rurales del centro de México. A partir de un muestreo intencional no probabilístico (Glaser y Strauss, 1967) se realizaron 30 entrevistas en profundidad a partir de guías de entrevistas semi estructuradas hasta obtener la saturación teórica. Se entrevistó a 22 usuarias de los servicios de salud pública y a 8 informantes clave. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 75 minutos. Los criterios iniciales de selección (en el caso de las usuarias de los servicios de salud) fueron la edad (tener entre 18 y 52 años) y residir en alguno de los barrios y lugares seleccionados para el estudio. En el caso de los informantes clave, el criterio principal de selección fue el estar relacionado con las clínicas o centros de salud en donde se realizó el trabajo de campo. Las entrevistas indagaron sobre los significados, percepciones, creencias y valoraciones en torno al cuerpo, la sexualidad y la reproducción así como sobre las experiencias y percepciones de las participantes en torno a las interacciones sostenidas con el personal de salud (profesionales médicos y enfermeras principalmente), en especial durante consultas y prestaciones de servicios relativos a la salud reproductiva (contracepción, embarazo, parto, aborto, etc.). Igualmente, las entrevistas exploraron las percepciones de las y los participantes en torno a la autoasignación e identificación étnico-racial y de clase social y sus consecuencias en las interacciones establecidas con el personal médico en los espacios de salud.

Los barrios participantes tienen un perfil sociodemográfico típico de los barrios populares del centro de México y tienen una importante proporción de población de migrantes (frecuentemente de origen indígena) proveniente principalmente de las regiones de Oaxaca y Guerrero. También se ubican cerca de las zonas céntricas de Cuernavaca y de Tepoztlán y de los dos centros de salud donde se realizó el trabajo de campo. Para la selección de las localidades, consideramos importante trabajar paralela y comparativamente con participantes provenientes de poblaciones urbanas y rurales, considerando que el lugar de residencia implica una exposición diferencial a los discursos y prácticas médicas en torno a la reproducción, la sexualidad y el cuerpo, lo que a nuestro parecer tendría implicaciones en las interacciones sostenidas (y la percepción de las mismas) durante las consultas relativas a la salud reproductiva.

La mayoría de las mujeres entrevistadas fueron reclutadas en centros de salud, en salas de consulta o durante los talleres impartidos por los promotores de salud en el

⁴ Los resultados de investigación que se presentan son parte de un estudio sociológico más amplio sobre los significados de la reproducción, del cuerpo y de la sexualidad en el centro de México y en el cual también se entrevistó a participantes (usuarios de los servicios de salud) del sexo masculino.

⁵ A diferencia de los estratos marginales, los estratos populares cuentan con diversos servicios (agua potable, línea telefónica, pavimento etc.), viviendas de materiales durables, más oportunidades de empleo para los jefes de familia, etc., sin llegar a tener las comodidades de los sectores medios (Stern et al, 2003).

marco del programa Oportunidades⁶ de la Secretaría de Salud (SSA). Siete de las participantes fueron contactadas con la técnica de bola de nieve (*snow ball sampling*) y fueron referidas por otras participantes reclutadas en los centros de salud. Se invitó de manera generalizada a las usuarias de los servicios de salud a participar en el estudio. A las interesadas en participar se les aplicó un breve cuestionario socio demográfico que permitió identificar a las potenciales participantes, privilegiando incluir sujetos con diversas características sociodemográficas, consideradas centrales en la construcción de significados atribuidos al cuerpo, a la sexualidad y a la reproducción: la edad, la paridad (número de hijos), el nivel de escolaridad, el estado civil, hablar una lengua indígena y/o provenir de un hogar indígena⁷ y el lugar de residencia.

Las entrevistas fueron realizadas por la investigadora principal del proyecto y fueron grabadas en audio, previo consentimiento de las participantes⁸. Las entrevistas se realizaron (según la preferencia de las participantes) en parques, cafeterías, en espacios proporcionados por los centros de salud o en las casas de las participantes. Se enfatizó en garantizar el anonimato y la confidencialidad de todos los datos recabados. Cualquier referencia que pudiera identificar a las participantes fue anulada. Las entrevistas fueron literalmente transcritas para proceder a su codificación y a su análisis interpretativo siguiendo las recomendaciones de la teoría fundamentada (Glaser y Straus, 1967).

La población de estudio

- a) **Usuarias de los servicios de salud:** La edad media de las 22 participantes en las entrevistas fue de 36,6 años. Quince de ellas residían en Cuernavaca y siete en Tepoztlán. Más de la mitad (14) se consideraban católicas. La mitad estaba unida: 7 eran solteras, 4 estaban divorciadas o separadas y 11 estaban unidas. Quince tenían hijos, siendo 2 el promedio de hijos por mujer. Siete contaban con licenciatura incompleta, 7 con preparatoria o carrera técnica; 7 con estudios de primaria completa y 1 era analfabeta. Cuatro de las entrevistadas se autodefinieron como indígenas, 6 de ellas habitaba en un hogar indígena y 7 de ellas se definían como mestizas. La mayoría de ellas no supo inicialmente cómo autoidentificarse étnico-racialmente. Quince de las participantes eran económicamente activas y trabajaban mayoritariamente en empleos no especializados (estilistas, trabajadoras de servicio doméstico, vendedoras, etc.) y no contaban con seguridad social. Siete eran amas de casa.
- b) **Informantes clave:** la edad promedio era de 46,6 años y tenían en promedio 2,8 hijos, 4 trabajaban en la ciudad de Cuernavaca y 4 en el municipio de Tepo-

⁶ Oportunidades es un programa social de transferencia condicionada de dinero, que desarrolla acciones intersectoriales para la educación, la salud y la alimentación, con la finalidad de promover el bienestar general de las familias que viven en condiciones de pobreza alimentaria o de ingresos bajos.

⁷ Si uno de los padres o la pareja con quien vive en la actualidad habla alguna lengua indígena.

⁸ A excepción de una entrevista, con uno de los informantes clave, que no consintió la grabación de audio.

ztlán. Siete eran proveedores de servicios de salud (3 médicos, 3 enfermeras, 1 promotora de salud y 1 partera). Siete eran mujeres. Cuatro eran solteros. Tres se autodefinían como mestizos mexicanos. La mitad de ellos se negó a hablar de su pertenencia étnico-racial.

Resultados

Los resultados sugieren que las desigualdades son reproducidas y legitimadas en los servicios de salud pública durante las interacciones sostenidas entre las usuarias y los profesionales médicos. Los testimonios evidencian la existencia de desigualdades no solo de género sino también de clase social, de generación y étnico raciales que se intersectan e interactúan entre sí (atenuándose o potenciándose) y que permean las prácticas e interacciones establecidas entre los profesionales médicos y las usuarias de los servicios de salud. Esto repercute no solo sobre la salud de las usuarias sino también sobre sus derechos sexuales y reproductivos.

Los testimonios de los y las participantes revelan que las prácticas médicas están permeadas por una evaluación diferencial de los cuerpos masculinos y femeninos, que a su vez son jerarquizados a partir de la intersección e interacción de diversas desigualdades sociales (ejes de opresión y/o privilegio) como son la asignación étnico-racial, la clase social, el género, la edad y la generación, lo que tiene repercusiones importantes sobre los controles a ejercer sobre la sexualidad y la reproducción de las mujeres usuarias de los servicios de salud así como sobre el margen de autonomía que los profesionales médicos les reconocen.

a) De la asignación generizada del control de las capacidades reproductivas

Los testimonios confirman lo que otros estudios han sugerido: que existen pocos esfuerzos para incluir a los varones en la prevención de embarazos no deseados (Barker y Verani, 2008) y que los métodos de anticoncepción femenina siguen siendo los más priorizados por las instituciones de salud y por los profesionales médicos, lo que tiene en ocasiones implicaciones sobre la salud de las mujeres y obstaculiza el cumplimiento de los objetivos planteados en El Cairo referidos a la equidad de género en salud reproductiva. Los resultados sugieren que los servicios de salud reproductiva continúan legitimando y reproduciendo a distintos niveles las desigualdades de género tanto en la organización como en la oferta de anticonceptivos. Al respecto, el personal de salud (enfermeras y médicos) continúan recomendando determinados métodos anticonceptivos (generalmente los femeninos) y de larga duración como el DIU y la esterilización femenina y desincentivan el uso de otros. Así, la mayor parte de los promotores de salud, médicos y enfermeras que trabajan en los centros de salud y se encargan de la consejería en anticoncepción refieren trabajar solo indirectamente con los varones e incluso exclusivamente con mujeres:

I⁹: ¿Es diferente el proceso de las mujeres que buscan una salpingo (oclusión tubárica bilateral - OTB), que el de los hombres que viene por una vasectomía?

I.C¹⁰: Ellos ya vienen convencidos, a las mujeres las convengo aquí (Yuri, promotora de salud, 50 años).

I.C: Con el hombre no se trabaja, con él casi no, nuestro trabajo es con las mujeres (Rafael, médico, 58 años).

Los testimonios sugieren que la población objetivo en materia de anticoncepción continúa siendo la femenina (tanto en el área urbana como en el área rural). Esto pone en evidencia que tanto institucionalmente como en las prácticas de los profesionales médicos y en el imaginario de los mismos, los esfuerzos se centran en convencer a las mujeres de usar algún método anticonceptivo asignándoles de manera casi exclusiva la prevención de embarazos no deseados. Estas prácticas profesionales e institucionales reproducen y refuerzan las desigualdades de género en el ámbito de la reproducción.

Los testimonios indican que existe poca información relativa a los métodos anticonceptivos masculinos. Así, las pocas parejas que se acercan a los espacios de salud solicitando una vasectomía, se enfrentan a diversas barreras no solo culturales sino institucionales para acceder a ella, lo que desincentiva y/o dificulta un involucramiento más activo por parte de los varones en las prácticas anticonceptivas:

P¹¹: Él se quería operar, vinimos aquí al centro de salud, nos dijeron que teníamos que pasar con la doctora: “vinimos porque mi esposo se quiere operar” pero la doctora nos dijo: “la verdad, no les puedo informar, no sé nada de eso”. No nos dijo ni a dónde buscar más información. Dijo “déjenme que pregunte y luego les digo”. Pero ya no regresamos porque la doctora no sabía (Sandra, 26 años, indígena, usuaria de servicios).

Esto pone de relieve cómo las prácticas profesionales e institucionales tienen un impacto directo sobre las decisiones y vidas reproductivas de las parejas en tanto condicionan el acceso y las opciones reales en materia anticonceptiva. Adicionalmente, los testimonios revelan que existe la tendencia entre los profesionales médicos a percibir a los varones como más difíciles de convencer (en materia de anticoncepción) que las mujeres:

I.C: El paciente ideal de vasectomía, es de 35 o más años y que realmente ya no quieren tener más hijos para que ya “corten la fábrica”, porque con ellos hay luego más broncas. En cambio la paciente ideal (para esterilizar) es la mujer, “ahí hay que agarrar parejo, nada que “ahorita no”. Eso sí, ya no se puede operar a las muy jóvenes (...). El hombre es más rebelde, no se deja platicar, el hombre es más duro, las mujeres llegan más a los centros de salud (Flor, enfermera, 40 años).

⁹ I: Investigadora.

¹⁰ I.C.: Informante clave.

¹¹ I: investigadora. P: participante.

Como se aprecia en el testimonio precedente, para la mayor parte de los profesionales de la salud, es el cuerpo de la mujer el idóneo para intervenir en lo que se refiere a la esterilización, considerándose también el cuerpo de las mujeres como más accesible que el de los varones, pues son generalmente ellas las convocadas y presentes en los espacios de salud. Bajo esta lógica, si las mujeres no están convencidas de antemano respecto al método anticonceptivo, los testimonios indican que es percibido como un deber de los profesionales médicos realizar dicha labor de convencimiento. Por el contrario, el paciente ideal de la vasectomía es aquel que llega a los espacios de salud ya convencido. Este testimonio muestra que el cuerpo de las mujeres es el *locus* privilegiado de la inscripción material y simbólica de las prácticas y saberes médicos relativos a la anticoncepción (y en este caso concreto a la esterilización).

Algunos testimonios de los informantes clave indican que las preferencias por ciertos métodos anticonceptivos también resultan de las provisiones en materia anticonceptiva con la que los profesionales médicos cuentan:

I: ¿Cuáles son los principales métodos que recomienda?

IC: Recomiendo más el DIU, la T de cobre, las inyecciones. El implante no, porque debe de ser una persona delgada, con kilos adecuados, los parches se proporcionan aquí, sí los dan pero en poca cantidad y luego se terminan. Esta gente (las usuarias) no tiene recursos para estarlos amolando más, pues no (...) yo no les recomiendo los parches o el implante porque casi no nos dan (Alicia enfermera, 37 años).

Como se aprecia la provisión de métodos anticonceptivos tiene repercusiones específicas sobre las opciones reproductivas reales de las usuarias de dichos servicios. Esto implica reconocer el rol no solo de los profesionales de la salud sino también de las instituciones de salud en la reproducción de un orden social altamente generizado en materia de prevención de embarazos no deseados (Van Kammen y Oudshoorn, 2002; Ringheim, 2002).

b) De la instrumentalización sin contenido del consentimiento informado

Los resultados indican la persistencia de lo que podemos llamar la “lógica de los objetivos demográficos” y la instrumentalización sin contenido del consentimiento informado. En los testimonios de las participantes, referidos a las interacciones sostenidas con los profesionales médicos, emergen diferentes prácticas coercitivas que condicionan la elección del método anticonceptivo. Si bien la mayoría de las participantes sugieren que la información sobre anticoncepción tiende a ser presentada durante el control del embarazo, es principalmente en las salas de parto (salas de expulsión) donde el personal médico exhorta (a través de diferentes medios) a las mujeres a “escoger” un método anticonceptivo.

I: ¿En qué momento escogiste el método anticonceptivo?

P: Hay un control antes, te preguntan si tienes planeado hacerte un control, qué vas a hacer, cuántos hijos tienes y obvio tratan de persuadirte de inmediato de

que te operes o que te pongas algo. Lo que menos quieren son chamacos ya en el país, sí es muy insistente por parte de los médicos o de las enfermeras es insistente. La hoja que llenas es cuando ya vas con los dolores y ya estás adentro. Te dicen, te ponen tu pulsera te ponen todo, te toman todos tus datos, te preguntan: “¿se va a operar o no se va a operar?”, “fírmele, se va a poner el DIU o no, fírmele” (Yazmin, 35 años, indígena, usuaria de servicios).

Este testimonio evidencia tanto la existencia de prácticas coercitivas en los espacios de salud como contextos (y momentos) poco favorables para la toma de decisiones libres e informadas. Es preciso resaltar que la organización de los servicios de salud reproductiva y el acceso de los profesionales médicos sobre los cuerpos de las mujeres durante el trabajo de parto y posparto en situaciones de aislamiento (y sin acompañantes para las mujeres parturientas) contribuye a reproducir lo que podríamos llamar prácticas de imposición “consentida” (referida a los métodos anticonceptivos y la esterilización femenina) en contextos hospitalarios y clínicos. Esto significa que si bien la institucionalización del consentimiento informado ha sido un paso importante en la lucha por el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, el conjunto de relaciones sociales altamente etnizadas, generizadas y permeadas por la clase social y la generación, así como por otras asimetrías de poder, condicionan de manera importante las interacciones entre los profesionales médicos y las usuarias de los servicios de salud reproductiva con consecuencias diversas sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Así, el contexto en el que estos “consentimientos” tienen lugar (ya vas con los dolores y ya estás adentro) restringe significativamente las opciones reproductivas de las mujeres a un número reducido de opciones (frecuentemente la esterilización femenina o el DIU) que son usualmente las más valoradas por los profesionales médicos. Estas prácticas profesionales expresan no solamente la preferencia de los profesionales por ciertos métodos anticonceptivos sino también determinadas lógicas profesionales e institucionales que se encuentran enmarcadas en contextos sociales políticos e ideológicos prevalecientes en la sociedad en general.

Como se aprecia en el testimonio siguiente, si bien todas las mujeres son en mayor o menor medida presionadas por el personal médico para dar su “consentimiento informado” y salir de los servicios de salud con un método anticonceptivo, en el contexto de este estudio son generalmente las mujeres socialmente (y visiblemente) más vulnerables y con ciertas características (con poca escolaridad, que se autoidentifican o son identificadas por los profesionales de salud como indígenas y/o son consideradas por los mismos como muy jóvenes o muy viejas para tener hijos, y/o tienen más de tres hijos), las más expuestas a sufrir imposiciones así como la falta de reconocimiento e incluso violación de sus derechos sexuales y reproductivos:

I: Cuando nació su primer hijo me dijo que le pusieron el dispositivo, ¿le pidieron permiso?

P: No sé si sea permiso, me dijeron “le vamos a poner el dispositivo para que se cuide y pueda alimentar a su bebé, porque no puedes tomar nada”. Me avisaron

(...) pero no me dijeron consecuencias o molestias (Sandra, 26 años, indígena, usuaria de servicios de salud).

Este testimonio sugiere que en ocasiones son también las mujeres socialmente más desfavorecidas las que muestran una mayor dificultad para reconocerse como sujetos de derechos. Así, en general para las mujeres participantes con más de 35 años de edad, de clase social baja, poco escolarizadas, de zonas rurales y urbanas, sus expectativas se centran en salir vivas de sus estancias en el hospital (posteriores a la atención de partos, esterilizaciones, abortos) y no en el reclamo del reconocimiento de sus derechos a recibir servicios de salud de calidad en tiempo y forma. Es preciso señalar que estas expectativas están estrechamente relacionadas por las condiciones objetivas de vida de estas mujeres en particular y por un contexto general de impunidad y de falta de reconocimiento de los derechos (no solo reproductivos) en México.

c) La autonomía reproductiva y la esterilización femenina en contextos altamente jerarquizados socialmente

Los testimonios de los informantes clave muestran la dificultad de reconocer a las mujeres, pero sobre todo a las indígenas y pertenecientes a clases sociales desfavorecidas como sujetos autónomos y de derechos, con capacidad plena de tomar decisiones libres e informadas sobre sus cuerpos y sus capacidades reproductivas. Paralelamente, los testimonios de todos los y las participantes sugieren que los embarazos de las mujeres que reúnen ciertas características estigmatizadas (ser adolescente, pobre, con baja escolaridad, indígena, soltera, con alta paridad, o considerada “demasiado vieja o demasiado joven” para tener hijos) tienden a ser percibidos como un problema social a combatir. De tal suerte, los discursos de los profesionales médicos sugieren que los esfuerzos tendientes a “convencer” a las pacientes para ser esterilizadas no son aleatorios y se dirigen prioritariamente hacia ciertas mujeres:

I: ¿Cuándo se recomienda una OTB (salpingoclasia)?

I.C: Recomendamos las OTB a las personas que ya tienen más de 3 hijos, que son personas mayores, que vemos tienen bajos recursos y que no van a poder sobresalir (Rafael, médico 58 años).

Paralelamente, los discursos de los profesionales médicos sugieren una dificultad particular al trabajar con poblaciones indígenas bajo el supuesto socialmente compartido de una inferioridad cultural que tiene consecuencias sobre las prácticas anticonceptivas y reproductivas de los indígenas:

I.C: Es muy difícil trabajar con indígenas, está la barrera de la lengua, además no usan anticonceptivos y se sientan en el piso ¡imagínese! (Flor, enfermera, 40 años).

El testimonio anterior es relevante en tanto la organización social de la sexualidad y de la reproducción está enmarcada en relaciones históricas de poder y jerarquías sociales de diversa índole incluyendo las étnico-raciales. De esta manera, en los discursos de un importante número de las mujeres usuarias, pero sobre todo de los

informantes clave emerge una distinción entre una sexualidad animal caótica y no regulada y una sexualidad controlada y/o civilizada. Bajo esta línea, no es aleatorio que en los discursos de los profesionales médicos emerjan frecuentemente diversos aspectos de las prácticas cotidianas de los indígenas a través de los que se evalúa su grado de civilización. Estas descripciones y divisiones simbólicas (entre lo civilizado y lo no civilizado) expresan en distintos grados el racismo y las prácticas discriminatorias hacia las poblaciones indígenas (y afrodescendientes) prevalecientes en la sociedad mexicana en general. Este racismo se encuentra estructuralmente articulado no solo con el clasismo sino con el sexismo y la dominación masculina, lo que tiene consecuencias específicas en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres usuarias de los servicios de salud que son etnicizadas y/o racializadas¹². Tampoco es aleatorio que trabajar con poblaciones indígenas tienda a ser percibido como “especialmente difícil” por los profesionales médicos, en tanto la etiquetación de los grupos políticamente minoritarios como difícil permite controlarlos y justificar (ver como necesario) ese control. Este proceso de etiquetación en el caso de los indígenas es altamente etnicizado y racializado y se articula con otras desigualdades sociales y estereotipos:

I: ¿Cómo ha sido su experiencia trabajando con población indígena?

I.C: Con los indígenas sí es más difícil, porque de acuerdo a sus creencias dicen “voy a tener los hijos que Dios me dé”. La población que ya está más civilizada al contrario te dicen “solo un hijo o dos porque la economía está dura, no hay trabajo, no hay qué comer”. En cambio un indígena no, él dice “voy a tener los hijos que Dios me dé” no se preguntan cómo los van a mantener, tienen 4 o 5 y todavía quieren más (Alicia, enfermera, 37 años).

En este testimonio emerge la perspectiva biomédica racionalista dominante, donde la gestión de la sexualidad y de la reproducción es central para evaluar el grado de civilización y de blanquitud¹³ ética y cultural de los individuos y de los grupos sociales. Bajo esta perspectiva, en general el *ethos* de las mujeres socialmente desfavorecidas y sobre todo de las mujeres indígenas y/o con alta paridad (que son frecuentemente aquellas etnicizadas y racializadas) se caracteriza para los profesionales médicos en su incapacidad de programar el número y el momento de tener hijos. Así, estas mujeres tienden a ser percibidas como más cercanas a la naturaleza y menos civilizadas, lo que legitima desde esta perspectiva que sean objeto de la imposición de

¹² A efectos de este trabajo la racialización y la etnicización son definidas siguiendo a Massey (2008) como aquellos procesos de clasificación y jerarquización social basados en diferencias de origen étnico o racial respectivamente. Estas clasificaciones sociales son también formas de dominación que emplean las diferencias étnicas, culturales o raciales para estigmatizar y subordinar a ciertos grupos o individuos.

¹³ Los estudios sobre el carácter racial de la blanquitud sugieren que está constituida por un conjunto de dimensiones interconectadas que implican ventajas estructurales en las sociedades que han sido estructuradas sobre una dominación étnico-racial. Se sugiere entonces problematizar la blanquitud visibilizando los mecanismos a través de los cuales se reproducen jerarquías sociales en las relaciones e interacciones sociales cotidianas actualizando de esta manera el orden étnico-racial (Echeverría, 2007).

métodos anticonceptivos, así como de otras prácticas autoritarias por parte de los profesionales médicos.

Adicionalmente, las preferencias anticonceptivas de los profesionales médicos están permeadas no solo por las desigualdades sociales antes mencionadas (de género, de clase social, de afiliación étnico-racial etc.) sino también por la organización de los servicios de salud (la importante carga de trabajo, de horarios etc.) y la falta de recursos (humanos y en infraestructura) en los servicios de salud pública, lo que también restringe y condiciona sus prácticas profesionales así como sus preferencias de métodos anticonceptivos.

Finalmente, es preciso resaltar que las participantes pocas veces adoptan actitudes pasivas frente a las prácticas médicas que les resultan incomprensibles e incluso autoritarias. Así, aunque no incluidos en este análisis, algunos testimonios de las participantes revelan los complejos y a veces sutiles mecanismos a través de los cuales las mujeres cuestionan las prácticas opresivas y normativas a las cuales son confrontadas, a pesar de las posibles consecuencias negativas que esto les puede acarrear (por ejemplo la intensificación de los regaños y/o de las actitudes hostiles y desaprobatorias por parte del personal médico).

Consideraciones finales

Los hallazgos evidencian que la reproducción es un ámbito en el cual se reproducen e intersectan diversas desigualdades estructurales que condicionan no solo la calidad del servicio ofertado sino también el reconocimiento y respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres e incluso sus derechos humanos.

Los resultados sugieren que el cambio de servicios de anticoncepción a servicios de salud reproductiva ha sido un cambio más bien nominal, que no ha modificado de manera sustancial la organización, la prestación de servicios y las prácticas profesionales en los espacios de salud reproductiva, lo que representa desafíos importantes para el alcance de los objetivos planteados en la conferencia internacional de El Cairo en este ámbito. Así, los alcances relativos a la equidad de género en la esfera de la reproducción y de los derechos sexuales y reproductivos aún son muy limitados y nos instan, siguiendo a Corrêa (2013), tanto a subrayar la importancia de generar cambios más radicales en este ámbito como a vincular la equidad en la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos con la justicia social y la reducción de las desigualdades sociales.

Si bien la existencia de la imposición de métodos anticonceptivos y de esterilizaciones forzadas ha decrecido significativamente en las últimas tres décadas en México y en el resto de América Latina esto no significa que estas prácticas hayan desaparecido, ni significa la ausencia de prácticas coercitivas y autoritarias en los espacios de salud reproductiva. Estas prácticas condicionan las decisiones reproductivas de las usuarias de los servicios públicos de salud restringiendo sus derechos sexuales y reproductivos. Esto nos insta a enfatizar en el peso de los contextos sobre las

decisiones de las mujeres, evidenciando que en muchas ocasiones los profesionales de la salud inducen (cuando no, imponen) a las mujeres a escoger ciertos métodos anticonceptivos sin dar espacio a la toma de decisiones libre e informada que un real consentimiento informado requiere como condición indispensable.

Esto evidencia que no es aleatorio que sean principalmente las mujeres socialmente más desfavorecidas (con menos escolaridad, de clase social más baja, etc.), y que se alejan de lo que normativamente se considera el ideal sexual y reproductivo, las que tienden a ser esterilizadas en los hospitales públicos en México. Son también estas mujeres muchas veces indígenas (y frecuentemente etnicizadas y/o racializadas) solteras, con alta paridad, pobres etc., las que tienden a ser percibidas socialmente y por los profesionales médicos como poco capaces de controlar su sexualidad y sus capacidades reproductivas y, por ende, como irresponsables. Estas prácticas expresan igualmente una evaluación social diferencial y jerarquizada de la maternidad en las interacciones de los profesionales médicos y las usuarias o lo que Ellison (2003) define como la estratificación social de la maternidad, que reproduce la violencia estructural implícita en los modelos normativos de sexualidad femenina.

Paralelamente, si bien la mayoría de los integrantes de las sociedades latinoamericanas tiende a rechazar abiertamente la existencia de grupos superiores o inferiores, las prácticas discriminatorias y los prejuicios racistas se encuentran ampliamente difundidos en la región, tanto en las prácticas sociales como en las instituciones (incluyendo las instituciones médicas), lo que tiene repercusiones importantes en las interacciones cotidianas y como lo vimos en esta ponencia en las interacciones sostenidas entre los profesionales médicos y las usuarias de los servicios públicos de salud en el ámbito de la salud reproductiva. Así, los discursos de los profesionales médicos y de algunas de las participantes sugieren que las mujeres con una alta paridad son frecuentemente etnicizadas y racializadas durante las interacciones sostenidas en contextos hospitalarios y médicos. Esto evidencia el carácter no solamente clasista sino altamente racializado y etnicizado de las interacciones profesionales médicos-usuarias de servicios de salud reproductiva. Es preciso entonces subrayar que las jerarquías étnico-raciales prevaletes en el conjunto de la sociedad mexicana permean las interacciones de los profesionales médicos y las usuarias de los servicios de salud. Esto pone de relieve la existencia de prácticas médicas en ocasiones discriminatorias e incluso racistas¹⁴, que se manifiestan en mayor o menor medida en la gestión de la reproducción y la sexualidad en contextos institucionales y espacios de salud con efectos generalmente negativos no solo sobre los derechos sexuales y reproductivos de las usuarias sino sobre su salud. Esto significa el importante rol de las instituciones y prácticas médicas en la legitimación y reproducción social no solo de la estructura de clases sociales sino también de otras desigualdades sociales (como las étnico-raciales, de género, de generación) (Waitzkin, 1991; Debb-Sossa, 2007).

¹⁴ La ideología racista es un sistema de representación que se materializa en las instituciones sociales (a través de prácticas discriminatorias) y en las relaciones sociales organizando y dotando de sentido al mundo material y simbólico.

Igualmente, este estudio permite evidenciar el importante rol que juegan los contextos institucionales, políticos, ideológicos y normativos en la toma de decisiones (o en la ausencia de las mismas) en el ámbito de la reproducción (sobre todo en lo relativo a la “elección” de los métodos anticonceptivos y la esterilización). Esto permite explicar sociológicamente¹⁵ la poca participación de los varones en los ámbitos relativos a la salud reproductiva, mostrando que la incorporación de determinadas prácticas anticonceptivas implica la renegociación de diversas relaciones sociales (como aquellas de género). Igualmente los testimonios y las observaciones recabadas en campo evidencian que la participación de los varones durante el embarazo y durante el parto continúa siendo limitada, dada la abrumadora ausencia de varones en las consultas no solo relativas a la anticoncepción sino también durante las consultas pre y post-natales, lo que evidencia que el embarazo y el cuidado postnatal de los hijos se considera aún un asunto femenino.

Los resultados también permiten evidenciar la fragilidad del consentimiento informado como mecanismo para salvaguardar los derechos reproductivos de las mujeres usuarias de los servicios de salud en contextos de desigualdades sociales y asimetrías de poder extremas, lo que nos lleva también a problematizar la ideología del consentimiento libre (y racional), pues ésta refuerza la construcción de la reproducción en general y de la maternidad en particular, como empresas individuales que existen en un vacío social.

Es importante también señalar, siguiendo a Erviti, Castro y Sosa-Sánchez (2006), que no sostenemos que todos los profesionales médicos son autoritarios y que todas las prácticas médicas conducen necesariamente a la violación de los derechos sexuales y reproductivos de las usuarias en contextos institucionales. Por el contrario, reconocemos que como otros campos, el campo médico está constituido por una amplia diversidad de actores con una distribución diferente de capitales y de disposiciones diferentes hacia la práctica social. Sin embargo esto no significa negar el carácter socialmente estructurado de las prácticas médicas coercitivas y/o autoritarias y sus consecuencias en contextos sociales marcados por diversas desigualdades sociales.

Finalmente, en el marco de las recomendaciones para las políticas públicas y de la reflexión que nos convoca a 20 años de El Cairo, los resultados indican que todavía es importante implementar mejores programas de sensibilización al personal de salud, para que éstos conozcan y reconozcan los derechos sexuales y reproductivos de la población, poniendo especial atención en los derechos de los grupos más vulnerables y generalmente más discriminados, como serían las mujeres indígenas y las que viven en contexto de pobreza y marginación económica y social. Sería importante incluir estas temáticas (al igual que las relativas a la equidad de género) como una parte infaltable de sus currículos y formación profesional. Asimismo, es necesario intensi-

¹⁵ Sin que esto signifique desconocer la lenta pero creciente participación de los hombres en la salud sexual y reproductiva en la región y las actitudes más favorables hacia la planificación familiar y el uso de anticonceptivos de parte de los varones (Barker y Verani, 2008).

ficar los programas dirigidos a los varones para que se involucren en los procesos de reproducción, y para que el personal de salud también los reconozca como actores activos en las decisiones y prácticas sexuales y reproductivas.

Referencias

- Barker, Gary y F. Verani (2008), *La participación del hombre como padre en la región de Latinoamérica y el Caribe, Rio de Janeiro: Save the Children/Promundo*.
- Camarena, Rosa y Lerner, Susana (2008), “Necesidades insatisfechas en salud reproductiva: Mitos y realidades en el México rural”, en S. Lerner et I. Szasz (coord.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México, tomo I, Ciudad de México: El Colegio de México*.
- Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CLDRPP) (1997), *Derechos Reproductivos de la Mujer en México: Un Reporte Sombra, Nueva York: CLDRP*.
- CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social) (2010), *Informe de Pobreza Multidimensional en México 2008, Ciudad de México: CONEVAL*.
- Corrêa, Sonia (2013), “Legados do Cairo: para além da “mesmice?””, em Rodríguez, L.; Alves, J.; Rodríguez, J. y Maldonado, C. (org.), *El Cairo +20, perspectivas de la agenda de población y desarrollo sostenible después de 2014, Brasil: UNFPA/ALAP*.
- Debb-Sossa, Natalia (2007), “Helping the “neediest of the needy” An Intersectional Analysis of Moral-Identity Construction at a Community Health Clinic”, in *Gender & society, Massachusetts: SAGE, Vol. 21 N° 5, 749-772*.
- Echeverría, Bolívar (2007), “Imágenes de la blanquitud”, en Diego Lizarazo et al.: *Sociedades icónicas. Historia, ideología y cultura en la imagen, México: Siglo XXI*.
- Ellison, Marcia (2003), “Authoritative Knowledge and Single Women’s Unintentional Pregnancies, Abortions, Adoption, and Single Motherhood: Social Stigma and Structural Violence”, in *Medical Anthropology Quarterly, Virginia: American Anthropological Association, 17(3): 322-347*.
- Erviti, Joaquina; Castro, R. y Sosa-Sánchez, I. (2006), “Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México”, en *Estudios Sociológicos, México D.F.: COLMEX, XXIV (72): 637-665*.
- Glaser, Barney and Strauss, Anselm (1967), *The Discovery of Grounded Theory, New York: Aldyne Gruyter Press*.
- Massey, Douglas (2008), “La racialización de los mexicanos en Estados Unidos: estratificación racial en la teoría y en la práctica”, en *Migración y desarrollo, New Jersey: Princeton University*.
- Ringheim, Karin (2002), “When the client is male: Client-provider interaction

- from a gender perspective”, in *International Family Planning Perspectives*, New York: The Guttmacher Institute, 28(3).
- Roth, Julius (1981), “Some contingencies of the moral evaluation and control of clientele: the case of the hospital emergency service”, en P. Conrad et R. Kern (edits.), *The Sociology of health and illness: critical perspectives*, New York: Martin Press.
- Smith-Oka, Vania (2009), “Unintended consequences: Exploring the tensions between development programs and indigenous women in Mexico in the context of reproductive health”, in *Social Science & Medicine*, New York: Pergamon, 68(6).
- ____ (2012), “They don’t know anything. How medical authority constructs perceptions of reproductive risk among low income mothers in Mexico”, in L. Fordyce et A. Maraesa (2012), *Risk, reproduction and narratives of experience*, Nashville: Vanderbilt University press.
- Sosa-Sanchez, I. A. (2013), “Les significations du corps, de la sexualité et de la reproduction dans le cadre de la médicalisation: une étude de cas intersectionnelle au Centre du Mexique”, tesis de doctorado, Quebec.
- ____ (2010), “Les inégalités sociales et la santé sexuelle et reproductive au Mexique : entre la médicalisation et l’exclusion sociale”, en *Recherches féministes*, Québec, Université Laval, décembre, 23 (2).
- Stern, Claudio; Fuentes, C; Lozano, R. y Reysoo, F. (2003), “Masculinidad y salud sexual y reproductiva: un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México”, en *Salud Pública de México*, Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, vol. 45, suplemento 1 de 2003.
- Suárez, L.; L. Campero, L.; De la Vara, E.; Rivera, L.; Hernández, M. et al (2012), *Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto*, Ciudad de México: ENSANUT, INSP-SSA.
- Van Kammen, J., and Oudshoorn, N. (2002), “Gender and risk assessment in contraceptive technologies”, in *Sociology of Health and Illness*, Leeds: Wiley-Blackwell, 24(4).
- Waitzkin, Howard (1991), *The politics of medical encounters. How patients and doctors deal with social problems*, London: Yale University press.