

# Género, derechos y prácticas médicas en servicios de salud reproductiva

*Dra. Joaquina Erviti*

Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias  
Universidad Nacional Autónoma de México

Seminario Internacional

*Perspectiva de igualdad de género en salud en el marco de los  
derechos humanos: avances y retos para México*

18-20 septiembre de 2013, Ciudad de México

# Género, derechos y reproducción

- Asignación de género (naturalización):
  - la reproducción es “un asunto” de mujeres.
  - “mandato social” (biológico).
- Derechos en juego
  - El derecho a tomar decisiones sobre el propio cuerpo.
  - La libertad reproductiva
- La medicina como institución normativa (vigilancia y control)
  - Sobre-intervención sobre los cuerpos de las mujeres.
  - Regímenes médicos sobre las mujeres como madres o futuras madres.

# Contexto reproductivo en México

- 31 millones de mujeres mexicanas de 15 a 49 años (OPS 2011).
- 72.5 % de las mujeres unidas en edad fértil usan algún método anticonceptivo; hay diferencias por grupo de edad, nivel de escolaridad, lugar de residencia, etnia, (Conapo 2011)
- Más de la mitad (58.7%) de estas mujeres inició el uso del método en el postparto.: 83% de las usuarias de OTB y 63.8% de las usuarias de DIU (Conapo, 2011)

# Contextos reproductivos y de género: México, Canadá

- Índice de desigualdad de género:
  - México 68                      Canadá 16
- Tasa global de fecundidad, hijos/mujer (2011):
  - México: 2.3 hijos /mujer                      Canadá 1.7
- % mujeres que dieron a luz (OPS, 2011):
  - 15-19 años                      México: 6.5                      Canadá 1.1
  - 35 – 49                      México 2.0                      Canadá 1.9
- % mujeres unidas usuarias método (15–49 años) (OPS, 2009):

◦ Tipo de método	México	Canadá
◦ Píldora	7	21
◦ DIU	14	1
◦ Esterilización mujeres	31	1
◦ Esterilización hombres	1	22
◦ Inyectables	3	1
◦ Condón (hombres)	4	15

# Anticoncepción y derechos humanos

- **Compromisos internacionales:**

- *Conferencia Mundial de los Derechos Humanos (Viena 1993)*
  - Se reconocen **los derechos humanos de las mujeres.**
- *Conferencia de Población y Desarrollo (El Cairo 1994)*
  - **El principio de la libre elección** es indispensable....
  - No puede haber ninguna **coacción**...
  - **Se insta a los gobiernos...** a implantar **sistemas de supervisión y evaluación de servicios...** para **detectar, prevenir y controlar abusos** por parte de los directores y proveedores de servicios de PF...
  - los gobiernos deberían garantizar la conformidad de los derechos humanos... con el fin de **asegurar el consentimiento responsable, voluntario e informado...**
- *IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres (Beijing, 1995)*
- *La Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) de la OEA:*
  - También señala la **obligación de los gobiernos de asegurar la información a las/los usuarias/os de los métodos** sobre los efectos colaterales que pueden afectar su salud integral

# La “libre elección” en materia reproductiva en las leyes mexicanas

- La Constitución Mexicana (Art. 4°)
  - dispone que toda persona tiene el **derecho a decidir** de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, enmarcando a **la sexualidad y a la reproducción como un derecho humano y social** que involucra de modo participativo a las personas, con base en la libre decisión y en el consentimiento informado
- Ley General de Población
  - “Queda **prohibido obligar** a las personas a utilizar contra su voluntad métodos de regulación de la fecundidad. Cuando las personas opten por el empleo de algún método anticonceptivo permanente, las instituciones o dependencias que presten el servicio deberán responsabilizarse de que las y los usuarios reciban orientación adecuada para la adopción del método, así como de **recabar su consentimiento** a través de la firma o la impresión de la huella dactilar en los formatos institucionales correspondientes” (Art. 20)

# La “libre elección” en materia reproductiva en las leyes mexicanas

- Ley General de Salud
  - dispone que los servicios que se presten en materia de planificación familiar constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir libre, responsable e informalmente sobre el espaciamiento de sus hijos con respeto a su dignidad (Art. 67)
  - La Norma Oficial Mexicana 005-SSA2-1993, de los servicios de Planificación Familiar: “unifica principios de operación, políticas y estrategias para la prestación de servicios de planificación familiar en México, dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a los derechos” ... “se debe proporcionar a los usuarios la información especializada y la consejería en el caso que éstos decidan usar algún método de planificación familiar y lo manifiesten voluntariamente y con pleno conocimiento otorgando su consentimiento informado empleándose mecanismos diseñados para tal efecto”

# Anticoncepción y “libre decisión”

- La adopción de un método anticonceptivo requiere del *consentimiento informado* por parte de las usuarias.
- El *consentimiento informado* presupone una amplia información sobre la variedad de métodos disponibles, plena libertad para elegir y el respeto a la decisión adoptada.
- El *consentimiento informado* se contrapone a cualquier forma de manipulación de la información y a cualquier estrategia de presión orientada a forzar la aceptación de algún método en particular.




# El “consentimiento informado” en los servicios de salud reproductiva México

- El denominado ‘consentimiento informado’ está redactado en español y describe en general los métodos de planificación.
- Aparece una leyenda que dice *‘Firmo este consentimiento por mi libre voluntad en presencia de un testigo que yo escogí y sin haber estado sujeta a (o) a ningún tipo de presión o coerción para hacerlo’* y presenta espacio para la firma de un testigo
- La CNDH considera que estos documentos no son idóneos para acreditar la decisión libre e informada del consentimiento informado cuando los testigos que comparecen son el personal médico o de enfermería, o bien no existe el testigo.
- El requerimiento ético del consentimiento informado debe contemplar la **posibilidad que los usuarios acepten o rechacen** los métodos de planificación familiar

# Los derechos reproductivos en México en torno a la “libre elección”

- El incumplimiento de las leyes y normas, y las demandas ante los tribunales:
  - Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos (Red de Salud de las Mujeres del D. F. en Mexico D. F., mayo de 1995)
    - Documentan casos de violación de derechos reproductivos, entre otros la imposición de DIUs, OTBs e hysterectomías.
  - Recomendación General No. 4 de la CNDH (Diciembre 2002), dirigida a las autoridades de las instituciones públicas de salud
    - “derivada de prácticas administrativas que constituyen violaciones a los Derechos Humanos de los miembros de las comunidades indígenas respecto de la obtención de consentimiento libre e informado para la adopción de métodos de planificación familiar”
    - Documenta sobre el **abuso y coerción en la aplicación de métodos anticonceptivos permanentes en poblaciones indígenas mexicanas**



¿cómo son los procesos de adopción de un método anticonceptivo entre las mujeres mexicanas?

¿cuál es la posición de las instituciones de salud y la actitud de los profesionales de la salud ante y durante estos procesos?

# Objetivo del estudio

- Caracterizar las diversas estrategias que se siguen dentro de las instituciones de salud y que tienen como fin lograr la “aceptación” del DIU y/o la OTB por parte de las mujeres que son atendidas por parto o aborto

# Metodología

- Investigación cualitativa.
- Se realizaron más de 260 horas de observación participante en salas de labor y parto de dos hospitales públicos de México.
- Se observaron más de 130 partos y/o cesáreas, y abortos, a lo largo de 4 meses.
- El análisis se centra en los mecanismos de “promoción” del DIU y la OTB que se implementan después de la atención del parto y el aborto.

# HALLAZGOS

- Existen mecanismos de diverso orden que permiten la obtención del “consentimiento” independientemente de la voluntad real de las mujeres que acaban de parir
- El personal de salud recurre a estrategias como:
  - a) manejo sesgado de la información acerca de otros métodos
  - b) trabajo de presión en equipo sobre la mujer que está siendo atendida;
  - c) descalificación de las opiniones de las mujeres que prefieren otros métodos;
  - d) culpabilización de las mujeres atendidas si se niegan a adoptar el DIU;
  - e) insinuaciones de que es mejor para la mujer “obedecer” pues va a seguir necesitando los servicios en el futuro; y, en casos extremos,
  - f) obtención del “consentimiento” en circunstancias en que las mujeres no están plenamente conscientes

# Estrategias para la obtención del “consentimiento informado”

- Manejo sesgado de la información acerca de otros métodos

*“...tú sabes que no puedes tomar pastillas porque tienen hormonas, te va a salir hasta barba, te imaginas?” la mujer entre que se para porque ya llegó el camillero que la va a acompañar a la salida de urgencias, y entre que escucha a la E no logra decir que no” (P3: 265-273)*

# Estrategias para la obtención del “consentimiento informado”

- Trabajo de presión en equipo sobre la mujer que está siendo atendida

Escucho que la mujer dice claramente “No”, cuando le preguntan si le ponen el DIU. Al escuchar la respuesta negativa, todos la miran y luego insisten todos simultáneamente con estos argumentos que pude captar para obtener un sí: I - Seria mejor para usted. –No (la señora) El – No, eso dicen todas (con voz irónica). II - Se lo ponemos y después se lo quita. El –No se quiere controlar?- la mujer pregunta para qué (con voz muy baja) y la enfermera contesta, con voz fuerte, admirada ¿cómo para que? Surge un intervalo de silencio y en el ambiente se siente la tensión, entonces II: ¿Sí se lo ponemos? Mal no le va a hacer. Y si se quiere controlar es el mejor método. El –Es mejor que se lo pongamos a que venga el año que entra. La mujer escucha calladamente, sus ojos muestran que debe dar una respuesta. - No, no le hace daño. Es el mas mejor. Además se va a poner fea, gorda, pañosa... - Con voz fuerte. II - El DIU no le causa molestia al mes ni a los tres meses, en caso de que le moleste se lo quita. Le asegura un noventa por ciento. .. Surge un nuevo silencio corto pero tenso. II - Por fin, se lo ponemos señora? La señora contesta en voz baja : Si. Mientras mira al techo. II –Bueno



# Estrategias para la obtención del “consentimiento informado”

- descalificación y culpabilización de las mujeres atendidas si se niegan a adoptar el DIU

La E le pregunta cuantos hijos tiene.

M contesta que este es su cuarto hijo.

E: “Con que te vas a controlar? (mira su expediente) aquí dice que ninguno”

M: “es que tengo una ulcera en la matriz”.

E: “si, pero con que te vas a controlar?”

M: “Todavía no pensamos”.

E: “¿Viniste a consulta? Quien te dijo que tenias una ulcera? Tenemos la obligación de decirte. Las pastillas y hormonas le hacen daño a tu bebe.”

MI: “Todavía no pienso”(..)

MI: “ El dispositivo me hace mal”.

E: “Si el DIU fuera malo todas las mujeres estaríamos como tú.”

MI: “Voy a ir con el ginecólogo”.

E: “Vas a ir con el ginecólogo, te va a dar pastillas ¿Cuanto cáncer hay por ahora?.

MI: si.... E: “Yo te entiendo ¿Tu médico te atiende aquí?” MI: “No”. E: “ Te digo” MI: “Yo quiero esperarme”. E: “Pudiendo usar método aquí te salvas de la consulta. Un medico de aquí te diría.”

# Estrategias para la obtención del “consentimiento informado”

- Obtención del “consentimiento” en circunstancias en que las mujeres no están plenamente conscientes

La Interna (I) le pregunta ‘¿te voy a poner DIU?’. La mujer (M) contesta mecánicamente que sí. La enfermera (E) dice fuerte y con voz preocupada ‘¿Se va a poner DIU?’. La I dice que sí. La M está en la incomunicación total, llena de dudas y miedos. Luce muy tensa, se muerde un poco la mano pero no llora. La E se acerca a ella, toma uno de sus dedos y le dice ‘Te voy a poner una huella’ (de que si aceptó el DIU)” (P4: 157-162)

# Múltiples estrategias de presión sobre la mujer que está siendo atendida

La I3 le dice a la mujer: “Se va a poner DIU verdad”. La M dice que no, entonces la E2 al escuchar tal respuesta sorprendida dice: “¡Hijole ya lo abrí! Te pregunte y dijiste que si ( en tono de reclamo)”. M se defiende diciendo: “No, le dije que después sí, pero después” E2: “ Mira miya te voy a decir una cosa (tratando de intimidar con los ojos) acuérdate de que ya tuviste un hijo (me parece que le insinúa de que ya tuvo un hijo de otro papa). Además sabes que no de inmediato menstruas hija. Si, de una forma debes salir protegida. No puedes tomar pastillas porque le hacen daño a tu bebe. Lo mas ideal es que te pongan el DIU, y en un mes te lo revisas.”

I3: “Entonces señora va a querer el DIU?”. M: “No, ahorita no”. E2 no se da por vencida y dice: “Sabes, pasa esto. Tu ya firmaste. Que te lo pongan y después vienes y te lo quitas”. M en tono de que ya se esta dejando convencer: “No ahorita no”

La interna<sup>3</sup> tiene que continuar con el trabajo, dice: “Esta bien”. E2 no se queda callada: “Nosotros tenemos la obligación de decirles. No te puedes poner inyección ni pastillas”. Entra en la conversación otra enfermera<sup>4</sup>: “Por que no te lo quieres poner?”. E2 como regañando: “Antes del año quieres venir a tener el otro” la paciente dibuja una sonrisa insegura. E4: “Entonces porqué firmaste”; como no recibe respuesta le indica a la interna, pasando por alto a la paciente: “Pónselo”.

I3 dice claramente: “No, si la paciente dice que no, no se lo podemos poner. Eso es lo que a nosotros nos dijeron”. E4 : “Entonces para que las hacen que firmen. De nada sirve”.

La paciente parece fastidiada y en tono de enojo no permite que la E2 termine su discurso y dice: “¡Ya, póngamelo pues!”. I3 de inmediato deja de esperar y dice: “Es una buena decisión” (P21: 188-265 )

# Dimensiones sociales de la coerción

- **Histórica**
  - Políticas de control de la natalidad contra la “explosión demográfica”
- **Institucional**
  - Presión institucional para las metas de control de los embarazos
  - Invisibilización institucional de los procesos
- **Poder profesional**
  - Posición de dominación en la relación con las mujeres
  - Posición de género (masculino) ante las mujeres
- **Ciudadanía**
  - Obstáculos para el ejercicio de los derechos

# Líneas para la acción

- Este es un tema de violación de derechos humanos que se enmarca en problemas de violencia institucional, coerción y abuso de poder por parte de los profesionales de salud.
  - Está relacionado con inequidades de género, clase social y etnia
- Necesidad de acciones en pro del ejercicio de ciudadanía y del cumplimiento de las leyes nacionales y los acuerdos internacionales:
  - Fortalecimiento de la ciudadanía
  - Mejorar la accesibilidad para demandar ante las instituciones jurídicas y de derechos humanos.
  - Desarrollar nuevas investigaciones en torno a estos aspectos.