

Regulación de la Sexualidad y Reproducción de Mujeres en Instituciones Públicas de Salud en México¹

Regulation of Women's Sexuality and Reproduction in Public Health Institutions in Mexico.

 Aldo Iván Orozco Galván²

Resumen

La Planificación Familiar (PF) se considera una de las principales estrategias para prevenir la morbi-mortalidad materno-infantil y está normada en diversas políticas públicas en México, cuyos lineamientos se reflejan en la Cartilla Nacional de Salud. Esta investigación analiza cómo la Cartilla funciona como un instrumento que regula la atención en salud reproductiva de las mujeres, alineándola con los objetivos de las políticas de salud pública. Utilizando la etnografía institucional, se mapeó el modo en que las dinámicas institucionales estructuran las experiencias de las mujeres durante su atención en salud. Los resultados revelan que la Cartilla opera como un dispositivo que regula no solo los procesos de atención médica, sino también la presencia de las mujeres en las instituciones de salud. Este control, en muchos casos, se traduce en procesos de violencia institucional que vulneran la autonomía y dignidad de las mujeres, al subordinar sus necesidades individuales a los objetivos de las políticas de planificación familiar.

Palabras clave: Biopolítica, Planificación familiar, derechos reproductivos, salud de la mujer

Abstract

Family Planning (FP) is considered one of the main strategies to prevent maternal and infant morbidity and mortality and is regulated by various public policies in Mexico, which are reflected in the National Health Card. This study examines how the Card functions as an instrument to regulate women's reproductive health care, aligning it with the objectives of public health policies. Using institutional ethnography, the research mapped how institutional dynamics shape women's experiences during their health care. The findings reveal that the Card operates as a device that regulates not only medical care processes but also women's presence in health institutions. This control often translates into institutional violence, undermining women's autonomy and dignity by subordinating their individual needs to the objectives of family planning policies.

¹Esta investigación fue posible gracias al apoyo de la beca de posgrado del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)

² Doctor en Psicología, con énfasis en Psicología Social. Académico de la Universidad Pedagógica Nacional, México. Ha colaborado como investigador en organizaciones de la sociedad civil. Sus principales líneas de investigación incluyen los estudios de género y sexualidad, género y salud y violencia de género. Email: aldoivan.oz.g@gmail.com

Keywords: Biopolitics, family planning, reproductive rights, women's health

Fecha de recepción: febrero 2024

Fecha de aprobación: diciembre 2024

Antecedentes

La planificación familiar (PF) se refiere al derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, procrear o no, el número y espaciamiento de su descendencia; y el derecho a disfrutar de una vida sexual satisfactoria, segura, libre e informada (Secretaría de Salud [SSA], 2014). El discurso en torno a esta ha cambiado desde sus primeras implementaciones en México durante la década 1970. En un inicio, se promovió como una estrategia para prevenir la sobrepoblación, luego como medio para reducir la morbi-mortalidad materno-infantil. Pero después de la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo (CIPD) en 1994, la retórica fue garantizar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos y la eliminación de la violencia contra mujeres y niñas (Galdós, 2013).

En México, varios instrumentos regulan la aplicación de los programas de PF. Entre ellos, la Ley General de Población (Diario Oficial de la Federación [DOF], 1974), promulgada en 1974 con el propósito de disminuir la natalidad a través de los primeros programas de PF. La Norma Oficial Mexicana de Servicios de Planificación Familiar (NOM 005-SSA2-1993) fue creada en 1993 para homogeneizar la prestación de servicios y la información que debe conocerse sobre las opciones de PF (SSA, 2004). Finalmente, el Programa de Acción Específico sobre PF regula la actuación en este rubro para la administración pública federal actual (2018-2024). En éste, se considera a la PF como una de las estrategias más costo-efectivas en salud pública para ayudar a prevenir la mortalidad y morbilidad materna al reducir el número de abortos inseguros debido a embarazos no deseados, contribuye a disminuir las

infecciones de transmisión sexual, y permite reducir la mortalidad infantil al ampliarse el espaciamiento entre nacimientos (SSA, 2021).

Debido a lo anterior, existen diversos mecanismos para promover la PF en las instituciones de salud. Aunque estas estrategias tienen como propósito explícito la prevención de riesgos reproductivos y la mejora de la salud pública, su implementación puede derivar en prácticas que violan los derechos de las mujeres. En el intento por cumplir metas de colocación de anticonceptivos o priorizar normativas institucionales sobre las necesidades individuales, estas políticas a menudo generan tensiones. Por ejemplo, Martínez y Rangel (2018) analizaron la estrategia de anticoncepción post-evento obstétrico (APEO), diseñada para aumentar el intervalo intergenésico y reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal. A pesar de sus beneficios potenciales, esta política ha llevado a prácticas coercitivas, donde las enfermeras en hospitales públicos se sienten obligadas a asegurar que todas las mujeres acepten un método anticonceptivo, independientemente de sus necesidades psicoemocionales y sociales, y que ellas mismas consideran violaciones de derechos. En consecuencia, al presionar a las mujeres para que “acepten” un método anticonceptivo para cumplir la normativa, en lugar de garantizar derechos reproductivos, a menudo perpetúan desigualdades y socavan la autonomía de las mujeres atendidas.

Smith-Oka (2009) analizó el programa IMSS-OPORTUNIDADES, una iniciativa de transferencia condicionada de efectivo dirigida a mujeres en situación de pobreza, que estuvo vigente con distintos nombres desde 1994 hasta su cancelación en 2018. Entre sus requisitos se encontraba la asistencia periódica a consultas clínicas, incluidas sesiones de consejería en PF. Sin embargo, algunas mujeres fueron coaccionadas a aceptar métodos anticonceptivos como condición para recibir el apoyo económico, evidenciando una vulneración de su autonomía y derechos reproductivos, escudada en objetivos en beneficio de la salud asociados con el uso de anticonceptivos.

Por su parte, Castro y Erviti (2015) narran diversas manifestaciones de violencia obstétrica en hospitales públicos en Morelos, México. Por ejemplo, algunos miembros del personal reconocieron que, durante la atención a las mujeres, el Dispositivo Intrauterino (DIU) se les coloca casi de manera forzosa, práctica pensada como necesaria y justificada, pues deben responder a 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. Además, miembros del personal sostienen ideas como que a las mujeres les corresponde la prevención de los embarazos y prefieren dirigir a ellas los esfuerzos de PF ante la “dificultad” de convencer a los varones de practicarse una vasectomía, pues la mujer resulta “más fácil” de convencer, al aprovechar su posición jerárquica sobre ellas en el proceso de atención médica. También se dirige más esta práctica hacia ellas porque —consideran— la falta de espacios y tiempos institucionales impiden que se aborde a los varones, quienes tienen que llegar de manera espontánea, mientras que las mujeres están “cautivas” durante las consultas de control prenatal y la atención del embarazo y el parto.

Otras investigaciones señalan cómo el personal de salud está sujeto a presiones para coaccionar el uso de anticonceptivos. Kirsch y Arana Cedeño (1999) hablan acerca de presiones sobre el personal médico para “convencer” a mujeres para aceptar la colocación de DIUs inmediatamente después del parto, independientemente de sus deseos. También Ruíz (2003) narra cómo médicos de IMSS-Oportunidades debían cumplir, por miedo a perder su trabajo, “cuotas de esterilización”, particularmente de mujeres indígenas.

De esta manera, bajo la idea de que la PF es una estrategia central de salud pública, se han usado diversas estrategias para cumplir con obligaciones institucionales para el uso de anticonceptivos, pero ignorando —en ocasiones— la voluntad y deseo de las mujeres. Debido a lo anterior, resulta de utilidad abordar este fenómeno desde la teoría foucaltiana del biopoder.

Biopoder

El biopoder es una modalidad de poder que tiene como fin el asegurar la vida, mantenerla y desarrollarla. Éste se desplegó alrededor del siglo XVII. En un inicio, a través de un *poder disciplinario*, que actúa directamente sobre los cuerpos individuales, para disciplinarlos, esto es, aumentar sus aptitudes, extraer sus fuerzas, aumentar su utilidad y docilidad, para obtener de ellos la mayor productividad económica (Foucault, 2002). La disciplina es aquí entendida como la interiorización de una relación de vigilancia, clasificación, evaluación, localización y examen para lograr la singularización de los individuos (Castro, 2004). El uso de estas disciplinas, junto con las instituciones a través de las cuales se ejecutan, como el ejército, la escuela, la cárcel o los hospitales, es lo que Foucault (2011) llamó anatomopolítica del cuerpo humano. El otro polo del biopoder sería la biopolítica, centrada en los procesos poblacionales, como los nacimientos, la mortalidad, la tasa de reproducción, las enfermedades, la duración de la vida, etc. (Foucault, 2011)

El objetivo de esta investigación fue explorar cómo convergen la biopolítica y la anatomopolítica en las políticas de planificación familiar (PF) implementadas en instituciones públicas de salud en México. En particular, analizar de qué manera estas políticas regulan tanto la mortalidad materna, la natalidad y la pobreza (a través de enfoques biopolíticos), como la presencia de las mujeres en estas instituciones, es decir, cómo determinan a las clínicas a las que deben acudir, los procedimientos que se deben realizar y cómo se prioriza su atención, en función de criterios como su edad, condiciones de salud, número de visitas previas, entre otros.

Investigaciones previas han documentado que la provisión de PF en algunos contextos prioriza el cumplimiento de normativas institucionales, enfocándose en objetivos biopolíticos como la reducción de la mortalidad materna o la sobrepoblación. Sin embargo, estas prácticas a menudo desatienden los deseos y necesidades de las mujeres, llegando incluso a recurrir a

la coacción para lograr la aceptación de métodos anticonceptivos. Este trabajo, en cambio, se enfoca en estrategias que, sin recurrir explícitamente a la coacción, naturalizan el proceso de atención en salud y regulan la sexualidad de las mujeres mediante el uso de dispositivos institucionales como la *Cartilla Nacional de Salud*. La hipótesis de partida fue que este documento actúa como un instrumento que homogeneiza y regula la atención, incitando indirectamente a las mujeres a adoptar métodos anticonceptivos y moldeando sus experiencias en las instituciones públicas de salud.

Método

Esta investigación se desarrolló bajo los preceptos de la etnografía institucional (EI), cuyo propósito es "hacer visibles las formas en que el orden institucional crea las condiciones de la experiencia individual" (McCoy, 2006, p. 109). La EI permite mapear las dinámicas de poder dentro de las instituciones que modelan las experiencias de las personas (Smith, 2005). En este estudio, este enfoque se utilizó para analizar cómo la aplicación de las políticas de PF regulan la atención en salud reproductiva de las mujeres y cómo estas políticas convergen con mecanismos biopolíticos (regulación de la población) y anatomopolíticos (regulación y disciplinamiento de los cuerpos).

Participaron en la investigación un total de 22 personas, 11 miembros del personal de salud y 11 mujeres usuarias de los servicios de salud sexual y salud reproductiva en distintos momentos (planificación familiar, atención prenatal, atención del parto/cesárea y atención post evento obstétrico). La investigación la llevé a cabo en tres instituciones públicas de salud en México. En una clínica de primer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)³ en la Ciudad de México entrevisté al personal encargado de las áreas de PF, trabajo social y medicina preventiva. Estas observaciones me permitieron conocer la forma de atención de las

³Institución pública de salud que atiende a trabajadores formales.

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

Ante ciertas situaciones, como la atención del parto o las cirugías de esterilización, el proceso de atención requiere la derivación a un hospital de segundo nivel ubicado al oriente de la Ciudad de México. Realicé observaciones en ese hospital, en el área conocida como "puérperas", varios cubículos en los cuales se encuentran las mujeres después de la atención de sus partos/cesáreas, para su recuperación. Interactué con mujeres usuarias que habían recibido consejería sobre PF en esos cubículos, hablé con ginecólogas, enfermeras y trabajadoras sociales; y realicé observación participante en una de las sesiones prenatales en las que participan mujeres embarazadas y les brindan información sobre lo que requieren 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; de manera particular, me enfoqué en la presión ejercida por el personal de salud para la utilización de anticonceptivos, aun en contra del deseo de las mujeres.

Para comprender mejor el proceso de atención, realicé entrevistas semi-estructuradas con nueve mujeres que han recibido consejería en PF en instituciones públicas de salud. Estas me permitieron conocer su perspectiva desde fuera de las instituciones de salud, por lo que pudieron compartir sus experiencias con mayor detalle y confianza, ya que la situación de la entrevista no estaba limitada por el orden y la dinámica institucional, lo que podría hacer que me percibieran desde un lugar de poder como trabajador del hospital.

Para complementar esta perspectiva institucional, realicé entrevistas semi-estructuradas con nueve mujeres que han recibido consejería en planificación familiar en instituciones

públicas de salud. Estas entrevistas, realizadas fuera del entorno institucional, permitieron explorar con mayor profundidad sus experiencias y percepciones, al no estar la situación de la entrevista limitada por el orden y la dinámica institucional.

Finalmente, realicé entrevistas semi-estructuradas a cuatro profesionales (dos ginecólogas, un psicólogo y una trabajadora social encargada de la asesoría en salud sexual para adolescentes) de la salud en una clínica de primer nivel de la Secretaría de Salud del estado de Querétaro⁴ en donde habían sido atendidas cuatro de las mujeres participantes en las entrevistas. Estas observaciones me permitieron conocer el proceso de atención en PF a la población general (no derechohabiente del IMSS) 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. Los cuadros 1 y 2 resumen algunas de las características de las informantes de esta investigación.

También realicé un análisis de la Cartilla Nacional de Salud (comúnmente conocida como “carnet”) dirigido a mujeres de 20 a 59 años. El análisis de los textos institucionales parte de la premisa de que las relaciones de dominación están mediadas textualmente y a través de los textos institucionales es posible coordinar las subjetividades y conciencias de las personas. El análisis buscó comprender cómo las personas utilizan los textos y coordinan sus acciones con ellos para producir secuencias de acción estandarizadas dentro de la institución, ya que éstas se basan en prácticas textuales cotidianas especializadas, que a menudo están naturalizadas (Smith, 2006).

Para el análisis de las entrevistas, las transcribí en su totalidad y las leí a la luz de una matriz analítica que incluyó como conceptos los mecanismos biopolíticos relacionados con la

⁴Instituciones públicas de salud en México que atienden a población sin seguridad social.

regulación de la reproducción (leyes y políticas, mandatos morales y formas de coerción).

También consideré temas emergentes relacionados con la experiencia de las mujeres en su atención en las clínicas. Estos temas fueron la base para llevar el proceso de codificación de los textos, que se hizo mediante varios ciclos de codificación en el software ATLAS.ti versión 7.

Tabla 1

Detalles de las informantes. Personal de salud.

<i>Institución</i>	<i>Seudónimo/profesión</i>	<i>Edad (años)</i>	<i>Consultorio</i>
Clínica IMSS, 1er nivel. Ciudad de México	Paola. Ginecóloga	35	PF
	Gabriela. Ginecóloga	42	
	Guadalupe. Enfermera	40	Trabajo Social
	Gloria. Trabajadora Social	50	
	Nancy. Enfermera	25	Medicina preventiva
Clínica Secretaría de Salud, 1er nivel. Querétaro	Priscila. Ginecóloga	38	PF
	Eduardo. Psicólogo	24	servicios amigables (PF para adolescentes)
	Mónica. Trabajadora Social	33	
	Araceli. Ginecóloga	39	Ginecología y PF
Hospital IMSS 2º Nivel. Ciudad de México	Esperanza. Trabajadora Social	35	Encargada de coordinar las sesiones prenatales
	Sonia. Trabajadora Social	28	Encargada del área de puerperio

Nota. Esta tabla presenta la información general de las personas profesionales de salud que participaron en la investigación. Elaboración propia.

Tabla 2.

Detalles de las informantes. Mujeres usuarias.

<i>Nombre</i>	<i>Edad (años)</i>	<i>Educación</i>	<i>Ocupación</i>	<i>Residencia</i>	<i>Motivo de atención</i>
Belén	31	Carrera técnica (enfermería)	Enfermera	Tecámac, Estado de México	Consultas prenatales y cesárea
Patricia	20	Preparatoria		Iztapalapa, Ciudad de México	Cesárea
Carla	26	Licenciatura		Venustiano Carranza, Ciudad de México	Parto

Melissa	23	Preparatoria	Hogar	México Amealco, Querétaro	PF Papanicolaou
Alejandra	29	Licenciatura (pedagogía)	Hogar	San Juan del Río, Querétaro	Parto. PF. Papanicolaou
Pamela	23	Licenciatura (psicología)	Estudiante	Tepatitlán, Hidalgo	Aborto PF
Magali	29	Licenciatura (ingeniería química)	Emprendedora	San Juan del Río, Querétaro	PF
Margarita	49	Secundaria	Comerciante	San Juan del Río, Querétaro	
Fabiola	38	Licenciatura (ingeniería química)	Ingeniera de procesos	San Juan del Río, Querétaro	PF Parto
Miriam	29	Licenciatura (ingeniería química)	Analista química	San Juan del Río, Querétaro	
Paloma	25	Licenciatura (arquitectura)	Arquitecta	San Juan del Río, Querétaro	PF Ginecología

Nota: Esta tabla presenta información general de las mujeres usuarias que participaron en la investigación. Elaboración propia

Consideraciones Éticas

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética del Programa de Posgrado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Antes de su participación, proporcioné a cada participante un formulario de consentimiento informado, en el que se detallaron los objetivos de la investigación, la independencia del proyecto respecto a las clínicas participantes, la libertad de participar o retirarse en cualquier momento y las medidas adoptadas para garantizar la confidencialidad y el anonimato de la información proporcionada. Dicho formulario fue firmado por las participantes antes de la realización de las entrevistas. Todos los nombres fueron reemplazados por seudónimos, y no se utilizan los nombres de las clínicas u hospitales. Aunque se incluyeron detalles como la edad y características generales para dar mayor contexto a los fragmentos de participación incluidos en este artículo, se aseguró que estos datos no permitieran identificar a ninguna participante individualmente.

Además, solicité el consentimiento verbal de cada participante para grabar y transcribir las entrevistas.

Resultados

En el año 2002, en México se diseñaron las cartillas nacionales de salud unificadas (en adelante *carnets*, el término de uso común dentro de las clínicas), 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” (SSA, 2015, parr. 1). Esto implicaría, de parte del sector salud, la implementación 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, 2002, parr. 9).

Se crearon cinco *carnets*, divididos en “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. Para su uso obligatorio en las distintas instituciones del Sistema Nacional de Salud.

En esta investigación, me enfoqué en el carnet para mujeres de 20 a 59 años (Gobierno de México, s.f.), pues mi interés fue analizar su funcionamiento como instrumento para controlar los cuerpos de mujeres y regular su presencia en las instituciones de salud, con la intención de promover el uso de anticonceptivos para mejorar las condiciones de salud poblacionales.

El carnet tiene diversas secciones:

1. Promoción de la salud. Señala temas sobre los cuales las usuarias pueden/deben pedir asesoría al personal: nutrición, salud oral, salud sexual y

reproductiva, salud mental, adicciones, violencia intrafamiliar y de género, prevención de accidentes y prevención de enfermedades.

2. Nutrición. Contiene espacios para anotar los datos de circunferencia de cintura y medidas de peso e índice de masa corporal y una tabla con los parámetros considerados “normales”.

3. Inmunizaciones. Para registrar la fecha en que se recibió una inmunización y la fecha de las siguientes.

4. Prevención de enfermedades. Para registrar la fecha, resultados y citas siguientes para la realización de revisiones clínicas de mamas, mastografías, Papanicolaou y detección de enfermedades crónico-degenerativas.

5. Salud sexual y reproductiva. Se divide en cinco subsecciones: 1) Registro de consejerías o fecha en que se les brindan anticonceptivos (se debe anotar el tipo de anticonceptivo, fecha de inicio, de término y razón para hacerlo). 2) Atención del embarazo. 3) Atención posparto. 4) Atención perimenopáusica y postmenopáusica. 5) Consejería sobre derechos sexuales y reproductivos y prevención de VIH-SIDA y otras ITS).

Las siguientes secciones sirven para registrar la fecha de consejería sobre prevención de accidentes, de adicciones y para registrar la fecha, hora y consultorio de las citas clínicas.

El único carnet en el cual se hace una división por género es en las edades de 20 a 59 años, pues en el dirigido a mujeres, casi todas las secciones incluyen un espacio para registrar la atención del embarazo. Asimismo, la atención en salud sexual y reproductiva tiene un mayor énfasis, mientras que en el carnet para hombres esta sección se limita a un espacio para anotar fechas de otorgamiento de condones y realización de vasectomía. Para ellas se debe especificar cuándo comienza y deja de usar qué método anticonceptivo y por qué, además de

la atención previa, durante y posterior al embarazo y la indicación de acudir a revisiones periódicas, 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. Asimismo, procedimientos como el Papanicolaou son promovidos bajo el argumento legítimo de prevenir enfermedades de gran relevancia, como el cáncer cervicouterino. Sin embargo, en la vivencia de las mujeres, por la manera en que son realizados, estos procedimientos pueden llegar a percibirse y experimentarse como formas de control o incluso castigo, especialmente cuando se imponen de manera coercitiva o despersonalizada, como analizaré más adelante.

Los Usos Del Carnet

En esta investigación encontré tres principales funciones del carnet como instrumento regulador del trabajo dentro de las instituciones de salud, todas ellas relacionadas: 1) como instrumento para canalizar personas entre diferentes servicios dentro de la clínica; 2) como dispositivo para regular los cuerpos de las mujeres en el proceso de su atención en salud; 3) como regulador de la atención en salud de mujeres embarazadas:

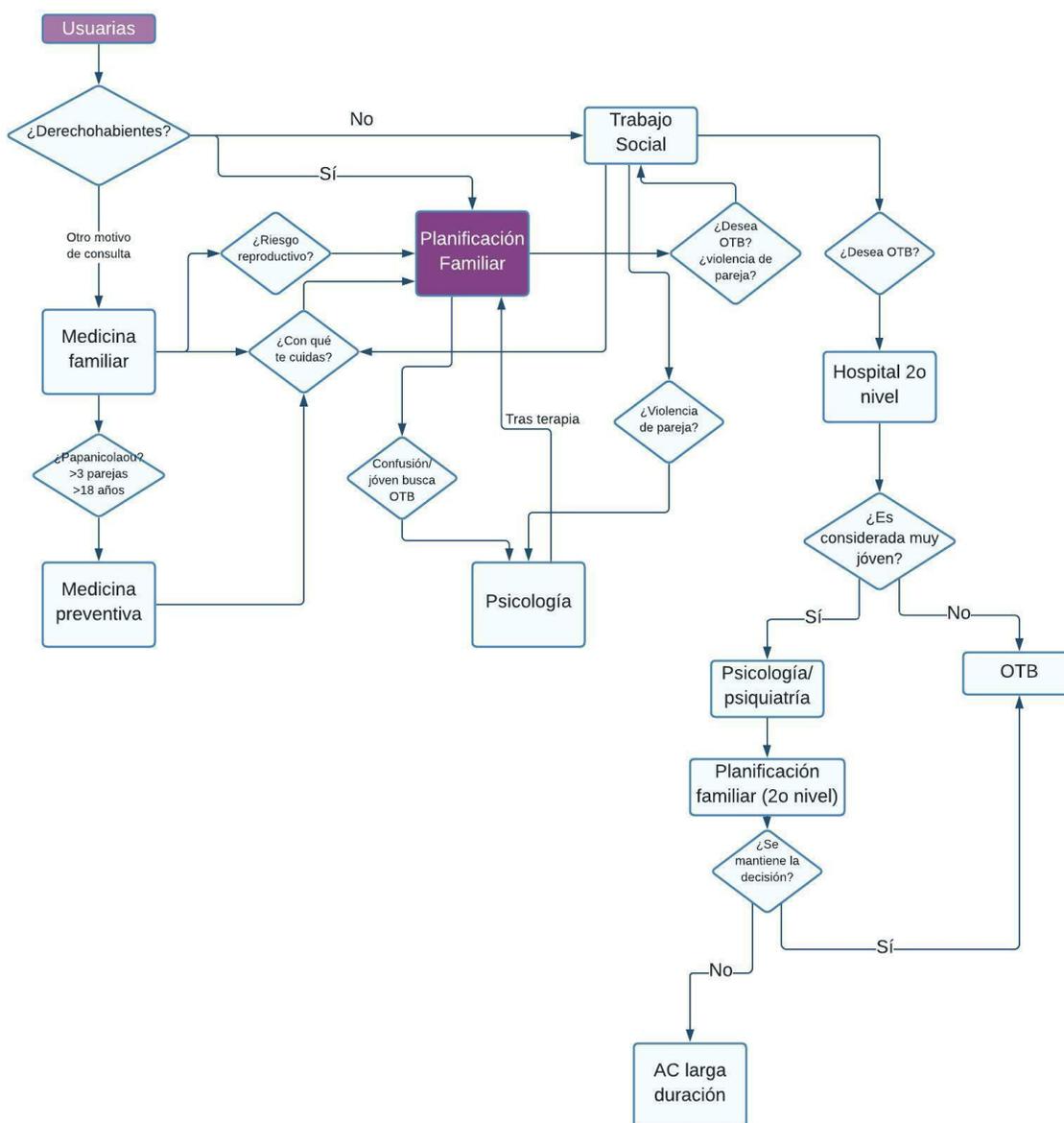
1. El Proceso de Canalización

El proceso de canalización de las usuarias entre los distintos servicios asociados con la salud sexual y salud reproductiva lo estudié dentro de la clínica del IMSS en la Ciudad de México. Este proceso se encuentra reflejado en y es coordinado por el carnet. En primer lugar, este documento constituye una identificación oficial, que contiene la fotografía y datos relevantes de las personas, como su edad, dirección, número de seguridad social, la unidad médica en la que debe recibir atención y en qué horario y consultorio. El acceso a la clínica

está condicionado a mostrar al personal de seguridad este documento y es también, de acuerdo con cierta información contenida en él, 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

El proceso de canalización en la clínica de primer nivel, Ciudad de México.



Nota: OTB: Oclusión Tubaria Bilateral, AC: Anticonceptivo. Elaboración propia

La descripción del proceso, debido a los objetivos de esta investigación, se centra en la canalización hacia el consultorio de PF, que se basa en la premisa, mencionada por algunas integrantes del personal de salud, de que *todas* las mujeres en “edad reproductiva” *deben* usar métodos anticonceptivos.

Las mujeres pueden acceder al consultorio de PF de dos maneras:

Pueden venir por su cuenta o pasan con el médico familiar y el médico familiar pues ya, me las canaliza a mí porque pues, por ejemplo, ven datos de riesgo reproductivo [...].

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).

Aunque en opinión de una enfermera de la misma unidad, no se debe canalizar solamente a aquellas mujeres con riesgo reproductivo alto, 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 hayan visto en su carnet los médicos que no han pasado a servicios, se les manda a medicina preventiva, estomatología, Planificación Familiar, y trabajo social. Siempre se les va a mandar a esos servicios (Nancy, 25 años, enfermera de medicina preventiva).

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 derivadas de otros consultorios, por ejemplo, desde medicina familiar, a donde acuden por cualquier motivo de salud y el/la médico/a revisa su carnet y si no contiene señalamientos de que ya ha acudido

previamente, la envía a los distintos servicios. A cada servicio al que acuden, les hacen una pregunta clave: “¿Con qué te estás cuidando?”, es decir, qué método anticonceptivo utiliza. Si no se encuentran utilizando alguno, son derivadas hacia PF.

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

Aquí es la primera instancia donde pasan, y de aquí ya las derivamos. Las que son derechohabientes, pues como llevamos revisión de carnets y todo eso, si no cuentan con uno, 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).

Adicionalmente, quienes no son derechohabientes, pero desean acudir a PF, deben acudir a Trabajo social para obtener un carnet, pues portarlo es un requisito para recibir la atención.

Al consultorio de medicina preventiva las mujeres son derivadas desde medicina familiar para la realización de Papanicolaou, examen clínico de mamas o vacunación. Una vez ahí, les preguntan nuevamente “con qué se cuidan”, lo que servirá para su posterior derivación hacia PF.

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 hacia las mujeres por parte de sus parejas hombres, como la prohibición de utilizar algún anticonceptivo, elegir ellos qué método deberían 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 hacer frente a ese problema, por lo cual ocurre una canalización hacia trabajo social y posteriormente a psicología:

Sus funciones de trabajo social son derivar a pacientes a psicología, ayudarlos, a darles pláticas. Ya aquí les darían una plática a los dos de violencia en el noviazgo, 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).

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 (vasectomía u Oclusión Tubárica Bilateral (OTB)). La canalización 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 y después, si mantiene la idea de hacerlo, la psicóloga decidirá si otorga su autorización. Si se trata de una mujer, el objetivo de la canalización es que la psicóloga identifique que no está pasando por un proceso de violencia, pero también se busca desincentivar la decisión. De hecho, ellas enfrentan más barreras para acceder a una OTB: primero, la consejería psicológica, también se le recomienda usar un método de larga duración y luego de los 5 años que dura éste, que reevalúe si la anticoncepción definitiva sigue siendo lo que desea. Si no logran hacerla cambiar de opinión, será enviada al hospital de segundo nivel en el cual se hacen las cirugías, en donde deberá pasar nuevamente por todo el proceso de la consejería en PF, luego a psicología nuevamente y después a PF. Si después de todos estos procesos sigue con la intención de realizarse el procedimiento, hasta entonces se le realizará.

Adicional a los procedimientos, también influye la opinión del personal sobre su decisión, pues la OTB está considerada sólo para las mujeres que ya han tenido hijos/as. De hecho, un término común usado es el de “paridad satisfecha”, referido a que la persona ya ha tenido los/as hijos/as que quiere tener, pero este término no da cabida a la posibilidad de no desear ninguno/a. En consecuencia, las mujeres jóvenes deben atravesar diversas instancias en las cuales el personal intentará disuadirlas de su decisión, bajo la premisa de que están “muy jóvenes” para tomar esa decisión y se arrepentirán posteriormente:

Pues yo llegué a preguntar y no me decían nada: "no, es que usted está muy joven. Todavía no necesita operarse." (Margarita, 49 años, comerciante, escolaridad secundaria, atendida en IMSS).

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 IMSS).

Por otra parte, existe otro componente del proceso de canalización que consiste en promover directamente que las mujeres ubicadas 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, su labor consiste en “abordar” a las personas que se encuentran en las salas de espera y pasillos, al entregarles un folleto:

[...] gente que viene a dentista 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 [...] surgen como las dudas: "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)].

De esta manera, la entrega del folleto sirve como un detonante de la interacción y permite que las personas expresen 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.

2. Regulación del Cuerpo de las Mujeres

Una segunda funcionalidad del carnet es de herramienta para asegurar la vigilancia del cuerpo de las mujeres. Con la intención de prevenir enfermedades como el cáncer de mama y cervicouterino, se les somete a procedimientos constantes de inspección y vigilancia de sus cuerpos, como la mastografía, exámenes clínicos de mama y Papanicolaou. En el carnet se indica que estos procedimientos deben realizarse: 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. No cuestiono aquí la pertinencia de estos procedimientos como tamizajes efectivos para la prevención y detección temprana de dos de los cánceres de mayor morbimortalidad entre mujeres. El problema es que su ejecución en ocasiones puede ocurrir de manera violenta y obligatoria o coercitiva, lo cual socava la autonomía de las mujeres usuarias.

El Papanicolaou es un procedimiento que en sí mismo resulta 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 es fundamental para sentirse cómodas y la experiencia no sea percibida como violenta. Cuando el personal de salud actúa empáticamente, explica con claridad el procedimiento y lo realiza con cuidado, puede ayudar a calmar el nerviosismo ante la inevitable incomodidad, tal como lo explica Alejandra:

La primera vez que me hice Papanicolaou fue con la misma enfermera que me dio los métodos anticonceptivos, pero esa muchacha es un amor. 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 clínica de Querétaro).

No obstante, fue más común escuchar de las participantes experiencias desagradables, en las que el personal actuó de forma poco empática e incluso violenta, motivo por el cual la necesidad u obligatoriedad de realizarse este procedimiento puede ser vivida desde el miedo, incluso pueden optar por no volver a realizarlo o evitar acudir nuevamente.

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

Ah sí, cuando son menores de edad sí. Y aparte, la orden sí me la manda el médico, para el Papanicolaou. Y ya porque viene, yo le tengo que preguntar siempre a la menor de edad cuántas parejas sexuales ha tenido, 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, clínica IMSS).

Así, las menores son cuestionadas sobre su vida sexual y obligadas a realizarse un procedimiento invasivo si se considera que han tenido “muchas” parejas sexuales. Además, son obligadas a decirle a su madre los motivos para realizarse ese procedimiento. De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad (NOM-047-SSA2-2015) (DOF, 2015), durante las consejerías en salud sexual y reproductiva dentro de las instituciones públicas de salud en México, los y las adolescentes pueden hacerse acompañar de su padre, madre, tutor o acompañante legal, o bien manifestar que elige recibir los servicios de consejería sin ese acompañamiento, motivo por el cual informar a la madre cuestiones sobre su vida sexual y presionar la realización de un Papanicolaou constituye una violación de la intimidad y confidencialidad de las adolescentes.

Esta noción acerca de la obligatoriedad y la naturaleza del Papanicolaou provoca temor y rechazo. Tal temor está justificado, pues las experiencias vividas durante esos procedimientos pueden llegar a ser violentas. Por ejemplo, Alejandra, en contraste con la experiencia descrita arriba, 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, 29 años, atendida en clínica del IMSS, Querétaro).

Ese trato despersonalizado también fue vivido por Melissa quien, además, fue lastimada:

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 dije: "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 me dijo que es que me lo habían hecho mal (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, atendida en SSA, Querétaro).

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 de la prueba. Y le dije yo que no, o sea, que ya no iba a volver, que porque aparte que me habían lastimado muy feo, 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. Y le dije: "No, dígame si voy a volver a que me lastime, o sea, ni siquiera tienen a alguien ahí, sólo que como cualquier doctor o

así lo meten ahí para que haga (Melissa, 23 años, escolaridad preparatoria, atendida en SSA, Querétaro).

De esta forma, estos procedimientos que tienen como propósito detectar enfermedades de manera temprana, en su aplicación, debido a la falta de cuidado del personal de salud y a sus propios prejuicios o ideología (p.ej., que las adolescentes no deberían tener vida sexual activa o tener más de tres parejas sexuales), pueden devenir en instrumentos violentos para el control de los cuerpos de las mujeres con fines de salud pública (prevención de enfermedades) o con fines de control de su sexualidad (al “acusarlas” con sus madres).

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 el embarazo. En cada una de sus secciones se incluye una división para regular la atención de mujeres embarazadas. Se indican los procedimientos que el personal de salud tiene que realizar a las usuarias: en nutrición, aplicar inyecciones de hierro y administrar ácido fólico; en vacunación, aplicar las vacunas Tdpa (tétanos, difteria y tosferina) e influenza; 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. Indican el tipo de procedimientos que deben realizarse a las mujeres 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, estos se catalogan en embarazos de alto riesgo, aquellos en los que la mujer presenta algún “riesgo reproductivo”, y embarazos de bajo riesgo, que serían saludables, pero desde esta perspectiva, 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 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. Entonces, por eso es importante que ustedes le den la atención adecuada a ese embarazo (Esperanza, 35 años, trabajadora social, hospital IMSS).

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, hospital IMSS).

Igualmente, después del nacimiento el carnet también es utilizado para el registro de la colocación de un método anticonceptivo a la mujer, 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”.

En relación con el control prenatal, se vuelve responsabilidad de las mujeres acudir a consultas y consejerías indicadas en el carnet, en el cual deben recabar la firma y sello del personal de salud para corroborar su asistencia. Tener las firmas correspondientes a los distintos procedimientos recomendados en el embarazo es 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, hospital IMSS).

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).

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 PF, para hablarles sobre la 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 de las usuarias.

Es a través de estas funciones que el carnet es utilizado para controlar y regular la presencia de las mujeres dentro de las clínicas. En principio, con el propósito de prevención de enfermedades, pero en la realidad pueden ocurrir situaciones en las cuales las mujeres son privadas de la capacidad para decidir, por ejemplo, cuando se les presiona para acudir a PF, en donde el personal tratará de convencerlas de utilizar anticonceptivos, o se les presiona a someter sus cuerpos al escrutinio médico, mediante la realización de Papanicolaou, por el sólo hecho de haber iniciado su vida sexual. Como consecuencia, las decisiones sobre salud sexual y reproductiva de las mujeres no son tomadas por ellas, sino por el personal de salud, que acata las normativas de políticas públicas sobre salud y población reflejadas en el carnet sin consideración de las necesidades o sentires particulares de las mujeres.

Discusión

En etnografía institucional, existen dos formas de analizar los textos: 1) como parte de una jerarquía intertextual, y 2) como coordinadores de secuencias de acción (Smith, 2006). La primera se refiere a las relaciones de interdependencia entre textos ordenados

jerárquicamente, de modo que los de mayor nivel establecen los marcos y conceptos que dan forma a los de niveles menores (Smith, 2005). En este sentido, el carnet contiene información y estrategias que, de acuerdo con las recomendaciones de organismos internacionales, son herramientas centrales para la promoción de la salud, por ejemplo, el uso de la PF para prevenir el embarazo adolescente y reducir la mortalidad materna, se relacionan con acuerdos internacionales asumidos por México en la CIPD de El Cairo.

Así, el carnet puede pensarse como un texto que materializa relaciones intertextuales extra-locales, en tanto presenta prioridades y objetivos propuestos por textos de mayor jerarquía, como los acuerdos internacionales, las leyes nacionales y políticas públicas, y las “baja” hacia las prácticas diarias de las personas que laboran y que son atendidas en las clínicas.

Al mismo tiempo, sirve para regular el trabajo del personal de salud en un nivel local, por ejemplo, durante la atención prenatal de mujeres embarazadas, algunos miembros del personal colocan sus firmas en el carnet como prueba de que brindan a las mujeres la atención requerida sobre los temas indicados en el carnet relacionados con el embarazo. Esto sirve para regular que el cuidado a las mujeres embarazadas está siendo el adecuado, y al solicitar a las mujeres tales firmas como un requisito de atención, las hacen partícipes y responsables del proceso.

En relación con la segunda manera de analizar los textos, como coordinadores de secuencias de acción, los carnets funcionan también de una manera “horizontal”, en tanto que coordinan la atención que se brinda dentro de las instituciones de salud. Indican qué procedimientos se deben realizar o qué temas abordar en consejería en función de ciertas características (edad, género, estado de salud, etc.); señalan a qué espacios dentro de las clínicas las personas usuarias deben acudir para recibir los servicios y funciona como

documento de identidad, cuyo contenido informa al personal de salud sobre las condiciones de salud de los individuos.

Por otra parte, desde la perspectiva del biopoder, es posible ver las operaciones reguladas por el uso del carnet como bisagra entre la anatomopolítica y biopolítica (Foucault, 2011). De manera amplia, los objetivos explícitos de las políticas buscan regular la natalidad y disminuir la mortalidad y morbilidad maternas, mediante la disminución de embarazos no deseados o con periodos intergenésicos cortos, a través de la PF. Todas estas estrategias pertenecen a la biopolítica, cuyo foco está en la regulación de la salud y bienestar de la población en general, sin consideración de las necesidades de deseos de las personas en lo individual. Así se llega a priorizar en algunos encuentros entre el personal y las mujeres, las políticas y objetivos institucionales, como hacer obligatoria la realización de Papanicolaou para algunas mujeres.

La anatomopolítica, centrada en el disciplinamiento de los cuerpos individuales (Foucault, 2011), puede apreciarse en el proceso de canalización. Por medio de éste, se controla la capacidad reproductiva y la sexualidad de las mujeres. En primer lugar, debido a que tiene como propósito que todas ellas acudan a consejería sobre PF. Mediante esta consejería, se coloca en ellas la responsabilidad del cuidado de la salud en el ámbito de la sexualidad, pensada esta última sólo en asociación con 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, mediante el Papanicolaou. Su propósito es detectar la presencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), pero detrás de sus objetivos salutogénicos, en algunos casos es posible leerlo como una forma de regulación de la sexualidad. Se asocia la sexualidad con la enfermedad, las ITS constituirían un

castigo ante la vivencia de una sexualidad no normativa y el Papanicolaou en sí mismo puede ser un castigo, mediante su realización de maneras violentas cuando se solicita para mujeres menores de edad que han tenido más de tres parejas sexuales, 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 de salud. Y “acusar” a las adolescentes con sus madres, resulta una forma de censura.

En un trabajo previo (Orozco-Galván, 2023), se analiza cómo ciertas estrategias de política pública, como la Anticoncepción Post-Evento Obstétrico (APEO), pueden ser implementadas de manera violenta para forzar el uso de anticonceptivos en algunas mujeres. Estas acciones por parte del personal de salud constituyen formas evidentes de violencia obstétrica, como han señalado diversos autores/as (Castro y Erviti, 2015; Martínez y Rangel, 2018). Sin embargo, es importante considerar factores adicionales que complejizan las experiencias de las mujeres en el proceso de atención reproductiva. En este estudio, por ejemplo, se encontró que la edad es un factor central: a las adolescentes se les censura la vivencia de su sexualidad, y procedimientos como el Papanicolaou son percibidos por ellas como formas de castigo. De manera similar, a mujeres jóvenes que no desean ser madres se les niega este derecho bajo argumentos paternalistas, como que “están muy jóvenes” o “se arrepentirán más adelante”, evidenciando un menosprecio por su autonomía.

Aunque comulgo con la idea de violencia obstétrica, este trabajo no tiene como eje principal analizar las formas directas de violencia ejercidas por el personal de salud hacia las mujeres. Más bien, se centra en explorar cómo esta violencia se encuentra normalizada e institucionalizada a través de herramientas como el carnet. Este instrumento estandariza la atención en salud reproductiva, dejando poco espacio para que las necesidades y deseos particulares de las mujeres sean considerados dentro del proceso de atención.

Desde una perspectiva foucaultiana, el carnet se presenta como un mecanismo central en la regulación de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. A través de sus contenidos, se indican los servicios que deben brindarse, los procedimientos que deben realizarse, las pláticas a las que deben asistir, entre otros lineamientos. De este modo, el carnet traduce los mandatos, normativas y regulaciones de las políticas públicas e incluso acuerdos internacionales al nivel cotidiano de la atención. El uso e importancia del carnet no se limita a ser un documento burocrático o un espacio para anotar las citas médicas, sino que, a través de sus contenidos, se transforman las experiencias de las mujeres en versiones simplificadas y estandarizadas y se marcan los límites de lo que la institución considera importante para el cumplimiento de sus objetivos y, más importante, se crean diversos sujetos: el personal de salud como guardianes de la higiene pública, 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), a la vez que se establece 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. En última instancia, el carnet no solo regula cuerpos y comportamientos, sino que define quiénes las mujeres pueden ser dentro del marco de las políticas públicas, limitando su autonomía y transformándolas en sujetos al servicio de los intereses institucionales.

Limitaciones del estudio

Este estudio presenta limitaciones que es necesario reconocer. En primer lugar, no se incluyeron mujeres lesbianas dentro de la muestra, lo que limita la posibilidad de analizar cómo

las políticas de planificación familiar afectan a personas con orientaciones sexuales distintas a la heterosexualidad. En segundo lugar, aunque se observó la atención a mujeres indígenas en la clínica de Querétaro, no se realizaron entrevistas directas con ninguna de ellas, lo que restringe la comprensión de cómo las experiencias de atención pueden variar según el contexto étnico o cultural. Estas limitaciones destacan la importancia de futuras investigaciones que incluyan perspectivas de mujeres con identidades sexuales y culturales diversas, enriqueciendo así el análisis y ampliando la relevancia del estudio.

Referencias Bibliográficas

- Castro, E. (2004). *El vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores*. Buenos Aires: Prometeo/Universidad Nacional de Quilmes.
- Castro, R. y Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria*. México: UNAM-CRIM.
- Diario Oficial de la Federación (DOF) (24 de diciembre de 2002). Decreto por el que se establece el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud. [On Line]: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=716454&fecha=24/12/2002&print=true
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (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
- Diario Oficial de la Federación (DOF) (12 de agosto de 2015). NORMA Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5403545&fecha=12/08/2015#gsc.tab=0
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2011). *Historia de la Sexualidad I. La voluntad de saber* (3ª ed). México: Siglo XXI.
- 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. *RevPeruMedExp Salud Publica*; 30(3):455-60.
- Gobierno de México (s.f.). *Cartilla Nacional de Salud. Mujeres de 20 a 59 años*. [On Line]: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/952/mujeres.pdf>
- Kirsch, J. y Arana Cedeño, M. (1999). Informed consent for family planning for poor women in Chiapas, Mexico. *Lancet*; 354(9176): 419-420.
- 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.
- Orozco-Galván, A. (2021). Anticoncepción forzada en mujeres mexicanas realizadas en instituciones públicas de salud: una aproximación etnográfica. *Enfermería Universitaria*; 18(4): 469-485. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2021.4.1238>
- Ruíz, M. (3 de enero, 2003). Obliga IMSS a trabajadoras a reclutar mujeres para programa de esterilización permanente. *Cimacnoticias.com, periodismo con perspectiva de género*. [On Line]: <https://cimacnoticias.com.mx/noticia/obliga-imss-a-trabajadoras-a-reclutar-mujeres-para-programa-de-esterilizacion-permanente/>
- 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*. [On Line]: <http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/PlanFam/PlanificacionFamiliarAnticoncepcion.pdf>
- Secretaría de Salud (2015). *Cartillas Nacionales de Salud*. [On Line]: <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*. [On Line]: <https://omm.org.mx/blog/programa-de-accion-especifico-salud-sexual-y-reproductiva-2020-2024/>
- Secretaría de Salud (2021). *Programa de Acción Específico Planificación Familiar y Anticoncepción 2020-2024*. [On Line]: <https://omm.org.mx/blog/programa-de-accion-especifico-salud-sexual-y-reproductiva-2020-2024/>
- 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>