



Perspectivas y prácticas del personal que interviene en planificación familiar en mujeres con riesgo reproductivo

Perspectives and practices of personnel involved in family planning with women at reproductive risk
Perspectivas e práticas dos profissionais envolvidos no planejamento familiar em mulheres com risco reprodutivo

Como citar este artículo:

Padrón GJ, Flores YYR. Perspectives and practices of personnel involved in family planning with women at reproductive risk. Rev Esc Enferm USP. 2023;57:e20230001. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0001en>

Gilberto Jasso Padrón¹

Yesica Yolanda Rangel Flores²

¹Universidad Cuauhtémoc, Licenciatura en Medicina, San Luis Potosí, México.

²Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Enfermería y Nutrición, Maestría en Salud Pública, San Luis Potosí, México.

ABSTRACT

Objective: To analyze the perspectives and practices of personnel involved in family planning with women at reproductive risk due to chronic diseases. **Method:** Qualitative study in which physicians and nurses from primary care centers in a state in central Mexico were interviewed. Interviews were transcribed and analyzed under the Grounded Theory proposal. **Results:** The perspectives and practices in family planning interventions are unilaterally framed in the biomedical model. Three categories of analysis emerged: “The battle”, “Convince by imposing”, “Monitor them and catch them”. **Conclusion:** It is necessary to promote competencies in interculturality, gender perspective and human rights to make the intervention more of a counseling and less of a prescription for life projects.

DESCRIPTORS

Family Development Planning; Reproductive Rights; Noncommunicable Diseases; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Qualitative research.

Autor correspondiente:

Yesica Yolanda Rangel Flores
Av. Niño Artillero, 130, Zona
universitaria poniente de la Universidad
Autónoma de San Luis Potosí
78000 – San Luis Potosí, México.
yesica.rangel@uaslp.mx

Recibido: 23/01/2023
Aprobado: 20/07/2023

INTRODUCCIÓN

Las muertes maternas indirectas se incrementaron en la última década, asociadas con una transición epidemiológica caracterizada por el crecimiento exponencial de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) en mujeres jóvenes⁽¹⁾. Tan sólo en México, la hipertensión arterial afecta al 34.3% de la población entre 20 y 69 años⁽²⁾ y se espera que la diabetes mellitus, que ahora se posiciona en 12%, alcance una prevalencia del 18% para 2030⁽³⁾.

Es obligación del Estado proteger y garantizar el derecho de las mujeres a la autonomía reproductiva, que implica no solo el decidir libremente cuando y cuantos hijos tener, sino desarrollar agencia para tomar decisiones conscientes sobre sus procesos reproductivos⁽⁴⁾. Para el logro de lo anterior, es fundamental que estén informadas de su riesgo reproductivo, para que con plena conciencia accedan a una consejería personalizada. Y es que, si bien la reproducción es un derecho fundamental, en el caso de las mujeres que cursan con ECNT, las adaptaciones fisiológicas que conllevan el embarazo, parto y puerperio llegan a representar una situación de alto riesgo y hasta una probable causa de muerte⁽⁵⁾.

En el contexto antes expuesto, es que las habilidades del personal sanitario para valorar el riesgo, comunicarlo y brindar la consejería reproductiva figuran trascendentes para las usuarias diagnosticadas con algún tipo de ECNT. Diversos estudios han documentado la ausencia de habilidades del personal sanitario en el campo de la planificación familiar, señalando la violación a derechos humanos, sexuales y reproductivos, e incluso, sobre la práctica de violencia obstétrica. Entre estos estudios, destacan con particular relevancia, los que han sido reiterativos en evidenciar cómo la comunicación que sostiene el personal sanitario con las usuarias se estructura desde posiciones de poder que vulneran a las mujeres usuarias de los servicios⁽⁶⁾. Incluso a pesar de los avances en políticas, las mujeres siguen siendo invisibilizadas, ignoradas, y no se les concede credibilidad, ni méritos o capacidad de opinar⁽⁷⁾.

Particular relevancia ameritan los estudios desarrollados sobre la sexualidad en personas con ECNT, principalmente porque una importante cantidad de estos documentan los cuerpos de las mujeres como asexuales a partir de la experiencia de la enfermedad⁽⁸⁾, colocando lo biológico como principio de la disminución en el interés y la práctica sexual.

En el contexto de los estudios antes señalados, cabe aclarar que poco ha sido abordado el desempeño del personal sanitario, y en particular, con mujeres en edad reproductiva diagnosticadas con alguna ECNT. Es justamente a dicha laguna de conocimiento a la que pretende abonar nuestro estudio, cuyo objetivo es analizar las perspectivas y prácticas que aplica el personal sanitario en la intervención en planificación familiar en específico, con mujeres que enfrentan riesgo reproductivo asociado a enfermedades crónicas.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDIO

Cualitativo, enmarcado en el interaccionismo simbólico y la perspectiva centrada en el actor, enfoques que se identificaron pertinentes en función de que, para estas teorías, el significado

es producto de la convención social que se vislumbra en la interacción social⁽⁹⁾.

POBLACIÓN

Para la selección de los Centros de Salud se recurrió a muestreo propositivo, estrategia que consiste en acudir a casos que, por sus características o experiencias, de antemano se sabe que poseen la mayor riqueza de información posible sobre el fenómeno de investigación. Se eligió trabajar en los centros urbanos de primer nivel de atención que contaban con mayor número de personal, así como con los que de manera más o menos frecuente ofertaran formación y actualización continua en materia de Planificación Familiar.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Médicos y enfermeras que laboraban en la atención a mujeres en edad reproductiva en situación de enfermedad crónica, con uno o más años de servicio en dicha área y que decidieran participar de manera voluntaria en la investigación. El personal de salud fue seleccionado mediante muestreo intencional⁽¹⁰⁾ y el número de informantes se determinó en función del criterio de saturación teórica, que consiste en que la información que se recopila no aporta nada nuevo al “desarrollo de las propiedades y dimensiones de las categorías de análisis⁽¹¹⁾”.

COLECTA DE DATOS

Entrevistas individuales se llevaron a cabo en el período de junio de 2021-mayo de 2022, con base en un guion de entrevista semiestructurado, fueron realizadas por quien figura como primer autor dentro de los consultorios médicos, tuvieron una duración aproximada de 40 minutos y no se requirió más de un encuentro con los entrevistados.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Las entrevistas audio grabadas fueron transcritas y analizadas a partir de la propuesta para teoría fundamentada⁽¹²⁾. La información se trianguló con las notas levantadas a partir de las guías de observación no participante y el diario de campo.

ASPECTOS ÉTICOS

La investigación contó con la revisión, aprobación y monitoreo del Comité Estatal de Ética e Investigación en Salud de los Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí, registro SLP/07-2019. Se recolectó la firma de consentimiento informado, se garantizó y respetó el anonimato, y también se informó a los informantes sobre su libertad para participar o dejar de hacerlo en el momento que lo considerasen necesario. Para fines de esta publicación, se han omitido los nombres y solo se ha asignado un número a los participantes.

RESULTADOS

Se entrevistó a doce profesionales, ocho mujeres y cuatro hombres, cinco con licenciatura en medicina y siete en enfermería. Mencionan que las mujeres diagnosticadas con hipertensión, diabetes, hipotiroidismo, etc., que acuden a su centro de salud, “rara vez” se embarazan, por lo que, en las consultas de seguimiento de la enfermedad, no se abordan cuestiones de planificación familiar,

reconociendo en contraparte, que la consulta ginecológica tampoco valora cuestiones relacionadas con la cronicidad.

Esas pacientes tienen su consulta en el núcleo básico por el problema crónico, el ginecólogo no ve problemas crónicos, y acá no vemos lo del ginecólogo...estas mujeres están más en núcleo [donde se atiende exclusivamente la situación de cronicidad]. (Participante 8)

Estas mujeres tienen ya otro perfil, lo prioritario es controlar la enfermedad, evitar complicaciones, tienen otras necesidades de seguimiento, la planificación no es prioridad. (Participante 11)

Afirmaciones como las anteriores son elaboradas aun cuando saben de la existencia de casos de embarazo en usuarias con enfermedades crónicas.

Hay una paciente que tiene 14 años, está cursando el último trimestre de embarazo y es diabética insulínica dependiente, es una diabetes tipo I ... acá nada más viene para control de embarazo y en el [hospital] central va para control de su enfermedad. (Participante 3).

Mujeres muy jóvenes, adolescentes y aparte obesas, implica un mayor riesgo de empezar con diabetes en el embarazo, o empezar con preeclampsia. (Participante 12)

Además, mostraron una tendencia hacia acotar el riesgo con base en los grupos de edad, insistentes, en clasificar separadamente a las adolescentes de las mujeres adultas, devaluando el riesgo en estas últimas, pues se asume que están “en edad reproductiva”, invisibilizando la situación de riesgo que implica por sí misma la situación de cronicidad de la enfermedad.

De igual manera, se identificó que tienden a un mayor reconocimiento del riesgo vinculado a los estilos de vida, como es en el caso de mujeres que abusan de sustancias y/o viven situaciones de violencia intrafamiliar. En cuanto a las comorbilidades, las enfermedades que comprometen la salud mental son caracterizadas como las “más complicadas”.

Cuando sabes que consumen alcohol, o peor, algún tipo de droga, obviamente ese embarazo no va a terminar bien, o peor, no va ni a terminar. (Participante 9)

¡Las pacientes con enfermedades mentales! y en algunas ocasiones el problema son los familiares que creen que no requieren [método anticonceptivo], pero hemos tenido embarazadas y no necesariamente por una violación si no que dentro de lo que cabe, lo hicieron consensuado, ¿no? Entonces llegan a embarazarse y bueno ahora sí ya después vamos a ponerles un método ese es el problema. (Participante 10)

En lo que respecta a la implementación de la planificación familiar, se identificaron tres categorías de análisis, a las que titulamos “La batalla”, “Convencer imponiendo”, “Vigilarlas y atraparlas”.

LA BATALLA

La intervención en materia de planificación familiar es equiparada con una batalla, la cual tiene un *sentido negativo* dentro

del contexto en el que se produce. Es referida como una situación que resulta de la falta de acatamiento de la prescripción que hace el personal de salud, de ahí que, cuando la prescripción se acata, surgen expresiones como “*si se consigue*” “*se logra*”, lo que tiene un *sentido positivo* dentro del contexto de la planificación familiar, y su contraparte negativa “se pierde (la batalla)”, lo que inclusive se relaciona con la “*pérdida de pacientes*” o desemboca en “*embarazos de alto riesgo*”. Prueba de ello se encuentra en los siguientes fragmentos discursivos.

Es una batalla que tenemos que llegar hasta el final, a veces sí lo conseguimos. A veces llegan después del embarazo, y [decimos] ¿qué pasó? ¿Con qué te vas a quedar? ¿Con que método? - “No es que todavía no lo he pensado”, [entonces] insistimos nuevamente. (Participante 4)

Es batallar, no entienden las complicaciones que pueden suceder con el embarazo, en cada consulta es estar repitiendo lo mismo. (Participante 9)

CONVENCER IMPONIENDO

Intervenir en planificación familiar, implica entrarle al trabajo de *convencer* y *concientizar*, es decir, de “*buscar la forma*” o la “*manera*” en la que acepte el método anticonceptivo, lo cual conlleva casi siempre el uso de la “*insistencia*”. Las estrategias son diversas, hacer tamizajes cuando las mujeres van a visitar otros módulos o mientras hacen fila para vacunar a los hijos, seguimiento telefónico, o implementar talleres sobre métodos anticonceptivos dentro y fuera del centro de salud.

El “*dejarse convencer*” parecería estar relacionado con “*estar conscientes*”, pero más bien, lo está con “*hacerlas conscientes*”, es decir, es una acción vista como positiva, que a su vez se relaciona con “*ser buena paciente*” puesto que ahora “*sabe sobre los riesgos*” que implica el no aceptar un método.

Lo más difícil es convencer a la paciente, tú le das su explicación, le dices el motivo, la razón por la que debe de cambiar ciertas cuestiones de su vida, y eso es un reto, tú lo tienes que hacer realmente es convencer de que si lo realiza va a haber un cambio positivo en su vida. (Participante 8)

Les hacemos ver el riesgo (...) me ha tocado que vienen y dicen “es que me quiero embarazar”- ¿te quieres embarazar? (pregunta con desanimo, hace gesto de desaprobación), ¿cuántos años tienes? “no pos 38-40”-a ok- ¿eres diabética o hipertensa?, “no que diabética” lleva el control con nosotros, muy bien -y luego ¿qué va a pasar?, ¿quieres tener un bebé que también traiga diabetes, o quieres ponerte mala y ahí quedar?, tuve un caso que esa señora que se aferró que quería embarazarse y se embarazó, sí, es muy difícil, deberás es muy difícil a veces hacerle ver a los pacientes. (Participante 5)

El *convencimiento* implica desplegar estrategias que el personal de salud utiliza para llegar a un fin, el uso de algún método o evitar el embarazo. Como se ha descrito con anterioridad, la aprobación de éste es equivalente a que los usuarios sean “*conscientes*”, por lo que el acto de implementar la planificación familiar es descrito como una acción de *concientizar*.

A veces no se cumplen las metas, pero nosotros hacemos... es mucha la insistencia de nosotros, muchísimo, no tienes idea de cuánto insistimos. A veces hay gente que dice "no es que no voy a planificar o sea no". Bueno de rato te veo otra vez aquí embarazada. (Participante 4)

VIGILARLAS Y ATRAPARLAS

La *vigilancia* implica también una serie de estrategias de seguimiento en el cual se busca garantizar la asistencia de las usuarias al centro de salud. Lo que más resalta es el uso de medios como la telefonía celular (debido a que contexto en las colonias en donde se trabaja es percibido como violento) y las visitas domiciliarias, por lo que necesariamente el centro de salud es extramuros, flexible y extensible.

Les hablamos a las pacientes que están inasistentes, les decimos, ya llegó tu método, porque a veces pasamos como 2 o 3 meses que no hay por decir hormonales inyectables, entonces, cuando llegan le hablamos directamente. (Participante 3)

Si faltas a tu consulta, nosotros tenemos una estrategia, sabes que, ¿qué pasó? ¿Por qué no viniste a tu consulta? "No pues, porque estaba lloviendo, porque este no pude, o fui el kínder de la niña..." les agendamos nuevamente su cita, no las dejamos, así como que ya no vino, bueno ni modo. No, les agendamos su cita o les hablamos por teléfono, normalmente usamos lo que son las vistas domiciliarias, pero es un área que no se presta para hacer visita domiciliaria entonces mejor del teléfono. (Participante 1)

La *vigilancia* implica también, interrogar a modo de estrategia de la Planificación Familiar a mujeres en edad reproductiva que simplemente pasen por algún lugar del Centro, se les hace "cautivas" o se les "agarra" para la consejería.

Agarramos muchas adolescentes, también agarramos a las de alto riesgo, casi ahí vamos más o menos, a las de post evento obstétrico casi a todas las tengo cautivas, son las que más veo, sin importar si son menores o mayores de edad, a todas. (Participante 12)

Hacerlas cautivas, desde luego que proviene desde una analogía bélica, recompensa de las batallas. En este caso, el sentido en el que se nombran estas acciones es otro, resignificado para aspectos operativos en servicios de salud, pero que se relaciona íntimamente con la *batalla* y la *vigilancia*, que ya hemos descrito.

DISCUSIÓN

Las perspectivas se enmarcan prácticamente de forma unilateral en el modelo biomédico, paradigma que al centrarse exclusivamente en la arista biológica, anula las dimensiones psicosociales, invisibilizando los rasgos culturales que dotan de particularidad la existencia, lo que lleva a encontrar lógico, el abordaje estandarizado y despersonalizado en la atención en salud, implementando acciones a manera de mandatos institucionales, que parecen más prácticas de control e imposición, que de consejería⁽¹³⁾.

El personal invierte gran parte de su tiempo y energía buscando incorporar a las usuarias en el programa de planificación

familiar, en una experiencia que se narra desgastante, confrontativa e insatisfactoria, pero sobre todo y lo más preocupante. Se narra como una situación de conflicto, en la que se evidencia la inexistencia de herramientas para la negociación intercultural.

Desde la perspectiva centrada en el modelo biomédico, es lógico identificar una postura profesional ambivalente frente al riesgo reproductivo, en la que mientras le reconocen e incluso hasta le sobredimensionen en su imaginario profesional, no logran llevarle a la realidad al momento de consultar a las mujeres.

Esta incongruencia entre el imaginario y la práctica ha sido señalada también por otros autores, quienes aluden que, si bien se habla del riesgo reproductivo en las mujeres en situación de enfermedades crónicas, al momento de consultarlas, esto no marca una diferencia, ni una manera específica de actuar, a estas mujeres se les suele abordar con el mismo interés y argumentos que usan con el resto de las mujeres^(14,15).

Identificamos también la existencia de una tendencia en el personal sanitario a exaltar el riesgo en el caso específico de las adolescentes, un grupo poblacional que si bien enfrenta un riesgo potenciado por la inconclusa maduración biopsicosocial, según hallazgos de estudios antecedentes, no es un grupo que tenga protagonismo en la relación riesgo reproductivo-ECNT. La mayor parte de las mujeres con riesgo reproductivo asociado al curso de ECNT se han identificado concentradas entre grupos de edad de 30, 40 años y más^(16,17).

Otro de los grupos poblacionales que identificamos predominante en el discurso sobre riesgo reproductivo y ECNT es el de las mujeres con enfermedades mentales, en quienes contemplan la planificación más como una estrategia de control que de derechos humanos, invisibilizando la vulnerabilidad que este grupo de mujeres enfrenta en relación al abuso y la violencia sexual, situación que ha sido previamente reportada por otros autores⁽¹⁸⁾.

Se documentó, además, la fragmentación de la atención sanitaria, la cual deriva fundamentalmente de la perspectiva biomédica. El modelo médico hegemónico fragmenta el cuerpo para entender los mecanismos de la enfermedad, y cree que puede hacer lo mismo con las experiencias en torno a cómo se viven los procesos de salud, enfermedad y atención; sin embargo, si bien la fragmentación puede ser una estrategia útil para comprender los mecanismos fisiológicos y patológicos, y puede potenciar la profundidad y la especialidad en el saber, definitivamente no es una estrategia que favorezca la perspectiva holística e integral que sostiene la experiencia sexual y reproductiva, no solo no lo hace factible, sino que incluso, este visión divide y fragmenta, limita la comprensión de los fenómenos sociales que enmarcan la experiencia de la salud, la enfermedad y la atención, generando emociones de frustración e incompetencia en el personal sanitario⁽¹⁹⁾.

Dimos cuenta que no existe un abordaje reflexivo de la planificación familiar, consecuentemente, la intervención no fluye a manera de consejería, sino más bien en el tenor de la prescripción e instalación de métodos, pretendiendo prescribir la sexualidad y el proyecto reproductivo, y anulando con esto, la dimensión que tiene esto como derecho humano fundamental. No es posible prescribir la reproducción, tal como se hace con las enfermedades, es imperativo reconocer en la anticoncepción uno de

los derechos humanos fundamentales, cuyo abordaje demanda perspectivas de género, derechos humanos e interculturalidad⁽²⁰⁾.

El personal sanitario debería ser consciente de que el garantizar el acceso a métodos anticonceptivos en este grupo específico de mujeres va por mucho más allá de dar cumplimiento a metas y políticas institucionales, implica de fondo, garantizar la salud reproductiva y mantener la vida, implica fundamentalmente el dotar a las mujeres de información veraz, científica y oportuna, para que construyan su proyecto reproductivo, el cual consiste no en renunciar al deseo de maternar, sino al de poder ejercer su derecho a embarazarse y tener un parto seguro, con posibilidad de sobrevivencia y un desarrollo sano en sus hijos. Debemos renunciar, como señala Palma⁽²¹⁾, a la visión obsoleta y violatoria de derechos humanos, de que la planificación familiar en mujeres con riesgo reproductivo está limitada a controlar, restringir, evitar y desincentivar los nacimientos.

Las perspectivas y disposiciones desde las que se mueve el personal para intervenir en planificación familiar no figuran de ninguna manera ligadas al marco de los derechos sexuales y reproductivos. Esto puede deberse a que la visión del personal sanitario a partir del modelo médico hegemónico es bastante limitada respecto a la dimensión humano social; “el personal de salud pública no interviene o lo hace limitadamente sobre las condiciones estructurales (económico-políticas e ideológico-culturales)”⁽²²⁾.

Bajo la óptica anterior, podemos entender que aunque se busque “concientizar” a las mujeres en cuanto a los riesgos que hacen “batallar” al personal de salud, lo cierto es que no se logrará nada si no se reconocen y abordan las condiciones estructurales que mantienen dicha situación, y si se siguen orientando acciones sin reflexionar en las relaciones que se sostienen con las usuarias y el tenor en que se establece la comunicación con ellas. Es decir, si no se acciona desde el ser culturalmente competente, una herramienta que posibilita no solo mejores resultados en la intervención de consejería sanitaria, sino también mayor satisfacción y menor ansiedad al momento de encontrarse con unos otros, que en términos culturales son significativamente diferentes⁽²³⁾.

Esta diferencia cultural precipita que los encuentros entre el personal de salud y la población usuaria ocurran en contextos de imposiciones, pero también de resistencias. Cabe reconocer que las explicaciones que han encontrado a estas resistencias están enmarcadas la mayoría de las veces por una mirada positivista y de cierta forma reproductora del pensamiento de la medicina hegemónica. Otros estudios identifican la existencia de una serie de “percepciones negativas sobre el uso”⁽²⁴⁾, sin reflexionar desde los contextos y solo describiendo la tendencia hacia el alza de uso de métodos anticonceptivos en diferentes contextos.

En este estudio comprendemos que las resistencias de las mujeres están vinculadas a un dominio anclado a la cultura, en la cual no es compatible con las perspectivas que tiene el personal de salud sobre las usuarias, es decir, a un dominio en el cual se parte de estereotipos sociales y taxonomías a partir de comportamientos, un etnocentrismo que parte del Modelo Médico Hegemónico. Por lo cual habría que reflexionar sobre el papel de la consejería y de la cobertura en este punto, puesto que solo se parte de una perspectiva y no de la otra, que es donde se pretende incidir.

Otra cuestión relevante que se identificó y que es urgente discutir, es como en el imaginario del personal sanitario, la reproducción aparece desmarcada del erotismo y la violencia. Es decir, se da por hecho y se parte de la idea de que el embarazo acontece producto de una decisión autónoma e individual, sobre la que siempre existe control para decidir. No se reconoce la existencia de presiones sociales, no por nada, se ha escrito sobre que una de las identidades más deseable para las mujeres, aún en muchos contextos, es la de *madre esposa*. No se puede ser sexualmente activa si no se asume el mandato social de ser madre, mismo que puede llegar a tener tal peso, que prácticamente, pueden obligar a las mujeres a embarazarse, aún a sabiendas de que esto podría resultar en su muerte⁽²⁵⁾.

Tampoco se habló de los encuentros sexuales forzados, lo que refuerza la afirmación ya elaborada respecto a que, prevalece una ausencia de perspectiva en materia de género y derechos humanos. Se discute sobre la necesidad de colocarles un método para que mujeres con enfermedades mentales no se embaracen, cuando el problema es que no se cumplen las condiciones por parte de la sociedad y del Estado para garantizar los derechos de estas mujeres a no ser abusadas o violadas. Cuando se busca legitimar el uso de métodos anticonceptivos para que las mujeres con enfermedad mental no se embaracen, se está legitimando en el fondo la violencia de la que son parte.

A las mujeres con ECNT pareciera que se les concibe como asexuales, principalmente a las mujeres denominadas “añosas” o en las que tienen una enfermedad mental: la sexualidad es un tema usado solo por asunto reproductivo y de forma negativa, puesto que hay embarazos. Por lo que su saber es “restringido sobre las sexualidades de personas con enfermedades crónicas, y un proceso de atención en salud poco coherente con las necesidades reales de estos grupos humanos”⁽²⁶⁾.

Desde una perspectiva biologicista, centrada en la enfermedad, es de esperarse que la actuación en planificación familiar ocurra a partir de la enfermedad y no de las mujeres, sus deseos, proyectos y cotidianidades. Se asume que las mujeres con diagnósticos de ECNT están obligadas a elaborar su proyecto de vida a partir de la misma enfermedad, es decir, desde un reconocimiento de *ser enferma*, y a partir de esto cambiar su proyecto de vida. Y no en el sentido inverso, es decir, adaptar la enfermedad crónica a su proyecto de vida, para así vivir como se desea vivir. De ahí que se continúen documentando las resistencias en las mujeres respecto a la prescripción de la reproducción y el uso de los métodos de anticoncepción.

Tal como encontramos que funcionan las intervenciones en materia de planificación familiar, nos atreveríamos a señalar que estos programas representan uno más de los cautiverios en los que habitan las mujeres, son ellas quienes deben aceptar que sus cuerpos se vigilen y prescriban. Es a partir de su potencialidad reproductiva y de sus enfermedades que ellas deben pensar su proyecto de vida, su historia es la historia de su cuerpo y vive en función de los otros⁽²⁷⁾, incluso de los otros que no están, los no nacidos.

La vigilancia que ejerce el personal sanitario sobre las mujeres se hizo evidente, y si bien es cierto que esta *vigilancia sanitaria* no se ejerce de forma exclusiva sobre la salud de la mujer sino en general sobre la población, “por mediación de la medicina, la pedagogía y la economía, se hizo del sexo no sólo un asunto laico,

sino un asunto de Estado; aún más: un asunto en el cual todo el cuerpo social, y casi cada uno de sus individuos, era instado a vigilarse⁽²⁸⁾. Esta vigilancia desde la biopolítica claramente tiene una connotación de género, y es que, desde el modelo médico hegemónico, se interpreta e intervienen los cuerpos con base en la construcción social que de esto se hace a partir del género, el cuerpo de la mujer se hiper medicaliza y con esto también se determina en su proyecto de vida. La medicina entró a vigilar el cuerpo de las mujeres en la menstruación, la gestación, la menopausia y, además, a explicar sus estados de ánimo a partir de sus ciclos hormonales, condición que no atraviesa los cuerpos o las vidas de los varones⁽²⁹⁾.

Ahora, si bien las perspectivas y prácticas que sostienen la intervención en planificación familiar pareciesen un asunto personal de cada actor sanitario. Se trata de toda una estructura de pensamiento producida y reproducida desde un modelo médico hegemónico sustentado además en modelos económicos capitalistas y neoliberales, para quienes las mujeres son portadoras además del bono demográfico y en dicho sentido, actoras no solo sociales, sino también económicas.

Ubicar “vigilancia”, “batalla” o “concientizar” como subcategorías que integran la planificación familiar nos obliga para acudir a los estudios decoloniales, porque justo del pensamiento occidental es de donde emerge y se fortalece el Modelo Médico Hegemónico, que naturaliza a las usuarias desde un punto de vista meramente biológico, sobre las que implementa medidas de control social, buscando transformarlas en un “otro”, y para lo cual, hay que hacerlas “cautivas”.

Esto da pie a toda una concepción sobre las usuarias, las que son descritas y clasificadas (transformadas y significadas) en niveles de pobreza, “baja educación” y poseedoras de un “nivel de cultura bajo” a modo de diferenciación, despojándoles desde este reconocimiento, de su capacidad de *agencia*, de sus deseos, sus opiniones y experiencias; en sí, de una visión del mundo igual de válido.

La planificación familiar se configura entonces como una estrategia colonizante, sin ser culturalmente competentes. La planificación familiar se impone como colonización, se busca colonizar al otro a través de la impregnación de una visión del mundo particular, sin tomar en cuenta la visión del mundo de las mujeres y sus contextos, de ahí que las mujeres opongan resistencia, asuman los riesgos (un riesgo no construido desde su mundo) desde prácticas discretas de resistencia hasta las más complejas, porque “donde hay poder hay resistencia”.⁽²⁸⁾

RESUMEN

Objetivo: Analizar las perspectivas y prácticas del personal que interviene en planificación familiar con mujeres en riesgo reproductivo por enfermedades crónicas. **Método:** Estudio cualitativo, se entrevistó a médicos y enfermeras de centros de primer nivel de atención en un estado en el centro de México. Las entrevistas fueron transcritas y analizadas bajo la propuesta de la Teoría Fundamentada. **Resultados:** Las perspectivas y prácticas en la intervención en planificación familiar se enmarcan de forma unilateral en el modelo biomédico. Emergieron tres categorías de análisis: “La batalla”, “Convencer imponiendo”, “Vigilarlas y atraparlas”. **Conclusión:** Es necesario impulsar competencias en materia de interculturalidad, perspectiva de género y derechos humanos, para hacer de la intervención más una consejería y menos una prescripción de proyectos de vida.

DESCRIPTORES

Planificación Familiar; Derechos Sexuales y Reproductivos; Enfermedades no Transmisibles; Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud; Investigación Cualitativa.

Las narrativas compartidas permiten dar cuenta de la necesidad y la urgencia de que las políticas de salud reproductiva en México transiten hacia un enfoque de derechos humanos, interculturalidad y género; y se descoloquen del abordaje colonialista, situación en la que ha comenzado a incidirse, con la incorporación de los seis ejes transversales en el actual Programa Específico de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024, que alude la importancia de actuar desde la transvesalización de las perspectiva de Derechos Humanos, Igualdad de género, Interculturalidad, Juventudes, Masculinidades y Enfoque de población⁽³⁰⁾.

Sin embargo, los resultados del presente estudio dan pie a problematizar no sólo la actuación del personal sanitario que interviene en la consejería en materia de salud reproductiva, sino en las competencias profesionales en las que se forma a los recursos humanos en salud. Así como es necesario capacitar y sensibilizar al personal profesional de los servicios, también lo es reestructurar los programas de formación, transversalizando en la curricula perspectivas sociales y humanas que posibiliten entender la sexualidad en su más amplia complejidad, cuestionando el modelo biomédico hegemónico desde el que históricamente se han pensado los cuerpos y vidas de las mujeres.

Una de las limitaciones más importantes de este estudio tiene que ver con los obstáculos para llevar a cabo la observación participante de los encuentros entre el personal de salud y las mujeres, estrategia que consideramos incorporar en futuros acercamientos, ya que pueden generarse códigos de análisis necesarios para comprender el tenor en que ocurren las interacciones sociales entre las usuarias y los profesionistas.

CONCLUSIÓN

El personal de salud concibe la planificación familiar como una acción que se realiza para convencer-imponiendo, orientar, ofrecer, concientizar, controlar, vigilar y atrapar, para que las usuarias decidan el número de hijos que desean, además de una batalla que se “debe ganar”. La sexualidad es clasificada desde las enfermedades de las usuarias y la edad, la primera se relaciona con “disminución” o con “asexualidad” y la segunda con una restricción, siempre visualizadas desde la reproducción. Existe poca reflexión en estos aspectos, así como de la planificación familiar, por lo que la consejería se basa en una serie de supuestos y estereotipos de género a partir de una serie de clasificación de las usuarias.

RESUMO

Objetivo: Analisar as perspectivas e práticas dos profissionais envolvidos no planejamento familiar com mulheres em risco reprodutivo por doenças crônicas. **Método:** Estudo qualitativo no qual foram entrevistados médicos e enfermeiros de centros de atenção primária de um estado da região central do México. As entrevistas foram transcritas e analisadas sob a proposta da Teoria Fundamentada nos Dados. **Resultados:** As perspectivas e práticas na intervenção em planejamento familiar se enquadram unilateralmente no modelo biomédico. Emergiram três categorias de análise: “A batalha”, “Convencer pela imposição”, “Vigiar e pegar”. **Conclusão:** É necessário promover competências em interculturalidade, perspectiva de gênero e direitos humanos para tornar a intervenção mais um aconselhamento e menos uma prescrição de projetos de vida.

DESCRITORES

Planejamento Familiar; Direitos Sexuais e Reprodutivos; Doenças não Transmissíveis; Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde; Pesquisa Qualitativa.

REFERENCIAS

1. Comité Técnico Especializado del Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo Del Milenio. Los Objetivos del Desarrollo del Milenio en México: informe de avances 2015 [Internet]. México: CTESIODM; 2015 [citado 2022 ene 2022]. Disponible en: <https://bpo.sep.gob.mx/#/recurso/5598/document/1>
2. Rojas-Martínez R, Basto-Abreu A, Aguilar-Salinas CA, Zárate-Rojas E, Villalpando S, Barrientos-Gutiérrez T. Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. *Sal Públ Mex*. 2018;60(3):224–32. doi: <http://dx.doi.org/10.21149/8566>
3. Barba E. México y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles: el laboratorio también juega un papel importante. *Rev Latinoam Patol Clin Med Lab* [Internet]. 2018 [citado 2022 mayo 7];65(1):4–17. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79689>
4. Trevizo AV. Autonomía reproductiva y maternidad tardía: una reflexión bioética. *Dilemata* [Internet]. 2018 [citado 2022 sept 17];28:51–62. Disponible en: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000247>
5. Moraes I, Brenner J, Ferreira J, Costa S, Boschi-Pinto C. Tendência da mortalidade materna no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, entre 2006 e 2018, segundo a classificação CID-MM. *Cad Saude Publica*. 2022;38(3):e00195821. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00195821>. PubMed PMID: 35416896.
6. Castro Pérez R, Erviti J. Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. México: LIBRUNAM; 2015. p.130. doi: <http://dx.doi.org/10.22201/crim.9786070287046e.2017>
7. Castro R, Frías S. Violencia obstétrica y ciencias sociales. México: UNAM; 2022. Violencia simbólica, violencia obstétrica y ciencias sociales; p. 98.
8. Espitia F. Disfunciones sexuales en mujeres con diabetes tipo 2, prevalencia y caracterización en el Eje Cafetero, Colombia. *Ciencia e Innovación en Salud* [Internet]. 2021 [citado 2022 nov 25];e123:144–55. Disponible en: <https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/4154/5161>
9. Reyes W, Moncayo JE, Orejuela J. Entre médicos y pacientes: una entrada etnográfica en la atención en salud a sujetos diabéticos. In: Moncayo JE, Orejuela J, Pérez-Arizabaleta M, editores. *Salud, subjetividad y estudios cualitativos: aproximaciones a la salud sexual, física y mental*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali, Universidad EAFIT, Universidad Antonio Nariño; 2022, p. 289–342.
10. Natera SI, Guerrero RF, Ledesma AE, Ojeda MG. Interaccionismo simbólico y teoría fundamentada: un camino para enfermería para comprender los significados. *Cult Cuidad*. 2017;21(49):190–9. doi: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.49.21>
11. Ulin PR, Robinson ET, Tolley E. Investigación aplicada en salud pública. Washington, DC: OPS; 2006. p. 153.
12. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa, técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Bogotá, DC: Ed. Universidad de Antioquia; 2002. p. 202.
13. Clarke A, Mamo L, Fishman J, Shim J, Fosket J. Biomedicalization. technoscience, health and illnesses in the U.S. In: Clarke A, Mamo L, Fosket J, Fishman J, Shim J, editores. *Biomedicalization, a theoretical and substantive introduction*. Durham: Duke University Press; 2010. p. 1–44.
14. Pérez K, Serrano M, Hernández K, Fernández H. Educación para la Salud y Acciones de Enfermería: una articulación en el control del riesgo preconcepcional. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2022 ago 21];32(2):1–9. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/903>
15. Amorim T, Oliveira I, Oliveira A, Azevedo A, Arantes E. Women with cardiopathy in the context of reproductive planning: contributions of phenomenological hermeneutics. *Esc Anna Nery*. 2020;24(1):e20190164. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0164>
16. Alves N, Feitosa K, Mendes M, Caminha M. Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(04):e2017-0042. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0042>
17. Luz BG, Soares LT, Grillo VTRS, Viola BM, Laporte IC, Bino DBM, et al. The profile of high risk pregnant women a clinic of Divinópolis, in Minas Gerais, Brazil, in the biennium 2013/14. *J Health Biol Sci*. 2015;3(3):137–43. doi: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v3i3.177.p137-143.2015>
18. Santoro Lamelas V, Layunta Maurel B, Peñaranda-Cólera MC, De la Torre L, Gresle A-S, Pinazo MJ. Derechos sexuales y reproductivos en mujeres con diagnóstico de trastorno mental grave: argumentos y consensos de profesionales en salud mental comunitaria. *Anu Psicol*. 2022;52(1):7–16. doi: <http://dx.doi.org/10.1344/ANPSIC2022.52/1.33006>
19. Menéndez E. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colect*. 2020;16:e2615. doi: <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2020.2615>. PubMed PMID: 32574456.
20. Osorio-Castaño JH. La salud sexual y reproductiva como área para desarrollar la enfermería de práctica avanzada. *Rev Cienc Cuidad*. 2017;14(2):130–43. doi: <http://dx.doi.org/10.22463/17949831.1114>
21. Palma Y. De la planificación familiar a la salud reproductiva: retos y obstáculos. *Pap Poblac* [Internet]. 2022 [citado 2022 sept 11];2(4-5):68–72. Disponible en: <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/18872>

22. Menéndez E. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate. Washington, DC: OPS; 1992. Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible; p. 103–22.
23. López L, Arias S, Rodríguez V, Reina L, Benavides E, Hernández D, et al. Competencia cultural de las enfermeras en el área de salud pública: una metasíntesis. *Rev Gerenc. Políticas Salud* [Internet]. 2018 [citado 2022 mayo 11];17(34):28–40. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7284206>
24. Allen-Leigh B, Villalobos-Hernández A, Hernández-Serrato MI. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Sal Pub Mex*. 2013;55(2, Suppl 2):S235–40. doi: <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v55s2.5120>
25. Lagarde M. Claves feministas para la negociación en el amor. Managua, Nicaragua: Puntos de Encuentro; 2001. p. 83.
26. Ledón L. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Rev Cub Sal Púb* [Internet]. 2011 [citado 2022 nov 12];37(4):488–99. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400013&lng=es
27. Lagarde M. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. México: Siglo Veintiuno Editores; 2015. p. 202–8.
28. Foucault M. Historia de la sexualidad: la voluntad del saber. México: Siglo Veintiuno Editores; 2017. p. 35.
29. Salgado F, Díaz M. Violencia obstétrica y de género mediante la medicalización del cuerpo femenino. *RELACES* [Internet]. 2019 [citado 2022 sept 13];11(29):23–34. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273266030004>
30. México. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024. Secretaría de Salud; 2020. p. 56–65.

EDITOR ASOCIADO

Rebeca Nunes Guedes de Oliveira



Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons.