



## Anticoncepción forzada en mujeres mexicanas realizadas en instituciones públicas de salud: una aproximación etnográfica

## Forced contraception performed in public institutions of health among Mexican women: An ethnographic approximation

## Anticoncepção coagida em mulheres mexicanas em instituições públicas de saúde: uma aproximação etnográfica

A.I. Orozco-Galván\*

### ORCID

<sup>a</sup> [0000-0002-3556-0353](https://orcid.org/0000-0002-3556-0353)

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Ciudad de México, México

Recibido: 24 noviembre 2021

Aceptado: 09 mayo 2022

### RESUMEN

**Introducción:** La anticoncepción forzada y bajo coerción en mujeres es un fenómeno de larga data. Existen diversos mecanismos institucionales para asegurar el respeto a los derechos reproductivos de las mujeres, pero en la práctica, sigue ocurriendo la coerción para el uso de anticonceptivos.

**Objetivo:** Conocer diversas estrategias utilizadas por el personal de salud, para coaccionar la decisión de algunas mujeres de utilizar métodos quirúrgicos o dispositivos anticonceptivos.

**Método:** Investigación etnográfica realizada en instituciones de salud de la Ciudad de México y el Estado de Querétaro. Participaron 9 mujeres usuarias de los servicios de planificación

\*Autor para correspondencia. Correo electrónico: [aldoivan.oz.g@gmail.com](mailto:aldoivan.oz.g@gmail.com) / [aldo\\_orozco@uaeh.edu.mx](mailto:aldo_orozco@uaeh.edu.mx)  
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2021.4.1238>

1665-7063/© 2021 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

familiar y 12 miembros del personal de salud. La recolección de información fue mediante entrevistas semi-estructuradas. Se realizó una matriz analítica de las formas de coerción y categorías emergentes.

**Resultados:** El personal de salud empleó diversas estrategias para intentar convencer a las mujeres de utilizar anticonceptivos después de la atención del parto. Algunas constituyen formas de coerción, como utilizar momentos de vulnerabilidad emocional para hacerlas firmar formatos de consentimiento informado sin estar informadas, provocar miedo o impedir el egreso hospitalario si no se adopta algún método anticonceptivo.

**Discusión:** Las estrategias utilizadas por el personal se enmarcan en políticas públicas para la promoción de salud, sin embargo, se aplican sin considerar los deseos y necesidades de las mujeres. Los profesionales en muchos casos no son responsables directos de la coerción hacia ellas, pues deben obedecer mandatos institucionales.

**Conclusiones:** Las políticas de planificación familiar pueden ser utilizadas como dispositivos biopolíticos para controlar la sexualidad y reproducción de las mujeres.

**Palabras clave:** Anticonceptivos; derechos sexuales y reproductivos; coerción; planificación familiar; mujeres; México.

## ABSTRACT

**Introduction:** Forced or under coercion contraception against women is a long-standing phenomenon. There are diverse institutional mechanisms aimed at guaranteeing the respect to the reproductive rights of women, however in the practice, coercion is still imposed to force women to choose contraception options.

**Objective:** To become familiar with the strategies used by the health staff seeking to force the decision of some women regarding undergoing surgical methods or using contraception devices.

**Methodology:** This is an ethnographic study carried out in health institutions of Mexico City and the State of Querétaro. Nine women users of family planning services and 12 members of the health staff participated in this study. Data were collected through semi-structured interviews. An analytical matrix of the forms of coercion and related emerging categories was generated.

**Results:** The health staff used diverse strategies to persuade women to utilize contraception measures after birth care. Some of these strategies were considered forms of coercion; for example by picking moments of emotional vulnerability to make women sign informed consent documents without them being really informed, or by provoking fear, or by preventing the women leaving the hospital if they would not adopt some contraception method.

**Discussion:** The strategies used by the health staff are within the frame of public policies, however, these strategies are imposed without considering the specific desires and needs of women.

**Conclusions:** Family planning policies can be used as instruments to the sexuality and reproduction of women.

**Key words:** Contraceptive agents; reproductive rights; coercion; family development planning; women; Mexico.

## RESUMO

**Introdução:** A contracepção coercitiva e coagida nas mulheres é um fenómeno de longa data. Embora existam vários mecanismos institucionais para garantir o respeito pelos direitos reprodutivos das mulheres, na prática continua a ocorrer coerção para o uso de contraceptivos.

**Objetivo:** Conhecer as diversas estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para coagir a decisão de algumas mulheres de optar pelo uso de métodos cirúrgicos ou dispositivos contraceptivos.

**Metodologia:** Pesquisa etnográfica realizada em instituições de saúde da Cidade do México e do Estado de Querétaro. Participaram nove mulheres usuárias de serviços de planeamento familiar e 12 membros do pessoal de saúde. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas. Foi criada uma matriz analítica das formas de coerção e categorias emergentes.

**Resultados:** Os profissionais de saúde utilizaram diversas estratégias para persuadir as mulheres a usarem contraceptivos após o parto. Algumas constituem formas de coerção, como utilizar momentos de vulnerabilidade emocional para fazê-las assinar o termo de consentimento livre e esclarecido sem serem informadas, causando medo, ou impedindo a alta hospitalar caso não seja adotado um método contraceptivo.

**Discussão:** As estratégias utilizadas pela equipe estão enquadradas em políticas públicas de promoção da saúde, porém, são aplicadas sem considerar os desejos e necessidades das mulheres.

**Conclusões:** As políticas de planeamento familiar podem ser utilizadas como dispositivos biopolíticos para controlar a sexualidade e a reprodução das mulheres.

**Palavras chave:** Anticoncepcionais; direitos sexuais e reprodutivos; coerção; planeamento familiar; mulheres; México.

## INTRODUCCIÓN

La esterilización reproductiva y anticoncepción forzada se refieren a la realización de procedimientos quirúrgicos para impedir de manera permanente la fecundación (esterilización), o al uso de medios físicos o químicos como la colocación de dispositivos médicos y el uso de medicamentos que impiden la fecundación de manera temporal (anticoncepción), sin el consentimiento o conocimiento de la persona. Puede ocurrir que estas acciones se realicen por medios coercitivos, por ejemplo, ofrecer incentivos financieros, brindar información inadecuada e insuficiente, utilizar tácticas de intimidación, entre otras, para intentar convencer a una persona de que *accepte* el procedimiento<sup>1</sup>.

Diversas investigaciones sobre estos fenómenos se centran en la anticoncepción forzada como política de estado, justificada en la doctrina de la eugenesia, según la cual, el crecimiento económico de una nación depende de la reproducción de unos grupos y la reducción de otros mediante prácticas como la esterilización reproductiva forzada<sup>2-4</sup>. Las mujeres objeto de esas prácticas pertenecen a etnias con población indígena<sup>2,5,6</sup> y grupos vulnerables<sup>7-11</sup>, tales como: mujeres con VIH, con alguna discapacidad física o intelectual, entre otras.

Estas políticas estuvieron vigentes durante la primera mitad del siglo XX, pero desaparecieron gradualmente luego de terminar la Segunda Guerra Mundial con el surgimiento de herramientas para la protección ante las violaciones de derechos de esta naturaleza. Por ejemplo, los juicios de

Nuremberg sentaron las bases para la institución del consentimiento informado<sup>12</sup>; varios tratados internacionales buscaron, además, prohibir la esterilización forzada, algunos de ellos son la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer<sup>13</sup>, el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional<sup>14</sup>, así como la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad<sup>15</sup>.

Tras la desaparición de la eugenesia en el entorno del discurso público, las prácticas de control de la reproducción tomaron otras formas. Prueba de ello es el uso de estrategias de coerción para imponer métodos anticonceptivos (MA), las cuales son una práctica cotidiana en diversos países, como Uzbekistán<sup>16</sup>. Otros más han implementado políticas para combatir la sobrepoblación mediante la reducción de la tasa de natalidad como China e India<sup>3</sup>. También hay evidencia sobre la práctica ilegal en contra de grupos específicos como mujeres afroamericanas, latinas inmigrantes, sobre todo mexicanas en situación de pobreza residentes en los Estados Unidos de América<sup>17</sup>; mujeres con VIH que viven en países latinos y africanos<sup>12,18,19</sup>; o bien, mujeres latinas que pertenecen a grupos indígenas y en situación de pobreza<sup>20-22</sup>.

En México, las poblaciones objeto de dichas prácticas han sido mujeres con VIH<sup>19,2</sup>, debido a prejuicios del personal de salud, quienes consideran una irresponsabilidad que estas mujeres se embaracen. Desde la política pública, el discurso de la planificación familiar ha impactado en la maternidad de las mujeres indígenas y en situación de pobreza. Se argumenta que, la anticoncepción, al evitar que tengan más hijos de los que podrían mantener<sup>22</sup>, es una estrategia efectiva para combatir que vivan en condiciones económicas vulnerables. En ese sentido, también se incluye a mujeres privadas de su libertad<sup>23</sup>, ante la incapacidad del sistema carcelario de conservar juntos al binomio madre-hijo; y también a mujeres que viven con discapacidad psicosocial, al ser consideradas como asexuales o incapaces de ser madres<sup>24</sup>.

Estas prácticas son llevadas a cabo por medio de sendas estrategias y a veces poco éticas, como la realización de los procedimientos sin informar a las mujeres o por la solicitud de sus familiares, parejas, e incluso por la decisión del personal médico<sup>24</sup>. Conseguir la huella en el formato de consentimiento mientras la mujer se encuentra en las etapas más dolorosas del trabajo de parto<sup>25</sup>; obtener el consentimiento bajo presión para aplicar un método anticonceptivo (MA) durante la atención del parto o justo antes de realizar la cesárea<sup>26</sup>. Brindar información insuficiente o engañosa, por ejemplo, no informarles sobre el propósito de la cirugía de esterilización, asegurar que es un procedimiento reversible o que la firma del formato de consentimiento es para otro procedimiento<sup>3</sup>. Convertir la aceptación de la esterilización o la adopción de MA en una condicionante para recibir atención del parto, brindar medicamentos o autorizar el egreso hospitalario<sup>22,23,25</sup>; así también para recibir dinero de un programa gubernamental<sup>22</sup>. En el ámbito profesional, a través del establecimiento de *cuotas* u objetivos mensuales, se presiona al personal de salud para obtener el consentimiento de las usuarias y así alcanzar un número determinado de esterilizaciones u otorgamiento de MA realizados<sup>25,27</sup>.

A partir de este conjunto de investigaciones, es posible constatar la persistencia de controles para regular la decisión de algunas mujeres para usar MA. Esto hace pensar en prácticas aisladas, las cuales obedecen principalmente a dinámicas de discriminación. En la presente investigación se planteó que, aunque la discriminación sea un factor central, no se trata de prácticas aisladas ni dirigidas contra grupos específicos, sino de un fenómeno sistemático dentro de los hospitales que se sostiene en la obligación de la obediencia (de las mujeres hacia el personal de salud y del personal hacia las políticas institucionales), además de la aplicación de políticas públicas que en su propósito

de modificar problemas de salud a nivel poblacional, no toman en consideración las necesidades y particularidades de las mujeres en lo individual. Por lo tanto, el marco teórico del cual se parte para entender este fenómeno es la teoría foucaultiana del *biopoder*.

Michel Foucault explica el *biopoder* como una modalidad de poder que se enfoca en los procesos poblacionales como la natalidad, la mortalidad, la tasa de reproducción, entre otros indicadores. Busca asegurar y gestionar la vida a través del establecimiento de controles regulatorios sobre la proliferación de los nacimientos y muertes, el nivel de salud, la duración de la vida, la migración, la vivienda, entre otros, así como el control de todas las condiciones que podrían hacerlos variar<sup>28</sup>.

El actuar del biopoder varía en función del contexto sociohistórico, en las sociedades occidentales contemporáneas se conduce según la racionalidad política neoliberal. Foucault definió la gubernamentalidad como *el conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esa forma [...] de poder que tiene por blanco principal la población, por forma mayor de saber la economía política y por instrumento técnico esencial los dispositivos de seguridad*<sup>29</sup>.

El propósito de este trabajo fue centrar el análisis de la gubernamentalidad en el campo del control de las conductas reproductivas, en particular, del uso de MA. Para ello, resulta de gran utilidad la noción de *gubernamentalidad reproductiva*, que permite centrar la mirada en mecanismos como controles legislativos, incentivos económicos, mandatos morales, coerción directa e incitaciones éticas, que son utilizados para producir, monitorear y controlar tanto conductas como prácticas reproductivas<sup>30</sup>.

La investigación se concentró en conocer los mecanismos de *coerción directa* utilizados por el personal de instituciones públicas de salud en México para coaccionar o forzar a mujeres a utilizar algún MA.

## MÉTODO

### Diseño

Este proyecto se enmarcó dentro de los preceptos de la etnografía institucional, cuyo propósito es *hacer visibles las maneras en que el orden institucional crea las condiciones de la experiencia individual*<sup>31</sup>, es decir, dar cuenta de las relaciones de dominación a las cuales se sujetan las personas a partir de la indagación de los procesos institucionales y cómo éstos configuran sus experiencias. Dicho método permitió partir desde la experiencia de las mujeres como usuarias de los servicios de salud y de la mirada del personal de salud para develar el orden institucional, además de la forma de organizarse para establecer mecanismos a fin de promover el uso de MA.

### Escenarios y participantes

En la fase inicial de la investigación, el primer escenario para el trabajo de campo fue una clínica de atención primaria de una institución pública de salud y seguridad social ubicada en la zona centro de la Ciudad de México. La clínica cuenta con los servicios de urgencias, psicología, medicina preventiva, trabajo social, medicina familiar, estomatología y planificación familiar (PF). En este último servicio se realizó observación participante en todas sus áreas y se entrevistó al personal de salud encargado: dos ginecólogas y una enfermera responsables del consultorio de PF; una trabajadora social y una enfermera que atienden el consultorio de medicina preventiva. Dicho personal permitió conocer el proceso de selección, prescripción y aplicación de MA.

Ante algunas situaciones observadas, como la atención del parto o la realización de cirugías para aplicar un MA permanente en las mujeres, el proceso de atención requirió la derivación a un hospital de segundo nivel de atención, segundo escenario, lugar en donde también se entrevistó a otras mujeres que se encontraban en el área conocida por el personal como *puérperas*<sup>i</sup> y que habían recibido consejería anticonceptiva. En el hospital se realizó observación participante en una de las sesiones prenatales en la cual se da información sobre requisitos para la atención del parto. Estas observaciones permitieron conocer algunas formas de violencia obstétrica que enfrentaron las mujeres usuarias, una de las más evidentes fue la presión (insistencia) del personal de salud para que utilizaran un MA.

El tercer escenario fue un hospital intercultural de la Secretaría de Salud (SSA) ubicado al sur del estado de Querétaro, en el cual fueron atendidas cuatro de las mujeres entrevistadas. Estas observaciones permitieron conocer el proceso de atención en PF de la población no asegurada y las particularidades de un programa de PF para adolescentes. Se entrevistó a todo el personal relacionado con los servicios: dos ginecólogas encargadas del consultorio de ginecología; un psicólogo y una trabajadora social, responsables del programa de PF para adolescentes.

De manera adicional, se hicieron cuatro entrevistas y se conformó un grupo focal con mujeres que recibieron consulta de PF en alguno de los escenarios observados. Ellas compartieron sus experiencias con el uso de MA y sus limitaciones para acceder a ellos, lo cual permitió conocer una perspectiva desde fuera de las instituciones de salud. Tres de las informantes eran conocidas del autor, mediante la técnica de bola de nieve se contactó al resto. La importancia de hablar con mujeres conocidas fuera de la institución radica en que el contexto hospitalario impide establecer una relación de *rapport* con las mujeres, pues se sienten limitadas a conversar abiertamente sobre sus experiencias. Realizar entrevistas a personas con quienes existía un vínculo de confianza previo, así como a sus conocidas, permitió identificar con mayor profundidad sus experiencias y aspectos de la atención que no resultan evidentes desde la mirada del personal de salud o a través de las observaciones en campo. En las tablas 1 y 2 se señalan características más detalladas de las participantes.

**Tabla 1. Características de las participantes en la investigación (mujeres usuarias)**

Pseudónimo	Edad	Educación/ Ocupación	Estado civil	Lugar de residencia	Motivo de atención en la institución de salud
Belén	31	Carrera técnica/ Enfermera	Casada (madre de un infante)	Tecámac, Estado de México	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultas prenatales</li> <li>• Atención de cesárea</li> </ul>
Melissa	23	Preparatoria/ Hogar	Casada	Amealco, Querétaro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación familiar (PF)</li> <li>• Papanicolaou</li> </ul>
Alejandra	29	Licenciatura/Ama de casa	Casada (madre de dos infantes)	San Juan del Río, Querétaro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de parto</li> <li>• PF</li> <li>• Papanicolaou</li> </ul>
Pamela	23	Licenciatura/ Estudiante	Soltera (concubinato)	Tepatitlán, Hidalgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aborto</li> <li>• PF</li> </ul>

<sup>i</sup> Área del hospital que consiste en varios cubículos en los cuales se ubican a las mujeres para su recuperación después de la atención del parto por vía vaginal o por cesárea.

**Tabla 1. Características de las participantes en la investigación (mujeres usuarias) (continuación)**

Pseudónimo	Edad	Educación/ Ocupación	Estado civil	Lugar de residencia	Motivo de atención en la institución de salud
Magali	29	Licenciatura/ Trabajadora independiente	Soltera	San Juan del Río, Querétaro	• PF
Margarita	49	Secundaria/ Comerciante	Divorciada (madre de cuatro adultos)	San Juan del Río, Querétaro	• PF • Atención de parto
Fabiola	38	Licenciatura/ Empleada	Divorciada (madre de dos y un adolescente)	San Juan del Río, Querétaro	• PF • Atención de parto
Miriam	29	Licenciatura/ Empleada	Soltera (madre de un infante)	San Juan del Río, Querétaro	• PF • Atención de parto
Paloma	25	Licenciatura/ Arquitecta	Concubinato	San Juan del Río, Querétaro	• PF • Salud ginecológica

**Tabla 2. Características de las participantes en la investigación (personal de salud)**

Seudónimo/profesión	Edad	Cargo actual
Paola/Médica ginecóloga	35	Encargada del consultorio de PF, turno matutino, clínica de atención primaria, 1er nivel, Ciudad de México
Gabriela/Médica ginecóloga	42	Encargada del consultorio de PF, turno vespertino, clínica de atención primaria, 1er nivel, Ciudad de México
Guadalupe/Enfermera	40	Encargada del consultorio de PF, turno vespertino, clínica de atención primaria, 1er nivel, Ciudad de México
Gloria/Trabajadora social	50	Encargada de oficina de trabajo social, turno vespertino, clínica de atención primaria, 1er nivel, Ciudad de México
Nancy/Enfermera	25	Encargada de consultorio de medicina preventiva, turno vespertino, clínica de atención primaria, 1er nivel, Ciudad de México.
Priscila/Médica ginecóloga	38	Encargada del consultorio de PF, hospital SSA, 2do nivel, Querétaro.
Eduardo/Psicólogo	24	Encargado de PF para adolescentes, hospital SSA, 2do nivel, Querétaro.
Esperanza/Partera	43	Encargada del servicio de partería, hospital SSA, 2do nivel, sur de Querétaro.
Mónica/Trabajadora social	33	Encargado de PF para adolescentes, hospital SSA, 2do nivel, Querétaro.
Araceli/Médica ginecóloga	39	Encargada de los servicios de ginecología y PF, hospital SSA, 2do nivel, Querétaro.
Esperanza/ Trabajadora social	35	Encargada de coordinar las sesiones prenatales, hospital, 2do nivel, Ciudad de México.
Sonia/Trabajadora social	28	Encargada del área de puerperio, turno vespertino, hospital 2do nivel, Ciudad de México.

### *Aspectos éticos*

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética del programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Antes de cada entrevista se leyó a cada persona el formato de consentimiento informado y se solicitó verbalmente su aceptación para participar en la investigación. Para proteger la confidencialidad de las participantes se utilizaron seudónimos y se omitieron datos que pudieran revelar las clínicas en las que laboran las informantes.

### *Análisis de datos*

Las entrevistas fueron transcritas en su totalidad para el análisis de la información y se leyeron varias veces en conjunto con los diarios de campo. La lectura se hizo a la luz de una matriz analítica que incluía las estrategias biopolíticas para el control de la reproducción derivadas de investigaciones previas: leyes y políticas, mandatos morales, así como coerción directa. También surgieron temas emergentes que se relacionaron con las experiencias de las mujeres al recibir consejería en las clínicas, los cuales son: atención a adolescentes, efectos secundarios de los anticonceptivos, prejuicios sobre las usuarias, estrategias para cumplir metas, objetivos de la PF y calidad de la atención. Estos temas fueron la base para llevar a cabo el proceso de codificación de los textos que se hizo mediante varios ciclos de codificación en el software *ATLAS.ti* versión 7. El presente estudio se centra en las formas de coerción directa, es parte de un proyecto de tesis doctoral más amplio en el cual se abordan los otros dispositivos utilizados para regular el uso de anticonceptivos.

### *Rigor en el proceso de investigación*

Se implementaron los criterios de confirmabilidad, transferibilidad y credibilidad para asegurar el rigor metodológico. En relación con el primer criterio, los hallazgos fueron compartidos con algunas de las participantes para evaluar que su experiencia se viera representada en el escrito. De igual forma, se usaron citas textuales para respetar su perspectiva y modo de expresar sus vivencias. En relación con la transferibilidad, aunque en una etnografía institucional no se busca generalizar los resultados, el orden institucional de las unidades de salud depende en gran parte de procesos de trabajo establecidos y normativizados, lo cual implica que, bajo ciertas reservas, la provisión de servicios de salud y las estrategias utilizadas para lograr los objetivos de la clínica operen de manera similar en otros contextos. Para asegurar la credibilidad de los resultados estos fueron revisados por un comité tutor profesional formado por tres expertas en temas de género y salud reproductiva.

## **RESULTADOS**

La promoción de anticonceptivos en México es regulada y promovida por diversas políticas públicas como el Programa de Acción Específico sobre Planificación Familiar y Anticoncepción<sup>32</sup>, la Norma Oficial Mexicana 005-SSA2-1993<sup>33</sup>, o los programas de Anticoncepción Posevento Obstétrico (APEO)<sup>34</sup>. Cada una de ellas posee especificaciones para garantizar la libre decisión de las personas y evitar que el uso de anticonceptivos llegue a convertirse en una forma de control natal.

Pese a las precauciones establecidas, durante la aplicación de estas políticas puede persistir el mal uso de los MA como una herramienta para la regulación obligada de la reproducción de algunas mujeres, ya sea al presionar o intentar convencer a quienes no desean utilizarlos para que lo hagan, o bien, limitar u obstaculizar el acceso a otras mujeres que sí desean utilizar algún tipo de MA. En el presente trabajo se aborda el primer caso. En particular, la utilización de mecanismos de coerción directa ejercida por el personal de salud para presionar o forzar a algunas mujeres a utilizar algún método anticonceptivo.

### **Mandatos institucionales**

Las estrategias utilizadas por el personal de salud para presionar a la mujer en elegir algún MA no derivan de intereses personales, sino que constituye muchas veces una de sus tareas, vueltas obligación, para cumplir objetivos dictados a nivel institucional. Una de las principales políticas relacionadas con esto son los programas de APEO, los cuales promueven que las mujeres pospongan un siguiente embarazo o terminen su vida reproductiva mediante el uso de un MA, temporal o permanente, antes de abandonar el hospital tras la atención de un evento obstétrico (parto, cesárea o aborto) o durante los 40 días siguientes posteriores<sup>34</sup>.

La justificación de promover el uso de MA radica en que esta estrategia permite educar sobre la importancia de mantener el periodo intergenésico entre los límites considerados de bajo riesgo a fin de reducir las tasas de morbi-mortalidad materna y perinatal<sup>34</sup>. A pesar de que el anticonceptivo puede adoptarse justo después del evento obstétrico o durante los 40 días posteriores, el personal de salud busca convencer a las mujeres de adoptarlo antes de abandonar el hospital, porque *los factores culturales, la alta marginación, los mitos y tabúes sobre la planificación familiar y el uso de MA, en ocasiones condicionan a las mujeres a no regresar al hospital*<sup>35</sup>, de forma que se busca aprovechar la oportunidad mientras se encuentran cautivas en los centros hospitalarios tras la atención del evento obstétrico.

En teoría, esta estrategia debe consistir en recomendar a las mujeres a elegir un MA, pero en la práctica se interpreta como una obligación del personal de salud para que todas las mujeres atendidas utilicen alguno. Así, cuando no desean utilizarlos, el personal se da a la tarea de convencerlas mediante estrategias que escalan en términos de violencia si no cumplen sus objetivos.

Los primeros esfuerzos de convencimiento ocurren antes del parto, por ejemplo, en las consultas de control prenatal en el hospital de segundo nivel, las mujeres deben participar en una plática coordinada por trabajo social, en la cual se les brinda información sobre diversas temáticas relacionadas con la atención del nacimiento, entre ellas, la importancia de la APEO. La siguiente cita es un fragmento de la información que proporcionó la trabajadora social a las mujeres durante una de las sesiones en las que se recabó la información:

*Esperamos que, a la conclusión de su parto, ustedes adopten un método de planificación familiar. Aquí al hospital ya deben de venir con un documento que se llama consentimiento informado, documento donde ustedes ya nos firmaron si van a adoptar y qué método de planificación van a querer ustedes. ¿Ok? ¿Ya lo firmaron? ¿Ya? Ok. Si no lo han firmado, ese documento, no se me estresen, es parte de uno de los puntos que vamos a estar retomando cada vez que ustedes nos visitan (O<sup>ii</sup>, Esperanza, trabajadora social, hospital de segundo nivel).*

En ocasiones, los profesionales de la salud reconocen que la adopción de un MA es un derecho reproductivo y así lo informan a las usuarias, por tanto, las mujeres tienen la posibilidad de negarse a ello, no pueden obligarlas a usarlo, aunque se les mencione que es altamente recomendable para su salud:

*Es respetable cuántos hijos quieran tener y cada cuánto los quieran tener. Nosotros no las podemos obligar a adoptar algún método de planificación familiar. La parte de responsabilidad de nosotras como personal de salud es únicamente orientarlas para que tomen la mejor decisión para ustedes (O, Esperanza, trabajadora social, hospital de segundo nivel).*

<sup>ii</sup> Para distinguir el origen de las citas se usa la notación: O= para citas de diario de campo, E= para entrevistas y GF= para grupo focal.

Sin embargo, este discurso de derechos termina por ser negado en la práctica. Tal como indica la trabajadora social, el personal de salud se encargará de insistir y recordar a las mujeres, cada ocasión que visiten el hospital, que deben usar un anticonceptivo y firmar el consentimiento informado. Este formato, inclusive, llega a ser tratado como un requisito más para que las mujeres accedan al hospital para recibir atención.

*Cuando estás haciendo papeleo y todo eso [para ingresar al hospital], te dan una hoja a firmar de método anticonceptivo [...]. Te dicen: –es este, la hoja para control natal, entonces me tienes que firmar qué método tienes que utilizar una vez que salgas de aquí [...]. De hecho, la firma es requisito, o sea, ya es de: –me lo tienes que firmar (E, Alejandra, usuaria del hospital SSA).*

Obtener la firma del consentimiento resulta central en las tareas del personal, pues desde su perspectiva, todas las mujeres deben elegir un MA como una forma de reducir la mortalidad materna al tener un embarazo con un periodo intergenésico corto:

*Existe un protocolo de mortalidad materna y si una mujer vuelve con otro embarazo en un año o menos y no aceptó ‘irse’ con un método, el hospital se respalda (O, Sonia, trabajadora social, hospital de segundo nivel).*

En consecuencia, cuando las mujeres no desean adoptar un método, se recurre a estrategias coercitivas, como las siguientes:

#### **a) Aprovechar momentos de vulnerabilidad**

Una de las formas utilizadas para coaccionar la decisión de las mujeres consiste en buscar que firmen el consentimiento informado en momentos de vulnerabilidad, es decir, cuando tienen poca posibilidad para pensar su decisión o para negarse a firmar. Por ejemplo, al momento de ingresar al hospital con los dolores del trabajo de parto, o cuando se encuentran cansadas, recuperándose después del parto. Al estar aisladas de sus familiares y con un dolor persistente, piensan poco en lo que les hacen firmar, pues lo primero que desean es recibir atención médica:

*Es que estás adolorida, estás ahí, ya sabes, toda asediada por médicos y doctores y enfermeras y asistentes. O sea, están ahí dándote vueltas y, pues ya lo que haces es: –pues ya te firmo cualquier cosa [...], ya es como: –ya atiéndeme y déjame de molestar [...]. O sea, te agarran en el peor momento posible (E, Alejandra, usuaria del hospital SSA).*

Además, es posible que la firma del consentimiento se presente no como una opción, sino como un requisito, esta situación se observó en algunos servicios de salud en donde a las usuarias no se les brindó información sobre el MA, sólo se les preguntó si deseaban utilizar alguno; o bien, si se les presentaron opciones, únicamente les dijeron que debían firmar el formato de consentimiento para la colocación de un dispositivo intrauterino (DIU).

*Es en ese momento, o sea, tú acabas de tener tu hijo y te acercan la hoja y tú firmas. Y te dicen, nada más te dicen: –este es un formato para que le pongamos el dispositivo, ¡firmelo! No te*

dicen, no te preguntan, no. Nada más te dicen –*¡firmelo! Y tú, pues ahí todavía toda abierta, así todo feo y ya firmas y ¡pum! te lo ponen y ya* (GF, Miriam, usuaria del hospital SSA).

En otros casos puede ocurrir que ni siquiera se informe a la mujer que se le ha colocado un DIU durante la atención de su parto:

*Cuando nació [su hija], me dijeron: –aquí dice que le pusieron el DIU. [La mujer se cuestiona] –¿Por qué ni siquiera me habían avisado? O sea, ya hasta que ya iba a salir [el personal le comenta]: –aquí dice que le pusieron [...]. Le digo: –pues es que yo no sé. La verdad no sé. No sé, porque no me dijeron nada* (GF, Margarita, usuaria del hospital SSA).

## **b) Intimidación**

La intimidación dirigida a las usuarias es otra de las formas empleadas por los profesionales de la salud. En esta estrategia, diversos miembros del personal se alían para insistir a las mujeres, en reiteradas ocasiones, que adopten un MA.

*Cuando una mujer no desea utilizar un anticonceptivo tras su parto, pero es, por ejemplo, una gesta seis, nos aliamos con el psicólogo y la trabajadora social para echarle montón y convenirla para que firme* (O, Priscila, ginecóloga, hospital SSA).

Los abordajes del personal ocurren de la siguiente manera:

*Cuando [las mujeres] se encuentran ya en el área de puerperio o ginecología, post-operatorio, comienzan los abordajes [...]. La pregunta que más directamente les toca es: ...–y planes de un próximo embarazo, ¿cuándo es? El 100 %, bueno, 99.9 % de las respuestas que he tenido en el hospital, aquí, que acaban de sacar a una mujer de sala de partos es: –ahorita ya no. Aunque sea primigesta, o, aunque sea gesta ocho. La respuesta es –ahorita ya no [risa]. Entonces, eso es apertura como para: –¿y cómo te vas a cuidar? o ¿qué piensas hacer para ya no embarazarte?* (E, Eduardo, psicólogo del programa de PF para adolescentes, hospital SSA).

Esta estrategia se suma a la anterior, pues se aprovecha un momento de vulnerabilidad de las mujeres para intentar obtener de ellas la aceptación de un MA. Y en caso de que la respuesta sea *no quiero cuidarme*, se suma también la estrategia: miedo, engaño y manipulación emocional.

## **c) Miedo, engaño y manipulación emocional**

Bajo esta estrategia, las mujeres son convencidas para utilizar un MA cuando desde un inicio no lo deseaban, el resultado se logra al brindarles información engañosa que les hace sentir miedo por negarse a aceptar algún método, o bien, el miedo a un futuro embarazo. Esto ocurre incluso en clínicas en las cuales el personal reconoce e incluso hace énfasis en evitar forzar a las usuarias a utilizar un MA, sin embargo, son quienes implementan diversas estrategias de convencimiento que van de lo sutil a lo verdaderamente coercitivo. Tal es el caso donde se emplean estrategias de convencimiento en conjunto con la usuaria, por ejemplo, hacer un cálculo sobre cuánto costaría tener un hijo:

*Le digo a la señora: –las consultas prenatales, son mínimo tres consultas y cuestan MXN 100 cada una, más los ultrasonidos, los medicamentos que se requieran. Si es un parto, MXN 19 mil, si es cesárea, MXN 30 mil a MXN 35 mil o más. Si se presentan complicaciones puede requerirse terapia intensiva. ¿Cuánto cuesta eso? Mínimo MXN 100 mil diarios. Ya las mujeres dicen: –¿todo eso cuesta un hijo? Y yo les digo que sí, –¿ahora sí vas a querer un método? (O, Priscila, ginecóloga encargada del programa de PF, hospital SSA).*

Provocar que la mujer piense en una situación catastrófica ante un nuevo embarazo, la lleva a calcular cifras incosteables para la mayoría, orillándolas a aceptar el MA. Esto a pesar de que la atención es gratuita en un hospital público, por lo que los costos de las consultas y la atención del parto no alcanzarían esas cifras.

En caso de que se atienda el parto y las mujeres pasen al área de puerperio del hospital sin haber firmado el consentimiento, el personal acude a sus camillas con el objetivo de obtener su aprobación para utilizar un MA. Es entonces cuando se utiliza la táctica de *echarles montóniii*, pues este momento constituye la última oportunidad de convencimiento antes de que las mujeres abandonen el hospital, por lo que la *consejería* puede ser más agresiva.

Algunas de las informantes de esta investigación señalan cómo el personal de salud se dirige a ellas de manera grosera y les hacen saber que es *obligatorio* usar un MA después del parto, mediante las siguientes expresiones:

*Casi me decía que era sí o sí* (E, Pamela, usuaria del hospital de segundo nivel).

*Ya es de a fuerzas* (E, Miriam, usuaria del hospital de segundo nivel).

*No te puedes ir si no tienes un método de planificación familiar* (E, Belén, usuaria del hospital de segundo nivel).

*Yo no te puedo dejar ir sin ningún método anticonceptivo* (E, Alejandra, usuaria del hospital SSA).

El programa APEO, que en su política pretende la reducción de la mortalidad materna, en la práctica puede devenir en la violación de los derechos reproductivos de mujeres quienes no desean utilizar algún anticonceptivo. Esto por las decisiones del personal encargado del cumplimiento de la política al priorizar el trámite burocrático de firmar una hoja de *consentimiento informado*, antes de considerar las particularidades o deseos de cada mujer, es decir, si estas quieren o no adoptar un método y cuál desean utilizar. Además de lo expuesto, se aprovechan los momentos de vulnerabilidad en los cuales la usuaria no puede tomar una decisión informada ni con claridad.

## DISCUSIÓN

La evidencia empírica recolectada en esta investigación testifica sobre la actualidad de las prácticas de anticoncepción involuntaria en los servicios de salud de México. Existe una importante distancia entre los postulados de las políticas públicas relacionadas con la PF y su aplicación en la práctica clínica. Mientras que las políticas son elaboradas desde un enfoque de derechos sexuales y reproductivos,

<sup>iii</sup> Frase popular mexicana que alude al actuar de un grupo de personas para aprovecharse o atacar a un individuo.

expuesto en el discurso institucional (varios miembros del personal enfatizaron que no se puede obligar a utilizar un MA), en la práctica, tal como mencionaron algunas participantes, los profesionales tiene como obligación que todas las mujeres atendidas por un evento obstétrico firmen un formato de consentimiento en donde aceptan utilizar un anticonceptivo antes de abandonar el hospital.

Las estrategias encontradas en esta investigación son similares a las señaladas por estudios previos, por ejemplo, Martínez y Rangel<sup>27</sup> exponen cómo el personal de enfermería se ve presionado para conseguir los consentimientos firmados de todas las usuarias antes de abandonar el hospital. Entre las diversas formas para alcanzar el objetivo se identificó concordancia entre nuestros hallazgos con los de otros trabajos, por ejemplo: colocar el anticonceptivo sin informar<sup>9</sup>; brindar información engañosa, insuficiente o falsa (tal es el caso al solicitar la firma sin proporcionar consejería)<sup>8</sup>; no informar la posibilidad de rechazar el procedimiento<sup>9</sup>; presionar la toma de decisiones en momentos de vulnerabilidad, como solicitar la firma justo antes del parto<sup>9</sup>; o bien, condicionar la atención a la firma del consentimiento<sup>10</sup>. Los resultados de este estudio permitieron identificar otras estrategias: condicionar el egreso hospitalario de la usuaria posparto sólo si acepta adoptar un MA, o aportar datos engañosos sobre lo que costaría un siguiente embarazo para presionar su decisión.

Durante el análisis de hallazgos se advirtió que las estrategias escalaron hacia la violencia, desde la intimidación a violencia verbal, lo cual evidencia una mayor frustración de parte del profesional ante la negativa de las usuarias. La intención no es colocar la responsabilidad exclusiva en el personal de salud, sino considerar los factores estructurales que les obligan a cumplir con las políticas de PF, por ejemplo, algunas integrantes del personal hablaron de la existencia de cuotas mensuales por colocar un MA, y en otras investigaciones<sup>27</sup> se habla de presionar al personal para garantizar que todas las mujeres reciban algún MA. Por ello, un abordaje desde la perspectiva del biopoder se centra en las políticas públicas asociadas con la PF como estrategias dirigidas a la regulación de la vida<sup>28</sup>. Visto de manera amplia, los objetivos explícitos de las políticas son regular las tasas de natalidad y fecundidad, a la vez que intentan disminuir la morbi-mortalidad materna mediante el uso de MA para reducir los abortos inseguros, embarazos no deseados y embarazos con periodos intergenésicos cortos.

No obstante, la utilidad de estas estrategias va mucho más allá, pues el control de la reproducción requiere de una regulación amplia de la sexualidad de la población. Para esos fines, Foucault describe un *dispositivo de la sexualidad*, que consta de cuatro estrategias fundamentales: la psiquiatrización del placer perverso, la pedagogización del sexo del niño, la socialización de las conductas procreadoras y la histerización del cuerpo de la mujer<sup>28</sup>. Al relacionar las estrategias con la anticoncepción bajo coerción, resultan de particular relevancia las dos últimas.

Por una parte, la socialización de las conductas procreadoras pretende controlar el crecimiento de la población a través de medidas como la socialización política, que consiste en convencer a las personas que tienen una responsabilidad con su sociedad: reproducirse o dejar de hacerlo (de acuerdo con su pertenencia a grupos privilegiados o rechazados). Mientras existe un discurso social preponderante sobre la obligación de las mujeres hacia la maternidad, esta obligación no aplica a todas, por ejemplo, aquellas en situación de pobreza son presionadas para que no tengan hijos, se les convence de usar anticonceptivos mediante tácticas como hacerle creer, con información engañosa, su imposibilidad de costear un embarazo. O la socialización médica, en donde el personal de salud se erige como garante de la salud pública y se vuelve el encargado de cumplir con las políticas de salud y población, en ocasiones mediante presiones institucionales, pero otras veces con el pleno convencimiento de la importancia de su labor.

Por otro lado, la histerización del cuerpo de la mujer hace referencia a cómo su cuerpo se ha visto saturado de una sexualidad que debe ser controlada, motivo por el cual fue incorporado al campo de la medicina<sup>28</sup>. Con el supuesto fundamento en la obstetricia se configuran diversos aspectos de una feminidad normativa, por ejemplo, la idea de la sumisión ante los mandatos del personal de salud, ser desprovistas de autonomía sobre sus cuerpos, no ser consideradas en la toma de decisiones sobre los mismos y en general, a través de un control y disciplinamiento de sus cuerpos por medio de su medicalización.

Por último, es necesario resaltar que el problema no son los MA en sí mismos. Muchas de las mujeres atendidas desean utilizar anticonceptivos, para ellas el acceso a estos métodos de manera gratuita y sencilla es una gran ventaja. Algunas investigaciones señalan que existe una asociación entre el uso de anticonceptivos y una mayor autonomía de las mujeres<sup>37,38</sup>. Sin embargo, como lo menciona Casique<sup>37</sup>, esa relación sólo ocurre cuando las mujeres desean utilizarlos. El problema radica en el modo en que el personal busca *convencer* a las mujeres que no desean hacerlo, pues buscan momentos de vulnerabilidad para convencerlas: cuando se encuentran solas, con el dolor debido al parto o no se les brinda la información suficiente para tomar una decisión adecuada. Con la información clara, completa y en un momento adecuado, es posible que las mujeres reconsideren su decisión de no utilizar MA, pero el problema central que identifica esta investigación concluye lo siguiente: las mujeres no son quienes deciden, están expuestas a los objetivos explícitos detrás de las políticas sobre PF, las cuales terminan en una contradicción, en violaciones de sus derechos sexuales y reproductivos.

## CONCLUSIONES

Las prácticas de anticoncepción involuntaria constituyen una violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Aunque el propósito de esta investigación no es generalizar, la preponderancia de las políticas institucionales y las presiones hacia el personal para lograr que todas las mujeres utilicen anticonceptivos después de un evento obstétrico, hacen pensar en la anticoncepción involuntaria como un fenómeno sistemático, el cual puede dirigirse hacia cualquier mujer que acude a la atención de un evento obstétrico en un hospital público de México y no desee usar anticonceptivos.

Los resultados invitan a la reflexión al personal de salud que, si bien puede estar bajo presiones institucionales, debe priorizar el bienestar, la autonomía y el respeto a los derechos humanos de las usuarias, y más allá de intentar *convencer* a las mujeres de utilizar anticonceptivos, dar prioridad a brindarles información sobre sus beneficios.

## LIMITACIONES

En el presente estudio no se aborda el análisis de intersecciones que podrían incidir en una experiencia diferenciada de las mujeres y en un trato particular del personal de salud como la etnicidad, la edad, la condición socioeconómica, la orientación sexual, el estado de salud, entre otros. Se considera que futuras investigaciones podrían centrarse en esas dimensiones para un análisis más certero de las causas de las prácticas de anticoncepción involuntaria.

## RESPONSABILIDADES ÉTICAS

**Protección de personas y animales.** Se consideraron las *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos* elaboradas por el Consejo de Organizaciones

Internacionales de las Ciencias Médicas y la Organización Panamericana de la Salud. Se otorgó una carta de consentimiento informado en la cual se explicitó el objetivo de la investigación, su libertad para participar en ella, negarse o abandonar el estudio en cualquier momento, la confidencialidad de la información, así como su anonimato, la aclaración de que su participación no se relaciona de ninguna manera con su atención clínica y que la investigación fue independiente del hospital. De igual manera, antes de cada entrevista se solicitó el consentimiento verbal para poder grabar el audio. Se utilizaron seudónimos y se omitieron datos que pudieran revelar las instituciones en las que laboran los informantes miembros del personal de salud.

**Conflicto de intereses.** El autor declara no tener conflicto de intereses.

**Financiamiento.** Esta investigación se llevó a cabo con financiamiento del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) de becas de posgrado. CVU: 923991.

**Agradecimientos.** Al comité tutor que dirigió con sus comentarios la realización de esta investigación: Tania Rocha, Luciana Ramos y Graciela Freyermuth.

## REFERENCIAS

1. Open Society Foundations. Against her will: Forced and coerced sterilization of women worldwide. Manhattan, New York. OSF; 2011. <https://bit.ly/43rZrDp>
2. Reilly PR. Eugenics and involuntary sterilization: 1907-2015. *Annu. Rev. Genomics Hum. Genet.* 2015; 16: 351-68. <https://doi.org/10.1146/annurev-genom-090314-024930>
3. Rowlands S, Amy J-J. Sterilization of those with intellectual disability: Evolution from non-consensual interventions to strict safeguards. *J Intellect Disabil.* 2019; 23(2): 233-49. <https://doi.org/10.1177/1744629517747162>
4. Price GN, Darity Jr. WA. The economics of race and eugenic sterilization in North Carolina: 1958-1968. *Econ Hum Biol.* 2010; 8(2): 261-72. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ehb.2010.01.002>
5. Molina-Serra A. Esterilizaciones (forzadas) en Perú: poder y configuraciones narrativas. *Antropol. Iberoam. Red.* 2017; 12(1): 31-52. <https://doi.org/10.11156/aibr.120103>
6. Smith-Oka V. Shaping the motherhood of indigenous Mexico. EE.UU.: Vanderbilt University Press; 2013.
7. Zampas C, Lamačková A. Forced and coerced sterilization of women in Europe. *Int J Obstet Gynaecol Obstet.* 2011; 114(2): 163-6. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.05.002>
8. Rowlands S, Amy JJ. Non-consensual sterilization of women living with HIV. *Int J STD AIDS.* 2018; 29(9): 917-24. <https://doi.org/10.1177/0956462418758116>
9. Strode A, Mthembu S, Essack Z. "She made up a choice for me": 22 HIV-positive women's experiences of involuntary sterilization in two South African provinces. *Reprod Health Matters.* 2012; 20(Suppl. 39): 61-9. [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(12\)39643-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(12)39643-2)
10. Essack Z, Strode A. "I feel like half a woman all the time": The impacts of coerced and forced sterilisations on HIV-positive women in South Africa. *Agenda.* 2012; 26(2): 24-34. <https://doi.org/10.1080/10130950.2012.708583>
11. Khosla R, Zampas C, Vogel JP, Bohren MA, Roseman M, Erdman JN. International human rights and the mistreatment of women during childbirth. *Health Hum Rights.* 2016; 18(2): 131-43. <https://bit.ly/3MWXzx2>
12. Tulchinsky TH. Chapter 13 – Ethical issues in public health. In: Tulchinsky TH. *Case studies in public health.* 3rd edition. San Diego: AcademicPress/Elsevier; 2014. P.p. 277-316. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-804571-8.00027-5>

13. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights Convention on the elimination of all forms of discrimination against women New York, 18 December 1979. Geneva, Switzerland: United Nations General Assembly; 1979. <https://bit.ly/428fBkd>
14. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional. Ginebra, Suiza: ONU; 1998. <https://bit.ly/3OCHOEb>
15. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Ginebra, Suiza: ONU; 2006. <https://bit.ly/3zd9v5L>
16. Holt E. Uzbekistan accused of forced sterilisation campaign. *Lancet*. 2012; 379(9835): 2415. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61050-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61050-2)
17. Harris LH, Wolfe T. Stratified reproduction, family planning care and the double edge of history. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2014; 26(6): 539-44. <https://doi.org/10.1097/GCO.000000000000121>
18. Bi S, Klusty T. Forced sterilizations of HIV-positive women: A global ethics and policy failure. *AMA J Ethics*. 2015; 17(10): 952-7. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2015.17.10.pfor2-1510>
19. Kendall T, Albert C. Experiences of coercion to sterilize and forced sterilization among women living with HIV in Latin America. *J Int AIDS Soc*. 2015; 18(1): 19462. <https://doi.org/10.7448/IAS.18.1.19462>
20. Stucchi-Portocarrero S. Eugenics, medicine and psychiatry in Peru. *Hist Psychiatry*. 2018; 29(1): 96-109. <https://doi.org/10.1177/0957154X17741232>
21. Bosch X. Former Peruvian government censured over sterilisations. *BMJ*. 2002; 325: 236. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7358.236/b>
22. Smith-Oka V. Unintended consequences: Exploring the tensions between development programs and indigenous women in Mexico in the context of reproductive health. *Soc Sci Med*. 2009; 68(11): 2069-77. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.03.026>
23. Gutiérrez-Román JL, Cariño-Cepeda IG, De la Peña-Rodríguez LJ. Mujeres privadas de libertad ¿mujeres sin derechos? Diagnóstico sobre la situación de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres privadas de libertad en los estados de Guanajuato, Guerrero, Puebla y Querétaro. México: Asistencia Legal por los Derechos Humanos A.C./Instituto de Derechos Humanos Ignacio Ellacuría SJ-Universidad Iberoamericana Puebla; 2011. <https://bit.ly/3N3JJEI>
24. Rodríguez P, Rosenthal E, Ahern L, Santos N, Cancino I, Lopez P, et al. Abuso y negación de derechos sexuales y reproductivos a mujeres con discapacidad psicosocial en México. México: Disability Rights International/Colectivo Chuhcan; s/f. <https://bit.ly/3oAaact>
25. Kirsch J, Cedeño MA. Informed consent for family planning for poor women in Chiapas, Mexico. *Lancet*. 1999; 354(9176): 419-20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)90136-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)90136-8)
26. Castro R, Erviti J. La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En: López P, Rico B, Langer A, Espinoza G. Género y Política en Salud. México: SSA/UNIFEM. 2003. <https://bit.ly/3IKOFQF>
27. Martínez-Villa C, Rangel-Flores Y. Experiences influencing upon the significance of obstetric care in Mexican nurses. *Inv. educ. enferm*. 2018; 36(1): e12. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e12>
28. Foucault M. Historia de la sexualidad I: la Voluntad de Saber. 25ª ed. Madrid: Siglo XXI Editores; 1998. <https://bit.ly/3vhtQ8P>
29. Foucault M. Clase del 1º de febrero de 1978. En Foucault M. Seguridad, territorio, población: Curso en el Collège de France (1977-1978). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2006. <https://bit.ly/3BsiYIO>

30. Morgan LM, Roberts EFS. Reproductive governance in Latin America. *Anthropol Med.* 2012; 19(2): 241-54. <https://doi.org/10.1080/13648470.2012.675046>
31. Yañez, SS. De cómo las instituciones de salud pública regulan las experiencias del embarazo, parto y puerperio... y de lo que resta. [Tesis de Doctorado]. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires-Facultad de Filosofía y Letras; 2016. <https://bit.ly/3IR88zg>
32. Secretaría de Salud. Programa de acción específico: Planificación familiar y anticoncepción 2013-2018. Programa sectorial de salud. México: SSA; 2013. <https://bit.ly/3qmSYva>
33. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar. México: DOF; 1994. <https://bit.ly/45HUZSD>
34. Secretaría de Salud. El derecho a la libre decisión en salud reproductiva. México, D.F.: SSA; 2002. <https://bit.ly/3OTrF2h>
35. Dirección General de Salud Reproductiva. Capítulo 5. El proceso de la comunicación interpersonal y la orientación-consejería, durante el posparto, la transcesárea, la poscesárea y el posaborto. En: Secretaría de Salud. Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto. México, D.F.: SSA; 2002. Pp. 33. <https://bit.ly/3qn6sXJ>
36. Prata N, Fraser A, Huchko MJ, Gipson JD, Withers M, Lewis S, et al. Women's empowerment and family planning: A review of the literature. *J Biosoc Sci.* 2017; 49(6): 713-43. <https://doi.org/10.1017/S0021932016000663>
37. Casique I. Uso de anticonceptivos en México: ¿qué diferencia hacen el poder de decisión y la autonomía femenina?. *Papeles Poblac.* 2003; 9(35): 209-33. <https://bit.ly/3b8NkFB>