

"Como te ven te tratan": Desigualdades sociales en los espacios de salud reproductiva. Resultados de un estudio de caso en el centro de México¹

Itzel A. Sosa-Sánchez², Catherine Menkes Bancet³ y Guitté Hartog⁴

Resumen:

Esta comunicación presenta los resultados de una investigación cualitativa realizada durante 2009 y 2010 portado sobre los efectos de la desigualdad social en salud sexual y reproductiva de las usuarias de los servicios de salud pública en Morelos en el centro de México. **Metodología** : Se realizaron 30 entrevistas individuales semi-estructuradas con usuarias de los servicios de salud reproductiva y con informantes clave en Cuernavaca, Santa Catarina y Tepoztlán y 80 horas de observación en las salas de espera en las clínicas de la Secretaría de Salud (SSA). Las entrevistas fueron transcritas, codificadas y sometidas a un análisis interpretativo al igual que el material que resultó de las observaciones. **Resultados** : Diversas desigualdades sociales son reproducidas y legitimadas en los servicios de salud a través de las prácticas de los profesionales de la salud y de las interacciones que éstos sostienen con las usuarias de los servicios de salud reproductiva. Estas prácticas legitiman las relaciones asimétricas de poder y la reproducción de un orden social que no sólo actualiza diversas desigualdades (étnico-raciales, de género, generación y de clase social) durante las interacciones profesionales

¹ Trabajo presentado en el VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Lima-Perú, del 12 al 15 de agosto de 2014

² Becaria del Programa de Becas Posdoctorales en la UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM. itzel-adriana.sosa-sanchez.1@ulaval.ca

³ CRIM-UNAM, menkes@unam.mx.

⁴ BUAP, troisgatos@hotmail.com

médicos-usuarias sino que contribuye a la existencia de violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres al tiempo que reproduce la asignación única de las mujeres en la prevención de embarazos no deseados. Esto tiene un impacto en la satisfacción de las necesidades de las usuarias y en su salud y en el ejercicio y el reconocimiento de sus derechos humanos y reproductivos fundamentales

Palabras clave: desigualdades sociales, procesos de etnicización, salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos

Introducción

A pesar de la ratificación de diversos tratados internacionales que protegen los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y de la implementación de diversos programas con el objeto de mejorar los servicios de salud reproductiva en México, diversos estudios realizados en este país han documentado la persistencia de diversos problemas en salud reproductiva (Camarena y Lerner 2008 ; Echarri, 2008).

Por un lado, diversos estudios han documentado el uso indiscriminado de intervenciones médicas (Suárez et al, 2012; Graham et al, 2005)⁵ 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, 2010; Rostagnol y Viera, 2006). Así, si bien la tasa de fecundidad en las últimas décadas ha disminuido significativamente (siendo para 2009 de 2.2 hijos nacidos vivos por mujer), esta disminución no ha sido homogénea (CONAPO,

⁵ Como la cesárea, la episiotomía, y las esterilizaciones femeninas en el sistema de salud pública

2006). Lo antes mencionado ha significado concentrar los esfuerzos tendientes a reducir la fecundidad en las mujeres socialmente más desfavorecidas donde la tasa de fecundidad continua siendo más elevada (Smith-Oka, 2009)⁶ y en donde tienden a concentrarse igualmente un menor conocimiento de métodos anticonceptivos y un bajo uso de los mismos (Erviti, Sosa-Sánchez y Castro, 2010).

Por otro lado, diversos estudios han sugerido que durante las interacciones que se establecen entre los prestadores de servicios médicos y las usuarias, la conducta de los profesionales médicos está mediada por diversos procesos de etiquetación de las pacientes, según diversos atributos individuales y estereotipos sociales (Roth, 1981; Ellison, 2003; Erviti, Castro y Sosa-Sánchez, 2006) que condicionan el tratamiento y la disposición para atender a las usuarias de servicios médicos, 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 siendo las mujeres y los indígenas particularmente afectados por la misma (CONEVAL, 2010). Igualmente autores como Navarrete (2004) sugieren que en México las jerarquías etnoraciales 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 los resultados de una investigación cualitativa realizada en dos áreas (rural y urbana) del estado de Morelos, México llevada a cabo en instituciones

⁶ Por ejemplo, para 1995 la tasa global de fecundidad entre las mujeres pobres era de 5.1.

de salud pública pertenecientes a la secretaría de salud (SSA),⁷ en la ciudad de Cuernavaca y en dos localidades del municipio de Tepoztlán en el estado de Morelos (centro de México).

Metodología:

Se realizó una investigación sociológica- interpretativa⁸, en dos municipios del estado de Morelos: en dos barrios populares de la ciudad de Cuernavaca, y dos barrios del municipio de Tepoztlán (rural): en la cabecera del municipio y en Santa Catarina (a 3 km de la cabecera municipal), en 2009 y 2010. Los lugares donde se realizó el trabajo de campo fueron seleccionados a partir de considerar que representan 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 (Tepoztlán). A partir de un muestreo intencional no probabilístico (Glaser y Strauss, 1967) se llevaron a cabo 30 entrevistas en profundidad a partir de guías de entrevistas semi-estructuradas hasta obtener la saturación teórica (Bertaux, 1980). De esta manera, se entrevistó a 22 usuarias de los servicios de salud pública y a 8 informantes clave.⁹ Las entrevistas en profundidad tuvieron una duración de 75 minutos en promedio. Los criterios iniciales de selección fueron la edad –tener entre 18 y 52 años—y el lugar de residencia (residir en alguno de los barrios y lugares seleccionados para el estudio). En el caso de los informantes claves, el criterio principal de selección fue el estar relacionado con las clínicas o centros de

⁷⁷ La secretaría de salud (SSA) ofrece servicios de salud a la población abierta a lo largo de todo el territorio nacional.

⁸ Los resultados de investigación que presentaremos a continuación forman parte de un estudio sociológico sobre los significados de la reproducción, del cuerpo y de la sexualidad en el centro de México (Morelos).

⁹ Los resultados de investigación que se presentan en esta ponencia son el resultado de un proyecto de investigación más amplio en el cual también se entrevistó a varones.

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 los y las participantes en torno a las interacciones sostenidas con el personal de salud (profesionales médicos y enfermeras principalmente) especialmente durante consultas y prestaciones de servicios relativos a la salud reproductiva (contracepción, embarazo, parto, aborto etc.). Igualmente, las entrevistas exploraron sus percepciones en torno a la auto asignación e identificación racial -étnica y de clase social y sus consecuencias en las interacciones establecidas con el personal médico en los espacios de salud.

Los barrios donde se desarrolló el trabajo de campo cuentan con un perfil socio demográfico típico de los barrios populares del centro de México y cuentan con una importante proporción de población de migrantes proveniente principalmente de las regiones de Oaxaca y Guerrero (Sur de México). También se caracterizan por su proximidad a las zonas céntricas de Cuernavaca y de Tepoztlán y por encontrarse a corta distancia de los 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 tomando en cuenta 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 tendría implicaciones en las interacciones sostenidas durante las consultas relativas a la salud reproductiva.

La mayoría de las entrevistadas fueron reclutadas en centros de salud de la secretaría de salud (SSA),¹⁰ en las salas de consulta o durante los talleres impartidos por los promotores de salud en el marco del programa Oportunidades.¹¹ Sin embargo, 7 de las participantes fueron contactadas a través de la técnica de bola de nieve (*snow ball sampling*) y fueron referidas por las otras participantes reclutadas en los centros de salud. En ambos casos se invitó de manera generalizada a las participantes potenciales en el estudio. A las interesadas en participar se les aplicó un breve cuestionario socio demográfico, lo cual nos permitió elegir a las potenciales participantes a entrevistar, privilegiando incluir a participantes con diversas características demográficas consideradas como centrales en la construcción de significados atribuidos al cuerpo, a la sexualidad y a la reproducción, a saber: la edad, el nivel de escolaridad, el estado civil y el lugar de residencia.

Todas las entrevistas fueron realizadas por la investigadora principal de este proyecto y fueron audio grabadas, previo consentimiento de las participantes. Las entrevistas se llevaron a cabo según la preferencia de las participantes: en parques, cafeterías, en los espacios proporcionados por los centros de salud con los que se trabajó o en las casas de las participantes (cuando las participantes lo sugerían a la entrevistadora). Se puso especial cuidado en garantizar el anonimato y la confidencialidad de todos los datos recabados. Cualquier referencia que pudiera

¹⁰ La secretaría de salud provee servicios de salud a población abierta (población no asegurada) en México. Es también la secretaría de salud el organismo público encargado de afiliar y ofrecer servicios a la población admisible al programa Seguro popular que tiene por objeto ofrecer 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.

¹¹ El programa Oportunidades es un programa social intersectorial que desarrolla acciones intersectoriales para la educación, la salud, la alimentación, con la finalidad de promover el bienestar general de las familias que viven en condiciones de pobreza alimentaria o de ingresos bajos.

identificar a las participantes fue cuidadosamente anulada. Las entrevistas fueron literalmente transcritas y posteriormente se procedió a realizar un análisis interpretativo de las entrevistas previamente codificadas, siguiendo las recomendaciones de la teoría fundamentada (Glaser y Strauss, 1967).

La población de estudio:

La edad media de las veintidós participantes en las entrevistas fue de 36.59 años. Quince de ellas residían en Cuernavaca y siete de ellas residían en el municipio de Tepoztlán. Más de la mitad se consideraban católicas (14 de ellas). La mitad convivía en pareja al momento de la entrevista. Siete eran solteras y cuatro estaban divorciadas o separadas y once estaban unidas. Quince de ellas tenían hijos, siendo 2 el promedio de hijos por mujer. Quince residían en la ciudad de Cuernavaca y siete en el municipio de Tepoztlán. En cuanto al nivel de estudios: siete contaba con licenciatura incompleta, siete con preparatoria o carrera técnica; siete con estudios de primaria completa y una era analfabeta. Cuatro de las entrevistadas se autodefinieron como indígenas y seis de ellas habitaba en un hogar indígena y 7 de ellas se definían como mestizas. La gran mayoría de ellas no sabía cómo autoidentificarse étnoracialmente. La mayoría de las participantes (15) eran económicamente activas y se empleaban en el rubro de servicios trabajando mayoritariamente en empleos no especializados (estilistas, trabajadoras de servicio doméstico, etc.) y no contaban con seguridad social. Ocho de ellas eran amas de casa. En cuanto a los informadores clave, la edad promedio era de 46.6 años de edad, cuatro trabajaban en la ciudad de Cuernavaca y cuatro en el municipio de Tepoztlán. Siete de ellos eran proveedores de servicios de salud (médicos, enfermeras, promotores de salud o parteras). Siete de ellos eran mujeres. Una era partera, tres eran enfermeras y tres

médicos. Tenían en promedio 2.8 hijos. Cuatro eran solteras.. Todos se consideraban mestizos mexicanos. La mitad de ellos se negó a hablar de su pertenencia étnicoracial.

Resultados

Los resultados sugieren que diversas desigualdades son reproducidas y legitimadas en los servicios de salud pública durante las interacciones sostenidas entre las usuarias y los profesionales médicos. Los resultados evidencian la existencia de desigualdades no sólo de género sino también de clase social, de generación así como étnicoraciales que se intersectan e interactúan entre sí (atenuándose o potenciándose) y que permean las prácticas e interacciones sociales establecidas entre los profesionales médicos y las usuarias de los servicios de salud. Esto tiene repercusiones negativas no sólo sobre la salud de las usuarias sino también sobre sus derechos sexuales y reproductivos.

Así, los testimonios de los participantes revelan cómo las prácticas médicas están permeadas por una evaluación diferencial de los cuerpos masculinos y femeninos los 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 etnicidad racializada, 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.

1. De la asignación generizada del control de las capacidades reproductivas

Los testimonios de los participantes confirman lo que otros estudios han sugerido: que existen pocos esfuerzos para incluir a los varones en la prevención de embarazos no

deseados. 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 relativa a los métodos anticonceptivos afirman trabajar sólo indirectamente con los varones e incluso exclusivamente con mujeres:

I¹² : ¿Es diferente el proceso de las mujeres que buscan una salpingo, que el de los hombres que viene por una vasectomía?

I.C : Ellos ya vienen convencidos, a las mujeres yo 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 antes presentados sugieren que la población objetivo en materia de anticoncepción continua siendo la población femenina (tanto en el área urbana como en el área rural). Esto pone en evidencia que 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 asignando con pocos o nulos cuestionamientos a las mujeres de manera casi exclusiva la prevención de embarazos no deseados. Estas prácticas profesionales reproducen y refuerzan las desigualdades de género en el ámbito de la reproducción.

¹² I: Investigadora I.C=Informador clave P= Participante (profana)

Paralelamente, los discursos de los participantes en este estudio sugieren 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 sólo culturales) sino institucionales (contrariamente a lo que sucede con la esterilización femenina) para acceder ella lo que desincentiva en ocasiones un involucramiento más activo por parte de los varones en las prácticas anticonceptivas:

P : Él se quería operar, vinimos aquí al centro de salud a ver a la doctora porque nos dijeron que teníamos que pasar con la doctora. Le dijimos “vinimos porque mi esposo se quiere operar” pero la doctora nos dijo “yo la verdad no les puedo informar, yo no sé nada de eso”. Y no nos dijo ni a dónde ir a buscar más información. Dijo “déjenme que yo pregunte y luego yo les digo”. Pero ya no regresamos porque la doctora no sabía. Luego volví a venir y volvimos a insistir pero nada. (Sandra, 26 años, indígena)

El testimonio anterior pone de relieve cómo las prácticas institucionales tienen un impacto directo sobre las decisiones y vidas reproductivas de las parejas en tanto éstas condicionan el acceso y las opciones reales a las que se puede acceder en tiempo y forma. Igualmente 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 :La paciente ideal para salpingo es una paciente de 35 años, ya después es un embarazo de alto riesgo, ya no se operan mujeres jóvenes “ya no dejan” de 22 o

23, ya se prohibió por las hormonas, les hace daño, antes sí lo hacían. 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 es la mujer, “ahí hay que agarrar parejo nada que “ahorita no” pero 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).

Como se puede observar en el testimonio precedente, para la mayor parte de los profesionales de la salud, es el cuerpo de la mujer el ideal para intervenir en materia de anticoncepción, siendo también el cuerpo de la mujer más accesible que el de los varones, por lo que si ellas no están convencidas de antemano al respecto, es el deber de los profesionales médicos realizar dicha labor de convencimiento. Por el contrario, sobresale que el paciente ideal de la vasectomía es aquel que llega a los espacios de salud ya convencido. Así, 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 en lo relativo a la anticoncepción.

Sin embargo, es preciso señalar que también algunos testimonios de los informantes claves indican que las preferencias por ciertos métodos anticonceptivos también resultan de las provisiones en materia anticonceptiva con la que ellos cuentan y con la regularidad con la que ellos reciben dichas provisiones::

C : Quelles sont les méthodes que vous recommandez le plus?

I : ¿Cuáles son los principales métodos que recomienda?

P : Yo 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 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)

Esto tiene repercusiones específicas sobre las opciones reproductivas de las mujeres ya que no sólo socialmente sino también institucionalmente la responsabilización de la prevención de embarazos no deseados continua recayendo casi exclusivamente sobre las mujeres. Esto implica reconocer el rol no sólo de los profesionales de la salud sino también de las instituciones de salud en la reproducción de un orden social altamente generizado (Van Kammen y Oudshoorn, 2002; Ringheim, 2002).

2. De la instrumentalización sin contenido del consentimiento informado

Los testimonios de los participantes (mujeres profanas e informantes clave) indican que los servicios de salud reproductiva continúan legitimando y reproduciendo a distintos niveles las desigualdades de género tanto en la organización y la prestación de los servicios ofertados, como en la evaluaciones realizadas por el personal de salud (enfermeras y médicos) para recomendar determinados métodos anticonceptivos y desincentivar el empleo de otros.

Así, los testimonios de los participantes indican la persistencia de lo que podemos llamar la "lógica de los objetivos demográficos" y la instrumentalización sin contenido

del consentimiento informado. Así, los discursos de los participantes revelan la existencia de ciertas preferencias en torno a los métodos anticonceptivos en los servicios de salud pública y entre los profesionales médicos, privilegiándose aquellos de larga duración como el DIU y la esterilización femenina (pero no de la esterilización masculina).

Así, 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 las consultas relativas al control del embarazo, es principalmente en las salas de parto (e expulsión) donde distintos miembros del personal médico (médicos y enfermeras principalmente) instan (a través de diferentes medios) a las mujeres a "escoger" un método anticonceptivo.

I : ¿En qué momento escogiste el método anticonceptivo durante el control de embarazo?

P : Sí, mira, 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, y 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" "¿se va a operar su esposo?, fírmele". O sea es procedimiento normal (Yazmin, 35 años)

El testimonio anterior sugiere la existencia de prácticas coercitivas en los espacios de salud. En este sentido, es preciso resaltar que la organización de los servicios de salud reproductiva y el acceso de los médicos sobre los cuerpos de las mujeres durante el trabajo de parto y postparto en situaciones de aislamiento (y sin acompañantes para el caso de las mujeres parturientas) contribuye a reproducir lo que podríamos llamar prácticas de imposición "consentida" en lo que se refiere a los métodos anticonceptivos y la esterilización femenina en los 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 etnicizadas, generizadas y permeadas por la clase social y la generación así como las asimetrías de poder condicionan de manera importante las interacciones entre los profesionales médicos y las usuarias de los servicios de salud reproductiva.

Como se aprecia en el testimonio anterior, el contexto en el que estos "consentimientos" son acordados (*ya vas con los dolores y ya estás adentro*) restringe de manera significativa las opciones reproductivas de las mujeres a un número reducido de opciones (frecuentemente la esterilización femenina o el DIU) que son casi siempre 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.

Adicionalmente, como se aprecia en el testimonio siguiente, si bien todas las mujeres son en mayor o menor medida presionadas por parte del personal médico para dar su "consentimiento informado" y salir de los servicios de salud con un método anticonceptivo (preferentemente con un DIU o esterilizadas, en el contexto de este estudio son generalmente las mujeres socialmente (y visiblemente) más vulnerables (y frecuentemente las mujeres que se auto-identifican o son identificadas por los profesionales de salud como indígenas y/o pobres y/o muy jóvenes o muy viejas para tener hijos) las más expuestas a sufrir la falta de reconocimiento e incluso violación de sus derechos sexuales y reproductivos:

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

P : bueno, no sé si sea permiso, pero 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)

Como se aprecia en el párrafo anterior (*bueno, no sé si sea permiso, pero me dijeron*), los testimonios de algunas de las participantes en este estudio evidencian que en ocasiones son también las mujeres socialmente más desfavorecidas, con menor escolaridad y frecuentemente indígenas las que muestran una mayor dificultad para reconocerse como sujetos de derechos. De esta manera, sobresale que en el caso de las mujeres participantes con más de 35 años de edad, provenientes de contextos altamente

desfavorecidos socialmente (poco escolarizadas, de zonas tanto rurales como 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 calidad en tiempo y forma. En este sentido, es preciso señalar que éstas expectativas están estrechamente relacionadas y condicionadas por las condiciones objetivas de vida de estas mujeres en particular y con un contexto general de impunidad y de falta de reconocimiento de los derechos en México.

3) De la autonomía reproductiva y la esterilización femenina en contextos altamente jerarquizados socialmente

Los testimonios de los informantes claves muestra la dificultad de reconocer a las mujeres, pero sobre todo a las mujeres indígenas y pertenecientes a clases sociales desfavorecidas como sujetos autónomos con capacidad plena de tomar decisiones libres e informadas sobre sus cuerpos y sus capacidades reproductivas. Así, los testimonios no sólo de las mujeres (profanas) sino también de los informantes claves (médicos y enfermeras principalmente) sugieren que los embarazos de las mujeres que reúnen ciertas características estigmatizadas (ser una mujer adolescente, pobre, con baja escolaridad, indígena, soltera, con alta paridad, o considerada "demasiado vieja" para tener hijos) tienden a ser percibidos por los profesionales médicos 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 fundamentalmente hacia ciertas mujeres:

I : ¿Cuándo se recomienda una OTB?

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

Bajo esta misma lógica, los discursos de los profesionales médicos sugieren una dificultad particular al trabajar con poblaciones indígenas:

I.C : Es muy difícil trabajar con indígenas, en comunidades 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 está enmarcada en relaciones históricas de poder. De esta manera, en los discursos de un buen número de las participantes en este estudio, pero sobre todo de los profesionales de salud (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 de la salud emerjan frecuentemente diversos aspectos de las prácticas cotidianas (*se sientan en el piso*) de los indígenas a través de los que se evalúa el grado de civilización de los indígenas. Estas descripciones y divisiones simbólicas (entre lo civilizado y lo no civilizado) expresa en distintos grados el racismo y las prácticas discriminatorias hacia las poblaciones indígenas prevalecientes en la sociedad mexicana en general.

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 “yo voy a tener los hijos que dios me dé”. Ahora la población que ya está más civilizada

al contrario te dicen “sólo 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 en la que la gestión de la sexualidad y de la reproducción son centrales 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 el de las mujeres indígenas se caracteriza para los profesionales médicos en su incapacidad de programar el número y el momento de tener hijos .

En este sentido, sus testimonios muestran que las mujeres etnicizadas son percibidas como más cercanas a la naturaleza y menos civilizadas lo que legitima desde la perspectiva de los profesionales de la salud (y en ocasiones en los discursos de las participantes profanas) la imposición de métodos anticonceptivos así como otras prácticas autoritarias por parte de los profesionales médicos sobre todo en aquellas mujeres con una alta paridad que tienden a ser también las más frecuentemente etnicizadas e infantilizadas por los profesionales médicos.

¹³ Los estudios sobre el carácter racial de la blanquitud (*whiteness*) han sugerido 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. Desde esta perspectiva, se sugiere 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 etno racial (Echeverría, 2007).

Aunado a lo anterior, es preciso señalar que tanto los profesionales médicos como la puesta en marcha de la política pública en torno a la anticoncepción tienden a privilegiar una visión que valoriza una fuerte racionalización de las conductas reproductivas y que exige de las usuarias de los servicios de salud reproductiva lo que podemos llamar retomando a Bolívar Echeverría (2007) una blanquitud ética y cultural.

Sin embargo, es preciso señalar que las preferencias anticonceptivas de los profesionales médicos están permeadas no sólo por las desigualdades sociales anteriormente 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 las preferencias de métodos anticonceptivos de los profesionales de la salud.

Finalmente, es preciso resaltar que las participantes pocas veces adoptan actitudes pasivas frente a las prácticas médicas que muchas veces les resultan incomprensibles e incluso autoritarias. Así, aunque no incluidos en esta ponencia, algunos de los 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).

A modo de reflexión final

Los resultados de este estudio evidencian que la reproducción es un ámbito en el cual se reproducen a diversas escalas diversas desigualdades estructurales y formas específicas de discriminación que resultan del racismo (no sólo como sistema de ideas sino de prácticas de exclusión y de dominación) en la sociedad mexicana.¹⁴ En este sentido los testimonios de los y las participantes indican la existencia de prácticas médicas en ocasiones discriminatorias e incluso racistas 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 muchas veces negativos no sólo sobre los derechos y sexuales y reproductivos de las usuarias sino sobre su salud.

Paralelamente, los discursos de los profesionales médicos pero también de algunas de las participantes sugieren que las mujeres con una alta paridad son frecuentemente etnicizadas durante las interacciones sostenidas en contextos hospitalarios y médicos. Es preciso entonces subrayar que las relaciones étnico-raciales que emergen durante las interacciones de los profesionales médicos y las usuarias de los servicios de salud se desprenden de sistemas discriminatorios étnico-raciales altamente jerarquizados prevalecientes en el conjunto de la sociedad mexicana.¹⁵ Si bien la mayoría de los integrantes de las sociedades latinoamericanas rechaza 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 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.

Adicionalmente, si bien la imposición de métodos anticonceptivos y de esterilizaciones forzadas a decrecido significativamente en las últimas tres décadas, esto no significa la ausencia de prácticas coercitivas y autoritarias que condicionan las decisiones reproductivas y

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.

¹⁵ La sociedad mexicana se caracteriza por su gran diversidad étnica y por la complejidad de sus relaciones de dominación altamente jerarquizadas según la clase social y la afiliación y la asignación étnico-racial.

anticonceptivas de las usuarias de los servicios públicos de salud. Esto significa enfatizar en el contexto específico donde las decisiones de las mujeres son tomadas 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. Paralelamente, es preciso resaltar que la ideología del consentimiento libre (y racional) refuerza la construcción de la reproducción en general y de la maternidad en particular como una empresa individual que existe un vacío social. Por el contrario, los resultados de este estudio muestran siguiendo la perspectiva de Waitzkin (1991) que durante las interacciones sostenidas entre los profesionales de la salud y las usuarias de los servicios públicos de salud se manifiestan y reproducen diversas desigualdades sociales siendo esta interacciones un sitio privilegiado para analizar diversos procesos y mecanismos de actualización del orden social (con sus concomitantes ideologías, profesionales, institucionales, de género, étnico-raciales, etc.). Esta perspectiva es igualmente útil para identificar distintos factores sociales (como la pertenencia-asignación étnico-racial, la edad, la clase social, el estado civil y la paridad) que condicionan (acentuando o disminuyendo) las asimetrías de poder durante las interacciones establecidas entre los profesionales de la salud y las usuarias y condicionan no sólo la calidad del servicio ofertado sino también el reconocimiento y respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. 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 tiendan a ser esterilizadas en los hospitales públicos en México. Son también estas mujeres (muchas veces indígenas y si no etnicizadas, solteras, con alta paridad) las que tienden a ser percibidas por los profesionales médicos (por las participantes en el estudio e incluso por la sociedad en general) como poco capaces de controlar su sexualidad y sus capacidades reproductivas y por ende 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.

Adicionalmente, si bien ya otros estudios han señalado que la conducta de los profesionales médicos en las interacciones sostenidas entre profesionales médicos y las usuarias

está condicionada por diversos procesos de etiquetaje que elaboran de las pacientes a partir de diversos atributos individuales e imágenes estereotipadas de género (Roth, 1981; Lupton, 2003; Smith-Oka, 2012) los testimonios de las y los participantes sugieren la existencia de otras asimetrías de poder igualmente importantes como son : la clase social, la generación, la pertenencia y la asignación étnico-racial. Esto significa reconocer que la medicina en tanto institución social juega un rol central en la legitimación y reproducción social no sólo de la estructura de clases sociales sino también de otras desigualdades sociales (como las étnico-raciales) (Waitzkin, 1991; Nettleton, 1995; Chapman et Berggren, 2005).

Paralelamente 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 también permite explicar sociológicamente la ausencia de los varones (su poca participación) 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).

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.

Se ha sugerido que los procesos a través de los cuales se definen y se elaboran las identificaciones y asignaciones étnico raciales son el resultado de relaciones sociales complejas e históricas que deben ser visibilizadas y problematizadas mostrando el importante rol que éstas juegan en la reproducción de diversas desigualdades sociales y en diversas prácticas discriminatorias que tienen lugar en diferentes contextos sociales.

Es importante también señalar 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Camarena, Rosa y Susana Lerner (2008). “Necesidades insatisfechas en salud reproductiva: Mitos y realidades en el México rural”, Dans: S. Lerner et I. Szasz (coord.). *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, tomo I. 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*. NY:CLDRP.

Echarri, Carlos (2008). “Desigualdad socioeconómica y salud reproductiva: una propuesta de estratificación social aplicable a las encuestas”, Dans S. Lerner et I. Szasz (coord.). *Salud reproductiva y condiciones de vida en México, tomo I*. México: El colegio de México.

Echeverría, Bolívar (2007). "Imágenes de la blanquitud". Dans 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”, *Medical Anthropology Quarterly*, 17(3): 322-347.

Erviti, Joaquina, R. Castro e I. Sosa-Sánchez. (2006). "Las luchas clasificatorias en torno al aborto: el caso de los médicos en hospitales públicos de México." *Estudios Sociológicos XXIV(72)*: 637-665.

Erviti, Joaquina, I. Sosa-Sánchez y Roberto Castro (2010). "Social Origin of Contraceptive Counseling Practices by Male Doctors in Mexico". *Qualitative Health Research, XX, X* : 1-10.

Glaser, Barney et Anselm Strauss (1967). *The Discovery of Grounded Theory*, New York: Aldyne Gruyter Press.

Graham, Ian; G. Carroli, ; C. Davies, et J. Medves (2005). "Episiotomy Rates Around the World: An Update." *Birth: Issues in Prenatal Care. 32(3)*: 219-223.

Roth, Julius (1981). "Some contingencies of the moral evaluation and control of clientele: the case of the hospital emergency service". Dans P. Conrad et R. Kern (edits.). *The Sociology of health and illness: critical perspectives*. NY: martin press.

Ringheim, K. (2002). "When the client is male: Client-provider interaction from a gender perspective". *International Family Planning Perspectives, 28(3)*, 170-175.

Rostagnol, Susana y Mariana Viera (2006). "Derechos sexuales y reproductivos : condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud". Estudio del Centro hospitalario Pereira Rossell, Uruguay », en Susana Checa (dir.), *Realidades y Coyunturas del Aborto: entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires, Paidós : 300-316.

Smith-Oka, Vania (2009) "Unintended consequences: Exploring the tensions between development programs and indigenous women in Mexico in the context of reproductive health", *Social Science & Medicine*, 68(6): 2069-2077.

Smith-Oka, Vania (2012). "They don't know anything. How medical authority constructs perceptions of reproductive risk among low income mothers in Mexico". Dans L. Fordyce et A. Maraesa (2012). *Risk, reproduction and narratives of experience*. USA: Vanderbilt university press.

Suárez, Leticia, L. Campero, E. de la Vara, L. Rivera, M. Hernández, et al (2012). *Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto*. ENSANUT, INSP-SSA.

Van Kammen, J., & Oudshoorn, N. (2002). "Gender and risk assessment in contraceptive technologies". *Sociology of Health and Illness*, 24(4), 436-461.

Waitzkin, Howard (1991). *The politics of medical encounters. How patients and doctors deal with social problems*. London: Yale university press, New Heaven and London.

Waitzkin, Howard (1979). "Medicine, superstructure and micropolitics", *Social, Science. & Medicine*, 13A: 601 - 609