

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA**  
**INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CULTURALES-MUSEO**



**SER HEROÍNA: ENTRE EL CONTROL Y LA REGULACION.  
NARRATIVAS EN TORNO AL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD  
SEXUAL Y REPRODUCTIVA DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y  
PUERPERIO, EN MUJERES-MADRES USUARIAS DE DROGAS  
INYECTABLES, EN MEXICALI, BAJA CALIFORNIA.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRA EN ESTUDIOS SOCIOCULTURALES

PRESENTA:

**PERLA NALLELY MARTÍNEZ REYNOSO**

BAJO LA DIRECCIÓN DE  
**DRA. ARELI VELOZ CONTRERAS**

MEXICALI, B.C., NOVIEMBRE, 2020.

## **AGRADECIMIENTOS**

En primera instancia quiero agradecer a mi madre Margarita, gracias por todo tu apoyo, por tu amor y por tu cariño a lo largo de mi vida. Agradezco tus enseñanzas, tus afectos, tu pasión por la vida, y tu enorme fortaleza ante toda adversidad. Te amo y admiro muchísimo, eres una mujer maravillosa, poderosa y valiente. Gracias por enseñarme a luchar por lo que quiero, y por siempre animarme a ser una mejor persona.

A mis abuelos paternos, Juanita y Ramón, sin ustedes no hubiera llegado hasta este punto, gracias por su brindarme amor y apoyo incondicional desde la infancia, los amo.

A Said, gracias por compartir conmigo tus saberes, tu mundo y tu amor, fuiste un pilar a lo largo de estos dos años de trabajo. Agradezco enormemente tu apoyo en los momentos más sombríos y difíciles de este proceso, así como de mi vida personal.

A mis compañeras de aula; en especial a Deicy y a Lucía, gracias por las charlas, las quejas, los llantos, las risas, las luchas, y las interminables y profundas discusiones. La vida hizo que nuestros caminos se encontrar, y estaré enteramente agradecida con ella por ponerlas a mi lado.

A mi directora de tesis Areli, quien en todo momento me apoyo y estuvo a mi lado, gracias por tu paciencia, por exigirme ser crítica, y por ser una excelente guía durante mi paso por el Instituto de Investigaciones Culturales – Museo.

A mis lectoras y lector de tesis, gracias Mónica, Teresa y Jaime por tomarse el tiempo de leer este trabajo, y, por hacer posible la conclusión de este.

También, deseo externar mi agradecimiento infinito a Irina y Aizta, ustedes me hicieron creer que lo que hacía servía para algo, gracias por darme un rumbo y por ayudarme en el proceso.

Asimismo, agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por apoyarme durante estos dos años, sin su financiamiento este trabajo no hubiera sido posible.

A todas las compas feministas que conocido durante estos casi cuatro años de crecimiento personal, gracias por hacerme creer/ver que es posible habitar un mejor mundo, a ellas mi agradecimiento y admiración, sin ustedes mi vida no sería igual.

A todo el personal de salud el Hospital Materno Infantil de Mexicali con quien tuve la oportunidad de convivir, gracias por hacerme sentir parte de su equipo su trabajo, y por abrirme las puertas en todo momento, sin ustedes esto no hubiera sido posible.

Finalmente, quiero agradecer enormemente a las colaboradoras de esta investigación, quienes fueron motor de este trabajo; I.M., M.I., E.L., G.A., C.H., L.U., A.L., gracias por compartir sus vidas y experiencias conmigo, gracias por las charlas, las risas, las lágrimas, los afectos, y todo lo que compartimos, admiro su valentía, su fuerza y su energía para hacer frente a este sistema de porquería que intenta someterles; son y serán heroínas sus propias vidas, y de la mía.

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	7
<b>Estado de la cuestión ¿Qué se ha hecho, y qué falta por hacer?</b> .....	7
• <b>La perspectiva médica-epidemiológica: Una visión dominante</b> .....	7
• <b>Una visión interdisciplinaria, más allá de la postura epidemiológica</b> .....	10
<b>Marco teórico</b> .....	12
<b>Estudios Culturales, Feminismo y Feminismo posestructuralista</b> .....	12
<b>Disciplina, regulación y exclusión: La biopolítica y la vida nuda, una visión androcéntrica del poder</b> .....	14
• <b>Normalización como disciplina y control</b> .....	16
• <b>La <i>nuda vida</i> ¿Quién merece vivir?</b> .....	17
• <b>Tecnologías del género: ¿Qué son? ¿Cuál es su función?</b> .....	19
• <b>El dominio sobre la sexualidad: biopolíticas de los cuerpos</b> .....	22
<b>El cuerpo y la reproducción: un acercamiento feminista</b> .....	23
<b>Aproximaciones feministas sobre la maternidad</b> .....	27
<b>Metodología, objetivos, selección y técnicas</b> .....	29
<b>CAPITULO I – Contexto</b> .....	36
<b>Las drogas como enemigo a combatir. El auge del prohibicionismo</b> .....	37
• <b>¿Qué ha pasado en México?</b> .....	41
<b>Salud: El nacimiento de un sistema</b> .....	46
• <b>El nacimiento del Sistema de Salud en México</b> .....	50
<b>Drogas inyectables ¿Son realmente un problema? Cifras oficiales y no oficiales</b> .....	53
<b>¿Importa el género?</b> .....	60
<b>CAPITULO II - La imposición de la bata blanca: El uso del saber-poder médico y los dispositivos de poder como mecanismo de control y regulación en los cuerpos de las MMUDI's</b> .....	62
<b>El nacimiento del Hospital Materno Infantil en Mexicali, Baja California</b> .....	62
<b>Implementación de dispositivos de poder para el control y regulación de los cuerpos de las pacientes</b> .....	66

• El “ojo clínico” -----	67
• Dar positivo: El antidoping -----	70
• Los mandatos institucionales: Los manuales de procedimiento -----	75
<b>Vínculos con otras Instituciones -----</b>	<b>80</b>
• La familia -----	81
• El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) -----	82
• Los centros de rehabilitación y el Instituto de Psiquiatra del Estado de Baja California (IPEBC) -----	85
<b>CAPITULO III - Encuentros y (Des)encuentros: la travesía para acceder a servicios de Salud Sexual y Reproductiva siendo usuaria de drogas -----</b>	<b>87</b>
<b>Salud Sexual y Reproductiva (SSR) -----</b>	<b>87</b>
<i>Todo depende del color del cristal con que se mire: Discrepancias en torno al acceso a los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva -----</i>	<i>89</i>
<b>“Las toxis nos invaden”: Uso de drogas, durante el embarazo, el parto, y el puerperio -</b> -----	<b>95</b>
• Embarazo -----	95
• Control prenatal -----	100
• Parto -----	103
• Afecciones a la salud en MMUDI’s -----	105
• Afecciones a la salud en recién nacidos, hijos de MMUDI’s -----	109
• Puerperio -----	112
<b>CAPITULO IV- Ser heroína: Ser madre y usuarias de drogas inyectables. Entre la discriminación y la violencia -----</b>	<b>114</b>
<b>“Somos tecatas”-----</b>	<b>114</b>
• “Había otras más importantes que yo”. Discriminación y violencia en el acceso a la Salud Sexual y Reproductiva en MMDUI’s -----	118
• Violencia estructural: un virus invisible -----	121
• Violencia obstétrica. “A huevo me hicieron parirla” -----	124
<b>“A pesar de la droga, uno siente”: Maternar siendo usuarias de drogas inyectables ----</b> -----	<b>130</b>

<b>Buenas madres Vs Malas madres -----</b>	<b>134</b>
<b>REFLEXIONES FINALES -----</b>	<b>137</b>
<b>ANEXOS -----</b>	<b>146</b>
• <b>Guía para grupo focal con MMUDI's -----</b>	<b>146</b>
• <b>Entrevista semiestructurada dirigida al personal de salud -----</b>	<b>150</b>
• <b>Tablas MMUDI's detectadas en el HMI -----</b>	<b>151</b>
Tabla 2. <i>MMUDI's detectadas en el HMI</i> -----	<b>151</b>
Tabla 3. <i>MMUDI's detectadas en el HMI</i> -----	<b>152</b>
Tabla 4. <i>MMUDI's detectadas en el HMI</i> -----	<b>153</b>
Tabla 5. <i>MMUDI's detectadas en el HMI</i> -----	<b>154</b>
Tabla 6. <i>MMUDI's detectadas en el HMI</i> -----	<b>155</b>
<b>REFERENCIAS -----</b>	<b>157</b>

## **INTRODUCCIÓN**

### **Estado de la cuestión ¿Qué se ha hecho, y qué falta por hacer?**

En este pequeño apartado, me propongo exponer algunas investigaciones y/o artículos que a mi parecer son relevantes en relación al fenómeno del uso de drogas inyectables en mujeres-madre, desde un contexto situado en la frontera norte de México. Dicha recopilación, fue realizada con la finalidad de (re)conocer lo que se ha hecho y se ha dicho respecto al tema, pues, considero que el tal búsqueda, me permitirá identificar desde que perspectivas se ha abordado la temática; los discursos que se han construido en torno a esta cuestión; y, me brindará la oportunidad de reflexionar sobre los retos a los cuales me enfrento en la investigación.

### **La perspectiva médica-epidemiológica: Una visión dominante.**

Pioneras en la investigación del uso de drogas en mujeres-mexicanas, son María Elena Medina-Mora y Martha Romero Mendoza, quienes desde una perspectiva médico-epidemiológica han realizado diversas investigaciones respecto al tema, a partir de la década de los ochenta.

Ejemplo de ello, es el trabajo titulado “El consumo de heroína en mujeres de Ciudad Juárez: una aproximación cualitativa a su trayectoria, consecuencias y tratamiento” (2010), el cual, además de brindar datos epidemiológicos sobre la trayectoria del consumo de heroína; frecuencia, cantidad, patrones de consumo, vías de administración, ofrece un acercamiento cualitativo, pues aborda las vivencias de las consumidoras, así como parte de los aspectos psicológicos, sociales y culturales relacionados al uso de heroína entre este grupo de mujeres. Además de lo antes mencionado, dicho trabajo hace uso de la perspectiva de género con la intención de analizar las condiciones y las barreras específicas asociadas al uso de heroína en mujeres que viven en Ciudad Juárez, Chihuahua.

Si bien, la investigación hace uso de una metodología mixta, y de técnicas tales como grupos focales y entrevistas a profundidad, considero que el análisis de las narrativas queda un tanto corto, ya que se sigue priorizar la trayectoria de consumo dentro de la investigación (preferencia al enfoque cuantitativo), dando pie al dominio y perpetuación de una visión médica-epidemiológica del fenómeno. En cuanto a la implementación de la perspectiva de género, pienso que pasa algo similar, pues creo que no se realiza un análisis crítico de los

estereotipos de género, o de las diversas situaciones que viven las mujeres usuarias de drogas inyectables por su condición genérica.

Con lo antes mencionado no quiero decir que el trabajo no tenga valor o no sea relevante, de hecho, lo considero un trabajo sumamente valioso, pues ofrece un panorama del fenómeno del uso de drogas inyectables en mujeres desde la frontera norte de México, solo que a mi parecer, se sigue abordado el tema desde un la línea de una investigación tradicional, dejando de lado el aspecto sociocultural.

Por otra parte, se encuentra el artículo “Mujeres consumidoras de drogas inyectables y sus problemas de salud” de Esquivel Gracia, Ortiz Ruiz y Ortiz Mondragón (2012), quienes exploran y analizan las complicaciones de salud que enfrentan las mujeres usuarias de drogas inyectables en la frontera norte de México, esto, a través de 11 entrevistas a mujeres que se encuentran en centros de rehabilitación ubicados en los estados de Sinaloa, Chihuahua y Coahuila. Parte fundamental de la investigación, es el exponer cómo es que el uso de drogas intravenosas se encuentra altamente difundido en la frontera norte de México, y cómo dicho consumo “representa un verdadero problema de salud pública que no solo causa muertes, sufrimiento personal y familiar, sino que también implica un alto costo para la sociedad en general y, particularmente, para el sistema de salud” en el país (Esquivel Gracia, Ortiz Ruiz y Ortiz Mondragón 2012, p.48).

Si bien, en este trabajo se menciona la importancia de la inclusión de la perspectiva de género a la hora de realizar una investigación, así como, la importancia de incluir dicha perspectiva en los servicios de rehabilitación para mujeres, considero que al igual que la investigación de Medina-Mora y Romero Mendoza, el estudio se queda en un estadio primario y no se hace un análisis crítico de la cuestión genérica, lo cual sería un aporte significativo dentro de la investigación.

Siguiendo el enfoque médico-epidemiológico, se encuentra el libro titulado *Cuqueando la chiva: contextos del consumo de heroína en la frontera norte de México* realizado por Fleiz-Bautista *et al* en el año 2019. Dicho trabajo documenta las prácticas, los riesgos y los contextos de consumo de heroína y opioides sintéticos como el fentanilo<sup>1</sup> en

---

<sup>1</sup> Es un fuerte opioide sintético similar a la morfina, pero entre 50 y 100 veces más potente. Es un fármaco recetado que a veces también se usa en forma ilegal [...] En la actualidad los opioides sintéticos —incluido el fentanilo— son las drogas más comúnmente asociadas con las muertes por sobredosis en Estados Unidos. En 2017, el fentanilo fue parte del 59.8 % de las muertes relacionadas con opioides, comparado con el 14.3 % en 2010. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-fentanilo>.

ciudades fronterizas como Tijuana, Baja California, San Luis Rio Colorado, Sonora, y Ciudad Juárez, Chihuahua. Algo que me parece importante destacar, es que esta investigación contempla la implementación del enfoque de reducción de daños<sup>2</sup> como una estrategia efectiva dentro de su trabajo, por lo que llevaron a cabo algunas intervenciones relacionadas con dicho enfoque, dentro de los espacios de consumo a los que asistieron durante el trabajo de campo; esto, con la intención de mitigar algunos problemas de salud relacionados al uso de drogas inyectables entre los colaboradores.

Según sus autores, la investigación cuenta con componentes epidemiológicos y cualitativos, con la intención de triangular la información, para brindar evidencia sólida y confiable, respecto al fenómeno del uso de drogas inyectables en la frontera norte de México. Respecto al elemento epidemiológico, este, se compone de temas tales como trayectoria de consumo de heroína y otras drogas; sobredosis; prácticas de riesgo; detección de VHI y VHC en población dentro de centros de rehabilitación y/o espacios de consumo; búsqueda de tratamientos; recaídas, e información respecto a las barreras y necesidades de atención que suele tener un persona usuaria de drogas inyectables.

En cuanto a la parte cualitativa, esta se centra en un cúmulo de entrevistas realizadas a personas usuarias de drogas inyectables que cuentan parte de sus experiencias vividas, vinculadas al uso de drogas inyectables. Considero importante destacar, que dentro de este apartado existe un pequeño espacio dedicado a abordar algunos de los problemas asociados al uso de heroína en mujeres, tal es el caso de la separación o retiro de la custodia de los hijos; el uso del intercambio sexual por la obtención de drogas; las constantes vejaciones o violencias sufridas a manos de familiares, pares, parejas y/o servidores públicos; así como la dificultad a la que se enfrentan al momento de querer acceder a los servicios de rehabilitación, pues estos suelen ser escasos.

Creo que el trabajo elaborado por Feliz-Bautista *et al* es enriquecedor, actual, y logra hacer una combinación un tanto equilibrada de los enfoques cuantitativos y cualitativos, pero

---

<sup>2</sup> Según la *International Harm Reduction Association* (IHRA por su siglas en inglés) la reducción de daños, se refiere a políticas, programas y prácticas que tienen como objetivo principal reducir las consecuencias sanitarias, sociales y económicas adversas del uso de drogas drogas psicoactivas legales e ilegales sin necesariamente reducir el consumo de drogas. La reducción de daños beneficia a las personas que consumen drogas, a sus familias y a la comunidad. La traducción es mía.

personalmente creo que no ahonda a profundidad en la cuestión del género, lo cual pudo haber sido un elemento potente que brindara nueva y sugerente información respecto al tema.

### **Una visión interdisciplinaria, más allá de la postura epidemiológica**

Un cuarto trabajo realizado en la frontera norte del país, es el realizado en 2015 por Gloria Galaviz, el cual lleva por nombre “Mujeres, adicción y rehabilitación: Reflexiones desde la frontera noroeste de México”. Este trabajo, se centra en la importancia y las ventajas que representa tomar en cuenta los factores sociales dentro de los modelos terapéuticos, en los servicios de salud en centros de rehabilitación exclusivos para mujeres, en la ciudad de Tijuana, Baja California.

Galaviz, encuentra que las opciones terapéuticas dentro de los centros de rehabilitación exclusivos para mujeres Tijuana son reducidas, ya que dichos centros, suelen basar su oferta de tratamiento en dos modelos terapéuticos: a) 12 pasos, o también llamado modelo Minnesota, y b) modelo religioso o cristocéntrico. Si bien, la autora hace mención de un tercer modelo, c) tratamiento profesional o clínico; ella refiere que este se presenta en menor medida, a diferencia de los dos primeros, los cuales se encuentra mayormente difundidos. En palabras de Galaviz (2015) los tres modelos “comparten el hecho de diagnosticar la adicción a través de una sintomatología social” (p. 369), sin contemplar factores socioculturales que inciden en el diagnóstico y el tratamiento, tanto en los consumidores como en quienes dirigen los centros de rehabilitación.

Un factor importante que la autora retoma, es el papel del género en el uso de drogas; ya que si bien el uso de drogas no tiene género, el género si juega un papel crucial a la hora de hablar del uso de drogas, pues los estereotipos sociales y el estigma, suelen ser diferenciados según el género del usuario. Por tal, Galaviz refiere que existen “ideas naturalizadas sobre el rol social de la mujer [que] orientan los modelos terapéuticos en centros de rehabilitación” (2015, p. 371), lo que implica la reproducción y reforzamiento de los roles tradiciones de la mujer en la sociedad, en donde el consumo de drogas se ve como un desvío, y por ende, se debe trabajar en convertir a una “mala” mujer en una “buena” mujer, con la intención de insertarse en la sociedad rehabilitada no solo del vicio, sino de su mala y desviada conducta.

En el caso del trabajo de Galaviz, me parece sumamente importante que tome en cuenta factores socioculturales relacionados al uso de drogas y el tratamiento, así como prestar atención al papel del género al abordar el fenómeno del uso de drogas, puesto que la sociedad no suele percibir ni castigar del mismo modo, el uso de drogas en mujeres que en hombres; y si bien, su investigación no habla explícitamente de uso de drogas inyectables en mujeres, creo que la incursión de componentes tales como los factores socioculturales y el género, hacen de su trabajo un referente al hablar de investigaciones relacionadas al uso de drogas en la frontera norte de México.

Por otro lado, encontré el trabajo de Angélica Ospina Escobar titulado “Personas que se inyectan drogas en Hermosillo, Sonora. Metodología para su registro ” publicado en 2016, el cual se enfoca en dar a conocer por medio de una metodología mixta el tamaño de la población que se inyecta drogas en la ciudad de Hermosillo, Sonora; con el fin de prever el número de posibles infecciones de sida en esta población. Creo que la propuesta de Ospina se extiende no solo a la estimación de la población, sino al crear intervenciones y recomendaciones para la creación de estrategias sanitarias en torno a la salud de los usuarios de drogas inyectables, por lo que su trabajo se vuelve un aporte significativo dentro la investigación y la incidencia política en el tema del uso de drogas inyectables en el país.

Reconozco el excelente y arduo trabajo que la autora realizó en cuanto a la estimación de la población usuaria de droga inyectables en Hermosillo, ya que “conocer el tamaño de las poblaciones es fundamental para estimar universos de necesidad, planear intervenciones y evaluarlas” (Ospina, 2016, p. 45); sin embargo, creo que al igual que las investigaciones de Medina-Mora, Romero Mendoza y Esquivel García, la parte cuantitativa domina durante el texto, dejando de lado, el componente cualitativo.

Cabe resaltar, que además de investigadora, Ospina es colaboradora de la revista *Nexos*, donde en mayo de 2018 presentó un pequeño artículo llamado “Maternidad y uso de drogas. ¿Conclusiones excluyentes?” en el cual menciona que existe una idealización y esencialismo del constructo social de la figura de la madre, condiciones que generalmente no están presentes en las mujeres consumidoras de drogas, lo que lleva a dichas mujeres al estigma social y a ser juzgadas como malas madres. Esta excusa sirve a las autoridades para separar a estas mujeres de sus hijos negando o limitando el derecho de ejercer su maternidad. Ospina sostiene que el separo de los hijos, es un factor para que la mayoría de mujeres

consumidoras no tengan contacto con médicos cuando se encuentran embarazadas, lo que precariza el cuidado tanto para ellas, como para los menores que están por nacer. A pesar de que el artículo es pequeño, creo que es enriquecedor y espero sea desarrollado con mayor amplitud próximamente.

### **Marco teórico**

Para el sustento o marco teórico de este trabajo, me apoyaré en los conceptos de biopolítica del filósofo francés posestructuralista Michel Foucault; *nuda vida*, la cual parte de la propuesta del filósofo italiano posestructuralista Giorgio Agamben; tecnologías del género, noción planteada y desarrollada por la feminista italiana posestructuralista Teresa de Lauretis; y cuerpo, concepto que rescato de la feminista italiana marxista Silvia Federici. Dichas acepciones, será utilizadas con la intención de analizar las formas de control y regulación que impone el Estado y las instituciones de salud, durante el embarazo, parto y puerperio en un grupo de Mujeres-Madres Usuarias de Drogas Inyectables (MMUDI's) en edad reproductiva, residentes del municipio de Mexicali, Baja California.

### **Estudios Culturales, Feminismo y Feminismo posestructuralista**

Considero que definir que son los Estudios Culturales (EC) es un tanto complejo, ya que no existe una definición tajante, única o universal al respecto. En el texto “*El corazón de los estudios culturales: Contextualidad, construccionismo y complejidad*” Grossberg (2009) refiere que dictaminar un noción sobre los EC sería contradictorio, ya que impondrían límites dentro de un campo tan amplio como lo son los EC, los cuales apelan a un interdisciplina, o más bien, apuestan a una antidisciplina, la cual invita a ir más allá de una visión disciplinar concreta, cerrada y universalista de las ciencias sociales.

Los EC se interesan en investigar cómo y dónde surgen diversas prácticas culturales, cuál es el impacto de estas prácticas en la vida cotidiana de las personas, la importancia que tienen las estructuras en la sociedad, y los juegos de poder existentes entre la propia estructura y las personas; asimismo, considero que se interesa por detectar las resistencias o fisuras que se crean dentro de las estructuras y la sociedad misma, y nos invita a adscribirnos y posicionarnos desde un compromiso intelectual-político, lo que a mi entender, lleva al

investigador a realizar una propuesta que de una u otra forma tenga una incidencia en un ámbito social situado, brindando alternativas parciales, y no universalistas como se propone desde una visión positivista.

Por su parte, considero que el feminismo como corriente teórica y política (a modo general), se asemejan o tiene puntos de encuentro con los EC, pues pone atención en el análisis de las estructuras de poder en la sociedad; presta interés en la importancia que tienen la(s) cultura(s) en la asignación de roles y estereotipos de género; cuestiona el impacto que las estructuras y las tecnologías de género tienen en nuestra vida cotidiana; retoma la categoría experiencia como un eje central para sus abordajes epistemológicos y metodológicos; y nos invita a posicionarnos y situarnos desde un contexto específico.

En cuanto al feminismo de corte posestructuralista (base de esta investigación), este retoma parte de la teoría posestructuralista francesa y el feminismo; esto, con el propósito de realiza una crítica respecto a la construcción de la categoría sujeto, en este caso, sujeto femenino, puesto que al ser esta una construcción discursiva, en donde confluye lo social, lo cultural, lo histórico, y lo político (entre otros factores), no existe un concepto único o universal del ser mujer, sino más bien, este se va modificando según los discursos impuestos en un contexto o tiempo determinado.

De igual forma, el feminismo posestructuralista se vuelca hacia un análisis y crítica del poder y la estructura como mecanismos de control y regulación de los sujetos, poniendo mayor hincapié en el sujeto femenino, el cual había sido relegado de los análisis posestructuralistas anteriores. Así pues, considero que el feminismo posestructuralista brinda una mirada acorde con los objetivos de esta investigación, los cuales giran en torno al análisis del control y la regulación de los cuerpos de las MMUDI's y su salud reproductiva.

Dicho lo anterior, considero factible y certero inscribir mi propuesta de investigación dentro de los EC y el feminismo posestructuralista, ya que creo que ambos me ayudarán a dar una explicación y un análisis más amplio de la problemática; así como a poder posicionarme desde una postura crítica y política frente al problema.

## **Disciplina, regulación y exclusión: La biopolítica y la vida nuda, una visión androcéntrica del poder**

El término biopoder, fue propuesto por el filósofo francés Michael Foucault. Dicho concepto, se entenderá como una autoridad o dominio que se desarrolló durante el siglo XVII, y que tenía por fin la administración y gestión de los cuerpos y la vida misma. Foucault (2011) señala que este “nuevo” poder tiene la capacidad de “hacer vivir o arrojar a la muerte” a las personas (p.128). Sin embargo, aun y cuando este poder tiene la facultad de “lanzar a la muerte” a quien lo considere, el biopoder se concentrará mayormente en el “hacer vivir” y en el “aumento de la vida” de las personas, no sin antes, recordar y subrayar que este incremento viene acompañado de un control y una regulación de los cuerpos vivientes.

En el libro *La historia de la sexualidad. Vol I. La voluntad del saber*, Foucault (2011) refiere que el biopoder se instaura a partir de dos mecanismos de acción: la disciplina y el control; y que ambos trabajan en conjunto con el fin de organizar y administrar el poder sobre la vida y los cuerpos de las personas. Creo importante recordar que durante los siglos XVII y XVIII, periodo en el que Foucault refiere se va desarrollo o gestando el biopoder, también se va forjando en Inglaterra y parte de Europa un capitalismo industrial, el cual pone interés no solo en la producción en serie o mecanizada de productos, sino que también se interesa en el “cuidado”, control, regulación y disciplinamiento del cuerpo laboral, ideal que se empareja o empata con la propuesta de biopoder.

Referente a la disciplina, Foucault expone que esta se relaciona con la obediencia y con un poder centrado en el cuerpo-individuo como máquina, donde el objetivo es “su adiestramiento, el aumento de sus aptitudes, la extorsión de sus fuerzas, el crecimiento paralelo de su utilidad y su docilidad” (2011, p.129). A este tipo de control, también se le conoce como anatomopolítica del cuerpo. En el mismo orden, Lechuga (2008) sostiene que la anatomopolítica es una “mecánica de poder [...] cuyo objetivo es volver al cuerpo como una máquina, para que aumente aptitudes, utilidades y para hacerlo eficiente, dócil, obediente” (p.197). Por tanto, no es de extrañarse que esta “nueva” anatomía política o disciplinamiento, fuera fundamental para la consolidación del capitalismo industrial y el control de los cuerpos laborales, y no laborales.

En cuanto al control regulador o la regulación, Foucault dice que este se dio un poco después, aproximadamente a mediados del siglo XVIII, y que este, consistía mayormente en el cuerpo-especie; es decir, en un control a nivel macro. Dentro de este poder regulador, se ven involucrados procesos biológicos, así como un conglomerado de acciones concentradas en el orden, la reglamentación y la normalización de la vida de un grupo(s) de personas. A este tipo de mecanismo Foucault le llamó biopolítica de población.

En palabras de Foucault (2006), la biopolítica es una

nueva técnica de poder disciplinario [que] se aplica a la vida de los hombres [...] procura regir la multiplicidad de los hombres en tanto ésta puede [...] se dirige a la multiplicidad de hombres, pero no en tanto ésta se resuelve en cuerpos, sino en tanto constituye una masa global, recubierta por procesos de conjunto que son específicos de la vida (pp.195-196)

Así pues, la biopolítica también fue pieza clave para el desarrollo del capitalismo industrial, puesto que ejercer poder sobre procesos biológicos tales como la reproducción de la especie (pieza clave para la producción y acumulación del capital), y el orientar la atención en la administración de cuerpos “sanos”, productivos y normados para un mayor rendimiento, fungieron como elementos fundamentales para un control y regulación de la población. Por tal, tanto para la biopolítica, como para el biopoder, es de suma importancia reproducir y preservar cuerpos saludables tanto a nivel individual como a nivel global, pues son estos cuerpos quienes generarán mayores beneficios a la población, y mayor (re)productividad.

Dicho esto, creo que habría que recordar que esta investigación trata de describir y analizar las formas de control y regulación que se imponen desde el Estado y la institución de salud, con la intención de tutelar y/o controlar los cuerpos de quienes salen de la norma y no cumplen con el modelo establecido; tal es el caso de las colaboradoras de este investigación; Mujeres-Madres Usuarias de Drogas Inyectables (MMUDI's), quienes no solo quebrantan el ideal del cuidado personal, sino que rompen totalmente con el estereotipo tradicional de la madre cuidadora, pues al mantener el uso de drogas durante el embarazo, el parto y el puerperio, se llega a creer que no son capaces de cuidar de los otros debido al uso de drogas; y, también se cree, que seguramente van (re)producir nuevos cuerpos enfermos.

## **Normalización como disciplina y control**

Se dice que la normalización viene a ser una consecuencia y un mecanismo del biopoder y de la biopolítica, por medio de la cual, se intenta disciplinar y controlar los cuerpos de manera individual y grupal. Para Foucault (2011) la normalización va de la mano con un sistema jurídico, que va estableciendo normas en conjunto con diversas instituciones, así como con las disciplinas científicas; esto, con el fin crear una sociedad normalizadora. Por su parte, Lechuga (2008) refiere que la “normalización es el modo a través del cual funciona la sociedad, es su modo esencial” (p.126), puesto que a través de esta se llega a un orden y estandarización del cuerpo social.

No hay que olvidar que la normalización al estar ligada o relacionada con las disciplinas o los saberes científicos, produce cierto poder y control. Así pues, es factible que el poder generado por ciertos saberes científicos pudiera llegar a producir “nuevos” saberes o conocimientos, los cuales pueden estar sustentados bajo argumentos que responden a intereses y discursos hegemónicos, establecidos por un estatus de dominio, creando así una relación de saber-poder, en la cual se enmarcan tanto las disciplinas científicas, como el Estado y sus instituciones.

Con relación al poder, Foucault menciona que no existen sociedades sin relaciones de poder, ya que este se encuentra en todos lados, y por ende, este puede venir de todas partes y de todas las personas. Por tal motivo, es importante tener presente que el poder no solo debe asociarse con las disciplinas científicas, el Estado o sus instituciones, sino, que este se encuentra (en diverso grados) en todas las personas, por lo que existe la posibilidad de que algunas lleguen a resistirse a lo establecido o impuesto, ya que “donde hay poder, hay resistencia” (Lechuga, 2008, p.119). Aun y con la capacidad de agencia y poder que todo ser humano posee (como bien se dijo anteriormente, en diversos grados), es importante acotar que si bien es posible resistirse o estar en contra de ciertas normativas, muy probablemente diversos dispositivos de poder se desplegarán sobre estos “anormales”, con la intención de normalizar, disciplinar y controlar a quienes desafíen lo establecido.

Con base en lo antes mencionado, se puede inferir que los cuerpos “normales” y “sanos” han sido disciplinados, y hasta cierto punto se encuentran controlados y regulados por ciertos poderes, tales como el saber-poder científico, el Estado, y/o sus instituciones;

asimismo, estos cuerpos son cuerpos fructíferos para el capitalismo y la sociedad misma, cuerpos que (re)producen (en la mayoría de las veces) cuerpos sanos.

En cambio, cuando hablamos de cuerpos que se resisten a la normalización, estos están asociados a la disidencia, a la oposición, a lo insano, a lo exuberante, o, a cientos de calificativos despectivos. Así pues, los cuerpos “enfermos” o “anormales” deben de ser corregidos, controlados y regulados con firmeza, a través de diversos dispositivos de poder, con el fin de preservar el bienestar individual y colectivo en sociedad.

Ahora bien, después de haber expuesto brevemente lo anterior, me resulta imposible no pensar en las colaboradoras de esta investigación; las MMUDI's, quienes al ser usuarias de drogas rompen con un orden establecido, el cual va, casi en contra toda norma social, jurídica y sanitaria, puesto que el mero uso de drogas las llevan a ser leídas como cuerpos y personas “enfermas”, como mujeres indisciplinadas, personas sin control e improductivas; cuerpos que no importan, o no importan tanto como otros; por tal, debe existir una intervención, ya sea por parte del Estado o sus instituciones, con la intención de poder cambiar el rumbo de sus vidas y maximizarlas, “sanarlas”, “normalizarlas”, o mejor dicho administrarlas y controlarlas según los mandatos impuestos por una sociedad disciplinaria para así poder vivir una vida, que merezca ser vivida.

### **La *nuda vida* ¿Quién merece vivir?**

Siguiendo una perspectiva foucaultiana, se encuentra la propuesta del filósofo italiano Giorgio Agamben, quien avala la importancia de la biopolítica y el biopoder, pero difiere con Foucault, al sostener que la biopolítica es el paradigma por excelencia de la política occidental, y que este modelo ha estado presente desde largo tiempo en la sociedad, y no desde mediados del siglo XVIII como el filósofo francés sostenía. Para Agamben

la tesis foucaultiana debe, pues, ser corregida o, cuando menos, completada, en el sentido de que lo que caracteriza a la política moderna no es la inclusión de la *zoe*<sup>3</sup> en la *polis*, en sí misma antiquísima, ni el simple hecho de que la vida como tal se convierta en objeto eminente de los cálculos y de las previsiones del poder estatal: lo decisivo es, más bien, el hecho de que, en paralelo al proceso en virtud del cual la excepción se convierte en regla, el espacio de la *nuda vida* que estaba situada

---

<sup>3</sup> En la antigua Grecia, este término expresaba el simple hecho de vivir (ser vivo).

originariamente al margen del orden jurídico, va coincidiendo de manera progresiva con el espacio político, de forma que exclusión e inclusión, externo e interno, *bios*<sup>4</sup> y *zoe*, derecho y hecho entran en una zona de irreductible indiferenciación [...] sus fronteras se desvanecen y se hacen indeterminadas, la nuda vida que allí habitaba queda liberada en la ciudad y pasa a ser a la vez el sujeto y el objeto del ordenamiento político y de sus conflictos, el lugar único tanto de la organización del poder estatal como de la emancipación de él. (Agamben, 1998, pp.18-19)

En otras palabras, para Agamben, el dar muerte; entendido como una característica del poder soberano, y el dejar morir; una propiedad que se le adjudica al “nuevo” dominio- biopoder, no son opuestas o excluyentes, ya que siempre se ha situado la vida biológica en el centro del poder; por tanto, el poder, la política y la vida se ven entrelazados de forma íntimas, hasta que estas se vuelven casi indisociables.

En cuanto a la *nuda vida*, Agamben (1998) refiere que esta se entiende como “la vida a quien cualquiera puede dar muerte pero que es a la vez insacristable del *homo sacer*<sup>5</sup>” (p.18). Bajo esta premisa, es factible desechar cuerpos vivientes que “no merecen vivir” pues han cometido algún delito, viven al margen de la norma o son disidentes; por tanto, puede ser aplicada la excepción del derecho de vida, y hacerlos-dejarlos morir.

Si bien, no desarrollo por completo la propuesta de Agamben, considero que el concepto de *nuda vida* está relacionado directamente con el biopoder y la biopolítica, ya que los tres hablan de un dominio que se efectúa sobre los cuerpos vivientes. Asimismo, la *nuda vida* puede ser utilizada para hacer visible la exclusión y el menosprecio que algunos cuerpos llegan a padecer al dejarlos morir, aislarlos o relegándolos; un ejemplo de ello, podrían ser los usuarios de drogas, o en este caso las MMUDI's, quienes se convierten en un *homo sacer* con “una vida [...] expuesta a qué se le dé muerte” (1998, p.153) en cualquier momento, y por “cualquier persona” sin que se tenga una consecuencia o condena.

Creo que también habría que recordar la injerencia del Estado, sus instituciones y los saberes-poderes en este “desechar” de cuerpos, pues son ellos, quienes a través de diversos dispositivos intentarán administrar, controlar, disciplinar y regular los cuerpos y las vidas “enfermas”, esto, con el fin de convertirlos en cuerpos sanos y rentables (tanto en la producción de bienes materiales y económicos, como en la reproducción de una población

---

<sup>4</sup> En la antigua Grecia, este término se relacionaba con la forma de vivir propia de un individuo o un grupo.

<sup>5</sup> Figura del derecho romano, a quien el pueblo ha juzgado por un delito; no es lícito sacrificarle, pero quien le mate, no será condenado por homicidio.

sana) que merezcan vivir, por lo que existe un condicionamiento al derecho de la vida, y una razón o derecho “valido” para arrojar a la muerte a quienes no lleven o cumplan con los parámetros establecidos.

Finalmente, quisiera agregar que aunque considero sumamente relevantes y valiosas las aportaciones de Foucault y Agamben dentro del posestructuralismo, y de las ciencias sociales, también creo que es necesario exponer que ninguno de los dos presta atención al género o al cuerpo femenino, lo que personalmente me lleva a argumentar la existencia de un sesgo en los análisis de ambos pensadores, pues al desconocer u omitir (no puedo aseverar que se haya hecho con intencionalidad) cómo es que las estructuras de género operan en conjunto con la biopolítica, y la *nuda vida*, dejan por fuera las experiencias y saberes femeninos, por lo que creo propongo añadir parte de la propuesta de las tecnologías del género de la feminista italiana posestructuralista Teresa de Lauretis, quien amplía la perspectiva de ambos autores.

### **Tecnologías del género: ¿Qué son? y ¿Cuál es su función?**

La tecnologías de género surgen como una propuesta por parte de Teresa De Lauretis, quien retomará parte de la teoría de la sexualidad foucaultiana, y argumenta que tal como la “sexualidad, el género no es una propiedad [...] algo originalmente existente en los seres humanos, sino el conjunto de efectos producidos en los cuerpos, los comportamientos y las relaciones sociales [...] por el despliegue de una tecnología política” (De Lauretis, 1989, p. 8). Es decir, que para De Lauretis, el género es una construcción producida socioculturalmente; y, aunque en el párrafo anterior no se menciona, también se sabe que el género es construido a partir de componentes histórico, pues este depende de una época y momento histórico situado, así como de los diversos discursos (institucionales o no) que se crean en torno a este.

Quisiera acotar, que aun y cuando De Lauretis toma una parte de la teoría de Foucault al basarse en el concepto de tecnologías, la autora hace una crítica al trabajo del filósofo francés, ya que como se mencionó anteriormente, este no consideró el género como una categoría de análisis en sus estudios, sino que más bien, se concentró en la estructura y el poder sobre cuerpos “no sexuados”, lo que aparentemente podría verse como una cuestión de neutralidad; sin embargo, es bien sabido que el género como categoría relacional es sumamente

significativo, pues brindar nuevas interpretaciones y amplía análisis de los fenómenos a estudiar.

No obstante, Foucault no lo tomo en consideración, y esto puede deberse a infinitos factores que desconozco, pero, creo importante recalcar que al no al vislumbrar y/o hacer explícitas las diferencias genéricas (no solo biológicas o meramente sexuales) entre lo femenino o masculino<sup>6</sup>, su perspectiva se vuelca hacia la figura del varón, totalizando y universalizando las condiciones y experiencias a un sujeto masculino, excluyendo casi por completo al género femenino de toda su propuesta; con excepción del análisis de la histerización y medicalización de las mujeres, en donde se patologiza a las mujeres.

En cambio, para De Lauretis (1989) hablar del género es sumamente relevante, ya que a partir de este, se crean dispositivos de control y regulación, que va encaminados a cumplir con ciertos mandatos de género. Así pues, el género, según De Lauretis (1989) se construyen a partir de las siguientes características: a) es una representación; b) es una construcción dinámica, puesto que no se queda estática con el paso del tiempo; c) se encuentra diligentemente ejecutado en la sociedad; d) el género se ve afectado por una diversidad de discursos.

Con base en lo anterior, se crean tecnologías de género, las cuales actúan sobre los cuerpos y las vidas de las personas dependiendo de su condición genérica. Quisiera agregar, que dichas tecnologías habitualmente parte de una visión binaria, en donde lo femenino se contrapone a lo masculino y viceversa. Así, desde una perspectiva dicotómica y binaria, se suelen instaurar modelos “ideales” de ser “mujer” y de ser “hombre”, los cuales son establecidos por ciertos saberes-poderes como regla o normatividad, convirtiéndose en regímenes de “verdad” absoluta, a los cuales toda persona se debe adscribir según su género asignado al nacer, encapsulándonos o aprisionándonos en estereotipos y roles rígidos que deben ser cumplidos, ya que si se llega a salir de ellos, son las propias tecnologías de poder y de género, quienes “redirigen” nuestro comportamiento, cuerpos, y vidas, a través de una serie de actos disciplinares, el castigo, la regulación o la exclusión.

Por tal, el género posiciona a los sujetos en una u otra “clase”, produciendo concepciones socioculturales de lo masculino y lo femenino, concepciones que suelen ser asumidas por la

---

<sup>6</sup> Entiendo, y soy consciente de que la visión binaria (femenino-masculino) ha sido ya rebasada, pero para fines de esta investigación, solo abordaré ambas construcciones.

mayoría de las personas, llevándonos a reproducir o “fabricar” individuos a imagen y semejanza de un régimen binario, patriarcal, capitalista y colonialista, el cual, responde al interés de la clase dominante, quienes buscan la sumisión de una “clase” o género sobre otro. En consecuencia, la representación del género pasa a ser una tecnología aprehendida tanto por la sujeta femenina, como por el sujeto masculino, de la cual, tomamos las características asignadas según nuestro género asignado al nacer, sin cuestionar su proceder.

Por otra parte, los discursos cotidianos, institucionalizados y los que emergen de saberes-poderes, también son responsables tanto de la representación, como de la construcción del género, pues al adquirir poder y significado sobre la sociedad, y sobre los cuerpos de quienes la conforman, se crea un imaginario social que fortalece y legitima el “deber ser” de mujeres y hombres dentro de un marco contextual. Esto, presupone una interpelación del género; es decir, que cada individuo se adhiere a un “proceso por el cual una representación social es aceptada y absorbida [...] como su propia representación” (De Lauretis, 1989, p. 19).

Y si bien, son los discursos hegemónicos los que sobresalen, o se imponen a simple vista, habrá que recordar que también existen contradiscursos, los cuales al salir de la norma irrumpen totalmente en el sistema, desestabilizando lo impuesto, y creando “nuevos” discursos y “nuevas” conductas; las cuales, suelen ser percibidas como disruptivas, disidentes, y patológicas, por lo que deben ser suprimidas y castigadas, con la intención de controlar, disciplinar y regular el actuar de esos cuerpos “anormales”. Dicho esto, las tecnologías de género sirven como mecanismos de control, dominio y mandato sobre el cuerpo y comportamiento de una u otra persona, según el género que le fue asignado al nacer.

Ahora bien, quisiera exponer el caso de las MMUDI’s, quienes son parte central de esta investigación, y quienes rompen totalmente con el modelo de feminidad y maternidad impuesto por las tecnologías del género; ya que la mayoría se aleja de los estereotipos relacionados o vinculados con lo femenino y el maternaje, por ejemplo, la docilidad, el sacrificio, la abnegación, el cuidado de los otros, el “instinto materno” y el amor incondicional hacia los hijos. Así pues, el distanciamiento del arquetipo o la representación idónea de la “buena” madre y mujer, las coloca en la periferia de la norma, expulsándolas y/o lanzándolas fuera del modelo “ideal” tanto por la sociedad, como por el Estado y sus instituciones.

## **El dominio sobre la sexualidad: biopolíticas de los cuerpos**

Continuando con Foucault, él creía que el sexo; como acto reproductivo, desarrollaba la tecnología política de la vida misma, por tanto, era imperante crear una disciplina de los cuerpos, una regulación de la población, e instaurar una vigilancia y control meticuloso de la sexualidad de las personas, ya que el “sexo es [...] acceso a la vida del cuerpo y a la vida de la especie. [y] Es utilizado como matriz de las disciplinas y principio de las regulaciones” (Foucault, 2011, p. 136). En consecuencia, el sexo se convirtió en tema de interés no solo biológico, sino también político, económico y moral, por lo que este debe ser regulado y controlado, a través de preceptos vinculados a la sexualidad de las personas.

Relacionado a lo anterior, Foucault (2011) refiere que en un primer momento, hubo cuatro áreas enfocadas al dominio de la sexualidad: a) la sexualización de los niños; b) la histerización y por ende medicalización de las mujeres; c) el control de los nacimientos; y d) la psiquiatrización de las perversiones; convirtiendo así al sexo, a la sexualidad y al cuerpo, en mecanismos de disciplina y regulación como parte central de la vida.

Es partir de dichas áreas (las cuales están intrínsecamente ligadas y designadas por estereotipos engendrados por las tecnologías de género) que me permito reflexionar sobre como el control y la regulación de la sexualidad propuesto por Foucault, se hace evidente, operable y funcional, en los cuerpos y vidas de las colaboradoras de esta investigación, quienes suelen ser patologizadas y medicalizadas (dominio de b); se intenta contralar su reproductividad (dominio c); y se procura un tratamiento o psiquiatrización a sus “perversiones” (dominio d) en el uso de drogas. Y si bien, el uso de drogas no está íntimamente ligado con la sexualidad, sí está relacionado con el placer y con un “desvío” de las normas sociales.

Así pues, bajo un mandato biopolítico, con especial interés en la regulación de la sexualidad y la reproducción, el Estado en conjunto con diversas instituciones; entre ellas, las instancias de salud (en el caso específico de esta investigación el Hospital Materno Infantil de Mexicali), empiezan a desplegar ciertos dispositivos para ejercer control sobre los cuerpos y vidas de ciertas personas (como lo son las MMUDI's), a través de un saber-poder médico, el cual cuenta con prestigio y reconocimiento dentro del campo de acción del bienestar y sanidad común, otorgándole un consentimiento y una legitimación para

disciplinar y gestionar la vida y los cuerpos de las MMUDI's, así el de los futuros recién nacidos.

Por tal, no es de extrañarse que exista un mayor control, vigilancia y regulación en los nacimientos de los hijos de las MMUDI's, así como sobre sus cuerpos, pues al ser patologizadas debido a su “enfermedad” (el uso de drogas inyectables), se les percibe como personas “incapaces” del cuidado de sí mismas y del cuidado de otros, por lo que es preciso que alguna la institución de salud o del Estado, intervenga para preservar la seguridad del menor; pues el recién nacido no encontrará protección al lado de su madre, ya que esta no se encuentra calificada para ejercer el rol de cuidadora debido a su “invalidez” por el uso de drogas.

En consecuencia, podemos dar cuenta que la biopolítica no solo se encarga de diligenciar el cuerpo de la madre, sino, que también lo hace con el cuerpo del menor, quien a pocas horas de nacer, es separado de la madre bajo el principio del interés superior del menor, el cual, termina convirtiéndose en un objeto (y no sujeto) más de control y regulación.

Además de lo antes dicho, quisiera agregar que al igual que en la psiquiatrización de las perversiones, la implementación del confinamiento y la medicalización como modos o formas de tratamiento de los cuerpos “enfermos”, son utilizadas en las personas que usan drogas. Tal encierro, es legitimado por medio de un saber-poder biomédico, y de una biopolítica del “tratamiento” del uso de drogas, en donde, es totalmente admisible la internación obligada/forzada en centros de rehabilitación a toda personas que usa drogas, pues bajo la premisa “del cuidado de la vida, y el bienestar de las personas usuarias”, es válido y lícito gobernar sus vidas y cuerpos, pues al encentrarse al margen de las normas (sanitarias, sociales, jurídicas) son “incapaces” su propio cuidado.

### **El cuerpo y la reproducción: un acercamiento feminista**

A lo largo del documento he hablado constantemente del cuerpo; concepto que ha sido abordado por múltiples disciplinas, tales como la biología, la medicina, la antropología, la filosofía, la psicología, la sociología, entre otras. Disciplinas que desde sus propios marcos de referencian (asociados a su saber-poder), han aportado conocimientos y han contribuido a la teorización de dicha abstracción.

Desde que decidí posicionarme desde una postura feminista, fui (soy) consciente de que esta no es un propuesta singular, sino que existen diversas vertientes, las cuales, se encuentran en constante cambio y transformación, y son inacabadas. Sin embargo, creo que el tema del cuerpo ha sido un tópico fundamental y significativo para todos los feminismos, puesto que este ha sido terreno de batallas y espacio de resistencia para las mujeres a lo largo de la historia.

Creo firmemente que el feminismo(s) como movimiento político-social, y como epistemología(s), ha venido a ampliar y contribuir; o más bien, ha venido a romper con percepciones impuestas por algunos saberes-poderes en torno el cuerpo femenino.

El feminismo(s) ha brindado nuevas formas de analizar, teorizar y de hablar sobre los cuerpos de las mujeres, ha puesto en el centro el cuerpo femenino, y se alejado de la visión androcentrista, sexista y universalista de las disciplinas hegemónicas. Dicho esto, quiero dejar en claro que no desestimo por completo los aportes de algunos saberes-poderes hegemónicos, por supuesto que reconozco sus contribuciones y su trabajo, pero, al mismo tiempo, considero que muchas de estas, tienen un sesgo de género. Y si bien, el feminismo no es la panacea, o el único abordaje existente, personalmente me posiciono desde esta postura.

En cuanto al teorizar, politizar y hablar de las experiencias en relación al cuerpo, fueron las feministas de la segunda ola en la década de los sesentas y setentas, quienes con mayor fuerza reivindicaron el tema del cuerpo, y quienes pusieron sobre la mesa temas como la reproducción, la libertad sexual, la anticoncepción, el placer y la maternidad, como asuntos primordiales a tratar y teorizar desde la propia experiencia. Y, aunque no todas las aportaciones realizadas desde el feminismo(s) han sido reconocidas o legitimadas, habrá que recordar que no fue solo Mauss, Foucault, Bourdieu, Le Breton u otros varones, quienes pusieron el estudio del cuerpo en el centro de sus investigaciones, sino que por décadas las feministas han colocado el propio cuerpo en la búsqueda de su liberación y emancipación; y al mismo tiempo, se han encargado de teorizado sobre este.

Para fines de esta investigación, retomaré parte de la propuesta de la feminista italiana marxista Silvia Federici, pues me parece que parte de sus argumentos en el libro "*Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación primitiva*" (2010), se entrelaza con los objetivos de la presente investigación, ya que en dicho documento pone especial interés en el cuerpo

femenino, la reproducción y el auge del capitalismo; triada que trabaja en conjunto y se retroalimenta para producir una explotación y subordinación de las mujeres (y de los cuerpos feminizados) frente a la estructura de poder.

En su libro, Federici refiere que el trabajo de las feministas ha sido sacar a la luz y denunciar diversas estrategias y violencias

por medio de las cuales los sistemas de explotación, centrados en los hombres, han intentado disciplinar y apropiarse del cuerpo femenino, poniendo de manifiesto que los cuerpos de las mujeres han constituido los principales objetivos [...] para el despliegue de las técnicas de poder y de las relaciones de poder (2010, p.27)

Así pues, el cuerpo de las mujeres ha sido gobernado por hombres, y por diversos discursos que provienen de argumentos y teorías patriarcales, donde se superpone lo masculino, y se presta menos valor, o se relega la figura femenina, la mujer, su cuerpo, y todo lo que se asocie con estas.

Un claro ejemplo del desdén hacia lo femenino, lo da Diana Maffía en su artículo “*Epistemología feminista: La subversión semiótica de las mujeres en la ciencia*” (2007), en el que brinda un recorrido histórico sobre diversas concepciones que se han tenido acerca del ser mujer(es). Maffía muestra como la mayoría de las nociones negativas en torno al cuerpo y a la mujer misma, han sido implantadas por diversos saberes-poderes; disciplinas que históricamente han estado en manos de hombres intelectuales.

Por tal, la autora sustenta que dichos estudiosos, se han empeñado en señalar y marcar la existencia de diferencias biológicas y psicológicas “naturales” entre las mujeres y los hombres, lo que ha llevado a justificar la subordinación “innata” de la mujer, asumiendo que por su condición “natural” se encuentran en una posición social, económica y política, inferior a la de los varones. En respuesta a dichos argumentos biologicistas y sexistas, las feministas, arguyen que estos son meros supuestos socio-culturales, utilizados con el fin de seguir perpetuando el sometimiento de las mujeres, bajo tecnologías poder y saberes-poderes, que terminan convirtiéndose en regímenes de verdad.

Volviendo a Federici, dicha autora reconoce que las feministas no solo han puesto el cuerpo en el centro del conocimiento, sino que también han subvertido la imagen degradada del cuerpo femenino y de la feminidad; esto, con la intención de darle un nuevo significado, de brindar una representación más positiva, y, con el propósito de construir una imagen que se relacione mayormente con las experiencias de las mujeres; una figura que no esté

sustentada en la devaluación, y en una visión androcéntrica de nosotras mismas, y de nuestros cuerpos, sino, una perspectiva que emane desde el nosotras.

Para Federici el

cuerpo femenino [...] es un significativo para el campo de actividades reproductivas que ha sido apropiado por los hombres y el Estado y convertido en un instrumento de producción de fuerza de trabajo [...] el cuerpo es el lugar de una alienación fundamental que puede superarse sólo con el fin de la disciplina-trabajo que lo define (2010, p.28)

Ahora bien, si el cuerpo de las mujeres es cooptado por los hombres y por el Estado para fines reproductivos y económicos, significa que este no nos pertenece, por ende, no podemos actuar o decidir sobre él. Es por esto, que se buscan nuevas formas de recuperación y apropiación del cuerpo, para así, romper con un orden patriarcal que durante años ha intentado arrebatarlos, y despojarnos de nuestros cuerpos.

Desde una postura feminista-marxista, Federici hace una analogía que devela el carácter perverso, violento y a la vez subversivo del cuerpo femenino en manos de otros, ya que refiere que “el cuerpo es para las mujeres lo que la fábrica es para los trabajadores asalariados varones: el principal terreno de su explotación y resistencia” (2010, p.29). Por tanto, el sistema capitalista juega un papel crucial a la hora de hablar del cuerpo femenino, ya que este no solo explota a los cuerpos asalariados, sino que también se aprovecha del trabajo reproductivo y no-pagado de las mujeres, pues obtiene beneficios económicos y sociales, al controlar, explotar y regular los cuerpos de las mujeres. Sin embargo, no hay que dejar de lado la resistencia o agencia de la cual nos habla Federici y Foucault, pues, hay que recordar que aunque los sujetos se encuentran sometidos a una estructura, y a un sin fin de relaciones de poder, tales sujetos cuenta con un campo de acción, que los lleva a resistir ante los mandatos impuestos.

En su libro “*Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación primitiva*” (2010), Federici hace mención de Foucault, y le critica por considerar al cuerpo meramente como práctica discursiva, y, por no prestarle interés a la génesis del poder que le disciplina y le regula, sino más bien, enfocarse en el despliegue de las técnicas de poder que lo someten. Al igual que De Lauretis, Federici, advierte que al no hacer explícita una distinción de la diferenciación sexual, Foucault hablará de un sujeto “asexuado” y universal, el cual será asociado mayormente a la figura masculina, lo que implicará una visión sesgada y androcéntrica de la realidad, en donde se termina excluyendo u olvidando las experiencias y

vivencias femeninas. Quisiera agregar que si bien, Federici realiza críticas al trabajo de Foucault, esta no desestima sus aportes, sino que visibiliza algunos puntos endebles dentro de su teoría, y muestra como el feminismo (de corte marxista en este caso) viene a fortalecer o dar una nueva interpretación a la propuesta del filósofo francés.

En consecuencia, considero que la propuesta de Federici no se aparta o aleja totalmente de los conceptos de biopoder y biopolítica de Foucault, pues desde mi parecer, ambos hacen hincapié en como el capitalismo juega un papel fundamental en la explotación, control y disciplinamiento de los cuerpos a manera individual (la anatomopolítica), y cómo, a nivel macro se intentan regular, normalizar y asegurar, la (re)producción de cuerpos rentables, fértiles y sanos, dando pie a una gestión de las vidas a nivel global (biopolítica de la población). Asimismo, es posible recordar y reconocer, la premisa que enuncia la existencia de vidas que “merecen” ser vividas, y de vidas que “no merecen” vivir, y a las cuales se les puede dar muerte (directa o indirectamente), pues al ser cuerpos improductivos y vivir al margen o fuera de la norma, es posible aplicar la excepción del derecho de vida, y hacerlos morir, tal es el caso de las personas usuarias de drogas, o más específicamente de las MMUDI’s.

### **Aproximaciones feministas sobre la maternidad**

Enlazado al tema del cuerpo, el control, la regulación y la reproducción, se encuentra la noción de maternidad; concepto que suele asociarse de manera inherente y “natural” a las vidas y cuerpos de las mujeres, al grado de distinguirse como único destino, o como la consumación en la vida en las mujeres. Así pues, la maternidad se vuelca en una especie de mandato para la mayoría de las mujeres, en donde es “deber” de la madre cumplir con un modelo, y con ciertas características asociadas al arquetipo de la madre “ideal”, la cual no suele ir en consonancia con las MMUDI’s, pues al ser usuarias de drogas rompen con toda idealización referente a la feminidad y la maternidad.

Frente a supuestos biologicistas y deterministas sobre la maternidad, diversas teóricas feministas se pronunciaron en contra de estos, argumentando que la maternidad no debía verse como un destino, sino como una elección u opción a tomar. Asimismo, postulaban que la maternidad no se constituía meramente de un componente biológico, sino que también

debía considerarse factores sociales, psicológicos, culturales, históricos y económicos, ya que estos intervenían en la vida social y en los discursos en torno a la maternidad.

Entre las feministas que han dedicado parte de su trabajo al tema de la maternidad se encuentran Simone de Beauvoir (2017), Elisabeth Badinter (1981, 2011), Adrienne Rich (2019), Shulamith Firestone (1976), Nancy Chodorow (1984), las mexicanas Marcela Lagarde y de los Ríos (2005), Marta Lamas (1986), Cristina Palomar Vereá (2004), Ángeles Sánchez Bringas (2004) y Yanina Ávila González (2004) por mencionar solo algunas. Y si bien, cada una de estas autoras tiene una visión y aportes propios desde sus disciplinas, y desde la corriente feminista a la cual están adscritas, me parece que existe un acuerdo respecto a que la maternidad se ha construido e instaurado a través de un sistema capitalista, que en conjunto con el Estado, sus instituciones y los saberes-poderes (todos de ordenes patriarcal, sexista y colonialista), fueron creando una representación “ideal”, universal y homogeneizada, del ser madre, donde los cuidados (no remunerados), el amor incondicional, la abnegación y el “instinto materno” se vuelven tecnologías del género, que terminan convirtiéndose en mandatos a seguir por toda mujer, los cuales, irremediablemente tiene efectos sobre sus cuerpos.

En cuanto al carácter multidimensional de la maternidad, y como esta se ido transformando a lo largo del tiempo por medio de procesos históricos, sociales y políticos, es factible recordar como el *boom* de la natalidad entre mediados de los años cuarenta y los sesenta dieron pie a maternidades prolíficas, vinculadas a un nacionalismo de Estado, y al cuidado de los hijos.

Por otro lado, durante el periodo comprendido por la Segunda Guerra Mundial, algunas mujeres incursionaron en el mercado laboral fabril a falta de mano de obra masculina, lo que trajo cambios en la economía y las dinámicas de vida de este grupo de mujeres y sus hijos; aunque se sabe que al culminar la guerra, se produjo un “regreso” de este grupo de mujeres al hogar. Otras cuestiones que vinieron a incidir o modificar la dinámica familiar, fueron la comercialización y socialización del uso de métodos anticonceptivos en los años sesenta; las campañas de planificación familiar por parte de los Estados en los años setenta; y el “surgimiento de nuevos modelos, esquemas, teorías y elaboraciones culturales sobre la maternidad, la sexualidad y las relaciones de pareja” (Sánchez Bringas, 2004, p.55).

Sin duda, el estallido de “nuevos” discursos en torno a la sexualidad, y la “accesibilidad universal<sup>7</sup>” de métodos de anticoncepción; los cuales en teoría permitirían decidir cuándo ser madres, fueron cuestiones que las feministas de la segunda ola retomaron para crear una crítica a la sexualidad, la reproducción, y la idealización de la “buena mujer-madre” de la época. No hay que olvidar que una de las principales demandas fue el tener un mayor acceso a lo que hoy se conoce como derechos sexuales y reproductivos, pues se buscaba tener una mayor agencia sobre sus vidas y sus cuerpos.

Sin embargo, pese a los esfuerzos antes mencionados, hasta el día de hoy, se siguen replicando y legitimando discursos donde el binomio mujer-madre sigue imperando, marcando a la maternidad como un único destino. Referente a esto, deseo exponer que aunque para la presente investigación utilizo el término mujer-madre, dicho empleo no es con ánimos de reducir a la mujer únicamente como madre; cayendo en un esencialismo, como lo han denunciado las feministas; más bien, el uso de dicho término, es utilizado como una condición específica, o como una característica particular del grupo de mujeres con las que trabajaré durante la investigación, quienes fueron Mujeres-Madres Usuarias de Drogas Inyectables (MMUDI's) en edad reproductiva, residentes de la ciudad fronteriza de Mexicali, Baja California.

### **Metodología, objetivos, selección y técnicas**

Deseo aclarar que la presente investigación parte de una epistemología feminista conocida como “conocimiento situado”, la cual ha sido propuesta por la teórica feminista estadounidense Donna Haraway, quien propone que la creación o producción de conocimiento debe realizarse dentro de un contexto determinado, y desde una realidad situada y parcial para los sujetos.

En cuanto al conocimiento situado, el antropólogo colombiano Piazzini Suarez refiere que este

plantea [...] que todo conocimiento se produce en situaciones históricas y sociales particulares, por mucho que se quiera hacer aparecer el verdadero conocimiento científico como universal, neutral y por lo tanto desprovisto de relaciones directas con determinados

---

<sup>7</sup> Lo entrecerro porque esta es una falsa ilusión, ya que en realidad, el acceso a métodos anticonceptivos aun no es asequible para todas las personas, pues existen diversas barreras que impiden la obtención y uso de estos.

factores políticos, culturales y sociales. Es más, la condición parcial y situada de ciertos conocimientos [...] puede otorgarles un cierto privilegio epistémico a la hora de dar cuenta de sus realidades, en lo que sería una forma diferente de objetividad (Piazzini, 2014, p.14)

Esta definición sustenta los objetivos de esta investigación, puesto que las experiencias de este grupo de mujeres son parciales y contextuales, y, a su vez, se ven influenciadas por una realidad que se encuentra interrelacionada con diversos factores sociales, políticos y culturales específicos de la ciudad de Mexicali, Baja California.

Considero que el conocimiento situado, ha venido a romper con una ciencia positivista y androcéntrica, puesto que es consciente de la trampa generada por la falsa neutralidad o imparcialidad, y del afán de universalizar las experiencias de todos los seres humanos. En palabras Haraway

las feministas no necesitan una doctrina de la objetividad que prometa trascendencia [...] no queremos una teoría de poderes inocentes para representar el mundo, en la que el lenguaje y los cuerpos vivan el éxtasis de la simbiosis orgánica. Tampoco queremos teorizar el mundo [...] necesitamos un circuito universal de conexiones incluyendo la habilidad parcial de traducir los conocimientos entre comunidades muy diferentes y diferenciadas a través del poder. Necesitamos el poder de las teorías críticas modernas sobre cómo son creados los significados y los cuerpos, no para negar los significados y los cuerpos, sino para vivir en significados y en cuerpos que tengan una oportunidad en el futuro (Haraway, 1991, p.322)

Con esto, Haraway no quiere decir que no se interesa por hacer una investigación científica o rigurosa, sino, que la universalización, la neutralidad y la objetividad; o bien lo que ella reduccionismo, no pueden ser alcanzadas en su totalidad, debido a que existe diversificación en las realidades y conocimientos, por lo que los significados son construidos desde estas realidades y parcialidades. Por tanto, la objetividad es localizada, limitada y situada.

Como bien lo mencionan Haraway y Piazzini, el conocimiento situado puede dar cuenta de otras realidades, lo que hasta cierto punto brinda una visión privilegiada, pues solo ellos; en este caso, ellas, las MMUDI's, son quienes conocen y son parte esa realidad. Al respecto Haraway señala que existe un “premio para el establecimiento de la capacidad de ver desde la periferia [...] pero aquí existe el serio peligro de romantizar y/o de apropiarse de la visión de los menos poderosos al mismo tiempo que se mira desde sus posiciones” (Haraway, 1991, p.328).

Partiendo de lo antes dicho, deseo externar que soy consciente de esta situación, y sé que sus experiencias y narrativas no inocentes; pero, de igual manera, considero que el oír y analizar las narrativas desde las propias voces de las MMUDI's, narrativas que parten de sus experiencias, vivencias y percepciones, me permitirá acceder (hasta cierto punto) a una realidad de la cual yo no soy parte, pero, que deseo conocer en mayor medida.

En cuanto a la metodología seleccionada, esta fue de corte cualitativa, ya que ésta se avoca a obtener “información [...] sobre las vivencias, percepciones, sentimientos y emociones” de las personas (Balcázar, 2013, p. 22), lo cual, se relaciona directamente con los objetivos del presente trabajo, el cual busca:

- Describir y analizar las experiencias relacionadas con el acceso a los servicios de salud reproductiva durante el embarazo, parto y puerperio en un grupo de mujeres-madres usuarias de drogas inyectables en edad reproductiva residentes de la ciudad fronteriza de Mexicali, Baja California.
- Conocer las estrategias que crean las mujeres-madres usuarias de drogas inyectables (MMUDI's) en edad reproductiva residentes de la ciudad fronteriza de Mexicali, Baja California para llevar a fin su embarazo.
- Identificar las formas de control y regulación que la institución de salud, llámese Hospital Materno Infantil en Mexicali, Baja California, ejercen sobre los cuerpos de las MMUDI's.
- Analizar los discursos institucionales relacionados con el acceso a los servicios de salud reproductiva brindados hacia las MMUDI's en edad reproductiva, por parte del Hospital Materno Infantil ubicado en Mexicali, Baja California.

Berías (2017) refiere que la metodología cualitativa es aquella que nos “permite no sólo ver los diferentes ámbitos, fases y momentos de una situación compleja en sí misma; sino que se muestra sensible ante determinados temas como los de las emociones, los contextos y las interacciones sociales” (p.55), lo cual es de suma importancia, ya que no es posible dimensionar un problema o fenómeno sin tener presentes el contexto en que se encuentran tanto los colaboradores como el investigador. Asimismo, sería ingenuo no tener presente las relaciones de poder existentes entre las personas en sociedad, y los vínculos de estas, con diversas instituciones.

Aunado a esto, Delgado Ballesteros (2010) menciona que en la metodología cualitativa los investigadores intentan comprender a las personas desde el propio marco de referencia. Sin embargo, la autora también recuerda que a pesar de esto, el investigador debe ser consciente de los efectos que puede llegar a causar sobre las personas con las que está trabajando. Creo que tal cuestión es un asunto de suma importancia, ya que nos invita a reflexionar sobre el papel del propio investigador dentro de la investigación, lo que podría llegar a generar un consciencia de la existencia y el manejo de las relaciones de poder que se dan entre los colaboradores y quien investiga.

Al respecto, quisiera señalar que durante la investigación me puede percatar de tales relaciones, así como de mi papel o la influencia que llegó a provocar mi persona en los diversos contextos donde interactúe. Por ejemplo, al acudir con las MMUDI's pude darme cuenta que en un inicio ellas ponían cierta distancia o resistencia hacia mi presencia, pues creo que me que me veían como una “educadora”; pero conforme fui explicando la intencionalidad de la investigación; y, que en este caso, ella eran las expertas sobre el tema, fueron siendo más abiertas.

Sin embargo, he de confesar que yo me sentía confiada y segura trabajando con ellas, situación diferente al llegar al hospital, ya que en ese espacio me sentía insegura, creía que no podía cometer algún error frente al personal, ya que si lo hacía, dejaría al descubierto mi inexperiencia en el trabajo de investigación, fue aquí, en mis primeros acercamientos al hospital cuando sentí en carne propia el poder que tiene y ejerce la bata blanca y la institución sobre las personas. A pesar de ello, he de confesar que mi experiencia en el hospital fue sumamente grata y enriquecedora, no obstante la influencia de mi persona y del resto de los colaboradores, así como las jerarquías o relaciones de poder se hicieron presentes durante toda la investigación.

En cuanto a la selección de la muestra, esta fue corte estructural, ya que para los fines del presente trabajo no es importante contar con una representatividad estadística, sino que como lo dice Prieto Rodríguez y March Cerdá (2002) lo que se quiere resaltar es “que los perfiles de los seleccionados están formados por personas que van a representar a su grupo o población de referencia [...] usuarios con unas características determinadas que son relevantes para nuestro estudio” (p.367).

Las técnicas para la recolección de información utilizadas durante la investigación fueron de tinte cualitativo: a) un grupo focal (ver en anexos “Guía para grupo focal con MMUDI’s”) dirigido a MMUDI’s; b) entrevistas semiestructurada (ver en anexos “Entrevista semiestructurada dirigida al personal de salud”) con personal clave del Hospital Materno Infantil de Mexicali, Baja California; y c) análisis de contenido de manuales oficiales del Hospital Materno Infantil de Mexicali, Baja California.

Referente al grupo focal, este, se eligió debido a los beneficios que brinda la técnica en cuanto su capacidad de recaudar información sobre un tema específico, en un periodo relativamente corto de tiempo. Asimismo, fue utilizado debido a la disponibilidad de trabajar con un grupo de MMUDI’s en un centro de rehabilitación, ubicado en la ciudad Mexicali, Baja California. Según Escobar y Bonilla-Jiménez, el grupo focal tiene por objetivo la “recolección de datos mediante una entrevista grupal semiestructurada, la cual gira alrededor de una temática propuesta por el investigador [...] hace surgir actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones en los participantes [...] se producen se basan en la interacción” (s/f, p.52). Por tanto, la implementación de un grupo focal fue una técnica adecuada para obtener las narrativas y experiencias de las MMUDI’s en cuanto al acceso a los servicios de salud reproductiva.

Por su parte Gibb (1997) plantea otro beneficio del uso de grupo focales, ya que según esta autora, el grupo focal permite al investigador acceder a una mayor cantidad de información en un periodo corto de tiempo; lo que optimiza el tiempo del investigador, sin comprometer la calidad y cantidad de información obtenida para el trabajo.

Con la implementación del grupo aspiré a:

- Conocer de propia voz las experiencias que las MMUDI’s habían vivido al acceder a los servicios de salud reproductiva durante el embarazo, parto y puerperio.
- Descubrir las experiencias compartidas desde su condición de usuarias de drogas inyectables.
- Abrir un espacio para el intercambio de experiencias y flexibilidad entre las MMUDI’s, y mi persona.

En el caso de las entrevistas al personal salud del Hospital Materno Infantil (HMI), estas, fueron dirigidas a personas tienen contacto cercano, o, algún tipo de injerencia en el

trato hacia las MMUDI's cuando son ingresadas al hospital. Las entrevistas fueron semiestructuradas, debido a que este tipo de entrevistas resultan ser flexibles a la hora de la aplicación, pues a pesar de contar con una guía de preguntas y categorías definidas, es posible abrir paso a nuevas cuestiones que resulten durante la ronda de preguntas. Díaz-Bravo, refiere que el uso de entrevistas semiestructuradas permite la “posibilidad de adaptarse a los sujetos [...] aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos” (2013, p. 163), por lo que al aplicarlas, es posible indagar más allá de lo establecido, o bien, adecuarse a los tiempos de los entrevistados, lo cual resulta favorable para el personal de salud, quienes generalmente se encuentra con tiempo limitado.

En el caso de las entrevistas semiestructuradas mi intención fue:

- Conocer el discurso del personal de salud respecto a las MMUDI's, y su relación con ellas.
- Acercarme a su realidad y conocer sus experiencias personales.
- Saber de propia voz, que es lo que se está haciendo dentro del HMI para atender el fenómeno del consumo de drogas inyectables y la maternidad.

También, implementé el análisis de contenido de dos manual oficiales utilizado por parte del personal de salud del HMI. La apuesta por la implementación de este recurso metodológico, se debe a que esta técnica analiza los procesos de comunicación en diversos contextos y puede ser aplicada a casi cualquier forma de comunicación (Hernández *et al*, 1998), por lo tanto, su uso puede ser beneficioso para los propósitos de la investigación.

A partir de esto, consideré:

- Percatarme de la existencia o inexistencia de manuales o protocolos de atención específicos para las MMUDI's.
- Saber si los manuales o protocolos de atención inciden en el acceso a los servicios de salud reproductiva de las MMUDI's, así como en los discursos del personal de salud.
- Conocer el discurso interno en los manuales, en torno a la maternidad y al uso de drogas.

Finalmente, realicé una sistematización de los datos obtenidos por medio de diversas rondas de codificación manuales, con la intención de interpretar y analizar la información recabada durante toda la investigación.

## CAPITULO I – Contexto

El presente apartado intenta brindar un panorama contextual respecto al uso de drogas, el surgimiento y establecimiento de un sistema prohibicionista; así como, dar cuenta de la relación existente entre el uso de drogas, el sistema de salud, y el control y regulación que los Estado ejercen sobre las vidas y cuerpos de las personas que usan drogas.

El empleo de drogas legales o ilegales no es un fenómeno reciente, pues la existencia y documentación del uso de drogas en diversas sociedades, es tan antigua como la sociedad misma. Por tal razón, es posible sostener que las drogas siempre nos han acompañado; y lo seguirán haciendo, a lo largo de nuestra vida, y nuestra historia. Bajo esta premisa, el filósofo, abogado y ensayista español Antonio Escotado (1998), refiere que el uso de drogas no es un hábito “nuevo” o contemporáneo; muy por lo contrario, el filósofo sostiene que los seres humanos hemos echado mano de diversas sustancias psicoactivas a lo largo de la historia, para llegar a un estado de embriaguez o consciencia.

En su obra cumbre “*Historia general de las drogas*”, Escotado (1998) hace un recorrido exhaustivo sobre diversos tipos de drogas; los diferentes usos que se les han dado a estas; el contexto histórico en el que se dio su uso; el vínculo de estas con algunas religiones o creencias; entre otras cuestiones. Debido a la amplitud y profundidad de su trabajo, este se sustenta en abordajes de corte histórico, religioso, cultural, antropológico, ritualístico, político y farmacológico, todos estos, desde una postura crítica respecto a las políticas prohibicionistas sobre el uso de drogas.

Me parece importante señalar, que si bien las drogas siempre han existido y se ha hecho uso de estas en diferentes formas y momentos históricos, creo relevante reflexionar sobre cómo se ha ido transformando la percepción social y política sobre su uso, hasta nuestros días; puesto que no es lo mismo utilizar peyote como parte de un ritual en la comunidad Huichol, que utilizarlo de forma recreativa; consumir heroína en forma de láudano a finales del siglo XIX, que consumirla por la vía intravenosa en el siglo XXI; beber alcohol durante el movimiento de templanza en Estados Unidos, que acudir hoy a un bar. Si bien, soy consciente de que existe un marco cultural, histórico y político que lleva a diferenciar dichos usos, también considero importante hacer visible cómo el estigma hacia cierto uso de drogas depende en mayor medida de ideas y normativas impuestas desde una

clase dominante, quienes buscan controlar, criminalizar, y regular no solo el uso de drogas, sino, a quienes las consumen.

Un ejemplo de como se ha transitado de un pensamiento totalmente prohibicionista, hacia uno un tanto progresista, es el uso de la *cannabis* en la actualidad, pues con el “descubrimiento” de ciertas propiedades terapéuticas e industriales, así como con la derrama económica que trae consigo la producción, distribución y venta, se empieza a apostar por una regulación o legalización de dicha planta en diversos países del mundo (México no es excepción). Creo que es de vital importancia mencionar, que gran parte de estos cambios se deben a que tanto la percepción médica, económica, política, y por ende social, en torno al *cannabis*, se ha ido modificando al “revelarse” los beneficios de esta planta, por lo que se aparece una oportunidad para contrarrestar las políticas prohibicionistas en torno a su uso. No obstante, la mayoría de los países en el mundo sigue trabajando bajo un enfoque prohibicionista y punitivo respecto a uso del cannabis, y el resto de las drogas.

### **Las drogas como enemigo a combatir. El auge del prohibicionismo**

America's public enemy number one in the  
United States is drug abuse (Nixon, 1971).

Cuando escuchamos el termino prohibicionismo, generalmente viene a nuestro pensamiento palabras tales como evitar, vedar, clandestino, ilegal, entre otras. Así pues, cuando hablamos de drogas y prohibicionismo la ilegalidad, el crimen, la cárcel, la violencia, los daños a la salud, la adicción, la pobreza, y la soledad, se presentan como palabras e ideas fuertemente asociadas y naturalizadas, pues son parte del imaginario social.

Sin embargo, pocas veces nos detenemos a pensar cómo surgió, o cómo se creó dicha percepción respecto al uso de drogas, y, hacia las personas usuarias, ¿por qué si las drogas son tan dañinas las personas las siguen utilizándolas?, ¿por qué se persigue y se criminaliza en mayor medida a las personas usuarias de drogas que son racializadas?, ¿por qué hay una asociación entre pobreza y uso de drogas?, ¿realmente el delinquir está relacionado directamente con el uso de drogas?

Quisiera subrayar que al igual que el uso de drogas, el prohibicionismo no es un fenómeno reciente, pues hay registros históricos que nos hablan de esta práctica; por ejemplo, el edicto del peyote en México, el cual fue dictado en el año 1620 por la iglesia católica, para prohibir el uso de peyote; el decreto de la Dinastía Qing para prohibir el consumo de opio en China en el año 1829; la creación de la Convención de Shangai en 1909 para la regulación del opio; o bien, la llamada Ley Seca en Estados Unidos, la cual prohibía la venta de alcohol en la década de los veinte del siglo XX.

Si bien, estos y otros tantos tratados son ejemplos de leyes o preceptos que intentaba restringir el uso de ciertas sustancias, los años setentas del siglo XX marcaron un momento coyuntural respecto a las políticas prohibicionistas de drogas en Occidente. Uno de los personajes claves para la inserción e imposición del actual modelo prohibicionista a nivel mundial, fue el ex presidente de Estados Unidos (1969 y 1974) Richard Nixon, quien emprendió y desplegó una fuerte campaña contra el consumo de drogas durante los primeros años de la década de los setenta. Nixon, es una figura central a nivel internacional sobre dicho modelo, ya que durante su mandato declaró abiertamente una "guerra contra las drogas", pues para él, el uso de drogas había alcanzado dimensiones de emergencia nacional, por lo que el Estado debía considerar enemigo público número uno a cualquier droga. Recordemos un fragmento de su discurso en la Conferencia de prensa del 17 junio de 1971, en la cual, Nixon manifestó explícitamente su postura prohibicionista y punitivista ante las drogas:

Ladies and gentlemen, i would like to summarize for you the meeting that i have just had with the bipartisan leaders which began at 8 o'clock and was completed 2 hours later. I began the meeting by making this statement, which i think needs to be made to the nation... America's public enemy number one in the United States is drug abuse. In order to fight and defeat this enemy it is necessary to wage a new all-out offensive. I've asked the Congress to provide the legislative authority and the funds, to fuel this kind of an offensive. This will be a worldwide offensive, dealing with the problems of sources of supply as well as Americans who may be stationed abroad wherever they are in the world <sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> En el siguiente enlace se puede acceder al discurso <https://www.youtube.com/watch?v=y8TGLLQID9M>

Considero que fue a partir de esta declaratoria como se inicia oficialmente una fuerte ofensiva o “guerra oficial” contra las drogas, la cual ha logrado extenderse e imponerse a lo largo del planeta.

Y, aunque por medio de este discurso, parecería que Nixon se encontraba preocupado por cuidar a todos los ciudadanos estadounidenses, hay quienes sostienen que bajo esta nueva ofensiva de ley, se intentaba arremeter principalmente contra jóvenes (habría que recordar que durante la década de los sesenta y setenta hubieron diversas movilizaciones estudiantiles a lo largo del mundo, así como una fuerte llamada por parte de las juventudes y el movimiento *hippie*<sup>9</sup> en contra de la guerra de Vietnam), y contra grupos racialmente minoritarios como los afroamericanos y los latinos. Por lo que se dice, que tal ofensiva, era más bien, un disfraz para avalar la implementación de una política de discriminación y segregación, en contra ciertos grupos raciales y jóvenes.

A pesar de que se dio a conocer una postura crítica sobre las verdaderas intenciones de la llamada “guerra contra las drogas”, los argumentos alarmistas de Nixon y del Estado norteamericano para “salvaguardar” a los ciudadanos y al mundo de las atrocidades y aterradoras consecuencia del uso de las drogas, dieron resultado, por lo que se empezó a erigir un modelo prohibicionista y punitivista en Estados Unidos, el cual, rápidamente fue adoptado y cobijado por la mayoría de la sociedad estadounidense, así como el resto del mundo. Así pues, bajo la supuesta premisa de “proteger” al Estado-Nación, y a sus ciudadanos del peligro inminente que traían consigo el uso de drogas, es como surge el auge del prohibicionismo.

Quisiera agregar que en el mismo año en que Nixon hizo la ya mencionada declaración (1971), las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud (OMS), y un conjunto de instituciones, llevaron a cabo el llamado “Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas”, el cual, fue un tratado internacional que buscaba endurecer el uso indebido de sustancias psicotrópica, permitiendo solamente el uso de ciertas sustancias con fines médicos y científicos.

---

<sup>9</sup> Movimiento contracultural conformado en mayor medida por jóvenes estadounidense que buscan el fin de la guerra, y al cual se le asociado fuertemente con el uso del cannabis

En el preámbulo de dicho convenio, se expresa que la finalidad de este, es proteger la “salud física y moral de la humanidad” (p.1) y que existe una “inquietud [por] los problemas sanitarios y sociales que origina el uso indebido de ciertas sustancias sicotrópicas” (p.1), por lo que es importante clasificar y regular el uso indebido y científico de las sustancias. Me parece peculiar que se apelé a la protección de la moralidad como uno de los argumentos centrales de dicho convenio, pues creo que al hacer hincapié en dicha cuestión, se revelan las ideas y creencias normativas, y hasta cierto punto, religiosas de quienes fueron partícipes de tal documento. Por otro lado, dicho convenio también menciona que es necesario adoptar medidas de fiscalización estricta a nivel internacional y nacional, para el control y el uso indebido de drogas, por lo que creo que este documento, es un precedente para la criminalización, estigmatización y persecución de las personas usuarias de drogas, y no solo un referente de la “guerra contra las drogas” como se decía ser.

Si bien, tanto el expresidente Nixon como los Estados Unidos son los principales impulsores del modelo prohibicionista, hay que señalar que este ha sido retomado por gran parte del mundo, y que a pesar de los fracasos acumulados desde su surgimiento hasta la actualidad, dicho modelo sigue predominando y reclutando cada día un mayor número de seguidores, quienes defienden, abanderan y sostienen que toda persona que se involucre en cualquier actividad relacionada con las drogas “se convertirán [...] en traficantes, y viciosos, en criminales” (Astorga, 2016, p.35), por lo que el prohibicionismo debe ser la única solución.

Sin embargo, hoy en día es bien sabido que tanto el modelo prohibicionista, como las políticas punitivistas que emergen de tal paradigma, lejos de traer mejoras, han acarreado un sinnúmero de problemas, pues hemos sido testigos de un aumento de la violencia; del incremento de muertes relacionadas con el uso de drogas; así como de la vulnerabilización, la estigmatización, el encarcelamiento y la precarización de las vidas y la salud de las personas usuarias de drogas. El prohibicionismo ha creado un modelo “ideal” en donde se apuesta por un mundo libre de drogas, y donde el objetivo es acabar con ellas, pero de manera colateral, también ha arrasado con las vidas de quienes las producen, comercian y usan.

Después de años bajo este modelo, y con un cúmulo de resultados más negativos que benéficos, me parece ingenuo, irrisible y necio seguir bajo este “ideal”, pues el

prohibicionismo como política contra las drogas, está ya rebasado y es obsoleto, por lo que considero se debería de buscar nuevas estrategias en materia de política para abordar dicho fenómeno.

Finalmente, quisiera agregar que incluso cuando gran parte de los gobiernos se rigen bajo modelos prohibicionistas y punitivistas, existen casos como los de Portugal, Suiza, España, Australia, y Canadá, que han optado por crear políticas con una visión de salud pública, abocadas a respetar los derechos humanos de las personas usuarias de drogas. Algunos ejemplos de estas estrategias son: brindar Terapia de Sustitución de Opioides (TSO) a personas dependientes de heroína; la implementación de programas de intercambio de jeringas; la creación de Salas de Consumo Supervisadas (SCS), y el establecer programas de testeo de sustancias.

Y si bien, no todos los países cuentan con los mismos programas, la puesta en marcha de por lo menos uno de esto, ha traído grandes avances en materia de políticas públicas, salud y bienestar social tanto a las personas usuarias drogas, como al resto de la sociedad, por lo que propongo poner mayor atención en tales estrategias, con el fin de evitar las atrocidades y las múltiples violencias que la guerra contras las drogas y el modelo prohibicionista han generado a lo largo del mundo.

### **¿Qué ha pasado en México?**

Pasé años en guerra contra el narco, pero es  
imposible ganar sin legalización (Calderón, 2011).

En México, existen diversos historiadores, cronistas, sociólogos, antropólogos, politólogos, entre otros profesionistas, que se han dado a la tarea de documentar e investigar acerca del fenómeno de las drogas; entre ellos, destaca el trabajo del sociólogo mexicano Luis Astorga, quien ha abordado dicho temática bajo un enfoque sociohistórico.

En su libro *“El siglo de las drogas. Del profiriato al nuevo milenio”* (2016), Astorga ofrece una “mirada rápida y sintética, desde finales del siglo XIX, de la manera en que se usaban y percibían [...] ciertas plantas [...] sus derivados y quienes comerciaban con estos

productos antes y después de la promulgación de leyes para prohibirlas” (p.11), esto, a través de la recopilación y el análisis de diversas fuentes periodísticas.

Dicho autor, refiere que a finales del siglo XIX y a principios del XX, el comercio de “fármacos” tales como el láudano (extracto de opio), los vinos cordiales (con cocaína), y los cigarros de mariguana, eran vendidos en farmacias si ninguna restricción. También, argumenta que su uso, era empleado tanto en adultos como en niños, y que se fomentaba o promovía la utilización de estos, en periódicos y revistas de alta circulación en el país.

Por otra parte, el autor menciona que fue durante los años veinte cuando se inició una campaña para prohibir el cultivo y comercio de mariguana y amapola en México, esto, bajo la premisa de evitar la “degeneración de la raza”; cuestión que creó y fomentó una representación negativa en torno a las drogas, a quienes las usan, así como a quienes comerciaba con ellas. Para Astorga, este hecho fue el inicio de “la prohibición [como] una nueva etapa, [la cual] impone un esquema legítimo de percepción cuyo contenido se irá desarrollando” y tomando fuerza, a lo largo de la historia (Astorga, 2016, p.39).

Durante los años treinta en México, se refuerza la idea de que el uso de drogas “degenera a la raza”, y en 1931 los delitos relacionados con el tráfico de drogas y su consumo, pasan a ser de carácter federal, lo que trae consigo una legislación más severa respecto a las drogas. Sin embargo, a finales de esta década se da conocer una propuesta novedosa en cuanto a la percepción y el tratamiento de quienes usan drogas; dicho proyecto, fue introducido por el médico Leopoldo Salazar Viniegra, quien apostaba por ver a los usuarios de drogas como enfermos y no como delincuentes, por lo que proponía brindar un tratamiento de manutención con morfina gratuito, a toda persona que presentara un problema con el uso de drogas derivadas del opio. En el dicho de Viniegra, debía “conceptuarse al vicioso más como un enfermo a quien hay que atender y curar, que como verdadero delincuente que debe sufrir una pena” (Astorga, 2016, p.57). Su propuesta generó gran revuelo, y si bien echó a andar su proyecto, este no duró mucho, pues las presiones por parte de Estados Unidos, y de los propios políticos mexicanos, hicieron que su plan se viniera abajo en poco tiempo.

Considero que la propuesta de otorgar drogas a quienes tuviera algún consumo problemático, fue una apuesta sumamente radical e innovadora, la cual podría percibirse como un proyecto pionero en materia de políticas públicas y reducción de daños en México.

No obstante, el considerar a las personas usuarias de drogas como personas enfermas a las que se debe “curar”; en mi parecer, reproduce y perpetúa un discurso estigmatizante y patologizador sobre dichas personas, pues al percibirles como enfermos, se les asigna un rol dócil, donde el usuario tiene con poca o nula agencia para poder decidir si continuar o abandonar el consumo.

En cambio, se dice que la década de los cuarenta fue un tanto turbulenta, pues con el estallido de la Segunda Guerra Mundial, se creó una fuerte demanda de adormidera (amapola) por parte de Estados Unidos. Y si bien, tanto el cultivo como la venta de esta planta estaban prohibido desde el año 1926 en México, la siembra y tráfico se incrementó (particularmente en la región denominada como “el triángulo dorado”, la cual está conformada por los estados de Sinaloa, Chihuahua y Durango) debido a la demanda del vecino país. Es interesante recordar que con el triunfo de Estados Unidos al término de la guerra, dicho país, en conjunto con la ONU y la Comisión de Narcóticos se convirtieron “en el foro desde el cual los estadounidenses impondrían, vigilarían y administrarían lo que ya empezaba a delinearse como una geopolítica de las drogas” (Astorga, 2016, p.85); es decir, ya se venía gestando una visión prohibicionista del uso de drogas.

Por otra parte, los años sesenta fueron semillero de movimientos juveniles a nivel internacional, y la cultura *hippie* revolucionó en gran parte la percepción del consumo de drogas en ciertas esferas de la sociedad. Sin embargo, esto no quiere decir que las políticas antidrogas fueran más flexibles, al contrario, se vieron a endurecer. Como bien refiere Astorga (2016) a finales de los sesenta, el presidente Nixon ordenó la Operación Intercepción, la cual

implicaba una revisión minuciosa de los automóviles en la frontera estadounidense para detectar posibles contrabandos de drogas. Esa decisión unilateral no resolvió [...] el problema [...] pero creo un conflicto diplomático y un antecedente más a la larga lista de presiones estadounidenses hacia México para alinear la política respecto a la drogas de este país a la voluntad del gobierno del vecino país del norte (127) mandatos que hasta el momento seguimos cumpliendo.

Los años setentas, fueron la época de oro para el modelo prohibicionista, al cual México se adhirió, y desde el cual, se sigue gobernando y legislando en materia de drogas. Según

Astorga (2016) entre los años ochenta y noventa, los traficantes empezaron a tener mayor organización y control en gran parte del país, tanto así, que “el negocio del tráfico de drogas ilícitas adquiere tales proporciones y tanta visibilidad que [era] ya prácticamente imposible que grandes grupos sociales no se [dieran] cuenta de las relaciones indisolubles [...] entre las corporaciones policiacas y los traficantes” (p.155). También, durante estas décadas, se inicia un “combate” contra los llamados “cárteles” de la droga por parte del Gobierno mexicano, los Estados Unidos y algunas organizaciones internacionales como la DEA<sup>10</sup>, UNODC<sup>11</sup>, FBI<sup>12</sup>, con la finalidad de lograr un mundo “libre de drogas”, cuestión, que hasta el día de hoy no se ha realizado, pues la idea de un mundo sin drogas es una utopía; y como tal, es casi imposible de realizarse.

Pero sin duda, es el año 2006 donde emerge una nueva coyuntura respecto al combate contra las drogas en nuestro país, ya que el 8 de diciembre de dicho año; a tan solo siete días de haber asumido su cargo, el entonces presidente de México, Felipe Calderón Hinojosa (2006-2012) declara abiertamente el inicio de la guerra contra las drogas y contra las organizaciones criminales, esto, a través del “Operativo Conjunto Michoacán”, en el cual, ordenó el despliegue de 4 mil 200 elementos del Ejército, mil elementos de la Armada, mil 400 policías federales y 50 agentes del Ministerio Público (Aristegui Noticias, 2012). Dicha declaración, trajo consigo considerables medidas de “seguridad” para el país, el despliegue de la fuerzas armadas, la militarización por parte del Estado, y, desde luego, una inminente ola de violencia, la cual laceró a todo México.

El politólogo español César Morales Oyarvide (2011) menciona que una de las justificaciones de Calderón para iniciar la “guerra contra las drogas” fue que “México ya no era sólo un país de tránsito sino que se había convertido en un país consumidor de drogas, en donde el narcomenudeo afectaba a niños y jóvenes de manera creciente y alarmante” (p.9), estrategia muy similar a la usada por Nixon en 1971 para proponer, o más bien, imponer el modelo prohibicionista, como estrategia de Seguridad Nacional.

---

<sup>10</sup> La *Drug Enforcement Administration*, es una organización estadounidense fundada por Richard Nixon en el año 1973, que tiene como finalidad la lucha contra el narcotráfico y el consumo de drogas.

<sup>11</sup> La *United Nations Office on Drugs and Crime*, es una agencia financiada y fundada por las Naciones Unidas en 1997, que tiene por objetivo luchar contra las drogas y el crimen organizado a nivel internacional.

<sup>12</sup> El Federal Bureau of Investigation, es la principal agencia de investigación criminal del Departamento de Justicia en los Estados Unidos. Fue fundada por John Edgar Hoover, Charles Joseph Bonaparte y Theodore Roosevelt en 1908.

Otro de los argumentos utilizados por Calderón según cita Morales Oyarvide, fue un incremento de la violencia y la inseguridad en el país; sin embargo, el sociólogo mexicano Fernando Escalante Gonzalbo afirma que “entre 1992 y 2007 disminuyeron sistemáticamente, año con año, tanto la tasa nacional como el número de homicidios” (2009), lo cual muestra, que Calderón partía de un falso argumento. Siguiendo con Morales Oyarvide, este, refiere que el tercer argumento de Calderón para iniciar la “guerra contra las drogas”, fue la intención del narco por suplantar al Estado, pues “los traficantes estaban disputando el control territorial al Estado en numerosas partes del país, amenazando con suplantarlo, y habiendo penetrado en la estructura institucional estatal a un nivel nunca visto” (2011, p.11), argumento curioso, pues es bien sabido de los vínculos y tratados del narco con el Estado, desde hace décadas.

Analizando lo sucedido a partir de la declaración de la “guerra contra las drogas” en México en el año 2006, es evidente e indiscutible que tal ofensiva lejos de traer paz, acarrió una alza de la violencia, del crimen, de los homicidios, y de la inseguridad para casi todo el país; dejando a su paso, cerca de 100,000 víctimas colaterales entre los años 2007 y 2012, según datos del Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública (El País, s/f).

Por otro lado, el gobierno en turno encabezado por Andrés Manuel López Obrador, declaró en rueda de prensa el día 30 de enero de 2019, lo siguiente: “oficialmente ya no hay guerra... nosotros queremos la paz... vamos a conseguir la paz”<sup>13</sup> (CNN en español, 2019). Tal declaración parecía hacer alusión al fin de la “guerra contra las drogas”, lo que proponía un cambio radical en la política de drogas del país; sin embargo hasta el día de hoy, no se ha visto que se lleve a cabo una nueva estrategia, más bien, lo que se ha observado, es un “reciclaje” con tientes “progresistas” de modelos prohibicionistas y punitivistas abordados por los gobiernos anteriores.

Deseo aclarar que mi intención al hacer este breve recorrido, es visibilizar como las políticas prohibicionistas y punitivistas, afectan y perjudican de manera descomunal, principalmente a las personas usuarias de drogas, ya que lejos de ofrecer seguridad, bienestar, y salud, estas vienen a vulnerabilizar, criminalizar y estigmatizar a todo usuario,

---

<sup>13</sup> En el siguiente enlace se puede acceder al discurso <https://www.youtube.com/watch?v=g6rufLCtAvE>

expulsándolos de la sociedad, arrojándolos a la calle, a centros de rehabilitación, o al sistema penitenciario, excluyéndolos de la sociedad, y del acceso a servicios de salud.

### **Salud: El nacimiento de un sistema**

La salud es objeto de una verdadera  
lucha política. (Foucault, 1976).

Cuando hablamos de salud, generalmente viene a nuestra mente la imagen de una persona sana y fuerte. También, se podría pensar en hospitales, en el personal que labora en ello, y en la bata blanca, prenda característica dentro de la profesión médica.

Para la OMS; organización rectora a nivel internacional en temas referentes a la salud, esta, se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1946, p.100). Quisiera agregar que tal definición no ha sido modificada desde el año 1948; es decir, tenemos 72 años bajo la misma premisa, a pesar de todos los cambios y avances que se han generado durante este periodo. Sin embargo, he de señalar que considero valioso que la OMS no solo contemple el aspecto físico al hablar de salud, sino que también aborde el ámbito social y mental, puesto que el ser humano no es solamente un ser biológico, sino que está conformado por múltiples áreas.

Considero que la definición de salud es bastante ambiciosa y hasta utópica, ya que llegar a “un estado de completo bienestar [...]” puede resultar inalcanzable para la mayoría de las personas. Acorde a lo antes mencionado, se encuentra el análisis del médico y sociólogo español Vicenç Navarro (1997), quien realiza una crítica sugestiva al concepto de salud propuesto (¿o impuesto?) por la OMS, ya que para él, dicha noción se hace desde un referente universalista, occidental, apolítico y ahistórico, pues no considera las influencias del contexto social y político de cada país, sino que se impone un concepto de salud, desde un único referente.

Siguiendo el planteamiento del autor, creo también importante pensar en la salud desde referentes culturales, ya que como plantean Sacchi, Hausberger y Pereyra (2007), esta debe entenderse como una construcción sociocultural, pues depende de los significados que cada grupo o personas le han atribuido desde el propio marco de referencia. Navarro (1997)

también propone abordar la definición de salud y enfermedad, no solo desde el saber-poder dictado por la ciencia o la institución (en este caso la OMS), sino que debemos tener presentes el contexto social y político (yo agregaría económico y geográfico), en el cual nos encontramos; así como las relaciones de poder y las resistencias existentes dentro del contexto, para así, concebir una definición más próxima de lo que representa la salud y la enfermedad en nuestro contexto inmediato.

Asimismo, parte de la propuesta de Navarro, es la apuesta por un proyecto de salud pública, el cual define como “la actividad encaminada a mejorar la salud de la población” (1997, p.49). Por tal, dicho proyecto debe ser de carácter universal y con tintes comunitarios, ya que no basta con considerar solo a la población con algún padecimiento o enfermedad, sino que también, se debe tener presente la población “oculta” o no enferma a la hora de plantear propuesta encaminadas a políticas públicas de salud. Quisiera agregar que al igual que con los conceptos de salud y enfermedad, Navarro proponer tener en cuenta el contexto (social, político, económico, geográfico) así como las relaciones de poder coexistentes entre la población y las políticas públicas en materia de salud, ya que este panorama nos ayudará a develar hacia quienes están dirigidas las intervenciones y la atención de salud, así como saber a quienes se excluyen o relegan de los servicios sanitarios.

Por su parte, el filósofo francés Michel Foucault en su artículo titulado “Historia de la medicalización” (1977), hace un breve recorrido sobre la evolución del sistema-modelo médico occidental, desarrollado en el siglo XVIII. Para realizar tal análisis, dicho autor menciona que es importante tener presente lo que denomina como biohistoria; la cual, se refiere al efecto que causó (y lo sigue haciendo) la medicina en los seres humanos, y en la historia. Foucault, también indica que se debe poner mayor interés en el desarrollo de la medicina como tal, ya que al ser un saber-poder, en la medida en que esta evoluciona, llega a tener un mayor control sobre los seres humanos y sobre ciertas instituciones con las que se relaciona. Por otro lado, incita a no dejar de lado u olvidar la importancia y la trascendencia económica de la salud dentro de las sociedades, ya que las mejoras en el acceso y los servicios de salud, están ligados a la economía de los Estados.

Me parece relevante distinguir la siguiente cita, en la que Foucault desarrolla el supuesto de que la ciencia médica es una medicina social

sostengo la hipótesis de que con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una medicina privada, sino precisamente lo contrario; el capitalismo, que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica (Foucault, 1977, p.5)

Así pues, Foucault (1977) propone que el surgimiento, y la posterior instauración de un sistema médico o medicalizador enfocado en el cuerpo, se dio por medio de tres períodos: 1) la medicina de Estado; 2) la medicina urbana; y 3) la medicina de la fuerza laboral, orientada principalmente al control de los cuerpos vivientes.

En primera instancia, se encuentra la medicina de Estado, la cual surgió en Alemania a comienzos del siglo XVIII. Dicha medicina, se relaciona con una ciencia de Estado, encargada de conocer el funcionamiento general de la nación y su administración. Por tal, tanto la práctica médica, como las instituciones sanitarias, deben ser normadas y gestionadas en conjunto con el Estado.

Para Foucault, la constitución “de un saber médico estatal, la normalización de la profesión médica, la subordinación de los médicos a una administración general [...] la integración de varios médicos en una organización médica estatal [...] caracterizan lo que podría denominarse medicina de Estado” (1977, p.10). Dicho lo anterior, es fácil llegar a inferir que tal modelo fue vital importancia para el funcionamiento, el desarrollo y la instauración del saber-poder médico en el cual nos encontramos actualmente, pues este se encuentra por demás reglamentando y subordinado al Estado y sus políticas públicas.

Por su parte, la medicina urbana tiene su auge en Francia a fines del siglo XVIII, y a diferencia de la medicina de Estado, esta se enfoca mayormente en el fenómeno de la urbanización y la ciudad, haciendo hincapié en razones de orden económico y políticas. Foucault (1977) refiere que “la medicina urbana no es realmente una medicina del hombre, del cuerpo y del organismo, sino una medicina de las cosas – es una medicina de las condiciones de vida del medio de existencia” (p.18), puesto que repara en la vigilancia de los espacios públicos, el medio ambiente y la salubridad, cuestiones básicas para poder vivir una

vida digna. Como ejemplo de este “tipo” de medicina, se podría pensar en la importancia del acceso al agua, el valor de habitar una casa que cuente con servicios básicos, la importancia de espacios recreativos y limpios cercanos a nuestros contextos, entre otros factores, los cuales, llegan a determinar e incrementan nuestra salud.

Finalmente, Foucault (1977) habla de la medicina del trabajo, la cual, se relaciona con el desarrollo industrial, y con el cuerpo proletario de la Inglaterra del siglo XIX. Se dice, que tal medicina surge de la llamada “Ley de los pobres”, la cual se centraba en

una intervención médica que constituyera un medio de ayudar a los más pobres a satisfacer unas necesidades de salud [...] y que al mismo tiempo permitiera mantener un control por el cual las clases adineradas, o sus representantes en el gobierno, garantizaban [...] la protección de la población más privilegiada (p.21)

Tal cuestión, deja entre ver que la propuesta de la “Ley de los pobres”, y el acceso a los servicios de salud para el proletariado, no era en realidad un beneficio para este sector, sino más bien, era un servicio para los más privilegiados, quienes por medio del control de la vacunación, la organización de los registros epidemiológicos y las enfermedades graves, así como la identificación de espacios insalubres, pretendían “cuidar” a los necesitados, esto, con el fin de mantener cuerpos “sanos” y aptos para seguir laborando, así como evitar una especie de peligro, o “epidemia vírica” entre los burgueses. De esta forma, la medicina del trabajo dio pie a “tres sistemas médicos superpuestos y coexistentes: una medicina asistencial dedicada a los más pobres, una medicina administrativa encargada de problemas generales, como la vacunación, las epidemias, etc., y una medicina privada que beneficiaba a quien tenía medios de pagarla” (Foucault, 1997, p.23).

Considero que tanto la medicina de Estado, la urbana, y la del trabajo, fueron piezas claves para el desarrollo, perfeccionamiento y establecimiento del actual sistema de salud, el cual, ha apostado por una normativa y regulación por parte del Estado. También, creo que dicho sistema, se ha abocado en un pobre “acceso” a servicios de salud públicos tanto para los trabajadores, como para sus familias, esto, con la intención de mantener laborando y generando ganancias para el sistema capitalista y sus adeptos, apostando por una anatomopolítica del cuerpo, y al mismo tiempo, por una biopolítica que regula a la población, y que poco a poco se ha ido olvidando de una “Ley de pobres”, excluyendo a los más necesitados de sus servicios.

Así pues, el sistema de salud se ha ido privatizando en los últimos años, excluyendo de los servicios de salud a un mayor número de personas, quienes en términos foucaultianos son “arrojadas a la muerte” a través de diversos dispositivos de poder, y de biopolíticas centradas en la reproducción, control y regulación de cuerpos sanos.

### **El nacimiento del Sistema de Salud en México**

En cuanto al surgimiento del Sistema de Salud mexicano, creo importante hacer referencia al capítulo titulado “Salud y Seguridad Social 1977-2008: ¿Quién decide?”(2010), de la socióloga estadounidense Viviane Brachet-Márquez, quien brinda un esbozo sobre el desarrollo de las instituciones de seguridad social en el país.

Brachet-Márquez inicia diciendo que el Sistema de Salud en México desde su nacimiento ha presentado conflictos políticos-burocráticos, dificultades comunicacionales, administrativas, e inequidades evidentes, en cuanto a la distribución de recursos. Por lo que en palabras de la autora, la historia del Sistema de Salud mexicano, es más bien una “historia política en la medida que los cambios y transformaciones en el sistema de salud acumulados a lo largo de los años, aunque siempre respaldados por discursos ya sean “revolucionarios” o técnico-racionalistas, tuvieron sus raíces [...] en confrontaciones políticas” (2010, p.344), las cuales siguen vigentes, pues cada gobierno en turno realizar “innovaciones” o cambios mediante un Plan Nacional de Salud, el cual, suele ser implementado tan sólo durante los seis años de mandato presidencial, sin dar un seguimiento a planes anteriores, ocasionando un deterioro de los servicios de salud.

La autora, indica que fue a partir de la Constitución de 1917 que se hace una diferenciación entre las medidas de salud para la población general, y para la clase trabajadora. Sin embargo, hasta esa fecha, no existía un organismo o institución encargada de la salud como tal en México, fue hasta el año 1943 que se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). Para Brachet-Márquez, la creación de dichas instituciones responde mayormente a “las nuevas normas internacionales de intervención del Estado en el bienestar social” (2010, pp.349-350).

En cuanto al Estado de Bienestar, Navarro expone que este “incluye las intervenciones del Estado (tanto en el nivel central como en los niveles autonómico y local) dirigidas a mejorar el bienestar social y la calidad de vida de la población” (2004, p.1). Dicho

autor, asegura que entre los servicios que el Estado de Bienestar provee, se destacan derechos como la asistencia social, la protección a la salud, el acceso a la educación, y pensiones para la vejez o la discapacidad, por apuntar las más mencionadas; asimismo, señala que dicho modelo tuvo su auge después de la Segunda Guerra Mundial, y que su decadencia llegó con el auge del neoliberalismo en la década de los ochentas.

En cuanto al Instituto Mexicano del Seguro Social (en adelante IMSS), este, tenía el plan de incorporar solo a la fuerza laboral a su institución, mientras que la Secretaría de Salubridad y Asistencia (en adelante SSA), hoy Secretaría de Salud bajo el modelo del Estado benefactor, tenía la ambiciosa encomienda de brindar servicios de salud básicos al resto de la población. Sin embargo, como lo expresa Brachet-Márquez (2010), desde la creación de la SSA, esta estuvo fragmentada, por lo que los resultados no fueron lo más beneficiosos para la población. Siguiendo con dicha autora, esta, refiere que en el año de 1959 se creó otra institución de salud, la cual, se encargaría de brindar atención y servicios de salud a los empleados públicos; es así, como surge el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (en adelante ISSSTE). Es así, como se va gestando dos modalidades de atención en materia de salud pública para la mayoría de la población en México; una, que acoge y protege a los trabajadores, y otra, que intentará cobijar a la población no derechohabiente.

Por otra parte, a inicios de los años ochenta se creó la Coordinación de los Servicios de Salud, esto, con la intención de “determinar los elementos técnicos, normativos, administrativos y financieros para establecer las bases que permitan integrar los servicios públicos de salud dentro de un Sistema Nacional de Salud que cubra a toda la población” (Soberón *et al.* en Brachet -Márquez, 2010, p. 3). Como es bien sabido, tal integración nunca se logró, y, hasta el día de hoy, cada uno sistema sigue trabajando de manera paralela.

Otra cuestión a resaltar, es que a finales de los años ochenta, el neoliberalismo tomó mayor fuerza, desmantelando o arrasando con muchos de los derechos alcanzados con el Estado de Bienestar. Las recurrentes crisis económicas a lo largo del mundo, fueron justificación para hablar de una escasez presupuestaria, por lo que “se redujeron los fondos destinados a los servicios de salud para la población abierta, al mismo tiempo que se incrementó la participación financiera de los estados en la materia” (Brachet-Márquez, 2010, p. 362).

A partir de los siguientes años, en México se fueron creando algunos proyectos de salud, tales como el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para la Población no Asegurada (1991), el Programa de Educación, Salud y Alimentación (1997), Oportunidades (2002), entre otros. En el año 2000, bajo la administración del entonces presidente de la república Vicente Fox Quesada (2000-2006), se lanzó el programa piloto del proyecto de salud nacional nombrado “Seguro Popular”, el cual, “se hizo ley a partir de 2003, y se implementó gradualmente de 2004 en adelante con el objetivo de cubrir la totalidad de la población para 2010” (Brachet-Márquez, 2010, p. 370).

Dicho programa, parecía venir a revolucionar (hasta cierto punto) el acceso a la salud de un gran número de personas en el país, ya que ofrecía un paquete de servicios de salud a personas que se encontraban en el trabajo informal, quienes generalmente eran los más afectados, pues no contaban con seguridad social. Sin embargo, la apuesta por un sistema de salud universal y gratuito en el país, fue más un discurso que una realidad, ya que en la praxis, la de falta de recursos tanto financieros como humanos, hicieron compleja la puesta en marcha de tal proyecto.

Llegado el 2020, y con un “nuevo” gobierno encabezado por Andrés Manuel López Obrador (2018-2024), se generó un nuevo cambio en materia de salud; fue así que surgió el Instituto de Salud para el Bienestar (en adelante Insabi), el cual, inició el 1 de enero del 2020. Tal proyecto, se define como

un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, sectorizado en la Secretaría de Salud [...] tiene por objeto proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social, así como impulsar, en coordinación con la Secretaría de Salud en su calidad de órgano rector, acciones orientadas a lograr una adecuada integración y articulación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud (Instituto de Salud para el Bienestar (s/f), recuperado de <https://www.gob.mx/insabi/que-hacemos>)

Esto, deja entrever la persistencia del gobierno mexicano por fusionar, o integrar las instituciones de salud existentes en el país. Y si bien, tal intento ha fracasado con anterioridad, sería muy arriesgado y apresurado de mi parte, asegurar dicho fallo.

A lo largo de casi seis cuartillas, intenté brindar un panorama general sobre cómo se ha dado, o cómo ha emergido el Sistema de Salud en el que estamos adscritos a nivel global

y nacional; sistema, en donde el Estado pasa a ser gestor de nuestros cuerpos y vidas. No obstante, durante este recorrido, en ningún momento se hizo mención al acceso y el derecho a la salud, al que las personas usuarias de drogas debería tener, por lo que podría inferirse que este grupo de personas queda totalmente borradas o excluidas de tales beneficios.

Según Foucault (1976) entre los años 40 y 50 se empezó a vivir en un “régimen en que una de las finalidades de la intervención estatal es el cuidado del cuerpo, la salud corporal, la relación entre las enfermedades y la salud” (p.156), convirtiéndose el cuerpo y la salud en algo a regular y normalizar, tanto por parte del Estado, como por la disciplina médica (convertida ya en un saber-poder), la cual empezó a potencializar y mercantilizar el cuidado de los cuerpos y las vidas de las personas a través de intervenciones médicas. Intervenciones, que son impuestas por un saber-poder que patologiza y “castiga” a todo aquel que se encuentre fuera de sus referentes, pues, “con mucha más frecuencia la medicina se impone al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad” (Foucault, 1976, p.160) y desde su potestad o dominio juzga quien está enfermo, quien no lo está, qué tratamiento debe seguir, y quién puede acceder a dichos servicios.

En consecuencia, el acceso a la salud se vuelve asunto de unos cuantos, por lo que creo importante poner atención en grupos que han sido vulnerabilizados y excluidos históricamente; tal es el caso de las MMUDI's, colaboradoras de esta investigación, quienes al utilizar drogas por la vía intravenosa se enfrentan a mayores riesgos sanitarios, así como a diversas barreras para acceder a servicios de salud debido al estigma que genera el uso de drogas, y su condición genérica.

### **Drogas inyectables ¿Son realmente un problema? Cifras oficiales y no oficiales**

El Informe Mundial sobre las Drogas 2019, es un documento de corte informativo que consta de cinco apartados, los cuales tienen como objetivo, brindar un amplio panorama sobre el problema de las drogas a nivel mundial. Tal informe, ofrece cifras relacionadas con el uso de drogas; las principales rutas de trasiego del tráfico de drogas; datos epidemiológicos e, información sobre políticas de drogas en el mundo.

Cabe señalar que dicho informe, también alude o fomenta la cooperación internacional para contrarrestar los impactos en la salud del consumo de drogas, y aborda la gobernanza y la seguridad relacionada con dichas temáticas. Este informe es elaborado

principalmente por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés), en colaboración con organizaciones como la Subdivisión de Investigación y Análisis de Tendencias, la División de Análisis de Políticas y Asuntos Públicos, la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), el programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (BM).

En su primer apartado, precisa que en 2017 se calculó que alrededor de 271 millones de personas, de entre 15 a 64 años de edad, había consumido drogas el año anterior; también, se argumenta que durante el mismo periodo de tiempo, 35 millones de personas padecieron trastornos relacionados con el consumo de drogas tales como la marihuana, la cocaína, las metanfetaminas, los opioides sintéticos (fentanilo, tramadol<sup>14</sup>), la heroína, así como nuevas sustancias psicoactivas. Por otro lado, se dice que aproximadamente 585,000 personas murieron a consecuencia del consumo de drogas en todo el mundo. Con base en lo antes mencionado, se puede deducir que tanto el enfoque prohibicionista, las estrategias de prevención, así como los diversos modelos para el tratamiento del consumo de drogas, siguen siendo ineficaces, y han fallado en su apuesta por un “mundo libre de drogas”

Relacionado al consumo de drogas inyectables, el reporte (2019) menciona que en 2017, el número de consumidores a nivel global ascendía a 11.3 millones aproximadamente, y, que el grueso de la población usuaria, se encontraba en China, en la Federación de Rusia y en los Estados Unidos. Asimismo, se dice que los usuarios de drogas inyectables, suelen experimentar en mayor medida sobredosis fatales y no fatales (debido al uso de opioides); así como, ser más propensos a contraer enfermedades infecciosas tales como el VIH, el Sida, la sífilis, o la hepatitis B y C.

En cuanto a las enfermedades infecciosas, el documento indica que uno de cada ocho consumidores de drogas inyectables vive con VIH, lo que representa 1.4 millones de personas a nivel global. Por su parte, la ONUSIDA, organización citada dentro del informe, refiere que la probabilidad de que algún consumidor de drogas por inyección contraiga VIH, es 22 veces mayor, que el de la población general. Respecto a la hepatitis tipo C (VHC), el reporte

---

<sup>14</sup> Analgésico de tipo opioide que sirve para tratar y/o aliviar el dolor.

menciona, que más de la mitad de los consumidores cuenta con el virus; es decir, que un total de 5,6 millones de usuarios de drogas inyectables en el mundo, vive con esta condición.

Considero que las cifras antes mencionadas son muestra del gran impacto que tiene el consumo de drogas inyectables en la salud de los usuarios, quienes además de estar expuestos en mayor medida a tales implicaciones médicas, suelen tener poco o nulo acceso a servicios de salud públicos en clínicas u hospitales, vulnerando aún más su condición. Asimismo, es bien sabido que el estigma y la discriminación hacia las personas usuarias de drogas (inyectables o no) juega un papel importante a la hora de intentar acceder a servicios de salud, pues el consumo se antepone como una barrera a la hora de buscar atención médica.

Algo que me parece significativo señalar, es que este informe es realizado por organismos internacionales que se encargan de “regular, controlar y combatir el tráfico de drogas” a nivel internacional. Entre dichos organismos, se encuentra la Oficina contra la Droga y el Delito de las Naciones Unidas, y la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE). Se dice que el trabajo de estas instituciones es velar, vigilar y promover la “paz” y “seguridad” de los países miembros, así como fomentar relaciones de cordialidad entre sus afiliados. Sin embargo, si no existe una adherencia a sus peticiones u órdenes, los objetivos se ponen en entre dicho, por lo que considero, que lejos de buscar la paz y la seguridad, estos organismos buscan tener un control de los países aliados (la mayoría economías emergentes) de acuerdo a sus intereses económico-político, simulando trabajar en aras del bien común.

En el caso de México, se podría decir que el consumo de drogas inyectables no es una problemática que impacte a nivel nacional, como es el caso de Estados Unidos o Canadá. A pesar de ello, creo importante tener en cuenta la existencia del uso de estas drogas, así como, reconocer que dicho fenómeno se concentra mayormente en la frontera norte del país. Fleiz Bautista *et al* (2019), refieren que la dinámica de consumo de drogas inyectables, y del consumo de heroína en la región norte del país, se puede explicar por la cercanía con los Estados Unidos. Y si bien, el ser vecinos de un país que desde finales de los años noventa presenta una fuerte crisis de opioides, no es un factor unicausal para explicar la alta tasa de uso de drogas inyectables, el espacio geo-político conformado en la frontera norte, sí puede ser un factor significativo asociado al fenómeno del uso de drogas inyectables en esta zona.

Si se desea tener datos duros y “confiables” sobre el consumo de drogas inyectables en el país, es factible recurrir a alguna de las Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA 1989, 1993, 1998, 2002, 2008, 2011); o bien, a la ahora llamada Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT 2016-2017). Creo importante señalar que tanto la ENA como la ENCODAT son encuestas realizadas en hogares<sup>15</sup> por dependencias de salud como el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones (SISVEA) y la Secretaría de Salud (SSA); quienes tiene el propósito de brindar un panorama epidemiológico sobre el uso, abuso y dependencia de drogas entre personas de entre 12 a 65 años en México.

Algunos de los datos relevantes que arrojó la ENA 2011 en coordinación con el SISVEA, es que durante el año 2009, los residentes de los estados de Baja California, Chihuahua y Jalisco, fueron quienes acudieron en mayor medida a una primera consulta en centros de tratamiento no gubernamentales para consumo de drogas (legales o ilegales), con la finalidad de recibir algún tipo de ayuda o tratamiento. Cabe resaltar que dicha encuesta, también refiere que es la región noroccidental; conformada por Baja California, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa, donde el cristal, la heroína y el alcohol, son las drogas de mayor impacto entre las personas que solicitan tratamiento; siendo la heroína la segunda droga que lleva a los usuarios a buscar ayuda.

En el año 2016, el SISVEA en coordinación con la SSA, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS), la Dirección General de Epidemiología y los Centros de Tratamiento y Rehabilitación No Gubernamentales, reportaron, que son los estados fronterizos con Estados Unidos, quienes tienden a presentar una mayor incidencia en el consumo de heroína y de otras drogas inyectables (Fleiz-Bautista *et al*, 2019).

Por su parte, la ENCODAT (2016-2017) expone la existencia de una mayor prevalencia del consumo de drogas ilegales en el último año en la región norte del país. Asimismo, refieren que el estado de Baja California se encuentra por encima del promedio nacional de consumo de cualquier droga. Aunado a esta información, Gutiérrez López (2018)

---

<sup>15</sup> Al ser encuestas realizadas en hogares, existe un sesgo, pues un gran número de personas usuarias de drogas inyectables, no cuentan con una residencia estable.

en coordinación con el Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas, y los Centros de Integración Juvenil (CIJ), aseguran que tanto en Chihuahua como en Baja California, el alto consumo de heroína lleva a los usuarios a buscar algún tratamiento.

En el caso particular del estado de Baja California, es el Programa Estatal Integral contra las Adicciones (2017) realizado por el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC) y el Observatorio Estatal contra las Adicciones de Baja California, el documento que brindar información referente al consumo de drogas en el estado. Entre los datos significativos en torno al consumo de drogas inyectables en la región, el Programa Estatal Integral contra las Adicciones (2017) menciona que “Baja California es el segundo lugar a nivel nacional en consumo de heroína”, solo por debajo de Chihuahua (pp.21-22), dato que confirma lo existencia de un contexto de alto consumo de heroína en la frontera norte del país.

Si bien, hasta el momento, las cifras e información citadas derivan de instituciones, quisiera externar la existencia de cifras “no oficiales”, que son generadas por organizaciones de la sociedad civil en Baja California, quienes durante años, han trabajado directamente con personas usuaria de drogas inyectables, bajo un enfoque “novedoso” (al menos en el caso de México) en el abordaje de la salud de dicha población. Tal modelo, es el denominado reducción de daños, el cual según la *Internacional Harm Reduction Association* (IHRA por sus siglas en inglés)

refers to policies, programmes and practices that aim primarily to reduce the adverse health, social and economic consequences of the use of legal and illegal psychoactive drugs without necessarily reducing drug consumption. Harm reduction benefits people who use drugs, their families and the community. (International Harm Reduction Association, 2010).

Así pues, el modelo de reducción de daños, viene a modificar de manera significativa la idea impuesta por el prohibicionismo de criminalizar a los usuarios de drogas, y más bien, apuesta por mitigar el impacto social, político, jurídico y a la salud que las drogas pueden acarrear en los consumidores.

En relación a la reducción de daños, México cuenta con la Norma Oficial Mexicana-028-SSA2 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (2009), documento oficial, que hace alusión al modelo de reducción de daños en el numeral 3.49, donde se menciona que

la reducción del daño, es el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas, por lo que se articula necesariamente con la prevención y el tratamiento. No pretende necesariamente la abstinencia. Para el caso de VIH/Sida, es la estrategia con la que se considera que a través de información a los usuarios sobre el VIH/Sida, instrucción sobre limpieza adecuada de jeringas, del uso de agujas y jeringas estériles, dotación de condones, cloro, gasa y otros, además de asesoría médica, realización de prueba de detección del VIH, trabajo comunitario de acercamiento a las y los usuarios de drogas inyectadas, formación de grupos interdisciplinarios y consejería sobre uso de drogas, es la manera más segura y efectiva de limitar la transmisión de VIH por los consumidores de drogas inyectadas (Norma Oficial Mexicana-028-SSA2, 2009, p. 23)

Es importante señalar que aun y con la existencia de una norma oficial que hace explícita la importancia de implementar la reducción de daños como estrategia de atención y prevención entre las personas usuarias de drogas, la mayoría de dependencias gubernamentales y no gubernamentales, no se apegan a este enfoque y siguen trabajando bajo un modelo prohibicionista, el cual busca la abstinencia total, y abona al estigma, la discriminación, la segregación y la criminalización de las personas usuarias de drogas.

Sin embargo, hay que reconocer la existencia de algunas organizaciones que trabajan bajo el enfoque de la reducción de daños en Baja California, ejemplo de ello son; PrevenCasa A.C<sup>16</sup>, Centro de Servicios Ser A.C<sup>17</sup>, y el programa Wound Clinic<sup>18</sup>, todos ellos ubicados en la ciudad de Tijuana. Dichos programas brindan consejería en materia de salud, por lo que realizan pruebas rápidas para la detección de VIH, HVC, sífilis; y facilitan acompañamiento y vinculación a tratamientos médicos. Asimismo, ofrecen información para la prevención de

---

<sup>16</sup> Sitio en Facebook <https://www.facebook.com/prevenecasateam>

<sup>17</sup> Sitio en Facebook <https://www.facebook.com/CENTROCSEAC>

<sup>18</sup> Sitio en Facebook <https://www.facebook.com/woundclinictj>

ITS<sup>19</sup>; curación de abscesos y/o heridas; y un programa de intercambio de jeringas, el cual consiste en otorgar parafernalia estéril para el consumo de drogas inyectables.

Por otro lado, en Mexicali se encuentra la organización Integración Social Verter A.C<sup>20</sup>., quienes desde el año 2013 realizan diversos proyectos enfocados en la promoción de la salud pública y los derechos humanos, desde la reducción de daños. Entre los servicios ofertados por la organización, se encuentran: un programa de intercambio de jeringas liderado por pares; distribución y capacitación en el uso de naloxona; aplicación de pruebas rápidas de VIH, HVC y sífilis; acompañamiento y vinculación a servicios de salud; asesoría para interponer denuncias ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Baja California; y es el único programa en toda América Latina que cuenta con una sala<sup>21</sup> de inyección segura. Verter, sostiene que en la ciudad de Mexicali existen entre tres mil y cuatro mil personas que usan drogas inyectables; tales datos, surgen de la experiencia y el trabajo de base realizado por la organización durante sus años de servicios, pues hasta el momento, no existen cifras oficiales sobre el tema en la ciudad.

Consciente de que la información antes mencionada es un breve o brevísimo panorama sobre el contexto del uso de drogas inyectables; y que sin duda, falta ahondar mucho más en las cifras no oficiales, creo pertinente manifestar la importancia de seguir generando datos e investigaciones en torno al fenómeno del uso de drogas inyectables en la frontera norte de México. Asimismo, es de vital importancia generar información referente a las barreras que este grupo de personas enfrenta al intentar acceder a servicios de salud, pues a mi parecer, tal cuestión resulta una proeza.

En consecuencia, creo importante apostar por la creación y puesta en marcha de políticas públicas que incluyan las necesidades sanitarias de las personas usuarias de drogas, así como implementar la perspectiva de género dentro de estas, ya que si bien el uso de drogas no es exclusivo de uno género, este sí juega un papel importante y diferenciador en la vida de quienes consumen drogas.

---

<sup>19</sup> Infecciones de transmisión sexual

<sup>20</sup> Sitio en Facebook <https://www.facebook.com/VerterAC>

<sup>21</sup> Aquí se puede acceder a una descripción del proyecto “La Sala” <http://verter.org.mx/?p=168>

## **¿Importa el género?**

Como se menciono anteriormente, el modelo prohibicionista crea representaciones negativas, estigmatizantes y punitivas, acerca de las personas que consumen drogas, ya que desde este referente, el ser usuario de drogas ha venido a ser sinónimo de criminalidad. Pero ¿en quiénes se piensa cuando se habla de consumidores de drogas?, ¿cuál es la imagen que se crea o salta a nuestra imaginación? Me atrevería a decir que la imagen que se genera en nuestra mente generalmente es la de un hombre; es decir, el género juega un papel primordial. Además del género, se podría hablar de un hombre en condiciones de carencia o precariedad; por lo que la clase es otro factor a destacar.

Por el contrario, pocas veces pensamos en una mujer, mucho menos en una mujer que es o será madre, ya que esta asociación no suele empatar con los estereotipos sociales que hemos recibido y reproducido a lo largo de la vida. Así pues, la figura femenina viene a ser una construcción sociocultural, la cual se ha ido asociado históricamente a lo delicado frente a la fuerza; a lo privado contra lo público; a lo bello anverso a lo grotesco; a lo pasivo contra lo activo; a la patologización frente a la salud o la normalidad; y a la reproducción en oposición a la producción. Estas y otras características, han dotado a la mujer de una posición subalterna frente al varón, por lo que es impensable asociar a la mujer con actividades y conductas fuera de este modelo hegemónico.

En consecuencia, las colaboradoras de esta investigación (las MMUDI's) vienen a romper con una representación ideal de la figura tradicional de la mujer-madre; la cual, al menos en el contexto mexicano, se encuentra ligada a un rol de cuidado de los hijos y la familia, a la sumisión, a la devoción del otro, a la abnegación, y al instinto y al amor materno por encima del cuidado y el placer propio. Así pues, el uso de drogas por parte de una mujer-madre, o por una mujer que está embarazada, se castiga de forma severa; tanto por ir en contra del cuidado propio de la salud, como por "atentar" contra la vida de sus hijos, y, por atreverse a desertar el arquetipo de mujer-madre impuesto y creado desde las tecnologías del género, el Estado, sus instituciones y diversos saberes-poderes disciplinares, quienes dictan su actuar desde sus propios referentes.

Si bien, las MMUDI's suelen ser señaladas, discriminadas y estigmatizadas en gran medida por ser mujeres disidentes a las tecnologías de género, por contraponerse a los ideales

de un cuerpos "sano", y por ir en contra del prototipo o ideal materno; considero que dentro de sus narrativas es posible encontrar como ellas mismas reproducen dichos mandatos patriarcales al autoestigmatizarse y señalarse como "malas mujeres". Sin embargo, es importante señalar que aunque en ocasiones las propias MMUDI's encarnen y reproduzcan parte de las tecnologías de género, este grupo de mujeres se subleva ante una autoridad patriarcal, prohibicionista y capacitista<sup>22</sup>, al momento de posicionarse como usuarias de drogas frente al mundo en el que vive, el cual constantemente las abandona, las juzga, las vulnera, y las arroja a la "muerte" social, política y biológica.

---

<sup>22</sup> Sistema social, político y económico que discrimina a las personas discapacitadas y a los cuerpos no sanos/rentables para el sistema capitalista.

## **CAPITULO II - La imposición de la bata blanca: El uso del saber-poder médico y los dispositivos de poder, como mecanismo de control y regulación en los cuerpos de las MMUDI's**

El presente capítulo se centra en el análisis de los discursos institucionales en torno al acceso a los servicios de salud reproductiva, brindados a Mujeres-Madres Usuarias de Drogas Inyectables (MMUDI's). Asimismo, este apartado devela e identifica los diversos dispositivos de poder utilizados por el personal de salud, para controlar y regular los cuerpos, vidas, y la reproducción de las MMUDI's.

### **El nacimiento del Hospital Materno Infantil en Mexicali, Baja California**

El Hospital Materno Infantil de Mexicali, Baja California (HMI en adelante), fue inaugurado el día 23 de agosto del 2011 por el expresidente de la república Felipe de Jesús Calderón Hinojosa (2006-2012), y el entonces Gobernador del Estado de Baja California, José Guadalupe Osuna Millán (2007-2013). Durante la ceremonia inaugural, Felipe Calderón dio un discurso en el cual agradecía la presencia del personal de salud y de ciertos funcionarios. Entre los reconocimientos y gratitudes, se destacó la mención hacia el General Adolfo Duarte Múgica, quien en ese momento era el Comandante de la Segunda Región Militar<sup>23</sup> del país. Calderón extendió el siguiente mensaje a Duarte Múgica

le pido General, que trasmita a todos los elementos de tropa, oficiales, jefes, y generales a su mando, el agradecimiento de todos los mexicanos; desde luego, estoy seguro que de los baja californianos, por la labor de la seguridad interior del país (aplausos de los asistentes), muchas gracias (aplausos de los asistentes)<sup>24</sup>

Considero que el externar dicho cumplimiento de manera enfática y pública, fue una muestra clara de las alianzas y compromisos que tenía el Gobierno Federal y los militares durante el período presidencial de Calderón, quienes, en conjunto, llevaron a cabo la llamada “guerra contra las drogas”, la cual, tenía como máxima premisa “combatir” el narcotráfico en todo el territorio mexicano, incluyendo la frontera norte del país, espacio geopolítico donde suele darse diversas dinámicas relacionadas con el trasiego, venta y consumo de drogas.

---

<sup>23</sup> Zona conformada por los estados de Baja California, Baja California Sur y Sonora.

<sup>24</sup> Calderón Hinojosa, F. [Presidencia Felipe Calderón Hinojosa]. (2011, Agosto, 23). Inauguración del Hospital Materno Infantil y de la Unidad Médica de Especialidades Oncológicas.

Siguiendo con la ceremonia, el expresidente Calderón indicó que la inauguración del HMI de Mexicali venía acompañada de la Unidad de Especialidades Médicas (UNEME) de Oncología, debido a que tanto en Mexicali, como en su Valle, mostraban un gran aumento poblacional. Sin embargo, nunca se cuestionó a profundidad el porqué de la creación de ambas unidades médicas en la capital del estado. Según Calderón, tal construcción respondía a una alta demanda de servicios de salud en los habitantes, sobre todo en aquellos que no eran derechohabientes debido a que se encontraban en el sector informal. En palabras del expresidente

en Baja, generalmente tenían servicios de salud, pues la gente que esta con trabajo formal, que tenía Seguro Social, la gente que trabaja en el Gobierno, que tiene ISSSTE, pero los grandes desposeídos de los servicios de salud, era la gente que no tiene trabajo formal ni tiene ISSSTE, y que son la mayoría... y esa gente, a través del Seguro Popular, le estamos dando, los servicios de salud que nunca han tenido<sup>25</sup>.

Por tanto, la inauguración de ambos espacios hospitalarios impactaría de manera positiva a un gran número de habitantes; sobre todo a los más vulnerabilizados, quienes contaban con poco o nulo acceso a servicios de salud durante embarazos de alto riesgo, y a quienes presentaban problemáticas relacionadas con el cáncer.

Lejos de renegar por la creación de dichos espacios, creo importante resaltar que Baja California es uno de los estados de la República Mexicana, con el índice más alto de embarazos adolescentes, lo cual responde a la necesidad de crear un hospital de segundo nivel, como lo es el HMI. Por otro lado, al ser el Valle de Mexicali zona de cultivo, es habitual el uso de diversos pesticidas, los cuales, se han relacionado con el aumento de enfermedades cancerológicas, cuestión que también respondería a la creación de una unidad médica especializada en oncología. Si bien, lo antes dicho son meras conjeturas, creo que no está demás considerarlo.

En cuanto a la inversión, Calderón refirió que ambas obras ascendieron a un total de casi 300 millones de pesos, de los cuales, el Gobierno Federal contribuyó con aproximadamente 240 millones. Sobre la infraestructura del HMI, Calderón mencionó que

---

<sup>25</sup> Inauguración del Hospital Materno Infantil y de la Unidad Médica de Especialidades Oncológicas. [Archivo de video]. Recuperado de [https://www.youtube.com/watch?v=GCoc\\_JKqfjU&t=612s](https://www.youtube.com/watch?v=GCoc_JKqfjU&t=612s)

el inmueble contaba con 76 camas, entre censables<sup>26</sup> y no censables<sup>27</sup>, y que tenía el mejor equipamiento y tecnología para tratar a las pacientes embarazadas y a los recién nacidos bajacalifornianos.

Por otra parte, dentro del Manual de Procedimientos de Trabajo Social, existe un apartado de antecedentes históricos, donde se relata de manera general parte de la historia del hospital. Dicho documento, describe de manera general la distribución espacial del hospital. En la planta baja se encuentra la sala de emergencias de ginecología y obstetricia, la cual consta de 13 camas, tres de estas, son cubículos aislados para la atención de pacientes obstétricas en estado crítico. También, se cuenta con un área de quirófanos, la cual se compone de seis salas, entre ellas, una especializada en cirugía laparoscópica<sup>28</sup>, y una sala de recuperación, que consta de 10 camas. Asimismo, se tiene un área de tococirugía<sup>29</sup>, compuesta de 18 camas destinadas a trabajo de parto y recuperación postparto. Finalmente, se señala que la planta alta está capacitada con un total de 37 camas de maternidad, donde se incluyen tres cubículos aislados para pacientes en estado de salud crítico. También, se dice que se cuenta con un área de cuidados intensivos neonatales, la cual tiene 12 cunas térmicas, y cuatro aislados para pacientes neonatales graves.

Tanto la conferencia inaugural aquí referida, como el Manual de Procedimientos de Trabajo Social del HMI, hacen hincapié en que la creación del centro hospitalario beneficiar en gran medida a los bajacalifornianos, debido a que se tendrá mayor acceso a servicios de salud de calidad, y una atención y servicios especializados por parte de un grupo de profesionistas altamente calificado en áreas tales como la obstetricia, la ginecología, la neonatología, la perinatología, y la oncología.

---

<sup>26</sup> Cama en servicio instalada en el área de hospitalización, para el uso regular de pacientes internos; debe contar con los recursos indispensables de espacio, así como los recursos materiales y de personal para la atención médica del paciente [...] Es la única que produce egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días estancia. Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud, disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/040ssa204.html>

<sup>27</sup> Cama que se destina a la atención transitoria o provisional, para observación del paciente, iniciar un tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También es denominada cama de tránsito y su característica fundamental es que no genera egresos hospitalarios. Aquí se incluyen las camas de urgencias, de terapia intensiva, de trabajo de parto, corta estancia, camillas, canastillas, cunas de recién nacido. Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud, disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/040ssa204.html>

<sup>28</sup> Tipo de cirugía que busca problemas en el abdomen y/o el aparato reproductor de una mujer.

<sup>29</sup> Espacio físico en donde se vigila la evolución de las pacientes embarazadas que se encuentran en trabajo de parto.

Sumado a lo ya mencionado, quisiera agregar algunas narrativas provenientes del propio personal de salud entrevistado del HMI, debido a que considero que estas nutren y adicionan información respecto al interés y el alcance en materia de salud gineco-obstétrica, que tuvo la apertura de dicho hospital.

Fue hace 8 años, por las necesidades de que en el general (refiriéndose al Hospital General) ya no se contaban con espacio suficiente para los recién nacidos, es por eso que se vinieron para acá, para que se tenga el conjunto, el binomio madre-niños (M.A, comunicación personal, 15 de enero de 2020)

Esto pertenece a la Secretaria de Salud, nosotros somos parte, digamos, podríamos decir, si hacemos una estructura del cuerpo, somos un brazo del Hospital General, todo esto pertenece al Hospital General, que era comúnmente el primero y el tercer piso, pero la gran demanda que ha habido, sobre todo de embarazos, sobre todo en adolescentes, se vio la necesidad [...] y se decidió en la capital de Mexicali, por eso se hizo aquí [...] realmente era parte del Hospital General, pero ya este es un enfoque a la maternidad, a lo ginecológico, a lo oncológico, porque también tenemos pacientes, y en el área específico de bebés, ya es el área de neonatos. (S.A, comunicación personal, 29 de enero de 2020)

Nosotros somos parte del Hospital General de Mexicali, de hecho, ni siquiera se nos contempla como un hospital aparte [...] como el Hospital General está saturado en espacio, entonces se decide sacar esa parte (haciendo alusión al área de ginecología) [...] pero igual, estamos en total contacto con el Hospital General [...] gineco se vino para acá, fue más que nada por la necesidad de espacio... estábamos en un espacio muy pequeñito allá [...] entonces pues ya no se daba abasto para la población de Mexicali. (M.R, comunicación personal, 05 de marzo de 2020)

Acá es un trato más enfocado a la atención materno-infantil [...] de hecho en los hospitales de segundo nivel, como este, los Hospitales Generales, el 60-50% de la atención medica va a hacer gineco-obstetra, entonces haz de cuenta que cuando el hospital (refiriéndose al HMI) se viene para acá, si se le quito un gran peso (haciendo alusión al HG). (D.E, comunicación personal, 13 de marzo de 2020).



Figura 1. Facha principal del Hospital Materno Infantil, Mexicali, Baja California.

Misión: Brindar atención médica integral a la mujer y al recién nacido con calidad, eficiencia. Así como formar recurso humano especializado, comprometido con la sociedad en preservar la salud de nuestra población.

Visión: Ser reconocido como Hospital líder en atención media y enseñanza en la salud de la mujer y el recién nacido.

### **Implementación de dispositivos de poder para el control y regulación de los cuerpos de las pacientes**

Desde una perspectiva foucaultiana, los dispositivos de poder podrían entenderse como un conjunto de estrategias utilizadas por cierto saber; en este caso la medicina, para ejercer poder y control sobre otros. Por tal, tanto la disciplina médica; el propio hospital y su diseño arquitectónico; los trabajadores de la salud (medicas/os, enfermeras/os, psicólogas/os, trabajadoras/es sociales); las técnicas o instrumentos utilizados; los documentos y normas oficiales; las leyes; así como la injerencia de otros organismos o instituciones, terminan interconectándose en una especie de red, que trabaja en conjunto, con la intención de ejercer un mayor poder, control y regulación sobre los cuerpos y vidas de las pacientes.

Agamben (2011) expone que Foucault nunca ofreció una definición sobre el significado de dispositivo, pero que en una entrevista realizada en el año 1977, el filósofo francés apuntó que podría entenderse como un “conjunto resueltamente heterogéneo que compone los discursos, las instituciones, las habilitaciones arquitectónicas, las decisiones reglamentarias, las leyes, las medidas administrativas, los enunciados científicos, las proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas [...] El dispositivo mismo es la red que tendemos entre estos elementos” (Foucault, *Dits et écrits*, vol. iii, pp. 229 y ss). Asimismo, agregó que el dispositivo tiene una función estratégica dominante, donde siempre estará inmersa una articulación entre el saber y el poder.

Dicho esto, considero que dentro del HMI en Mexicali, existen diversos dispositivos de poder que son utilizados como “herramientas” de control, y que tienen por finalidad el examinar, vigilar, castigar y enjuiciar a las pacientes que rompen con la normativa médica

establecida. Tal es el caso de las MMUDI's, quienes a través del saber-poder médico; sus discursos; y los diversos dispositivos de poder, suelen ser reprendidas y constreñidas, bajo el argumento de la "sanidad", pues debido al uso de drogas, estas actúan de manera perjudicial y dañina, hacia su persona, como con el resto de quienes le rodean; incluyendo al feto en gestación o al recién nacido.

Entre los diversos dispositivos de poder que se encuentran en el HMI de Mexicali, destacaré tres, debido a que esto fueron mencionados de manera recurrente durante las entrevistas al personal de salud, e incluso, también fueron referidos en algunas ocasiones por las MMUDI's durante el grupo focal. Así pues, los dispositivos de poder que abordaré y analizaré en esta sección serán: El "ojo clínico", los manuales institucionales o guías de trabajo, y la prueba de antidoping.

### **El "ojo clínico"**

En el lenguaje cotidiano, cuando se habla de un "ojo clínico", se hace referencia a la expertiz que algunos trabajadores de la salud han desarrollado a través de sus años en la práctica clínica. Se dice que en algunas ocasiones con tan solo ver a un paciente, algunos médicos son capaces de pronosticar un diagnóstico probable, conocer el estilo de vida del paciente, la clase social a la que pertenece, el tipo de alimentación que ingiere, entre otras cuestiones.

Por otro lado, dentro del argot médico existe el término *habitus* exterior, el cual, se refiere al "conjunto de características biológicas, psicológicas y sociales que dan lugar a la apariencia del paciente, [y] que constituyen la primera aproximación al estudio de su condición clínica de salud a través de la inspección general" (García García, p.12, 2010). Por consiguiente, dicha denominación es una "herramienta" que el personal de salud desarrolla a través de la observación y un conjunto de conocimientos médicos, con la intención de poder predecir un posible diagnóstico sobre el paciente.

Quisiera mencionar que no desestimo la agudeza o pericia que algunos trabajadores de la salud pueden llegar a desarrollar durante su trayectoria de vida. Sin embargo, considero importante señalar que existen factores como la cultura, algunos usos y costumbres, los prejuicios personales, el estigma o tabú hacia ciertos temas, la discriminación vertida contra cierto grupo, el poder de algunos discursos conservadores o punitivistas, o el mismo sentido

común, los cuales nos llevan (a todos) a realizar conjeturas que pueden estar impregnadas de sesgos, o bien, suposiciones legitimadas por un saber-poder que se impone como verdad absoluta y universal, por lo que algunos discursos son validados en mayor medida, tal es el caso de los discursos y los saberes médicos.

Un claro ejemplo de lo antes mencionado, sería el papel o el rol que juega el género dentro de estos prejuicios, pues al vivir bajo las tecnologías del género, se fabrican y cimientan arquetipos o representaciones “ideales” del ser mujer; y el ser madre, categorías que terminan interpelando tanto al saber-poder médico, a los profesionales de la salud, y a los discursos que estos replican.

Dicho esto, quisiera agregar que durante la observación y aplicación de entrevistas semiestructuradas a personal clave del HMI, me fue posible identificar como es que el “ojo clínico” se vuelve un dispositivo de poder dentro del hospital, pues es a través de éste que se articula el control y regulación de los cuerpos tanto de las MMUDI’s, como de los recién nacidos. Considero que entre las siguientes narrativas es posible observar cómo se utiliza el dicho “ojo clínico”, como agregado en el quehacer hospitalario

Generalmente nosotras nos damos cuenta de las mujeres (en referencia a las MMUDI’s) obviamente por el estado en el que vienen a parir verdad, las cesáreas, o algo que no estén en buenas condiciones que se sospecha que son toxicómanas<sup>30</sup>, y se les toma el antidoping, tanto a la mamá como al bebé. (M.A, comunicación personal, 15 de enero de 2020).

Se supone que hay ciertas características que el área médica mira y dices ¡es usuaria!... o la misma condición de que viene toda ahí ¡es usuaria! [...] Si yo estoy viendo a la paciente, que trae las marcas... en el caso de tus casos de heroína, evidente, es evidente... y dice “no, no consumo”... y el medico está sospechando, se le realiza un doping, y pues sale positivísimo, y pues no hay vuelta de hoja. (S.A, comunicación personal, 29 de enero de 2020)

Creo que ambos comentario, deja entrever cómo es que a través de la sospecha y del “ojo clínico”; el cual encierra juicios de valor del propio personal de salud, es posible diferenciar entre las personas que usan o no drogas, y como este dispositivo les sirve de herramienta para detectar a las MMUDI’s que acuden al hospital en búsqueda de algún servicios de salud.

---

<sup>30</sup> Categoría utilizada por el persona de salud para referirse a la personas que consumen drogas

Realmente es difícil subjetivamente reconocer los estigmas<sup>31</sup> (se refiere a las marcas ocasionadas por el uso de drogas intravenosas), a veces no tiene ninguna seña, son medicamento lo que utilizan, medicamento tomados, y pues no les vas a ver una marca, para poder reconocerlas, y obviamente cuando se les pregunta si consumieron drogas todas lo niegan [...] En cuanto al antidoping se le pide la autorización a la paciente, un consentimiento, pero no es obligatorio, o sea, si el trabajador ve los estigmas, en el bien del menor, puede tomarle la muestra, aunque ella no quiera. (M.R, comunicación personal, 05 de marzo de 2020)

En este caso, la trabajadora de salud reconoce que no siempre es sencillo detectar a simple vista el consumo de ciertas sustancias, pues algunas pueden pasar desapercibidas frente al “ojo clínico”. Sin embargo, menciona que sí existen marcas o estigmas evidentes que se llevan en el cuerpo, que hacen posible que el personal médico detecte a quienes usan drogas, por lo que el propio cuerpo se convierte en referente para el control.

Dicen que hay trucos, que aunque les ven toda la facha, o sea, todo me refiero a la cuestión física, el pelo, la piel reseca, todos esos signos que te dijo la doctora, este, que agarras como callito, necesitas estar en mucho contacto con este tipo de pacientes, o sea que es como médico, una médico bien letrado, te va decir está enferma del riñón la señora, te ve los ojos, las uñas, el pelo, los dientes, luego, luego, aquí el personal ya está así. (D.E, comunicación personal, 13 de marzo de 2020)

En lo antes mencionado, se corrobora cómo la expertiz médica y la existencia de algunas características que sobresalen a simple vista en los cuerpos de las pacientes, son utilizadas para detectar, o mejor dicho, señalar a los cuerpos enfermos y fuera de la norma.

En general, creo que las cuatro narrativas hacen posible ver como el saber-poder médico se impone como régimen de verdad y de control hacia los cuerpos de las MMUDI's, pues con solo echar un vistazo a las pacientes, es posible certificar el uso o no drogas. Así pues, el “ojo clínico” se vuelve un dispositivo de poder que vigila de manera constante e implacable a las pacientes, a quienes se categoriza como sanas o insanas, toxicómanas o no,

---

<sup>31</sup> El sociólogo canadiense Erving Goffman refiere que el término estigma fue introducido por los griegos y hacía alusión a signos corporales que intentaba exhibir algo malo y poco habitual en quien los presentaba. También, menciona que dichos signos eran cortes o quemaduras que se llevaban en el cuerpo, y que advertían que quien las portaba era un esclavo o criminal, con quien se debía evitar involucrarse. Posteriormente el cristianismo agregó dos significados a estas marcas 1) signos divinos y 2) referente médico asociado a una perturbación física. Recuperado de <https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf>

argumentando, y legitimando si su vida es “digna” de vivir, o si por el contrario, se trata de una *vida nuda*, a la cual se le puede dar muerte, pues no merece seguir viviendo.

### **Dar positivo: El antidoping**

La prueba antidoping o de dopaje, es un examen químico que tiene como función detectar el uso de drogas; legales o ilegales, así como algunos medicamentos de control. Existe una gran diversidad de pruebas antidoping, desde las que detectan el uso de una sola sustancia, hasta las que pueden develar el empleo de diversas drogas. Asimismo, pueden ser aplicadas tanto por un profesional de la salud, o bien, pueden utilizarse pruebas de detección rápidas como las tiras, las cuales son de fácil acceso y no requieren la intervención de un técnico o profesional, ya que los resultados son arrojados casi de inmediato debido a la reacción química con la orina. El uso de orina suele ser recurrente en las pruebas antidoping, pero también, pueden realizarse a través de la sangre o el cabello, según la pertinencia y los recursos con los que el personal de salud cuente.

Dentro del HMI de Mexicali el uso de la prueba antidoping es realizado a las pacientes según el “ojo clínico” de los profesionales de salud; es decir, se aplica de manera discrecional a quien pueda presentar indicios o sospechas de uso de algún tipo de drogas. He de mencionar, que el hospital como tal no es quien realiza la prueba, sino que se envía a un laboratorio privado, el cual colabora con el centro hospitalario

“nosotros autorizamos estudios, porque como el laboratorio es externo, no es del hospital, se paga el laboratorio, nosotros tenemos que justificar el por qué yo le estoy haciendo laboratorios a esta paciente” (S.A, comunicación personal, 29 de enero de 2020).

Las drogas que comúnmente se detectan dentro del HMI de Mexicali son: benzodiazepinas, cannabinoides, cocaína, opiáceas (morfina, codeína, heroína), metanfetamina y anfetamina. Es de mi interés destacar que no se hacen análisis para la detección del uso de drogas legales, como el alcohol o el tabaco.

Durante sus primeros años, el HMI de Mexicali no aplicaba la prueba antidoping, sino que la detección era meramente de tipo discrecional. Fue a partir del año 2015 que se empezó

a implementar la prueba antidoping como parte del repertorio de pruebas, debido a la muerte de un menor que había nacido en el HMI. Tiempo después, el hospital se percató de la importancia de esta prueba, por lo que se dieron a la tarea de crear protocolos de acción, y fortalecer el trabajo colaborativo con otras instituciones, como el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), entre otras, con la intención de “proteger” a los recién nacidos de las posibles omisiones y malos tratados por parte de las madres usuarias de drogas, para así, evitar futuros sucesos desafortunados.

A continuación, presentaré parte de la entrevista realizada a M.R, donde narra desde cuando se empezó a establecer el uso de la prueba antidoping

Aquí desgraciadamente esto empezó por un caso muy triste, el de una paciente que se detectó que era toxicómana, se hizo el antidoping, y se entregó el menor a DIF, se hizo todo el proceso, pero no sé... no me acuerdo bien, fue hace mucho, me parece que como al mes de haber nacido el bebé, este apareció muerto [...] y pues sí estuvo como que muy mediático el caso [...] no me acuerdo si fue en un picadero, o una cosa así. Pero nos dimos cuenta que era una mamá que había tenido aquí su bebé, entonces ahí nos pusimos a analizar ¿qué pasó?, cómo era posible que por una negligencia de los papás; de que no me acuerdo si la mamá lo aplastó o lo dejaron morir de hambre [...] un descuido tremendo. Nos preguntábamos qué había pasado, si se había hecho más o menos bien todo en el hospital. Pero resulta que DIF ahí determino; como se hacían antes “se ve bien, dáselo”. O sea un poco informal [...] y pues a partir de ahí dijimos ¡esto no nos vuelve a pasar! [...] Yo creo que lo estamos haciendo (el antidoping) desde el 2015 más o menos, y ahí fue donde empezó a notarse.

Antes no estaba bien reglamentando, de hecho me tocó estar en las reuniones con las autoridades del DIF [...] ya que entonces no había nada muy formal. Nos reunimos para poder hacerlo sin violar derechos humanos de ellas [...] Otra cosa que tuvimos que hacer, fue un manual de procedimientos de cómo se toma la muestra, cómo se le pide la autorización a la paciente, hacer un consentimiento [...] tiene su chiste, por decirlo así. (M.R, comunicación personal, 05 de marzo de 2020)

Así pues, en caso de que alguna paciente de positivo a cualquier tipo de droga en el examen antidoping, se debe notificar a todo el personal que esté implicado en el caso (ginecología, obstetricia, neonatología, supervisores de piso, trabajo social, entre otros) y, se debe agrega una nota en el expediente clínico de la paciente, hace alusión al uso de drogas. En el caso de

que la paciente haya tenido un parto, el recién nacido también debe ser sometido a un examen toxicológico para conocer su estado de salud, así lo cuenta C.I, “cuándo un bebé nace, y se detecta que la mamá es usuaria de drogas o tenemos sospecha, podemos hacer un antidoping tanto a la mamá como al niño” (comunicación personal, 13 de marzo de 2020). Según argumenta parte del personal de salud del hospital, estos procedimientos son llevados a cabo por el bien del menor, pues la madre al no ser “apta” para el cuidado del recién nacido, puede llegar a lastimarlo.

Como parte del seguimiento a las pacientes y los recién nacidos, el HMI de Mexicali maneja una base de datos con información de las madres que han dado positivo a alguna prueba antidoping, así lo expone S.A, “nosotros sí tenemos una base de datos de disposiciones... nada más buscamos el nombre y nos dice” (comunicación personal, 29 de enero de 2020). Quisiera agregar que dichos antecedentes son registrados a partir del año 2014; tres años después de la apertura del hospital.

Anexo la siguiente tabla, en la cual se puede observar como los casos de mujeres usuarias de drogas (ya sean benzodiacepinas, cannabinoides, cocaína, opiáceas, morfina, codeína, heroína, metanfetamina o anfetamina) han ido en aumento desde la implementación del antidoping. Asimismo, miembros del HMI de Mexicali se jactan de haber desarrollado un mejor “ojo clínico” entre personal de salud, lo que permite una mejor detección de las pacientes usuarias de drogas.

Menores referidos al DIF por ser hijos de madres usuarias de drogas		
Año	Número de niños referidos	Descripción
2014	17	16 madres toxicómanas - 1 madre toxicómana y en situación de indigencia
2015	54	53 madres toxicómanas - 1 adolescente en situación de abandono
2016	62	61 madres toxicómanas - 1 situación de indigencia (referida IPEBC)
2017	63	60 madres toxicómanas – 1 en abandono total
2018	86	85 madres toxicómanas - 1 abandono / violación
2019	83	Sin información adicional
2020	56	Sin información adicional (De enero a octubre de 2020)

Tabla 1. *Detección doping positivo*. Elaboración propia.

Si bien los datos pueden ser abrumadores o angustiantes, se sabe que aún existe un subregistro de casos, ya que en ocasiones no es posible detectar a todas las pacientes que son usuarias de drogas, pues algunas llegan a pasar desapercibidas. En el caso específico de las MMUDI's, el uso de drogas suele ser más evidente, puesto que al ser inyectada, la jeringa suelen dejar marcas que se ven a simple vista, huellas que se llevan en el cuerpo; por lo que la detección suele ser breve. Las siguientes narrativas confirman lo antes mencionado

las que consumen heroínas, generalmente si tienen marcas verdad, marcas de venopunción<sup>32</sup>, y generalmente si son pacientes mucho más este... o sea no se ven ni sanas, generalmente están desnutridas, están descuidadas [...]son mujeres que realmente físicamente si se ven diferentes, se ven desnutridas, pálidas, descuidadas, hasta sucias a veces, realmente como que si pierden mucho la conexión con la realidad (M.R, comunicación personal, 05 de marzo de 2020)

Son marcas, son llagas, porque fíjate que las que nos han tocado de heroína, son pacientes que ya tienen mucho tiempo consumiendo, es muy rara la que nos ha tocado de heroína que acaba de iniciar, son pacientes que ya tiene mucho tiempo [...] traen sus llaguitas, su cara... son pacientes muy... muy susceptibles. (S.A, comunicación personal, 29 de enero de 2020)

En cuanto al número de pacientes usuarias de heroína que han sido detectadas desde 2015 hasta diciembre de 2019, se hallaron un total de 34 mujeres. Dicha información fue recaudada con base en los registros que Trabajo Social realiza refiriendo a hijos de madres usuarias de drogas. Acoto que para poder obtener esta información, fue necesario revisar uno a uno cada registro, pues al no diferenciar el tipo de sustancia usada en la base de datos, fue necesario hacer una revisión exhaustiva de la documentación. Tal revisión, la realicé con la intención de conocer el número de MMUDI's que han sido atendidas en el HMI de Mexicali. (Ver en anexos "Tablas MMUDI's detectadas en el HMI" de la 2 a la 6).

De los datos obtenidos, se puede decir que todas MMUDI's que han sido atendidas en el HMI de Mexicali se encuentran en edad reproductiva<sup>33</sup>; la mayoría ha tenido más de una gesta durante su vida; y que el nivel educativo del grueso de las pacientes se encuentra en el nivel básico. En cuanto a su ocupación, se dice que la mayoría son "amas de casa",

---

<sup>32</sup> Marca que deja la aguja de una jeringa al entrar en la vena

<sup>33</sup> Según la OMS, la edad reproductiva en la mujer es entre los 15 a los 44 años de edad.

aunque supongo que dicha asignación parte de los estereotipos de género, y de no contar con un trabajo formal, lo que las ubica en el espacio privado; la casa. Me parece peculiar que se les nombre como “amas de casa”, ya que esta etiqueta conlleva una carga de significados relacionados a un sinnúmero de mandatos relativos a la feminidad y la maternidad, dentro de los cuales las MMUDI’s no suelen encajar. Por otra parte, a partir de las tablas, también es posible percatarse de que la mayoría de las MMUDI’s, no conto con servicios de atención prenatales, lo que nos habla de un distanciamiento entre las pacientes y las instituciones de salud.

A su vez, también se observa como un gran porcentaje de ellas tiene hepatitis tipo C, y otras tantas sífilis, confirmando la información proporcionada por el Informe Mundial sobre las Drogas 2019, el cual refiere que las personas usuarias de drogas inyectables son más propensas a contraer enfermedades infecciosas, debido a las prácticas de riesgo vinculadas al uso de drogas vía intravenosa. Adicionado a esto, quisiera mencionar que en 2019 el entonces titular de la Secretaría de Salud del Estado de Baja California, Caleb Cienfuegos Rascón, refirió que Baja California lideraba el número de casos de pacientes con hepatitis C<sup>34</sup> de todo México, debido a que las personas usuarias de droga inyectables compartían jeringas, lo que plantea una fuerte problemática del uso de drogas inyectables en nuestra región, y la importancia de crear políticas públicas en materia de salud que brinden servicios accesibles a esta población.

Sin embargo la nota no paso de ser apunte periodístico, pues aunque se hizo evidente la gran problemática vivida en el estado, no se apostó por brindar tratamientos médicos, o por crear estrategias de reducción de daños en la población usuaria de drogas inyectables, con la intención de disminuir o mitigar la presencia de la hepatitis C, solo bastaron un par de días para olvidar el tema, y no volver a mencionarlo.

---

<sup>34</sup> Debido a drogas inyectables, BC es el estado con más hepatitis C. Recuperado de <https://jornadabc.mx/tijuana/23-07-2019/debido-drogas-inyectables-bc-es-el-estado-con-mas-hepatitis-c?fbclid=IwAR27xLqHnYh41fhO-9pY7chjWtbL01PruPLk79qGMfMKs1H8jJhmp6l66Mk>

## **Los mandatos institucionales: Los manuales de procedimiento**

El uso de manuales de procedimientos internos dentro de instituciones u organizaciones, se ha vuelto una herramienta esencial para la mejora en el funcionamiento del trabajo en de cada área laboral; o por lo menos, es lo que se dice. La creación e implementación de dichos manuales, no solo sirven para describir y delegar funciones a cada área y personal, sino que también fungen como mecanismo de control hacia los propios trabajadores, puesto que se sistematiza y mecaniza cada función dentro de sus áreas, dando pie, a la implementación de castigos o sanciones hacia el personal que no cumpla con las funciones estipuladas dentro de los manuales de trabajo.

En el caso del HMI de Mexicali, existe una diversidad de manuales internos, puesto que cada área cuenta con sus propios procedimientos. Para fines prácticos y por la proximidad que se generó al colaborar con el área de Trabajo Social durante el trabajo de campo, solo analizaré el contenido de dos manuales: El Manual de Procedimiento de Trabajo Social, el cual es documento que a manera general, describe las funciones que cada trabajadora social debe realizar, según su puesto o área de trabajo; y el Manual de Procedimientos del departamento de Trabajo Social enfocado a neonatos; texto orientado a describir una serie de prácticas y trámites a realizar por parte del personal Trabajo Social, encargado del área de neonatología. Aclaro que la selección de estos documentos obedece a la temática y uno de los objetivos de esta investigación.

El Manual de Procedimiento de Trabajo Social, es un documento interno que consta de 25 páginas, las cuales se componen de una introducción, el objetivo del manual, los antecedentes históricos del HMI de Mexicali, la misión y visión del departamento, el marco jurídico en el que se sustenta el manual, las atribuciones competentes al área de Trabajo Social, un organigrama del departamento, así como la descripción de 10 actividades específicas a realizar por parte de las personas que laboran en el área.

En el apartado jurídico se alude al artículo 4º constitucional, el cual señala que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud” (recuperado de <https://www.gob.mx/salud/articulos/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicano-articulo-4>) por lo que se debe recibir a todo paciente que solicite atención médica, sin hacer distinción alguna. También, se habla de la Ley General de Salud (1986) la cual hace explícita

la necesidad de una firma de autorización por parte de la paciente a la hora de ingresar al hospital; la importancia de realizar una rúbrica si la paciente desea irse de alta voluntaria, puesta esta deslinda al hospital de algún reclamo o demanda futura por parte de la paciente. Asimismo, se indica que la Ley General de Salud (1986) menciona la imposibilidad de retener de algún pacientes debido a la falta de pago; la relevancia de brindar la información adecuada a pacientes y familiares al entregar el certificado de defunción o muerte fetal; y la importancia de dar aviso al Ministerio Público si se ingresa alguna paciente con una caso médico legal tal como la violación, violencia intrafamiliar o aborto provocado. Además, se cita que es necesario atender el Manual de Procedimiento de Trabajo Social de la Secretaria de Salud, en el cual se declara el deber de actualizarse mediante los cursos ofertados por dicha Secretaria.

Si bien, la intención es brindar un trato profesional, cortés, respetuoso y sin discriminación, siguiendo lo señalado por el artículo 4º constitucional y el Manual de Procedimiento de Trabajo Social del HMI de Mexicali, en ocasiones el estigma y los juicios de valor salen a relucir, debido al sistema de creencias de cada persona, los marcos de referencia rigurosos sobre el discurso hegemónico de salud, algunas cuestiones socioculturales, entre otras cuestiones. Por ende, en algunas circunstancias se vuelve complejo el “escapar” de la no distinción entre una y otra paciente.

Por otro lado, en el apartado de actividades del servicio de tocolabor y recuperación dentro del Manual de Procedimiento de Trabajo Social se menciona que si una

paciente ingresa al área de labor con problemas de toxicomanías, trastornos mentales, con necesidades especiales diferentes (discapacidad física, audio, visual), se notificará a trabajo social para que localice al familiar, explicarle la causa del ingreso y sobre todo este pendiente de la paciente (Hospital Materno Infantil, Manual de Procedimiento de Trabajo Social).

Llama mi atención cómo se apela a la incapacidad de una persona al ser usuaria de drogas, pues se le equiparla con alguien que padece algún trastorno mental o alguna discapacidad; considero que en esas breves líneas se realiza la visión capacitista<sup>35</sup> que tiene la medicina y el

---

<sup>35</sup> Sistema social, político y económico que discrimina a las personas discapacitadas por el hecho de serlo.

propio hospital respecto a las personas que usan drogas, pues prácticamente se les señala como personas incompetentes, o no aptas para su propio cuidado frente a la vida.

Otra mención respecto al uso de drogas, se halla en las actividades de servicio de admisión, donde se indica que si la paciente fue detectada con problemas de adicciones por los demás filtros y la haya detectado el Trabajador Social por medio de la entrevista y/o visita, deberá notificarse inmediatamente al equipo multidisciplinario (médicas/os, enfermeras/os, y todo especialista y coordinador/a de área involucrado en el caso), realizarle nota médica, anexarla al expediente y valorar el egreso del RN<sup>36</sup>. Asimismo se apunta que

**El Trabajador Social, en el caso de una paciente con problemas de adicciones, hablará claro y le proporcionará toda la información a la paciente sobre el procedimiento a seguir de acuerdo a su problemática, por ejemplo: en el caso de que tenga recién nacido tendrá que rehabilitarse, identificarse, presentar una carta de internación a un centro (al egreso del hospital, el familiar puede ir tramitándolo) y presentar a un familiar materno para que se haga responsable del recién nacido durante la rehabilitación siempre y cuando no presente síndrome de abstinencia como se estipuló por la Procuraduría de la Defensa del menor<sup>37</sup>. (Hospital Materno Infantil, Manual de Procedimiento de Trabajo Social).**

Detectar a una mujer usuaria de drogas dentro del HMI de Mexicali, no solo da cuenta del saber-poder médico sobre ella y el recién nacido, sino que se hace evidente como el biopoder se ejerce al intentar controlar los cuerpos de las pacientes. Del mismo modo, es posible observar cómo se despliega un entramado de fuerzas e instituciones que buscan examinar, controlar, supervisar y castigar la conducta considerada anómala del uso de drogas.

En cuanto al Manual de Procedimientos del departamento de Trabajo Social enfocado a neonatos, este consta de 44 páginas; inicia con una introducción, seguido del objetivo del manual, los antecedentes históricos del HMI de Mexicali, el marco jurídico en el que se basan, un organigrama, seis diagramas de flujo con descripciones sobre procedimientos generales que se deben ser aplicados a los recién nacidos, los cuales son: procedimiento en consulta externa cuando llega RN, procedimiento en urgencias cuando llega RN,

---

<sup>36</sup> Siglas utilizadas para hacer referencia al recién nacido.

<sup>37</sup> Las negritas son utilizadas en el manual.

procedimiento del RN cuando es internado en UCIN<sup>38</sup>, procedimiento del RN cuando es internado al área de terapia intermedia, procedimiento del RN cuando es internado al área crecimiento y desarrollo, y procedimiento del RN cuando es internado al área de baciente<sup>39</sup>.

Posteriormente, se presenta un apartado de atribuciones en el cual se exponen trece procedimientos que deben ser puestos en acción en el RN que ingrese al área de neonatología debido a una problemática social u omisión de cuidados durante el embarazo por parte de la madre. Para fines prácticos y debido a la temática abordada en la presente investigación, solo me concentraré en dos procedimientos que refieren alguna medida específica en neonatos, hijos de madres usuarias de drogas.

Referente al marco jurídico, se sustenta en los artículos 157 y 158 del Código Penal del Estado de Baja California, los cuales hacen referencia a los delitos de peligro para la vida y la salud de las personas. Asimismo, se apela a Ley de Protección y Defensa de los Derechos de los Menores y la Familia en el Estado de Baja California (2008), en la que se busca preservar a toda costa el bien de cualquier persona menor de edad (menores de dieciocho años) a través de diversas dependencias tales como la Procuraduría para la Defensa de los Menores y la Familia en el Estado, autoridades administrativas y judiciales del Estado.

Con relación a los procedimientos a seguir por parte del personal de salud en el área de neonatología y que se vinculan con la detección del uso de drogas, sobresalen dos; 1) el procedimiento para el RN hijo de madre farmacodependiente y con disposición al DIF, y 2) el procedimiento para el RN hijo de madre farmacodependiente que será entregado con un familiar materno responsable. En ambos se describe al personal de salud responsable del tratamiento del menor y la madre; también se delinear las actividades que debe desempeñar parte del equipo multidisciplinario; y finalmente, se nombra el tipo de documentación interna que será aplicada a las pacientes.

El procedimiento para el RN hijo de madre farmacodependiente y con disposición al DIF, señala que si algún miembro del personal médico o de enfermería detectan a una madre usuaria de drogas, se debe notificar a Trabajo Social para que se realice una entrevista a la madre y tratar de localizar a algún familiar responsable de la paciente; se debe valorar el

---

<sup>38</sup> Unidad de Cuidados Intensivos.

<sup>39</sup> Se refiere a un cunero.

estado de salud del RN, y Trabajo Social debe volver a entrevistar a la madre para confirmar el uso de droga. Posteriormente se le explica a la madre la situación del RN, así como los reglamentos y las medidas que se tomarán para la protección del menor; consecutivamente Trabajo Social cita a entrevista a algún (o algunos) familiares responsable y se le aclara la condición del RN.

Si la madre se “fuga” del hospital debido al síndrome de abstinencia y no existe familiar responsable, se notifica a la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia para que éste tomé la potestad. Si el RN es diagnosticado con síndrome de abstinencia neonatal, este queda automáticamente bajo la disposición de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia; después se ponen en contacto con el área de Trabajo del DIF para gestionar toda la documentación del RN; y finalmente el menor es entregado a personal del DIF, quienes se encargan de su resguardo y cuidado.

Por su parte, el procedimiento para el RN hijo de madre farmacodependiente que será entregado con un familiar materno responsable, indica que si algún miembro del personal médico o de enfermería detectan a un RN con posible indicios de madre usuarias de drogas, el menor debe ser enviado al área de neonatología para su valoración, y se debe ubicar a la madre. En seguida, Trabajo Social hace entrevista a la madre con la intención de confirmar el uso de drogas y de entablar comunicación a algún familiar responsable de la paciente, se le explica la situación en la que se encuentra el RN, así como los reglamentos y las medidas que se deben tomar para la protección del menor.

Posteriormente, Trabajo Social cita a los familiares responsable y se le aclara en qué condiciones será entregado el menor cuando sea dado de alta de neonatología; se hace explícita la presencia de un familiar materno debido a que el HMI no está facultado para acreditar paternidad en la entrega del RN. Después de tales gestiones, se describe tanto a la madre como al familiar la documentación requerida para hacer la entrega del menor. Si el RN es diagnosticado con síndrome de abstinencia neonatal, se le notifica a la madre y al familiar que este queda bajo la disposición de la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia.

Por otra parte, si ningún familiar desea hacerse cargo del RN, y la madre no busca ayuda debido al uso de drogas, el menor queda directamente a disposición del DIF. A su vez,

es necesario informar al personal médico y de enfermería si el menor será entregado a una familiar o será puesto a disposición. Finalmente, se hace la documentación con alta, y la entrega del menor según sea el caso.

No es de extrañarse que al interior de los manuales se destaque el trabajo colaborativo entre el hospital, y organismos como la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia, así como otras instituciones del Estado, basta recordar que los dispositivos de poder son creados y soportados por una red sistemática que opera con el fin de dominar y controlar a los otros, por tanto, los vínculos con otras instituciones suelen ser clave para poder ejercer un mayor control y regulación. A continuación hablaré con mayor profundidad sobre estas alianzas y el papel que fungen estas instituciones en el control de la vida y los cuerpos de las MMUDI's y sus hijos.

### **Vínculos con otras Instituciones**

El uso del término Institución ha sido implementando en las Ciencias Sociales por diversas disciplinas; sin embargo, parecer ser que no hay un consenso sobre la definición de tal vocablo. Quisiera exponer que si bien no ahondare en cuál es la definición correcta o más acertada, si deseo aclarar que para fines de esta investigación entenderé por Institución una forma de organización que estructura a la sociedad por medio de normas y reglas bajo una lógica democrática, con el fin de conseguir una “adecuada” convivencia. Entrecomillo la palabra adecuada, ya que esto dependerá del contexto geográfico, histórico, político y sociocultural desde el cual estemos hablando.

Anteriormente, hablé de algunas Instituciones que en conjunto con el HMI de Mexicali fungen como organismos normativos, de control y regulación en la vida y en los cuerpos de las pacientes que son identificadas como “toxicómanas” o usuarias de drogas. Entre mis hallazgos, puede detectar cuatro Instituciones que suele tener una mayor injerencia: La familia, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC), y los centros de rehabilitación o anexos, quienes se encuentra interconectados y trabajan en conjunto como dispositivos de poder con la intención de “mejorar” la vida de las MMUDI's y sus hijos.

## **La familia**

En términos generales, la familia (desde una perspectiva occidental y moderna) se refiere a un grupo de personas que tienen un lazo consanguíneo, o algún tipo de parentesco. Valdivia Sánchez (2008) expone que es complejo llegar a una definición de familia occidental, debido a que esta ha ido cambiando con el paso del tiempo y existe una vasta diversidad, por lo que dar una definición única y universal, dejaría por fuera a nuevas formas de familia. Sin embargo, cuando se escucha la palabra familia, es común que se asocie a una estructura familiar tradicional compuesta por madre, padre e hijos; dicha representación es resultado de ideas y ordenes capitalistas y heterosexistas, en donde la familia tradicional suele verse como el “núcleo” y la “base” de la sociedad.

Es bien sabido que dentro de la familia tradicional, existen roles o funciones delegadas a cada miembro, las cuales han sido encomendadas a partir de las tecnologías de género. Por ejemplo, al padre se le suele ver como el proveedor, y a la madre como la encargada del hogar, y el cuidado-crianza de los hijos. Por su parte, los hijos suelen verse como seres sin agencia y totalmente dependientes de la madre y el padre, y aunque como Valdivia Sánchez (2008) refiere, la familia y la “ocupación” de cada miembro se ido transformando a lo largo de los años, aun es común escuchar discursos que legitiman y promueven los estereotipos de género en la dinámica familiar, tal es el caso de las instituciones ya referidas, y las que se mencionarán a continuación.

Agrego a la familia en este apartado, ya que durante el trabajo de campo, en las entrevistas y en los manuales de procedimiento, se hace alusión a ella en repetidas ocasiones como un organismo que coadyuva dentro del HMI de Mexicali a la hora de intentar “ayudar” a las pacientes que usan de drogas, pero sobre todo a los recién nacidos. Así pues, la familia se irgue como otro mecanismo que controla y tutela entre las mujeres-madres usuarias de drogas, quienes ante su “incapacidad” de cuidado, salen a su “rescate”.

No obstante, se sabe que en ocasiones resulta complicado entablar contacto con familiares de las mujeres-madres usuarias de drogas, ya que comúnmente el uso de drogas genera un rompimiento con dicha red de apoyo, por lo que la comunicación es poca o nula. Al respecto, una de las personas entrevistadas en el HMI refirió que “en la cuestión de pacientes

usuarias de drogas [...] la mayoría está en abandono” (S.A, comunicación personal, 29 de enero de 2020). (Para más información, ver tabla 1 “Detección doping positivo”).

Habría que recordar que en los manuales de procedimientos indican que cuando se detecte una mujer usuaria de drogas, o bien, se halle cualquier tipo de droga en la sangre de un recién nacido, el departamento de Trabajo Social tiene el deber de localizar a los familiares de los pacientes para brindarles información sobre la situación legal del menor, pues este debe ponerse a disposición de la Procuraduría para la Defensa de los Menores y la Familia. Aún y siguiendo los mandatos institucionales, se sabe que en ocasiones no es posible contactar a la familia, o se desconoce el embarazo de la familiar, tal como lo narra S.A.

la familia yo creo que también está cansada de apoyarlos... y dices, bueno si sigues en las mismas... y muchas familias no saben que están embarazadas, se dan cuenta porque yo creo que luego entre los conocidos: “anda en el materno”, ¿cómo que en el materno?, “si se fue a aliviar”, ¿cómo que se fue a aliviar?... porque a los días nos llegan los familiares , que no sabían que estaban embarazadas [...] entre que la nacida, entre que el bebé internado, entre que no se los voy a dar... porqué es lo que piensa... “es que no me lo van a dar”, “me lo van a quitar”, si es un caos. (S.R, comunicación personal, 29 de enero de 2020).

Por ende, la familia es una institución social a la cual se apela por la consanguineidad y la supuesta cercanía y apoyo que se debe recibir de ella, pero podemos observar que no siempre se obtienen los resultados esperados. Por lo que en ciertas circunstancias deben intervenir otras instituciones para hacerse cargo del menor, tal es el caso del DIF.

### **El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF)**

Según la página oficial de Gobierno de México<sup>40</sup>, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

es un organismo público descentralizado encargado de coordinar el Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada; promotor de la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes, bajo el imperativo constitucional del interés superior de la niñez, así como del desarrollo integral del individuo, de la familia y de la comunidad, principalmente de quienes por su condición física, mental o social enfrentan una situación de vulnerabilidad,

---

<sup>40</sup> <https://www.gob.mx/difnacional>

hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva (Gobierno de México. (s/f). Sistema Nacional DIF ¿Qué hacemos?)

Como se puede ver, unas de las máximas premisas de esta institución es la protección y el cuidado de los menores de edad, así como la mejor de la familia; recordemos que al hablar de familia, se hace asume que esta debe ser conformada por madre, padre e hijos, en donde la división del trabajo y las conductas, están reguladas por estereotipos o mandatos de género tradicionales.

Como se mencionó en los apartados “dar positivo: el antidoping” y “los mandatos institucionales: Los manuales de procedimiento”, la colaboración entre el HMI de Mexicali y el DIF ha sido de vital importancia al sumar esfuerzos para proteger el bienestar del recién nacido, hijo de una usuaria de drogas, por lo que gran parte del HMI de Mexicali debe permanecer en constante contacto con el DIF para dar aviso a nuevos casos, o dar seguimiento a los pasados. A continuación, una de las entrevistadas relata brevemente como en 2015 se reunió con personal del DIF para desarrollar una estrategia de acción para la detección de madres usuarias de drogas

de hecho a mí me tocó estar en las reuniones con las autoridades del DIF, porque no había un mecanismo de que [...] no había nada formal, para poder hacerlo (el antidoping) y sin violar derechos humanos de ellas [...] entonces, se hicieron algunas reuniones con el DIF, y a partir de ahí empezó la estrategia (M.R, comunicación personal, 05 de marzo de 2020)

Otra de las colaboradoras, cuenta como es el proceso a llevar cuando se pone a disposición del DIF a un menor de edad debido al uso de drogas por parte de la madre

Hay un protocolo y un acuerdo que se hizo ante el DIF, si se detecta una paciente, y que el bebé nació y se realizaron doping de paciente y bebé y sale positivo, se hace el protocolo de disposición del bebé [...]nosotros hacemos todo el papeleo burocrático de enviar toda la papelería, pero el bebé sigue estando aquí [...] se queda aquí, hasta que haya una resolución y me diga a mi DIF “ya evalué el caso”, que ya evaluó a los papás; siempre se manda a los papás y un familiar, para que evalué a los papás y al familiar al mismo tiempo... si los papás no son aptos, entonces se lo vamos a entregar a la abuela, mientras los papás acepten una rehabilitación, las condiciones se las pone DIF [...] yo no hago investigaciones, yo no hago visitas domiciliarias, yo creo en fe de la paciente [...] yo no tengo ese poder, ni legal tampoco de hacerle esa investigación, quien los hace es la Procuraduría (DIF); o sea, a través de este

apoyo nos tenemos, ellos hacen la investigación, y me dicen si, si son aptos. (S.A, comunicación personal, 29 de enero de 2020).

En este párrafo es posible observar cómo se implementa un tutelaje total hacia las MMUDI's, ya que al no contar con las habilidades necesarias que tanto la sociedad e instituciones demandan para el cuidado de sus hijos, se les considera incompetentes, por lo que tiene que entrar alguna persona o institución capacitada para llevar acabo la función "propia" de la madre.

Siguiendo con las narrativas del personal de salud vinculado a la colaboración con el DIF, en caso de disposición de menores debido al uso de drogas por parte de la madre, se menciona lo siguiente

tenemos también muchos niños que se tiene que poner a disposición de DIF, de la protección a menores, por problemas de toxicomanías de las mamás que salen positivo en los antidoping, y pues es un proceso que se tiene que llevar, incluso legal. Y pues sí, a veces por la misma saturación del DIF, tenemos niños que nos duran hasta un mes, y pues esos niños, son niños que si tienen su etapa de estudio, pero muchos, la mayor parte están sanos, entonces son niños sanos que tenemos aquí, nada más esperando a ser trasladados y ser ubicados con algún familiar (M. M, comunicación personal, 05 de marzo de 2020)

En este fragmento podemos detectar cómo tanto el HMI de Mexicali, como el DIF se ven rebasados en su injerencia y capacidad, debido a la alza en el número de casos de recién nacidos puestos a disposición al DIF por uso de drogas de la madre (Ver tabla 1).

Sin duda, el esfuerzo que realiza tanto el HMI de Mexicali, como el DIF son serviles; no obstante, considero que si la estrategia no ha dado los resultados esperados, debido a que los nuevos casos van en aumento, por lo que ambas instituciones se ven superados en capacidad, podría ser un buen momento para desarrollar e implementar nuevos modelos de actuación dentro de los cuales no impere una visión capacitista, prohibicionista, patologizante y patriarcal del bienestar y el "cuidado" tanto de las madres, como de los menores.

## **Los centros de rehabilitación y el Instituto de Psiquiatra del Estado de Baja California (IPEBC)**

Si bien, la relación entre el HMI de Mexicali y los centros de rehabilitación no suelen ser inmediatas o tan cercanas como en el caso del DIF, quisiera mencionar que dentro del hospital pude observar la presencia de varios trípticos y publicidad sobre algunos centros de rehabilitación de la ciudad, quienes brindan atención a mujeres usuarias de droga. Esto me hace suponer que de cierta manera, se sugiere o se canaliza a las pacientes que son identificadas como usuarias de drogas, a tales centros de rehabilitación, los cuales según la Norma Oficial Mexicana de Salud 028 (2009) son

establecimientos especializados en adicciones, son los establecimientos de carácter público, privado o social, fijos o móviles, cualquiera que sea su denominación, que proporcionan servicios para la atención específica de personas con consumo perjudicial o adicción a sustancias psicoactivas, y que, en cualquier caso, operan bajo un modelo de atención profesional, de ayuda mutua o mixto (Comisión Nacional contra las Adicciones, Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, p.18)

Sin embargo, creo importante referir que en Mexicali se tienen registrados y certificados 96 centros de rehabilitación, de los cuales solo cuatro son para mujeres. Deseo exponer, que tal información fue obtenida a través de una charla informal con una persona que labora directamente en el Instituto de Psiquiatra del Estado de Baja California (IPEBC), quienes cuentan con un área especializadas en el tratamiento e investigación en el consumo de drogas.

Considero que la abismal diferencia entre la oferta de centro de rehabilitación para hombres y mujeres es un obstáculo a la hora de intentar buscar tratamiento (claro, si se desea), sin mencionar que la mayoría de estos se rige bajo un modelo prohibicionista, punitivista y andorcentrista del consumo de drogas, donde se busca la abstinencia total, y no se contemplan las necesidades específicas que mujeres usuarias de drogas pueden experimentar, a diferencia de los hombres. Por ejemplo, no se tiene en cuenta la importancia de la salud sexual y reproductiva, si se está embarazada, o bien, si estas tiene hijos.

En cuanto a los lazos con el Instituto de Psiquiatra del Estado de Baja California (IPEBC), parte del personal de salud del HMI de Mexicali refiere que hay una buena coordinación, debido a que suelen tener pacientes gineco-obstétricas que han requerido

apoyo psiquiátrico, debido a algún trastorno, o por la presencia del síndrome de abstinencia. Por tal, es posible referir a pacientes que necesiten algún tipo de atención psiquiátrica o canalizarlas a algún centro de rehabilitación. He aquí una breve narrativa que habla del trabajo colaborativo entre el HMI de Mexicali, el IPEBC y los centros de rehabilitación

Sí, claro, de hecho cuando hay abstinencia severa, se les habla (al IPEBC) y se van para allá, también lo que hacen es hacer como un convenio con un centro de rehabilitación, y ese es el seguimiento que da el DIF, o sea las están citando, si ven que van a la evaluación del centro de rehabilitación y que cumplen con todos los requisitos verdad (M.R, comunicación personal, 05 de marzo de 2020).

Quisiera cerrar este capítulo recordando como los dispositivos de poder trabajan en red, por lo que es necesario que varios mecanismos colaboren en conjunto para darse sustento, autoridad, validación y poderío. Asimismo, es importante recordar que dichos dispositivos se rigen bajo mandatos patriarcales, prohibicionistas y capacitistas, los cuales perpetúan y legitiman una posición subordinada tanto de las mujeres, como de sus hijos, relegándoles a espacios y situaciones con menor poder, vulnerabilizando sus vidas, sus cuerpos, sus derechos, e intentando controlarles en todo momento.

### **CAPITULO III - Encuentros y (Des)encuentros: la travesía para acceder a servicios de Salud Sexual y Reproductiva siendo usuaria de drogas**

El presente capítulo pretende brindar una aproximación situada y parcial, sobre el acceso a servicios de Salud Sexual y Reproductiva durante el embarazo, parto y puerperio en MMUDI's, por parte del HMI de Mexicali, Baja California. Dicho acercamiento, se realizó a través de las narrativas de las MMUDI's, así como de algunos trabajadores de salud del HMI de Mexicali. También, procuro identificar y conocer, si existen estrategias o acciones que las propias MMUDI's pongan en práctica, para suplir y/o satisfacer parte de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva durante su embarazo, el parto y el puerperio.

#### **Salud Sexual y Reproductiva (SSR)**

Probablemente, cuando se escucha el término “Salud Sexual y Reproductiva”, se piensa rápidamente en métodos anticonceptivos, o el embarazo; sin embargo, dicha concepción va más allá de ambas cuestiones. Según el portal del Fondo de Población de las Naciones Unidas<sup>41</sup> (UNFPA por su siglas en inglés), la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) se refiere a un “estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo” (UNFPA, 2020). A su vez, el UNFPA, menciona que es necesario que toda persona tenga acceso a información veraz; métodos anticonceptivos seguros, asequibles, y eficaces; servicios y asesoría sobre ITS<sup>42</sup>; así como acceso a servicios de asistencia durante el embarazo, el parto, tanto para la madre, como para el recién nacido.

A partir de la definición anterior, sobre lo qué es la “Salud Sexual y Reproductiva”, viene a mi mente la crítica y análisis realizado por el sociólogo y médico español Vicenç Navarro respecto al concepto hegemónico y occidental “Salud” según la OMS, ya que ambas organizaciones funcionan bajo lógicas universalistas y homogeneizadoras respecto a la salud, teniendo como fin la gestión, el control y la regulación de las vidas y cuerpos de los otros; sobre todo en poblaciones o países considerados en desarrollo, lo que en términos foucaultianos, podría comprenderse o traducirse como parte fundamental del biopoder y de la biopolítica.

---

<sup>41</sup> Organismo de las Naciones Unidas encargado de la salud sexual y reproductiva

<sup>42</sup> Infecciones de transmisión sexual.

Por otra parte, en el portal oficial “Gobierno de México”<sup>43</sup> se halla un apartado sobre SSR, mismo que recoge la definición antes mencionada, y agrega la importancia de acceder a servicios de SSR, puesto que estos son un derecho humano, y son indicadores del nivel de desarrollo de un país. El portal contiene diversos documentos relacionados a la SSR, entre los cuales se encuentra un mapeo sobre la Situación de la Salud Sexual y Reproductiva de la República Mexicana, y otros, según cada Entidad Federativa. Dichos mapeos, fueron realizados a partir la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2014 (ENADID), efectuada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), así como por un análisis de indicadores sobre fecundidad, preferencias reproductivas, anticoncepción, y salud materna infantil; esto, con el fin de brindar un panorama sobre la “posición” en la cual se encuentra México en materia de SSR.

Quisiera agregar, que si bien no ahondaré en estos documentos, ya que se enfocan en mayor medida en datos demográficos y estadísticos; lo cual, no es prioridad dentro de esta investigación, si deseo mencionar que el apartado más amplio del mapeo se refiere a la anticoncepción, lo que deja entrever la relevancia de este indicador por encima de los otros, pues indicadores relacionados con el embarazo, el parto, o la salud materno-infantil, tienen menos trascendencia en el documento. Ni hablar del placer y el goce de la sexualidad, categorías que ni siquiera son contemplados, pues existe un discurso totalmente reproductivista respecto a los cuerpos de las mujeres mexicanas dentro de dichos documentos.

Asimismo, me parece relevante hacer mención de que en ninguno de los mapeos se hace alusión del uso de drogas y la SSR, pareciera que ambas cuestiones son totalmente excluyentes. Por tal, creo importante y relevante, indagar y proponer nuevos abordajes sobre en torno a la SSR, los cuales vayan más allá de los roles y las relaciones impuesta por las tecnologías del género en las que vivimos.

Finalmente; y no es que sea menos relevante, deseo referir y enfatizar (aunque sea brevemente) la importancia y la trascendencia del trabajo que llevaron a cabo diversas mujeres y feministas durante cientos de años, al luchar por los derechos de otras mujeres; más aún, quiero hacer hincapié en el papel de las feministas de la década de los sesenta y

---

<sup>43</sup> <https://www.gob.mx/conapo/acciones-y-programas/salud-sexual-y-reproductiva>

setentas, quienes pusieron el tema del cuerpo femenino, la sexualidad y la reproducción en el centro de las discusiones políticas, sociales y académicas, lo que contribuyó al logro de algunos avances en materia de SSR, tales como el incremento en la información sobre sexualidad y reproducción; mayor “acceso” a métodos anticonceptivos<sup>44</sup>; el poder “decidir” maternar o no hacerlo; la separación del tema de la sexualidad/placer y la reproducción; poner énfasis en la importancia del acceso a servicios de salud ginecológicos y materno-infantil; entre otros temas, los cuales buscaban un incremento en la autonomía y cuerpos de las mujeres.

Sin embargo, hoy en día seguimos demandando asuntos similares a los de hace 60 años, pues aunque hubo mejoras; acceder a servicios de SSR sigue siendo una odisea para la mayoría de las mujeres, sobre todo para aquellas mujeres que salen de la norma, como es el caso de las colaboradoras de esta investigación.

### ***Todo depende del color del cristal con que se mire: Discrepancias en torno al acceso a los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva***

Al iniciar con la frase popular “todo depende del color del cristal con que se mire”, quiero hacer visible la existencia de una diferenciación entre las percepciones y los discursos en torno a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva según el personal de salud del HMI de Mexicali, y las MMUDI’s.

Es importante recordar que la mayoría de las colaboradoras no recibieron atención directamente en el HMI de Mexicali, puesto que este es de reciente creación (2011). Sin embargo, el HMI de Mexicali forma parte del Hospital General de Mexicali; centro hospitalario que antes del año 2011 se encargaba de brindar la atención gineco-obstétrica a la población sin derechohabiencia, tal es el caso de la mayoría de las colaboradoras. También, quisiera aclarar que por diversas razones (entre ellas, que las colaboradoras no recordaban el nombre del personal de salud que les atendió) no fue posible entrevistar al personal que se encargó de brindar los servicios gineco-obstétricos a las MMUDI’s durante su embarazo,

---

<sup>44</sup> Lo que se podría cuestionar como “logro”, pues la mayoría de métodos anticonceptivos son creados para las mujeres, y al contener una gran carga de hormonas, llegan a tener un impacto pernicioso en el cuerpo de las mujeres.

parto o puerperio. No obstante, los discursos referentes a la atención y el cuidado hacia las MMUDI's no se han modificado del todo, pues sigue imperando una visión medicalizadora, patologizante y capacitista, sobre los cuerpos y las vidas de estas mujeres.

A continuación, presentaré parte de las narrativas expuestas por las MMUDI's y por el personal de salud del HMI de Mexicali, referente a la oferta y el acceso a servicios de Salud Sexual y Reproductiva durante el embarazo, parto y el puerperio; esto, con la finalidad de conocer las experiencias de cada grupo, así como hacer visibles las discrepancias existentes.

Daré inicio, con información brindada por el personal de salud respecto al tipo de servicios que se ofrecen dentro del HMI de Mexicali

Principalmente brindamos atención a la mujer en cuestiones de maternidad, ginecología y del recién nacido, porque aquí se atienden embarazos. Pero también se atienden problemas ginecológicos, y nuestra prioridad es darle un enfoque ya especializado, porque aquí están los especialistas que son ginecos, y aparte de ginecos, son especialistas con otro rango y otra rama, son perinatólogos, neonatólogos, neonatólogos oncológicos, cirujanos oncológicos, o sea, ya con una especialidad más alta, con otro rango (S.A, comunicación personal, 29 de enero de 2020).

Nuestra función es dar atención de calidad a todas las pacientes, y a las afecciones de la salud de las mujeres en general, sobre todo la atención obstétrica que involucra el embarazo, el parto, y el puerperio [...] el 80 u 85% de los casos aquí atendidos son embarazos, eso es lo principal. O sea, es poco en proporción lo ginecológico, que son enfermedades propias de la mujer, [donde] no tiene que ver el embarazo... son como problemas con la matriz, las mamas, los órganos genitales en general. Básicamente es atención obstétrica, que es el embarazo, el parto y el puerperio. (M.R, comunicación personal, 05 de marzo de 2020).

El resto de las respuestas prácticamente oscilaban en replicar la importancia de “brindar atención a la embarazada y al recién nacido”. Nunca se mencionó la frase “servicios de Salud Sexual y Reproductiva” como tal, lo cual se puede deber al hábito o costumbre de trabajar mayormente con mujeres embarazadas, o bien, a un reduccionismo en su labor y visión respecto a la SSR.

Por otra parte, se les preguntó sobre el tipo de población que accedía principalmente a los servicios de SSR en el HMI de Mexicali; dicha pregunta, tenía como finalidad generar una apreciación general, sobre las características sociodemográficas y económicas de las usuarias de los servicios. Al respecto, se encontró lo siguiente

Aquí nos llega la población más desprotegida, nos llega la gente que obviamente no tiene ningún tipo de aseguranza, las que no tienen ningún presupuesto económico, por lo que generalmente atendemos más adolescentes, gente de bajos recursos, toxicomanías, entre otros (M.A, comunicación personal, 15 de enero de 2020).

Llamó mi atención que durante esta entrevista se hiciera alusión a las mujeres usuarias de drogas (toxicómanas) como parte de la población atendida en el hospital. Sin embargo, considero que esto se pudo deber a que al presentarme con la trabajadora, se le mencionó que la investigación a realizar se orientaba al uso de drogas durante el embarazo.

Otras de las respuestas fueron

La mayoría son mujeres embarazadas, en un rango de... te vas a sorprender... de 13 a 17 años, son las mamás, adolescentes, niñas que nos llegan [...] personas que no tienen seguridad social, y en este caso pues existía el seguro popular (ahora INSABI), pero había gente que no tramitaba su seguro popular... y aun así, son aceptadas. O sea, tengas o no tengas [...] se supone que este hospital es para los que no tienen ninguna derechohabiencia. (S.A, comunicación personal, 29 de enero de 2020).

La mayoría son mujeres en edad fértil [...] desde los 16 años hasta los 40 más o menos... la mayor parte de las pacientes son [...] son adultas, mayores de 18. Pero el 40% o un poquito menos, a lo mejor ya el año pasado un 35%, son adolescentes [...] menores de 19 años. O sea, de todos los nacimientos que atendemos aquí, más o menos el 35% son menores. (M.R, comunicación personal, 05 de marzo de 2020).

“Pues ya sabes, las que antes eran seguro popular, ahora INSABI” (D.E, comunicación personal, 13 de marzo de 2020).

De manera general, se puede inferir que la mayoría de las pacientes que acuden a los servicios de SSR en el HMI de Mexicali, son mujeres en edad reproductiva<sup>45</sup>, que no cuentan seguridad

---

<sup>45</sup> Según la OMS, la edad reproductiva oscila entre los 15 y 45 años. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>

social. Por otra parte, me parece relevante que solamente en una ocasión se mencionara a las usuarias de drogas como parte de la población atendida, lo cual, a mi parecer, refleja la total invisibilización de este grupo de mujeres, así como la nula consideración de la SSR durante el embarazo, el parto y el puerperio entre este grupo de mujeres. A su vez, considero que dicha invisibilización (ya sea en el plano social y/o en el médico) responde a tecnologías de género que imponen un modelo único y universal del ser mujer y del ser mujer-madre; pues dentro de los marcos de referencia hegemónicos, las mujeres (sobre todo las que son o será madres) no “pueden” hacer uso de alguna droga (al menos que esta sea recetado por el sistema de salud) pues rompe con la normativa social y jurídica, lo que las sitúa en una posición de doble exclusión, ya que como diría la antropóloga feminista española Nuria Romo (2006) “las mujeres que usan drogas ilegales son rechazadas doblemente, por contraponerse a los roles femeninos clásicos y por su relación con la ilegalidad” (p.73) .

Ahora bien, desde el punto de vista de las MMUDI's que colaboraron en esta investigación, se refirió que el acceso a servicios de SSR resulta una travesía casi inalcanzable, ya que al entrar a algún centro de salud o clínica, rápidamente son identificadas (recordemos el “ojo clínico” como dispositivo de control) como usuarias de drogas, y suelen ser discriminadas, relegadas y desplazadas de los servicios; por lo que acuden solamente cuando presentan alguna urgencia médica, tal es el caso del parto. De hecho, en ciertas conversaciones informales con algunas MMUDI's, se comentó que se evita a toda costa asistir a centros de salud u hospital, pues “luego ya no salen”<sup>46</sup>.

En el caso de las MMUDI's que fueron parte del grupo focal, pude constatar que la mayoría no habían tenido acceso a servicios de SSR durante su trayectoria reproductiva, ya que el grueso de las participantes, solo vinculaba el parto y la prueba papanicolaou como parte de estos servicios, sin contemplar la amplitud que conllevan el acceso a servicios de SSR, al menos en el acepción que refieren la UNFPA y el portal del Gobierno Mexicano. Aquí algunas de las narrativas que compartieron

---

<sup>46</sup> Aparentemente entre algunas usuarias y usuarios de drogas, existe la creencia de que entrar a un hospital es sinónimo de muerte.

“Yo sinceramente desde que tuve al segundo (se refiere al segundo hijo)... ya tiene 19 años, y nunca me he hecho nada más, ni para checar nada” (I.M, grupo focal, 9 de octubre de 2019).

Hace 11 años fue la última vez (fue a colocarse el DIU) [...] yo iba limpia, iba de un centro de rehabilitación, y pues nada más me pusieron el aparato, y hasta ahorita no me le he checado, ni me lo he quitado, ni nada. (M.I, grupo focal, 9 de octubre de 2019).

Fue hace como 23 años, cuando me hicieron la salpingo<sup>47</sup> [...] me preguntaron qué método quería usar, y como yo era menor de edad, no sabía, era analfabeta... bueno, todavía lo sigo siendo, casi no tengo estudios [...] yo era inexperta. Pero ahora que me acuerdo, tengo un año que fui a hacerme el papanicolaou, a mi si me gusta que me lo hagan (risas y burlas de la mayoría), me gusta que me lo hagan pasar saber que estoy bien... pero si me da vergüenza, pero pienso más en mi salud que estar enferma... para no correr riesgos. (L.U, grupo focal, 9 de octubre de 2019).

“Yo hace 15 años me cheque del papanicolaou, y desde entonces nunca me he hecho nada” (E.L, grupo focal, 9 de octubre de 2019).

“Yo desde que salí de la cárcel (CERESO de Mexicali), ahí me lo hicieron (se refiere al papanicolaou), fue hace 4 años” (C.H, grupo focal, 9 de octubre de 2019).

“Pues yo hace 4 años también, fue la última vez que fue al doctor, y fue cuando tuve a mi hija, no más” (A.L, grupo focal, 9 de octubre de 2019).

Antes de entrar aquí, y ya llevo tres meses y una o dos semanas... yo fui una semana antes de entrar aquí a un ginecólogo particular, porque tenía hinchada la vagina y estaba sangrando de más, es que mi novio (hace una seña, simulando un pene grande), pero solo me dieron pastillas para cortar el sangrado. (G.A, grupo focal, 9 de octubre de 2019).

Al leer las narrativas, es posible percatarse de la carencia de servicios de SSR a los que las MMUDI's han accedido a lo largo de su vida reproductiva, pues más de la mitad,

---

<sup>47</sup> Método de anticoncepción permanente o definitivo [...] este procedimiento de anticoncepción se realiza en la mujer después de un parto, aborto, durante la cesárea o en cualquier momento que la mujer decida no tener más hijos. Consiste en realizar una pequeña incisión quirúrgica, que se puede efectuar a través del ombligo en el momento inmediato a la atención del parto, o a nivel del nacimiento del vello púbico; también se puede realizar durante una cesárea. Para realizarla se pueden emplear diferentes tipos de anestesia dependiendo de las características físicas de la mujer. A través de una pequeña herida efectuada en los sitios arriba mencionados, se identifican las trompas uterinas, las cuales se cortan y se ligan para impedir el paso del óvulo y de los espermatozoides evitando así el embarazo. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/oclusion-tubaria-bilateral>

mencionaron haber acudido a algún servicios hace más de 10 años. Y si bien, esta situación puede deberse a múltiples factores, entre los que se encuentran el distanciamiento y/o aversión de algunas MMUDI's hacia el sistema hospitalario; la poca cultura que tenemos sobre el cuidado de la SSR; la falta de información sobre Derechos Sexuales y Reproductivos; el desconocimiento de los servicios de SSR ofertados en centro de salud u hospitales; así como las enormes barreras estructurales en materia de SSR y justicia reproductiva<sup>48</sup> a la que nos enfrentamos la mayoría de mujeres a la hora de intentar acceder a servicios de SSR.

Y aunque es bien sabido que para la mayoría de mujeres acceder a servicios de SSR es un peregrinaje, es importante enfatizar que para algunas, el periplo es aún más largo, pues debido a condiciones raciales, económicas, religiosas, preferencias sexuales, uso de drogas, así como tratos discriminatorios o selectivos, u otro factores, el acceso a los servicios de SSR se ve disminuido u obstaculizado, lo que excluye a un número considerable de mujeres del ejercicio de sus derechos al goce de una salud sexual y reproductiva digna, y de calidad.

Quisiera destacar que el HMI de Mexicali, se distingue por ser uno de los hospitales más sobresalientes de la región, ya que cuenta con especialistas gineco-obstetras, médicos neonatólogos, médicos perinatólogos, así como enfermos perinatólogos y neonatólogos. Por otra parte, dicho hospital cuenta con programas de salud “innovadores”, tal es el caso de los cursos “educación perinatal” para madres embarazadas, y la implementación de “pulpitos”<sup>49</sup> de crochet como parte del programa de estimulación temprana, para recién nacidos que se encuentran en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Asimismo, las instalaciones y la instrumentaría utilizadas, son de tecnología médica avanzada, lo cual, vuelve al HMI un centro hospitalario sobresaliente del resto.

Sin embargo, cuando pregunté al personal de salud si las MMUDI's, o las mujeres usuarias de drogas en general, accedían a estas “innovaciones”, sus respuestas fueron que los servicios estaban ahí, pero que eran ellas quienes no se acercaban a preguntar por estos. Por

---

<sup>48</sup> Según la organización mexicana Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), la justicia reproductiva es el conjunto de factores sociales, políticos y económicos que permiten a las mujeres tener el poder y la autodeterminación sobre su destino reproductivo. Recuperado de <https://www.animalpolitico.com/punto-gire/justicia-reproductiva-para-todas-y-todes/>

<sup>49</sup> <https://www.lavozdelafrontera.com.mx/local/pulpitos-tejidos-apoyan-a-bebes-cachanillas-2945444.html>

tal, en el siguiente apartado, me avocaré a hablar sobre algunas condiciones relacionadas con el embarazo, el parto, el puerperio, y el uso de drogas en las MMUDI's.

### **“Las toxas nos invaden”: Uso de drogas, durante el embarazo, el parto, y el puerperio**

En el capítulo anterior, presenté la tabla 1, donde se observan una alza relevante en la detección de mujeres-madres usuarias de drogas a partir de la implementación de la prueba antidoping dentro del HMI de Mexicali. Considero que este dato me permite inferir que el fenómeno va en aumento, por lo que creo sería beneficioso, tanto para las futuras madres, los recién nacidos, y los propios trabajadores del hospital, poner mayor atención y cuidado en los servicios de SSR de este grupo de mujeres; así como crear y aplicar protocolos específicos<sup>50</sup> para el tratamiento de las mismas.

### **Embarazo**

El embarazo, en su noción meramente médica se refiere a “la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del “*conceptus*”<sup>51</sup> en el endometrio y termina con el nacimiento” (Secretaría de Salud, 2016, p.14). Dicho proceso, normalmente oscila entre las 38 a las 40 semanas de gestación.

El portal oficial de la OMS, apunta que el embarazo son “los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer”<sup>52</sup>. Tal definición también menciona que este proceso es “para la mayoría de las mujeres un período de gran felicidad”, y que “es importante que el seguimiento del embarazo sea realizado por personal sanitario cualificado”.

Llama mi atención, que se aluda a la supuesta felicidad experimentada por la mayoría de mujeres durante este periodo, y si bien, no se dice “todas las mujeres”, sí se hace una generalización; la cual a mi entender, tiene sus raíces en la romantización y la idealización

---

<sup>50</sup> En México existe la “Guía para el uso de metadona en usuarios adultos con VIH dependientes de la heroína intravenosa” ([http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/PF\\_VIH.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/PF_VIH.pdf)), documento publicado por el Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y la Secretaría de Salud, en el año 2016, en el cual se presenta un apartado exclusivo sobre el uso de metadona durante el embarazo, el cual es un precedente y propuesta para la atención a MMUDI's. Por desgracia, ha sido poco difundido entre el personal de salud.

<sup>51</sup> Hace alusión al producto de la concepción en cualquier etapa de desarrollo desde la fertilización al nacimiento. Incluye el embrión o el feto y las membranas embrionarias. Disponible en [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016)

<sup>52</sup> <https://www.who.int/topics/pregnancy/es/>

de la maternidad como parte de la vida y mandato impuesto en las mujeres. Por otro parte, de nuevo resalta la invisibilidad, o el ignorar por completo a las mujeres usuarias de drogas embarazadas. Considero que este “olvido” parte de la misma lógica patriarcal, referente al acatar ciertos ideales y mandatos impuestos del ser mujer y/o madre; pues como he venido diciendo en repetidas ocasiones, el uso de drogas en mujeres, y más aún, en mujer que está próxima a ser madre, está totalmente estigmatizado y penalizado, tanto en el área social, como médica y jurídica.

Deseo exponer, que aun y con la interpelación de las tecnologías de género, así como la penalización social, médica y jurídica del uso de drogas durante el embarazo, se sabe que existen mujeres que siguen haciendo uso de drogas durante este proceso, por lo que considero importante poner atención en este fenómeno; esto, con la intención de crear nuevas estrategias en materia de salud, que brinden una calidad y atención en servicios de SSR entre las mujeres-madres usuarias de drogas.

Mira, cuando yo salí embarazada a los 14 años, yo ya andaba usando (heroína), y pues salí embarazada, ya iba a cumplir los 15, y pues me inyecté [...] también dicen que es muy delicado un embarazo cuando consumes drogas, yo me acuerdo que a mí no más me tocaban y sentía que se me iba a salir por la boca la plebe, pero eso es por la malilla<sup>53</sup>. (I.M, grupo focal, 9 de octubre de 2019).

En este caso, aunque I.M es consciente de que el uso de heroína puede generar consecuencias adversas durante su embarazo, la presencia del síndrome de abstinencia (la malilla), parece ser un factor determinante para mantener su consumo.

Mi primer hijo (tuvo 6 gestas) yo lo tuve casi a los 19, me embarace ya grande [...] y pues si use chiva durante mis embarazos, pero a pesar de la droga uno siente verdad, y más que es un bebé, que drogada o cómo sea, uno lo quiere, y más en mi primer hijo, yo decía “pues yo quiero que salga bien”. (M.I, grupo focal, 9 de octubre de 2019).

De esta narrativa rescató principalmente el sentir y la preocupación de M.I, por querer “cuidar y proteger” a sus hijos, pues aunque refirió no haber dejado de consumir drogas durante su embarazo, externó una sincera inquietud sobre el bienestar de su primer hijo, argumento que

---

<sup>53</sup> Es una forma coloquial de llamarle al síndrome de abstinencia.

se contraponen ante discursos que sostiene y/o afirmaba que a este grupo de mujeres “no les importa nada, ni el bebé, ni ellas” (M. M, comunicación personal, 05 de marzo de 2020).

“Yo también use heroína durante mis embarazos, aunque muchas veces por la misma heroína no podemos quedar embarazada, pero igual tuve dos hijos” (E.L, grupo focal, 9 de octubre de 2019).

Al igual que las anteriores narrativas, E.L, comenta no haber suspendido el uso de heroína durante sus embarazos; y acota una importante cuestión, al mencionar que la heroína suele tener repercusiones en el ciclo menstrual de las usuarias, por lo que en ocasiones no suele embarazarse.

En el segundo embarazo no le tomé tanta importancia porque... no te voy a decir que era un embarazo inesperado, y la neta yo usaba drogas, me drogaba, pero no usaba chiva<sup>54</sup>, en ese tiempo puro hielo<sup>55</sup>, y pues yo usaba mucha droga. En ese tiempo no me estaba picando la sustancia, pero pues no me iba a checar con el doctor, ya no hacía los ultrasonidos, como con el primero [...] y cuando estaba activa, de que me inyectaba y todo [...] yo sí sabía que me paraba la regla, y sabía que estaba embarazada, pero era tanta la malilla, que si no tenía la sustancia de la chiva en mis venas, la misma malilla me hacía abortar... y eso es muy difícil, porque yo sabía que estaba embarazada y yo quería seguir picándome y picándome, y eso me afectaba. (C.H, grupo focal, 9 de octubre de 2019).

Esta narrativa nos permite ver, que factores tales como el síndrome de abstinencia y los sentimientos de culpabilidad, confluyen entre algunas usuarias de drogas que se encuentran embarazadas, pues a sabiendas de que el consumo de drogas puede generar alguna complicación durante el proceso, la dependencia y los síntomas de abstinencia suelen ser un determinante para no interrumpir el uso de sustancias.

A mí no me pasó nada, y eso que durante todo el embarazo de mi hija me drogué, pero fue con hielo (inyectado), y no me pasó nada [...] y como a mí no se me nota, no me perjudicó ni nada. (A.L, grupo focal, 9 de octubre de 2019).

---

<sup>54</sup> Palabra coloquial para referirse a la heroína.

<sup>55</sup> Palabra coloquial para referirse a la metanfetamina.

Al leer las narrativas antes expuesta, es posible percatarnos que en la mayoría de los casos las MMUDI's no suspenden el uso de drogas durante sus embarazos, por lo que creo es importante generar estrategias y protocolos de atención específicos, para tratar estos casos.

Por otro lado, encontramos los discursos médicos o del personal de salud, quienes de manera enfática y reiterada argumentan que el uso de drogas está totalmente contraindicado para la salud, más aun, durante el embarazo, pues genera graves afecciones a la salud, tanto en el menor como en la madre. He aquí, algunos de sus testimonios

Debido a que el materno es un hospital de concentración [...] llegamos a tener muchas pacientes que son toxicómanas, sobre todo metanfetaminas, anfetaminas, y una que otra heroína, o mariguana [...] y muchas de ellas son mujeres que no deja consumir durante el embarazo, sin pensar en las consecuencias que esto les trae (M.G, comunicación personal, 15 de enero de 2020).

La cuestión de pacientes usuarias de drogas es muy común también en el hospital [...] y nosotras terminamos siendo las malas del cuento, pero yo no fui quien consumió drogas 9 meses, por eso les pregunto ¿quién es el adulto aquí? ¿quién quiere ser madre y tener un hijo?... y ¿qué quiere la madre? Proteger a su bebé, ¿no? ... y tú (haciendo alusión a una charla con alguna usuarias de drogas) no lo estas protegiendo, porque estas consumiendo drogas, tú sabes las consecuencias de una droga [...] yo siempre les he dicho [...] yo no sé tú historia, yo no sé cuál es el motivo del porque tú te refugias al usar drogas [...] pero tú bebé no decide, tú sabes las consecuencias de las drogas, tú las consumes, tú las estas consumiendo por él, tú estás diciendo por él, tú lo estas afectando, y tú eres la madre que lo debe de proteger, o sea partiendo de ahí, cómo quieres que yo como institución confié en ti, si tú misma durante el embarazo no estas protegiendo a tu bebé... entonces yo tengo que proteger al menor (S.R, comunicación personal, 29 de enero de 2020)

Aquí, ambas personas refieren la no interrupción del uso de drogas por parte de algunas mujeres durante su embarazo, y como al parecen, no son muy consciente del daño que dicho consumo puede ocasionar al menor, sobreponiendo el cuidado y la integridad de este, antes que la salud de las mujeres.

Por otra parte, encontramos la siguiente narrativa

Yo creo que el consumo de drogas es un fenómeno global, si se fijan en las estadísticas [...] es un problema terrible de toxicomanías en general, hombres y mujeres, y desgraciadamente

alcanza a mujeres en edad reproductiva que se embarazan, y pues no tienen muchas consciencia de lo que deben de hacer; yo creo que es un problema... ahora sí que una pandemia, en cuanto a la drogadicción [...] y si se ha incrementado en todo el mundo, no veo por qué no se incremente aquí, si Mexicali es una zona de consumo [...] en el hospital hemos pasamos de detectar 17 usuarias de drogas en a 54 en 2015, o sea, se triplico la cantidad de detección y así desgraciadamente va para arriba. (M.M, comunicación personal, 05 de marzo de 2020).

Considero que este relato toma en cuenta que el incremento del uso de drogas durante el embarazo en Mexicali, viene acompañado de la alza en el consumo de drogas a nivel global, ya que como señala el Informe Mundial sobre las Drogas 2019, y diversas encuestas realizadas en México (Encuestas Nacionales de Adicciones y la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco) existe un incremento en el uso de drogas por parte de las personas, y puntualmente de las mujeres. También, creo es importante recordar el contexto situado en el que se encuentra la ciudad de Mexicali, pues es parte de uno de los estados con los mayores índices de consumo de cualquier droga México, y, es vecino del país número uno en el consumo de drogas.

Otra de las narrativa proveniente del personal de salud, mencionó que

El Hospital Materno Infantil desde que tiene sus funcionamiento hace 8 años, se ha enfocado mucho en este tipo de mamás (las usuarias de drogas) [...] tratamos de orientarlas mucho, de que el uso de cualquier tipo de droga, desde tabaco hasta heroína, va generar un daño importante al bebé [...] intentamos prevenir embarazos, y que durante la gestación la mamá no utilice ningún tipo de droga.

Si bien, se habla de una atención enfocada a las mujeres-madre usuarias de drogas dentro del hospital, cuando les cuestioné si existía algún protocolo de atención en materia de salud para este grupo de mujeres, todos dijeron que no, aun y cuando existe la Guía para el uso de metadona en usuarios adultos con VIH dependientes de la heroína intravenosa, la cual dice explícitamente que “las pacientes embarazadas dependientes a los opiáceos cursan embarazos de alto riesgo y deben ser manejadas por médicos con experiencia adecuada” (Romero Mendoza, Martha, *et al*, 2016, p.161). Por tanto, considero que la atención que se dice poner, va más encaminada en patologizar, “castigar” y retirar la custodia de los menores

a estas mujeres, pues estas se vuelven “incapaces” de hacerse cargo de su mismas, y por ende, del futuro recién nacido.

## **Control prenatal**

Una de las recomendaciones principales durante el embarazo, es el acudir de forma periódica a revisión para obtener atención o control prenatal. Dicho concepto, se refiere a

la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida [...] incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía; además de elaborar un plan de seguridad para que las mujeres identifiquen el establecimiento para la atención médica resolutivo donde deben recibir atención inmediata. (Secretaría de Salud, 2016, p.13)

Me parece particular que se use el nombre “control prenatal”, ya que desde la designación se hace explícita la intención de regular tanto el cuerpo de la mujer embarazada, como del menor que está por nacer; y si bien, dicho control obedece a un cúmulo de beneficios tanto para las madres, como para los futuros recién nacidos (o al menos es lo que se dice), es importante mencionar que no siempre es posible seguir al pie de la letra las indicaciones u órdenes dictadas por los profesionales de la salud, pues existen múltiples factores (economía, la proximidad con algún centro de salud, falta de documentación, situación migratoria, etc.) que impiden u obstaculizan acceder a ciertos servicios, por más básicos que estos parezcan.

En el caso de algunas de las colaboradoras de esta investigación, mencionaron que no acudieron a revisiones prenatales debido a

“Como me la pase bien drogada en mis dos embarazos nunca fui a nada, hasta que ya iba a tenerlos” (I.M, grupo focal, 9 de octubre de 2019).

Yo solo fui en una ocasión nada más, en todos mis embarazos (tuvo tres), solo una vez [...] a mí me daba miedo ir, yo pensaba que yendo al doctor me iban a quitar a mis niños, por eso no iba a revisarme de mi última niña, yo andaba prendida de la chiva, y pensaba que me iban a quitar a mi hija! (E.L, grupo focal, 9 de octubre de 2019).

En el segundo embarazo no le tome tanta importancia porque... no te voy a decir que era un embarazo inesperado, y la neta yo usaba drogas, me drogaba, pero no usaba chiva, en ese tiempo puro hielo, y pues yo usaba mucha droga. En ese tiempo no me estaba picando la sustancia, pero pues no me iba a checar con el doctor, ya no hacia los ultrasonidos, como con el primero. Ya cuando tuve al bebé, yo no sabía si mi niño estaba bien, y yo tenía miedo de que fueran a abrir un caso de...aquí se dice DIF pero allá, en California (Estados Unidos) se dice CPS<sup>56</sup>. (E.L, grupo focal, 9 de octubre de 2019).

Dos de los casos antes mencionados, refieren que el miedo al retiro de la custodia es un factor determinante para no buscar atención prenatal durante el embarazo, pues esta situación suele ser una sentencia o condena (social y penal) para la madre, por lo que contemplan los pros y contras que le traerían el acercarse a los servicios de salud durante el embarazo.

Por su parte, una de las colaboradoras mencionó que ella si llegó a asistir en alguno momento de sus embarazos a dichos cuidados. He aquí, parte de su narrativa

Yo sí llegue a ir... es que ya he tenido varios embarazos (seis), incluso en uno de ellos, si me atendí en el centro de salud González Ortega, iba cada mes, ya ves que te dan una cita cada mes, y pues me atendían y me revisaban y todo, y ves que tan la orden para irte ya aliviar [...] en los otros casi siempre fui al hospital dos meses antes de aliviarme, nada más para que me dieran la carta de referencia, que es la que tienes que llevar, con esa llegas al hospital y derecho te meten, y ya ahí la doctora te pone como va, cuantas semanas tiene el bebé y todo eso. Yo no más fui para que me dieran la carta, pero casi lo menos que se pueda ir al centro de salud, es mejor. (M.I, grupo focal, 9 de octubre de 2019).

No obstante, llama mi atención que al concluir parte de su experiencia, la colaboradora mencionara que cuanto menos pudiera asistir al centro de salud era mejor para ella, lo que a mi parecer refleja una fuerte desconfianza hacia el personal de salud y la Institución misma, cuestión que se manifiesta en el distanciamiento/alejamiento de los servicios de salud, los cuales lejos de apoyar a las pacientes usuarias de drogas, las criminalizan y estigmatizan a través del ejercicio de prácticas de biopoder entre personal de salud y las MMUDI's, así como de la implementación de diversos dispositivos de poder.

---

<sup>56</sup> Se refiere al Child Protective Services (Servicio de Protección de Menores).

Si bien la mayoría de trabajadores de la salud, sus guías de trabajo, y las campañas de promoción de salud realizadas por la Secretaria de Salud en el país, hacen hincapié en la importancia y la necesidad de que las mujeres-madres embarazadas (usuarias de drogas o no) lleven a cabo los debido controles prenatales; durante las entrevistas semiestructuradas hacia el personal del HMI de Mexicali, se mencionó que en general existe poco seguimiento de cuidados prenatales en la mayoría de las pacientes atendidas en el hospital

La verdad, es muy común la falta de atención prenatal por las pacientes [...] yo creo que se debe a que son jóvenes, a la desinformación, y tal vez tipo de gente, porque son de bajos recursos, creo más que nada, se debe a la educación. (M.A, comunicación personal, 15 de enero de 2020)

“Quienes no llevaron control prenatal son sobre todo las adolescentes [...] en cuanto a las usuarias de drogas, pues estas menos, ellas casi nunca llevan un control prenatal... para nada” (S.A, comunicación personal, 29 de enero de 2020).

Este hospital no se hace tanto trabajo preventivo, eso lo hace el centro de salud, con promoción social, con la comunidad [...] aquí nada más se van a estar mientras dan a luz, o pueden llevar su consulta prenatal si es que el embarazo es de alto riesgo o de embarazo adolescente, porque pues no cualquier embarazada se atiende aquí, entonces en el centro de salud es donde de se tendría que hacer todas las intervenciones, tales como los cuidados prenatales. (D.E, comunicación personal 13 de marzo de 2020)

Visto esto, se puede deducir que un gran número de pacientes obstétricas que acuden a recibir servicios de SSR en el HMI de Mexicali, no llevan a cabo los programas de cuidados prenatales recomendados por el sector salud; por lo que no son solamente las MMUDI's (o consumidoras de drogas en general) quienes por su condición de uso de sustancias, “descuidan” u omiten los cuidados prenatales durante el embarazo; más bien, parecer ser que existe una carencia o una escasa promoción y/o cultura de la práctica de los cuidados prenatales entre las mujeres embarazadas del país.

## **Parto**

Según la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 , el parto, se refiere “al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos” (Secretaría de Salud, 2016, p.16). Dicho esto, pareciera que al hablar del parto, este se resume prácticamente en la expulsión del producto o recién nacido; o al menos, desde el ámbito médico. Sin embargo, poco se habla de la experiencia del parto desde los referentes de las propias madres; más bien, es desde los discursos médicos disciplinares (como el de la ginecología, y la obstetricia, por mencionar a los más comunes), desde donde se opina, y desde donde se impone la terminología, así como la “experiencia” del parir.

Si bien, ninguna experiencia será igual, y seguramente toda mujer que haya parido contará su vivencia desde su propia visión, en ocasiones si llegan a existir algunas convergencias entre lo experimentado, sobre todo, entre las mujeres que viven y están inscritas en realidades semejantes; tal es el caso de las MMUDI's entre las cuales se encuentran similitudes. He aquí algunas de sus narrativas

Del primero me vinieron los dolores a los 8 meses, no sé si fue por la droga, o porque el papá del niño me golpeó, en ese entonces me llevaron al Hospital General, y ahí me tuvieron 3 días con suero, según que para que me dieran los dolores, porque no era momento de que pariera a mi niño [...] entonces como no me estaban dando dolores [...] ellos decidieron hacer cesaría [...] y mi niño se quedó un mes en la incubadora [...] y las enfermeras me decían “lo bueno que estas niña y el día de mañana vas a poder tener más niños, porque tú niño no se va lograr, no sabemos cuánto va durar, tu niño se va a morir”... un mes se aventaron diciéndome eso [...] cuando quise ir a verlo, mi suegra pidió una silla de ruedas, porque vio que a otras muchachas recién paridas se las estaban dando, y una enfermera le dijo “no, ella puede caminar, ella se puede levantar, si quiere conocer a su niño, que se levante la muchacha y que vaya caminando, que ella vaya a ver a su niño”... sabes por qué, pues porque soy una madre drogadicta... así me dijeron a mí, que por mala, que por que no quería al bebé, que porque no me importo consumir heroína durante mi embarazo, así que no me dieron la silla, y tuve que ir toda adolorida a verlo. (I.M, grupo focal, 9 de octubre de 2019).

Yo me alivie de todos mis partos (tuvo seis gestas, pero una termino en aborto espontáneo) en el Hospital General, porque todavía no estaba el materno [...] mi primer hijo yo lo tuve

casi a los 19, me embarace ya grande, y pues ya andaba toda tatuada y toda picada de los brazos y si miraba el... como el desprecio, la diferencia, incluso como el asco, no sé, las enfermeras como que no se me querían acercar, y siempre le decían a otra ¡no tú, o tú!, y así, yo me sentía, así como... ayyy yo no voy a ir, para qué, ya cuando de tiro se me reviente la fuente o algo, ya me voy derecho hasta allá (haciendo referencia al Hospital General) [...] ellos (personal de salud) ponen el consumo de uno, antes de sus... como le dicen ellos? Compromiso como enfermeras, o como doctores... y yo digo, dónde está el juramento de que tienen que atender bien a uno. (M.I, grupo focal, 9 de octubre de 2019).

Yo también me alivie en el Hospital General, porque no estaba el materno, así que cuando tuve a mi bebé fui al General, y pues la niña venía mal, venía sentada, y de a huevo me hicieron parirla, y pues mi niña sufrió muerte cerebral por que la sacaron con unos fórceps, la niña que está ahorita en adicción, y pues ella sufrió... y a mí sí me trataron de la fregada, me hacían el fuchi (gesto de desprecio), aparte que no me quisieron dar para el dolor. (E.L, grupo focal, 9 de octubre de 2019).

Cuando me embarace del primero, me trataron muy bien el hospital (sus partos fueron en California, Estados Unidos), todo estaba muy bien verdad, yo no usaba drogas, y ya cuando lo tuve me dieron a mi niño [...] en el segundo yo ya usaba drogas, y me trataron como que bahh!, sabes cómo? Porque no me había ido a checar, y no tenía mi doctor, y en el momento que yo estaba diciendo “estoy embarazada, me duele mucho el estómago, me está saliendo sangre [...] no sé de mi pediatra, no lo he visitado, no sé nada”, me dijeron que estaba bajo una sustancia (droga) y que estaba deshidratada, entonces me dieron agua con hielo, me dieron jugo, y todo eso que te dan cuando estas embarazada [...] después, me hicieron la raquia, y me dolía, pero yo podía aplastar un botón, y eso me ayudaba (refiriéndose a medicamento para el dolor). (C.H, grupo focal, 9 de octubre de 2019).

Dentro de estas cuatro narrativas, podemos observar como la discriminación y la violencia institucional son parte de la experiencia compartida en torno al parto entre las MMUDI's que colaboraron en esta investigación. Perciera que el saberles usuarias de drogas, fuera una condicionante determinante para ejercer un trato diferenciado y excluyente dentro del hospital.

Por otro lado, A.L., quien fue la única colaboradora en recibir atención en el HMI de Mexicali, comentó

a mí me trataron bien, fue en el materno, ahí tuve a mis tres hijos...no mentira, el más grande lo tuve el Hospital General, y ya mis otros dos hijos en el materno, pero estuvo bien, fue rápido [...] la verdad si fue un muy buen trato [...] yo nada más iba a parir, o sea, iba porque ya estaban de fuera los niños, y pues todo bien la verdad, y de volada me los dieron, en cuanto nacieron me los pusieron aquí a un lado (señala brazos), de los dos, todo bien. (A.L, grupo focal, 9 de octubre de 2019).

Quiero aclarar que A.L acudió al HMI de Mexicali en los primeros años de su creación, cuando el antidoping no estaba establecido como una prueba “obligatoria”<sup>57</sup>, por lo que tal vez, el no haberle realizado la prueba ayudó a que pasara desapercibida. También, quisiera agregar que anteriormente ella misma refirió que al “no notársele” el uso de drogas, no había tenido problemas durante su embarazo, por lo que posiblemente no enfrento señalamientos o discriminaciones por uso de drogas durante el embarazo y el parto, tal como el resto de sus compañeras.

Por su parte, al preguntar al personal de salud sobre la relación entre el parto y el consumo de drogas entre las MMUDI’s, sus respuestas oscilaron mayormente en hablar de las complicaciones médicas que llegan a experimentar las madres y los menores recién nacidos; sin tener presentes otros factores o determinantes que llegan a intervenir en las MMUDI’s y sus hijos, más allá de la mera salud.

### **Afecciones a la salud en MMUDI’s**

Según Sánchez Pardo (2006), las afecciones que se suelen presentar las personas usuarias de heroína suelen ser: alteraciones digestivas, renales, hepáticas, neurológicas, cardiovasculares, del sistema endocrino e inmunitario y del aparato locomotor, así como algunos trastornos mentales.

---

<sup>57</sup> Lo entrecomillo ya que en realidad esta prueba no se aplica a todas las pacientes, sino que se hace de manera discrecional, por medio del “ojo clínico”.

Asimismo, Sánchez Pardo (2006) refiere que las mujeres usuarias de heroína y otros opiáceos, suelen presentar alteraciones en el ciclo menstrual, la más común de ellas, es la amenorreas<sup>58</sup>; también, llegan a padecer problemas como abortos espontáneos durante el embarazo; partos prematuros; retraso del crecimiento en el feto o muertes fetales; y la presencia de algunas ITS<sup>59</sup> como la sífilis, la tricomoniasis, y el VIH-sida. Por otro lado, el autor afirma que también se suelen presentar síntomas del síndrome de abstinencia tanto en las madres como en los recién nacidos, condición que implica la aparición de diversos malestares (según el tipo de droga y la dependencia) en los pacientes.

Vinculado al tema de las alteraciones en el ciclo menstrual, algunas de las colaboradoras, reportaron

Uyyyy, mira... yo cuando consumo heroína, hasta dos años me dura la regla sin bajarme, y en cuanto me interno (se refiere a un a centro de rehabilitación) haz de cuenta que el cuerpo se desintoxica, se limpia y me baja, y duro hasta dos semanas reglando [...] pero fíjate que yo pensaba que dejaba de reglar [...] a causa de que a lo mejor me habían operado [...] porque oía que te amarraban o te cortaban; pero hasta ahora, con esta platica ya sé que es a causa de la heroína (I.M, grupo focal, 9 de octubre de 2019).

Simón, es verdad, a mí a veces me bajaba, y a veces no me bajaba, y otras veces me bajaba como su fuera hemorragia, me baja mucho, como si se viniera todo, pero si tuve ratos que no me bajaba nada. (C.H, grupo focal, 9 de octubre de 2019).

A mí la verdad cuando usaba heroína no me baja, y eso que no más use poquito, como unos 6 meses, y no me venía mi regla, neta que no más use heroína y valió madre todo, antes me bajaba bien. (A.L, grupo focal, 9 de octubre de 2019).

Yo empecé a menstruar a los 15 años y light, no era mucho, y se me iba y venía, pero cuando usaba heroína por 4 años y medio, yo no menstrúe para nada [...] no menstruaba para nada, pero ya después de un año y 5 meses limpia de heroína, estaba empezando a menstruar, pero otra vez bien light [...] pero si es cierto eso, la heroína te detiene la menstruación. (G.A, grupo focal, 9 de octubre de 2019).

---

<sup>58</sup> Ausencia del ciclo menstrual

<sup>59</sup> Infecciones de Transmisión Sexual

En todos los casos, las colaboradoras manifestaron haber presentado ausencia de su ciclo menstrual, sin embargo, ninguna de ellas acudió a consulta médica para revisarse, simplemente lo dejaron pasar. De hecho, algunas de ellas ni siquiera habían vinculado el uso de heroína con la amenorrea, sino que fue durante el grupo focal que se percataron de la relación, y empezaron a compartir sus experiencias, lo cual me pareció sumamente bello y enriquecedor.

Respecto a las ITS, la asociación internacional *Frontline AIDS*<sup>60</sup> en su texto titulado “*Advancing the sexual and reproductive health and rights of women who use drugs. A guide for programmes*”, reporta que “las mujeres que se inyectan drogas generalmente tienen una mayor vulnerabilidad que los hombres al VIH, la hepatitis C, y otras infecciones de transmisión sexual y de transmisión sanguínea”<sup>61</sup> (2020, p. 8), por lo que según Stepheson (2008) citado por Romero Mendoza, *et al.*, es de vital importancia “brindar atención especial a las enfermedades relacionadas con la adicción, así como a las infecciones por VIH, hepatitis B y C, y otras enfermedades de transmisión sexual” (2016, p.162), debido a que estas suelen ser recurrentes entre las mujeres usuarias de drogas inyectables, tal y como lo exponen algunos de los profesionales de la salud, del HMI de Mexicali a continuación

Existen diversas afecciones en las mujeres que usan drogas intravenosas. Generalmente son pacientes desnutridas, con riesgo de hipertensión, y con mucho riesgo de contraer VIH, Sida, hepatitis, sífilis [...] de hecho hay un disparo en el número de casos de sífilis en el hospital, y el epidemiólogo ya lo está investigando [...] y pues de las ETS no tratadas pueden derivarse muchas repercusiones, ahorita tenemos una paciente séptica, y su vida está en riesgo por la infección tan seria que trae, y pues igual, es una paciente toxicómana de drogas intravenosa, quien no tiene familia, es indigente... y pues bueno, está en riesgo su vida por esa infección que no se atendió. (M.R, comunicación personal, de marzo de 2020).

Fíjate que con el tema de las ETS, con la sífilis, o con la hepatitis (tipo C), casi todas o la mayoría que usan drogas inyectadas las presentan [...] y pues vienen sin tratamiento [...] a veces ni conocen su estatus. (S.A, comunicación personal, 29 de enero de 2020).

---

<sup>60</sup> Frontline AIDS <https://frontlineaids.org/>

<sup>61</sup> La traducción es mía, en el texto original aparece “women who inject drugs generally have a greater vulnerability than men to HIV, hepatitis C (HCV) and other blood-borne and sexually transmitted infections”

En cuanto al embarazo, se sabe que en mujeres usuarias heroína o dependientes de algún opiáceo, existen mayores dificultades obstétricas, como “retraso del crecimiento intrauterino, parto prematuro, desprendiendo de la placenta, paso intrauterino de meconio, síndrome de abstinencia neonatal, muerte fetal, y neonatal”, lo que se traduce en una mayor morbilidad y mortalidad infantil (Romero Mendoza, *et al.*, p.161-162)

Referente a estas condiciones, personal de salud manifestó lo siguiente

En la cuestión de ellas (las MMUDI's), fijate que cuando llegan aquí, realmente no han venido con complicaciones. Más bien es en el nacimiento del bebé. Las que hemos tenido, que han sido pocas de heroína, no han sido ellas, han sido los bebés, más bien son las de cristal, en ellas si se han presentado preclamsia<sup>62</sup>, y ha habido pacientes se han puesto críticas, y las hemos tenido que mandar al General a terapia, las de cristal. (S.A, comunicación personal, de marzo de 2020).

Una paciente que consume drogas, heroína sobre todo, o cocaína, tienen mucho riesgo que se desprenda la placenta antes de tiempo, es una de las causas principales de ese problema [...] al año, no sé, tal vez tenemos unos cuatro o cinco casos, donde llegan con el bebé muerto dentro, y con la placenta desprendida... y pues resulta que sí, que consumen drogas, por lo que tenemos una estadística importante en muertes inutero relacionado al consumo de drogas [...] ellas generalmente son pacientes desnutridas, con riesgo de hipertensión, y con mucho riesgo de contraer VIH, Sida, hepatitis, o sífilis [...] de hecho hubo un disparo en el número de casos de sífilis en el hospital, y el epidemiólogo ya lo está investigando [...] y pues de las ETS no tratadas pueden derivarse muchas repercusiones, ahorita tenemos una paciente séptica, y su vida está en riesgo por la infección tan seria que trae, y pues igual, es una paciente toxicómana de drogas intravenosa, quien no tiene familia, es indigente... y pues bueno, está en riesgo su vida por esa infección que no se atendió. (M.R, comunicación personal, de marzo de 2020).

Así pues, podemos observar como para una de las entrevistadas si existían riesgos relacionado directamente con las pacientes, los cuales empatan con los referidos en la literatura. Sin embargo, otra de las entrevistadas, manifestó que la mayoría de las afecciones

---

<sup>62</sup> Condición médica relacionada con la presencia de un aumento en la presión arterial, así como signos hepáticos o renales presentados durante el embarazo.

eran más comunes y evidentes en los recién nacidos, priorizando el cuidado del menor, y minimizando las afecciones que suelen presentar las MMUDI's.

Me parece que al hacer evidentes los daños a la salud que viven las mujeres usuarias de drogas inyectables, también se pone en evidencia la falta de servicios de salud a los cuales tienen acceso, lo que a mi parecer deja entrever la poca o nula importancia que este grupo de mujeres representan para el Estado y para las instituciones de salud públicas, pues en vez de crear intervenciones o una (bio)política que incremente la calidad de vida y la salud de estas, se sigue trabajando bajo mecanismos que intentan controlar y regular su reproducción, sin brindar una calidad de vida, lo que las repelen de las instancias sanitarias, y las condena a un escrutinio total.

También, creo que al señalarlas y discriminarlas antes de auxiliarlas, se crea una enorme barrera en la relación entre prestadores de servicios de salud y las usuarias de drogas, donde de cierta manera la institución y el Estado “arrojan” a las MMUDI's una muerte casi inminente, pues al contar con una salud precarizada, un cuerpo lacerado, y todo un sistema estructural que les oprime y excluye, se vuelve complicado obtener una calidad de vida tanto para ellas, como para sus hijos.

### **Afecciones a la salud en recién nacidos, hijos de MMUDI's**

Cuando pregunté al personal de salud del HMI de Mexicali entrevistado, sobre las posibles complicaciones o padecimientos a los cuales se podía enfrentar un recién nacido, hijo de una madre usuaria de heroína, lo primero que salió de sus bocas fue “Síndrome de Abstinencia Neonatal”. Tal condición, se refiere a una serie de malestares relacionados con la falta de opioides en el cuerpo del recién nacido.

Según el British Columbia Centre on Substance (BCCS), los síntomas vinculados a al síndrome de abstinencia neonatal “se refieren a un conjunto de posibles síntomas de abstinencia de opioides posnatales experimentados por recién nacidos, cuyas madres usaron opioides durante el embarazo<sup>63</sup>” (2018, p.21). Dicho documento, también menciona que entre

---

<sup>63</sup> La traducción es mía, en el texto original se halla lo siguiente “neonatal opioid withdrawal symptoms (NOWS) refers to a constellation of possible postnatal opioid withdrawal symptoms experienced by newborns whose mothers used opioids during pregnancy”

el 48% y el 94% de los menores expuestos a sustancias opioides durante el proceso de embarazo, llegan a experimentar síntomas de abstinencia neonatal, mientras que Sánchez Pardo (2006) argumenta entre un 60% al 80%.

Aunado a esto, Strategy (2006) citado por Romero Mendoza, *et al.*, (2016), comenta que el síndrome de abstinencia neonatal suele aparecer en las primeras 48 a 72 horas después del nacimiento, por lo que es importante mantener al menor bajo observación, por si se requiere realizar alguna intervención médica inmediata, ya que se ha llegado a saber de pocos casos donde los síntomas de abstinencia se llegan a presentar hasta 7 o 14 días después del nacimiento; por tanto, es recomendable mantener al menor bajo vigilancia.

Los síntomas más comunes que llegan a manifestar en los menores son: llanto alto, fiebre, temblores, irritabilidad, mala alimentación, vómitos, diarrea, pérdida de peso, convulsiones (BCCS, 2018), trastornos del sueño, estornudos, succión del puño, gritos agudos, hiperactividad general, succión ineficaz, malestar provocado por las luces brillantes, temblores, y aumento de la frecuencia cardiaca (Romero Mendoza, *et al.*, 2016). Sin embargo, es importante mencionar que dichos síntomas son pasajeros, por lo que pueden ser tratados por profesionales de la salud, con la intención de que estos no generen consecuencias adversas en los menores.

Si bien, la información antes mencionada aparece en diversos manuales especializados; tanto de México, como del extranjero, entre las narrativas ofrecidos por el personal de salud entrevistado, encontré lo siguiente

Son pocos los que llegan a tener síndrome de abstinencia, pero si llega a haberlos [...] nosotros tenemos nuestras escalas<sup>64</sup> para medir el tipo de abstinencia en el bebé [...] pero he de decir que los bebés que hemos tenido con madre con heroína, son los bebés que más les va mal, porque son bebés que terminan intubados, son bebés que tienen más abstinencias, son bebés que tienen convulsiones de difícil controlar, y llegan a estar incluso asfixiados in utero. Son los bebés, que luego, luego, nos damos cuenta que si tienen algo más, que no solo fue anfetamina o metanfetamina [...] a algunos se les llega a dar morfina, la cual se va disminuyendo, hasta que dejen de tener el síndrome de abstinencia [...] Las secuelas que llegan a tener son más que nada por las crisis convulsivas, o por los datos de asfixia. (M.A, comunicación personal, 15 de enero de 2020).

---

<sup>64</sup> La más utilizada, al menos en el HMI de Mexicali es la escala Finnegan. Síndrome de abstinencia neonatal. Recuperado de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcba/v19n19/v19n29a10.pdf>

Te comento que los niños puede ser nada más positivo al medicamento, o bien tener síndrome de abstinencia, aunque la mayor parte no tiene, eso es algo importante [...] cuando la madre consume drogas, sobre todo heroína, el riesgo más grave para el bebé in útero es morir [...] esa es de las primeras causas, el uso de drogas [...] en cuando al desprendimiento de la placenta, si esto pasa, el bebé fallece, y eso pasa es en minutos. Entonces si se llega a rescatar a un bebé así es algo heroico [...] pero si el niño presenta síndrome de abstinencia, es algo muy serio, ya que pueden tener convulsiones, temblores, y repercusiones a largo plazo en cuanto a alguna cosa cognitiva. (M.R, comunicación personal, 05 de marzo de 2020).

Mira, el uso de cualquier tipo de droga, desde tabaco hasta heroína, va generar un daño importante al bebé [...] pero específicamente la heroína, es una droga que genera una abstinencia muy grave en el recién nacido y tiene mucho riesgo de tener secuelas, si sobrevive [...] de hecho existe mucho riesgo de que ese bebé pueda fallecer [...] ya que con la heroína presentan crisis convulsivas, retraso mental, retraso en su desarrollo psicomotor, peso bajo o talla baja y generalmente son bebés donde al principio no puede comer, están irritables, tiene náuseas [...] y pues obviamente se siente indefenso y perdidos, no? Son bebé que pudiéramos haberle dado leche y mandarlos con la mamá, pero no lo toleran, entonces se tienen que evaluar, y tiene que durar tiempo hospitalizado [...] para finalizar, quiero decirte que todo bebé, hijo de madre usuaria de droga, tiene 9 veces más riesgo de fallecer, que un bebé normal, entonces, es algo bastante delicado (C.I, comunicación personal, 13 de marzo de 2020).

Si bien, las tres narrativas hacen mención de la severidad de los síntomas del síndrome de abstinencia neonatal, y de las posibles consecuencias ocasionadas; sobre todo por las convulsiones en los menores, me parece importante resaltar que la mayoría de los recién nacidos hijos de MMUDI's no experimentan dichos síntomas, lo que llega a romper con ciertos estigmas y mitos respecto a que todos los hijos usuarias de drogas “nace siendo adictos”. Creo que al igual que el control y regulación de los cuerpos de las MMUDI's, sus hijos sufren efectos colaterales similares, pues al nacer; o incluso antes, cae sobre ellos una política de domino sobre sus vidas, marcándolos y estigmatizándolos como cuerpos enfermos, a los cuales hay que corregir.

## **Puerperio**

El puerperio se define como “el periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días” (Secretaría de salud, 2016, p.17). Dicho periodo se divide en tres segmentos; el puerperio temprano, el cual conlleva las primeras 24 horas después del parto; el puerperio mediano, el cual se cuenta del segundo al séptimo día; y el puerperio tardío, el cual comprende del octavo día, al día 42 después del parto.

Durante el puerperio temprano, personal de salud debe revisar la condición de la paciente frecuentemente, con la intención evitar o prevenir alguna alteración de salud, así como brindar información a la madre sobre los cuidados esenciales, y síntomas de alarma que el recién nacido pudiera llegar a presentar. En el puerperio mediano y tardío, básicamente la función principal de los prestadores de servicios de salud, es brindar información y dar seguimiento a la salud de la mujer, para que esta evite alguna complicación, y pueda reincorporarse a la vida cotidiana.

Algunos médicos, expresan que este lapso de tiempo es crucial para crear un vínculo madre-hijo, pues prácticamente el recién nacido permanece “adherido” a la madre, pues ella se encuentra en “reposo”; una de las ideas más falaces. Sin embargo, en el caso de las MMUDI's habitualmente no sucede ni una, ni otra cosa; pues como ya es sabido (en este capítulo se abordó brevemente) generalmente existe el retiro de la custodia del menor, o bien, el recién nacido se encuentra en la incubadora, lo que hace complicada la convivencia entre la madre y el menor.

Por otro lado, el distanciamiento de los servicios de salud, la desconfianza, los pocos o nulos recursos económicos y familiares, así como el miedo referido por algunas de las colaboradoras, forman parte de un entramado que aleja a las MMUDI's del seguimiento a servicios de salud posteriores al parto, lo que incrementa el riesgo de alguna infección o complicación en su SSR. En consecuencia, no es de extrañarse poca información respecto al puerperio en las mujeres usuarias de drogas, pues al alejarse o escabullirse de las normativas del sistema de salud, es complicado dar un seguimiento.

Recuerdo que durante el grupo focal, al preguntarles a las MMUDI's si alguna de ellas había recurrido a algún tipo de seguimiento postparto, todas refirieron que al haber abandonado el hospital evitaban volver a este, salvo a visitar a sus hijos. Pero que en términos generales, se evitaba a toda costa acudir a algún centro de salud u hospital, pues en estos solían ser discriminadas, estigmatizadas y violentadas.

En resumen, es posible observar la existencia de diversos obstáculos para acceder a servicios de SSR durante el embarazo, el parto y el puerperio en la mayoría de las mujeres, pero el uso de drogas, los estigmas en torno al consumo, la condición de clase, el prohibicionismo, las tecnologías de género y las relaciones de poder existentes entre el personal de salud y las MMUDI's, juegan un papel fundamental que dificultan o impiden alcanzar los servicios de SSR durante el embarazo, el parto y el puerperio, a los cuales se supone todas tenemos acceso. Por tal, invito de manera reiterada a desarrollar e implementar políticas públicas verdaderamente asequibles para todas las mujeres, para así abonar a una calidad de vida, y a la disminución de la violencia estructural.

#### **CAPITULO IV- Ser heroína<sup>65</sup>: Ser madre y usuarias de drogas inyectables. Entre la discriminación y la violencia**

En el presenta capitulo se describirán y analizarán parte de las narrativas en torno a la violencia y la discriminación, que las propias MMUDI's refieren vivir al buscar servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR). Asimismo, se expondrán parte de sus experiencias y sentires sobre el ser madres y usuarias de drogas inyectables; esto, con la finalidad de conocer de propia voz el significado que le dan a la maternidad.

##### **“Somos *tecatas*<sup>66</sup>”**

En este pequeño apartado, deseo que la lectora/lector pueda conocer un poco más sobre las vidas y las múltiples violencias que suelen experimentar las colaboradoras de esta investigación, debido a su condición de usuarias de drogas. También, aspiro a que podamos (re)conocer a las MMUDI's más allá del uso de drogas, y volteemos a verlas como lo que son, seres humanos con los mismos derechos que el resto de las personas no consumidoras de drogas, por tal, mi intención es humanizar y desestigmatizar la representación negativa que existe sobre las MMUDI's.

El uso del término *tecata*/o sugiere una forma despectiva de referirse a las personas usuarias de heroína. Dicha expresión, no solo es utilizada entre consumidores, sino que ha trascendido al uso colectivo (aunque no toda la población la conoce). En este apartado retomó y utilizó el término desde las palabras de las propias MMUDI's, pues en múltiples ocasiones se refirieron así mismas como *tecatas*, lo cual me hace pensar que aunque sea una locución peyorativa y estigmatizante, ellas la apropian, corporalizan y la hacen suya, aún y cuando es ofensiva y conlleva una carga negativa en su vida, cuerpo y autorepresentación.

Con información obtenida durante el grupo focal, realicé el siguiente cuadro con la intención de “presentar” a las MMUDI's que colaboraron en esta investigación, por lo que parto de algunos datos sociodemográficos para construir una idea más clara de quiénes son, de dónde vienen, cuántos hijos tiene, entre otras cuestiones.

---

<sup>65</sup> Utilizo el término no solo para referirme a la sustancia, sino también, para hacer alusión al acto de valentía y coraje que este grupo de mujeres retoma al ser protagonistas de su propia historia y narrativas.

<sup>66</sup> Forma coloquial de referirse a las personas que usan heroína.

I.D	Lugar de nacimiento	Edad actual	Número total de hijos	Edad del primer embarazo	Edad de inicio de consumo de drogas	Total de años consumiendo drogas	Droga de impacto (predilecta)	Estado civil
E.L.	Tepic, Nayarit, México.	45	3	20	25	20	Heroína	Viuda
G.A.	Phoenix, Arizona, Estado Unidos.	24	1	19	13	11	Heroína-ice	Soltera
L.U.	Mexicali, Baja California, México.	40	2	15	30	10	Ice	Soltera
I.M.	Mexicali, Baja California, México.	39	2	15	12	27 años	Heroína y benzodiazepinas	Soltera
M.I.	Mexicali, Baja California, México.	38	4 vivos 1 muerto 1 aborto	19	15	23 años	Heroína - ice	Soltera
A.L.	Mexicali, Baja California, México.	29	3	18	17	12 años	Ice-heroína	Soltera
C.H.	Los Ángeles, California, EU	29	2 1 aborto	17	10	19 años	Ice-heroína	Soltera

Tabla 7. Elaboración propia

Al dar un breve vistazo a la tabla, es posible observar que casi la mitad de las MMUDI's son migrantes, es decir, no nacieron en Mexicali, Baja California. Dos de ellas son nacidas en Estados Unidos. C.H., por ejemplo, refiere haber llegado a Mexicali para apoyar a su familia en algunos problemas que se estaba presentando; G.A., comentó que antes de ingresar al centro de rehabilitación, se había mudado a Puerto Peñasco, Sonora, ya que quería alejarse de las “malas influencias y los malos hábitos” con los que estaba lidiando en Phoenix, Arizona. Sin embargo, su estancia en Puerto Peñasco no fue muy larga, ya que su familia decidió internarla en el centro de rehabilitación en el cual lleve a cabo el grupo focal.

E.L., por su parte, mencionó haber migrado a Mexicali cuando era adolescente, esto debido a que su familia se mudó de ciudad. El resto de las MMUDI's son nacidas en Mexicali, y aunque algunas han vivido temporalmente a ciudades de Sonora; tal es el caso de I.M., y M.I., han terminado regresando a Mexicali para estar al lado de sus hijos y familiares (lo que se aleja de la creencia de quienes asegura que a estas mujeres “no les importa nada ni nadie”).

Otro dato a rescatar, es que la gran parte de ellas vivieron un embarazo adolescente; el cual es catalogado por el Sector Salud como un embarazo de alto riesgo, ya que la futura madre no ha alcanzado el desarrollo óptimo, lo que podría traer complicaciones y riesgos a su salud de la madre y el menor por nacer; riesgos que se incrementan al consumir drogas (o al menos es lo que la mayoría de los trabajadores de salud externar en el capítulo anterior). Creo que el haber vivido un embarazo adolescente además de implicar cuestiones de salud, conlleva un estigma social, pues si bien, a partir de estereotipos patriarcales “ser mujer es sinónimo de ser madre”, también existen mandatos que nos dicen cuando debemos serlo. Así pues, el embarazo adolescente va en contra del ideal mujer-madre, debido a que no son lo suficientes maduras para tener relaciones sexuales, ni para maternar; pero si para parir, lo que desvaloriza y enjuicia las vidas de estas mujeres.

En cuanto al número de hijos, el promedio oscila entre dos o tres, con excepción de M.I., quien ha vivido seis gestas a lo largo de su vida reproductiva, lo que me parece demuestra que la capacidad de gestar no se ve alterada del todo por el uso de drogas. El tema del aborto no estaba contemplado en esta investigación, pero tanto M.I., como C.H., refirieron haber vivido por lo menos uno aborto espontáneo durante su vida reproductiva, los cuales refirieron como hechos lastimosos debido a la pérdida de un futuro hijo. Personalmente considero que el aborto es parte natural de la vida reproductiva de todas las mujeres, sin embargo no todas lo percibimos o lo vivimos de la misma manera, por lo que creo importante ahondar con mayor precisión en las experiencias que algunas MMUDI's han llegado a vivir durante el proceso en futuras investigaciones.

Por otro lado, al examinar la edad de inicio de consumo de drogas, a primera vista resalta que más de la mitad de las colaboradoras eran adolescente, y solo dos de ellas, iniciaron su consumo en la edad adulta, lo que da cuenta de un contexto fronterizo de alto consumo, y de una facilidad para conseguir las sustancias aun siendo menores de edad. Otro

dato, es que todas mencionaron tener más de 10 años consumiendo algún tipo de droga, entre las cuales, la heroína suele ser la droga de impacto o de preferencia en las colaboradoras, aunque algunas refirieron consumir otro tipo de drogas, como los son las benzodiazepinas, y el ice o metanfetamina.

Referente al estado civil, la tabla refleja que casi todas las colaboradoras; con excepción de una de ellas, la cual comenta es viuda, son solteras; o por lo menos, así se asumen, pues no están legamente casadas. Sin embargo, algunas mencionaron tener parejas ocasionales fuera del centro de rehabilitación; o bien, “conseguirse un novio” dentro del centro para pasar el rato, así como para obtener ciertos beneficios y aminorar los efectos colaterales del encierro.

Así pues, describir y analizar brevemente la información que aparece en la tabla, brinda un panorama general sobre quiénes son las colaboradoras de esta investigación, pues tanto ellas como sus experiencias de vida son pieza clave para comprender y complementar las diversas vivencias en torno al acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva; las cuales, parecen estar impregnadas de violencia, discriminación y estigma, al igual que el resto de sus vidas.

Durante el grupo focal, la mayoría de las colaboradoras refirieron haber recibido tratos discriminatorios, violentos y estigmatizantes al intentar acceder a cualquier servicio de salud; también mencionaron que creen que “los malos tratos” se debía a su apariencia física y los propios estigmas<sup>67</sup> llevados en el cuerpo por el uso de drogas inyectables, los cuales eran detectados por el personal de salud dentro del hospital o centro de salud, y quienes en ocasiones se referían a ellas como “*tecatas*”, incluso E.L, mencionó haber oído a un enfermero decir “ahí viene la *tecata*”, sentencia que de entrada le asignaba un trato diferente.

Antes de continuar, deseo recordar que gran parte de las narrativas aquí expuestas se refieren a experiencias vividas en el Hospital General (HG) de Mexicali, y no en el Hospital Materno Infantil (HMI) de la misma localidad. Aclaro esto con la intención de no tergiversar información, o que se crea que los tratos aquí referidos fueron efectuados por personal del HMI de Mexicali. Sin embargo, si en algún momento alguna expongo el relato de alguna

---

<sup>67</sup> Entiéndase como marcas o señales del consumo de drogas inyectables.

colaboradora que haya comentado haber sufrido algún maltrato HMI de Mexicali, hare explícita la referencia, mientras no lo haga, toda acción o trato, se refiere a personal de salud adscrito a la antigua área de gineco-obstetricia en Hospital General (HG) de Mexicali.

### **“Había otras más importantes que yo”. Discriminación y violencia en el acceso a la Salud Sexual y Reproductiva en MMDUI’s**

Según el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación<sup>68</sup> (CONAPRED), la discriminación es un “práctica cotidiana que consiste en dar un trato desfavorable o de desprecio inmerecido a determinada persona o grupo [...] ocurre solamente cuando hay una conducta que demuestre distinción, exclusión o restricción, a causa de alguna característica propia de la persona” (S/F, Discriminación e igualdad). Además de lo antes mencionado, dicho organismo señala que los efectos negativos de la discriminación, tienden a llevar a las personas que la viven a el aislamiento, a sufrir violencia, y en algunos casos, a perder la vida; por tanto es de vital importancia trabajar en la erradicación de esta práctica, y abonar al acceso en la igualdad de oportunidades y servicios para todos los seres humanos.

Creo que es posible relacionar la discriminación y los conceptos de biopoder y *nuda vida*, pues al menospreciar y segregar los cuerpos que representan la otredad, lo anormal, se va configurando un trato diferenciado hacia ciertas personas y cuerpos que responde a mandatos capacitistas, clasistas, patriarcales y demás, que de cierta manera van “arrojando” a la muerte a este grupo de personas, alejándolos de sus derechos y de una vida digna de merezca ser vivida.

Y si bien, se han puesto en marcha múltiples esfuerzos con la intención de erradicar la discriminación, esta, sigue siendo una realidad para muchas personas en la actualidad,

---

<sup>68</sup> Institución rectora para promover políticas y medidas tendientes a contribuir al desarrollo cultural y social y avanzar en la inclusión social y garantizar el derecho a la igualdad [...] también se encarga de recibir y resolver las quejas por presuntos actos discriminatorios cometidos por particulares o por autoridades federales [...] asimismo, el CONAPRED desarrolla acciones para proteger a todos los ciudadanos y las ciudadanas de toda distinción o exclusión basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, que impida o anule el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas. Recuperado de [http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=38&id\\_opcion=15&op=15](http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=38&id_opcion=15&op=15)

quienes debido a características tales como el género, la etnia, la clase, la religión, el color de piel, la preferencia sexual; o en el caso particular de esta investigación, el uso de drogas, suelen experimentar exclusión o algún tipo de marginación. Me parece significativo introducir el término de interseccionalidad<sup>69</sup> en este momento, ya que este da cuenta de cómo existen múltiples categorías sociales (género, raza, clase, entre otras) que se mantienen interconectadas (no están separadas) las cuales dan paso a un tipo de opresión o privilegio específico, el cual actúa sobre la vida y las experiencias vividas de quienes lo padecen

Y aunque desde que me planteé esta investigación consideré que el tema de la discriminación en el acceso a los servicios de SSR en MMUDI's estaría latente, los relatos que narraron las colaboradoras superaron en demasía mi percepción, pues aparte de la constante discriminación sufrida, me pareció que esta era excesiva y abiertamente practicado por gran personal de salud, quienes se hacen cargo de los servicios de SSR.

A continuación, presentaré parte de las narrativas expuestas por las MMUDI's en relación al tema de la discriminación en servicios relacionados con el acceso a la SSR

Desde que nació el niño empezaron a decir “ay es hijo de la madre adicta a la heroína” [...] Me acuerdo que cuando entró una enfermera con un deste (simula una tabla) al cuarto, vi que me puso una insulina<sup>70</sup> para identificarme como usuaria de drogas, y no solo a mí, yo vi que en la incubadora de mi niño también había una insulina [...] aparte yo veía como la enfermera me hacia así (gesto de desagrado), y cuando me hablaba me decía “ay usted es la madre adicta que tuvo a su niño y que está ahorita en la incubadora” con... no me decían prendido<sup>71</sup>... sino con... con el síndrome de abstinencia y me seguía viendo así (gesto de desagrado) [...] también me acuerdo que entraron como seis enfermeras y no me preguntaba nada, no más me hacían el fuchi (gesto de desagrado), por eso ya no volví, me resentí. (I.M, grupo focal, 9 de octubre de 2019)

---

<sup>69</sup> El concepto de interseccionalidad ha entrado muy recientemente en el discurso y la práctica feminista. Lo acuñó en 1989 Kimberlé Williams Crenshaw, académica y profesora estadounidense especializada en el campo de la teoría crítica de la raza. Su autora define la interseccionalidad como “el fenómeno por el cual cada individuo sufre opresión u ostenta privilegio en base a su pertenencia a múltiples categorías sociales”. Recuperado de <https://perifericas.es/blogs/blog/interseccionalidad-definicion-y-origenes>

<sup>70</sup> Jerga para referirse a la jeringa utilizada para consumir drogas.

<sup>71</sup> Cuando se dice coloquialmente que un recién nacido “nació prendido”, se refieren a que presenta síntomas del síndrome de abstinencia neonatal.

En esta breve narrativa se puede observar como la discriminación no solo va dirigida hacia la paciente usuarias de drogas, sino que el recién nacido también es receptor de una actitud de segregación, y si bien, es necesario apuntalar que posiblemente tanto la madre como el menor deben recibir un tratamiento médico diferenciados al de las personas que no usan drogas, este no debe caer una práctica discriminatoria.

Otra de las colaboradoras menciona haber vivido “en carne propia” la discriminación debido a su aspecto físico

Cuando me embaracé de mi primer hijo [...] yo ya andaba toda tatuada y toda picada de los brazos y si miraba el... como el desprecio, la diferencia, incluso como el asco, no sé, las enfermeras como que no se me querían acercar, y siempre le decían a otra ¡No tú, o tú!, y así, yo me sentía, así como... ayyy yo no voy a ir, para que, ya cuando de tiro se me reviente la fuente o algo, ya me voy derecho hasta allá (HG), pero si como que eso te hace sentir bien mal, así como que se te hace un nudo en la garganta [...] todas esas son cositas que te quedas... oye a otras si [...] de todo se da cuenta uno, y yo me sentía como chiquita, ¿sabes cómo? (M.I, grupo focal, 9 de octubre de 2019)

Por su parte, una de las MMUDI's recordó que en una ocasión al querer acceder a un servicio de salud no se le tomó en cuenta, debido a su condición de usuaria de drogas

Yo una vez desgraciadamente consumí de más y me dio un doblón<sup>72</sup>, y mi pareja que en paz descansa, me llevó al hospital, y toda la noche me tuvieron en una silla de ruedas, y no me atendieron, ni me vieron, yo solita me pase, o sea yo sola me anime a ir a preguntar [...] Me hicieron el fuchi, yo oí que decían “mira ella es la que usa heroína”, y toda la noche me dejaron en sillas de ruedas, nunca me dieron cama, nunca me dieron suero, nunca me atendieron [...] y sabes por qué? por el simple hecho de que usamos droga, por la heroína, porque somos tecatas. (E.L, grupo focal, 9 de octubre de 2019)

Y si bien, este relato no está relacionado directamente con la SSR, es un claro ejemplo de la discriminación que llegan a vivir las MMUDI's al acercarse a algún espacio hospitalario. Pero la discriminación dentro del hospital no es exclusiva del personal de salud, otra de las colaboradores refirió como madre la señaló y estigmatizó al decirle al médico

---

<sup>72</sup> Manera común en que los usuarios de drogas inyectables se refieren a una sobredosis.

obstetra “opérenla, porque las drogadictas que se inyectan heroína venden a los hijos por una dosis” (I.M, grupo focal, 9 de octubre de 2019), esta pequeña frase, revela parte del imaginario social respecto a las MMUDI’s y su relación con la maternidad.

Relativo al tema de la discriminación y el uso de drogas, quisiera hacer mención a un documento titulado “Estigma y discriminación hacia las y los usuarios de drogas y sus familiares”, realizado en 2009 por la Dirección General Adjunta de Estudios, Legislación y Políticas Públicas de la CONAPRED. Dicho documento tiene como objetivo analizar “las repercusiones del estigma y de la discriminación en las personas usuarias de drogas en Tijuana, así como las principales violaciones a sus derechos humanos” (p.4).

Aun y cuando personalmente considero este texto un referente importante en relación al tema de la discriminación en personas usuarias de drogas (así como un documento cercano al contexto geográfico donde realicé la presente investigación), creo importante externar que en ningún momento se hace mención a la importancia de los servicios de SSR, pues dentro del apartado dirigido al tema de la salud “El derecho a la vida y a la salud”, la mayoría de la información gira en torno al índice de contagios de VIH, sida, hepatitis B y C; y a la injerencia de los programas de reducción de daños en la salud de las personas usuarias de drogas, dejando de lado la SSR de las mujeres usuarias de drogas, el cual es un tema crucial, de poca visibilidad y en el cual existe una enorme discriminación, la cual puede conducir a vivir diversos tipos de violencias.

Me parece que lo antes dicho, permite ver como existen vidas y cuerpos que tienen mayor importancia frente a otros, como existen vidas que merecen ser vividas y por tal, tienen mayor accesibilidad a ciertos privilegios y derechos, mientras que por otra parte, se hallan vidas que no son “dignas”, por lo que es factible arrebatarles y despojarles de toda humanidad y derecho, pues son vidas “desechables” con poca valía.

### **Violencia estructural: un virus invisible**

La violencia estructural es un tipo de violencia o agravio que está relacionado con la carencia o la ausencia de necesidad básicas del ser humano. Dichas faltas, suelen ser resultado de la propia configuración y dinámicas del sistema social, cultural, político y económico al que se

pertenece. La violencia estructural no es ejercida a través de un daño físico directo, sino más bien, por medio del poder que busca la permanencia de una estratificación social dispar (en su sentido amplio, no solo a nivel económico), donde los estratos más vulnerabilizados llegan a sufrir diversos tipos de atropellos debido a su condición social; los cuales, lejos de ser “invisibles” se vuelven una realidad vivida y encarnada.

Para el filósofo australiano C.A.J Coady (1995), la violencia estructural es un término popularized by the Norwegian sociologist Johan Galtung [...] that involves a wide construal of violence aimed at showing that its menace is present in institutional ways even where no literal or 'narrow' violence occurs. Structural violence does not involve agents inflicting damage by force, but is equivalent to social injustice. Apart from its potentiality for confusion, a key problem with the concept is its dubious suggestion that a variety of apparently quite different social problems are all essentially the same and will therefore yield to the one approach (Oxford Companion to Philosophy, 1995, p 855).

Asimismo La Parra y Tortosa (2003), refiere que la violencia estructural es la privación “resultado de un conflicto entre dos o más partes en el que el reparto, acceso o posibilidad de uso de los recursos es resuelto sistemáticamente a favor de alguna de las partes y en perjuicio de las demás” (p.63), y agregan, que en el “caso de las relaciones entre mujeres y varones necesitaríamos hablar del conjunto de instituciones estructurantes de la relación de género que caracterizan el patriarcado” (p.65).

Por tanto, la violencia estructural es un entramado o un dispositivo de diversas imbricaciones que actúan sin ejercer violencia física directa sobre los cuerpos y vidas de los más vulnerabilizados, con la intención de mantenerles en una condición social desfavorable, privándoles de ciertos servicios o derechos vitales; tales como el caso de la vivienda digna, trabajo, salud, entre otros. También, se sabe, que la violencia estructural ordena o jerarquiza ciertos cuerpos sobre otros, por tanto, es importante tener presente el carácter normalizador y regulador de la violencia obstétrica.

Asimismo, el hacer visible la categoría género dentro de la violencia estructural, ayuda a reconocer y analizar como el género juega un papel importante en la estratificación social, y como a pesar de que algunas mujeres tienen un mayor poder adquisitivo, sus vidas se ven afectadas y “atravesadas” por una violencia estructural vinculada a las tecnologías de

género, que les hace tener menor acceso a ciertos recursos. En palabras de la feminista chilena Luna Follegati Montenegro

la categoría de violencia estructural complejiza [...] la lectura tradicional sobre la violencia vinculada al daño físico y directo, permitiendo considerar la violencia que significa la existencia de una estratificación social que da origen a una forma de reparto desfavorable para las mujeres del acceso o posibilidad de uso de los recursos que permiten la satisfacción de las necesidades humanas básicas (2019, p.21).

En el caso de las narrativas de las MMUDI's en torno al acceso a servicios de SSR, me parece que la violencia estructural está latente en todo momento, pues la mayoría de las colaboradas externó haber vivido algunas carencias relacionadas a recursos o necesidades básicas a lo largo de su vida, y que el uso de drogas, solo vino a acrecentar o exacerbar dichas privaciones. Un ejemplo de esto, podría ser la siguiente declaración

Muchas veces yo no llevaba ni para consulta (prenatal), es más, ni para el camión, así que tenía que ingeniármelas. Yo veo que casi todo se mueve por medio de dinero...hasta la atención de una consulta, y pues yo no llevaba dinero (M.I. grupo focal, 9 de octubre de 2019)

Aunque en esta declaración no se halla algún tipo de violencia física directa en contra de la colaboradora, sí es posible detectar como la violencia estructural y económica se unifican en pues el no poder acceder a servicios de salud básicos para ella y el futuro recién nacido, es un claro ejemplo de una violencia “invisible y silenciosa”; la cual, lejos de no ser grave debido a la ausencia de un daño físico, dicha omisión, sí puede llegar a tener repercusiones físicas negativas en las vidas y los cuerpos de ambos.

Si bien, no ahondaré en las violencias estructurales que las colaboradoras experimentaron durante su trayectoria de vida, debido a que el objetivo de la investigación no se centra en este tipo de violencia, si deseo dejar en claro, que muchas de ellas han sido víctimas de una violencia estructural rapaz que las segrega y excluye del derecho y acceso a necesidades básicas, tales como es el caso de la salud, o más específico la SSR, y la cual se relaciona estrechamente con la biopolítica y la *nuda vida*, así como con otro tipo de violencia, que también permanece en el silencio y la invisibilidad; me refiero a la violencia obstétrica.

## **Violencia obstétrica. “A huevo me hicieron parirla”**

Cuando me dispuse a buscar información sobre violencia obstétrica en México, me encontré con diversas definiciones en torno a su significado, así como con algunas cifras que intentaban brindar un panorama general sobre el número de quejas que se recibían debido a “los malos tratos” por personal de salud durante el embarazo, el parto y el puerperio.

En el portal oficial del Instituto Nacional de Salud Pública (INPS) se define la violencia obstétrica<sup>73</sup> como “una forma específica de violencia ejercida por profesionales de la salud (predominantemente médicos y personal de enfermería) hacia las mujeres embarazadas, en labor de parto y el puerperio”, también agregan que dicha violencia “constituye una violación a los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres” (INPS, S/F).

Aunado a lo antes mencionado, el Grupo de Información en Reproducción Elegida<sup>74</sup> (GIRE) refiere que la violencia obstétrica

es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud —públicos y privados—, y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género (S/F, p. 120).

Ambos acepciones hacen referencia al espacio hospitalario, y a los prestadores o personal de salud como los responsables de ejercer la violencia obstétrica sobre los cuerpos de las mujeres durante el embarazo, el parto y/o el puerperio.

Los hechos o acciones relacionadas a la violencia obstétrica van desde el maltrato físico, las humillaciones, los abusos verbales o burlas, las amenazas o castigos, la negación de información, tratamientos o medicamentos para el dolor, la imposición de procedimientos

---

<sup>73</sup> La violencia obstétrica también es violencia contra la mujer. Disponible en <https://www.insp.mx/avisos/5138-dia-violencia-mujer-obstetrica.html>

<sup>74</sup> El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) es una organización feminista, cuya misión es lograr una transformación cultural en México a través de la exigencia de justicia reproductiva, desde una perspectiva de derechos humanos. Para ello, incorpora una estrategia integral que contempla la incidencia en legislación y políticas públicas, el acompañamiento de casos, así como estrategias de comunicación e investigación sobre el estado de los derechos reproductivos en México. Nació en 1992 con el objetivo de difundir información objetiva, científica y laica sobre el aborto en México, para así posicionarlo como un tema de interés público, de salud pública y de justicia social. Disponible en <https://gire.org.mx/quienes-somos/>

médicos tales como tocamientos, cesáreas y/o episiotomías innecesarias, la exigencia e implantación de un método anticonceptivo, la esterilización forzada, la violación a la confidencialidad y privacidad de la paciente, la obtención del consentimiento informado bajo coerción, la retención de mujeres y recién nacidos debido a la falta de pago, entre otras situaciones relacionadas a la atención durante el embarazo, parto y puerperio.

Agregando a lo anterior, Castro y Erviti(2014) refieren que uno de los principales obstáculos que enfrenta el tema de la violencia obstétrica, es que desde el campo médico esta es percibida como problema “calidad de la atención”, cuando en realidad el fenómeno va mucho más allá de la mera “calidad”, pues como lo menciona GIRE, la violencia obstétrica es el resultado de un “entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género” (S/F, p.120), así como la falta de reconocimiento de la autonomía corporal y la SSR como derechos de las mujeres, frente discursos y mandatos legitimados del saber-poder médico y las tecnologías de género.

Si bien, como mencionan Castro y Erviti(2014) el fenómeno de la violencia obstétrica va más allá de la mera calidad de los servicios de salud, durante el grupo focal les pregunté a las colaboradoras si era posible que puntuarían o calificaran (del cero al cinco) como había sido su experiencia al acceder a servicios de salud durante su vida reproductiva; esto, con la intención de obtener un panorama general sobre la percepción que ellas tenían en torno a la calidad y atención brindada por los trabajadores de la salud que les atendieron.

“No pues la verdad un cero, a mi si me dio coraje como me trataron” (I.M. grupo focal, 9 de octubre de 2019)

“La neta, yo creo que un uno, a mí también me fue mal” (M.I. grupo focal, 9 de octubre de 2019)

“Un uno, la verdad, si se pasaron” (E.L. grupo focal, 9 de octubre de 2019)

“A mí en con mi primer hijo yo creo que un cinco, con el segundo tal vez un tres [...] pero aquí (refiriéndose a Mexicali) en el seguro popular un dos, no te atienden” (C.H. grupo focal, 9 de octubre de 2019). Habría que recordar que C.H. tuvo a ambos partos en hospitales de Estados Unidos.

“Yo un ocho la verdad, ayyy es del cero al cinco (se empieza a reír), no pues entonces un cinco, a mí me atendieron muy bien la verdad”. (A.L. grupo focal, 9 de octubre de 2019).

En el caso de A.L., ella es la única de las colaboradas que tuvo recibida atención en el HMI de Mexicali.

“Yo en Estados Unidos diría que... si el cinco es lo mejor, yo digo un 10, porque la verdad allá si está muy bien el trato” (G.A. grupo focal, 9 de octubre de 2019)

A través de estas breves, pero contundentes e importantes declaraciones, es posible inferir que la mayoría de las colaboradoras ha tenido “malas” experiencias en cuanto al trato y la calidad de los servicios de salud reproductiva en México. Sin embargo, al comparar la puntuación que dan las MMUDI's que accedieron a servicios de salud reproductiva en Estados Unidos, es factible pensar que existe un trato más cordial, ameno y respetuoso en el vecino país.

Volviendo al tema central de este apartado, que es la violencia obstétrica, deseo exponer en las siguientes líneas una serie de narrativas referenciadas por las colaboradas, en cuanto al vivir-sufrir este tipo de violencia por parte de personal médico. Pero antes de entrar de lleno a ellas, quiero externar que estas violencias no fueron ejercidas en el HMI de Mexicali, sino el HG de Mexicali.

Mira yo nunca supe si me operaron, mi mamá le pidió al doctor que me operara, que porque las drogadictas vendemos a los hijos por una dosis, entonces yo ya iba por el segundo chamaco, pero yo no sé si me operaron [...] a mí no me preguntaron, ni mamá ni el doctor, pero yo creo que sí, porque desde los 19 años, ya y yo no me cuida, y ya tengo 39, yo por eso estoy con la onda de que si me operaron. (I.M, grupo focal, 9 de octubre de 2019)

Al leer la líneas anteriores, uno puede percatarse de como existe un tutelaje, una infantilización e invalidez hacia las MMUDI's, a quienes se les niega el derecho a decidir sobre su propio cuerpo, y en ocasiones llegan a ser intervenidas de manera arbitraria a petición de algún familiar, o estas se lleva a cabo bajo condiciones irregulares como lo refiere M.I., “el problema con esas operaciones (se refiere a la salpingoclasia<sup>75</sup>) es que muchas veces

---

<sup>75</sup> Método de anticoncepción permanente o definitivo [...] este procedimiento de anticoncepción se realiza en la mujer después de un parto, aborto, durante la cesárea o en cualquier momento que la mujer decida no tener más hijos. Consiste en realizar una pequeña incisión quirúrgica, que se puede efectuar a través del ombligo en el momento inmediato a la atención del parto, o a nivel del nacimiento del vello púbico; también se puede realizar durante una cesárea. Para realizarla se pueden emplear diferentes tipos de anestesia dependiendo de las características físicas de la mujer. A través de una pequeña herida efectuada en los sitios arriba mencionados, se identifican las trompas uterinas, las cuales se cortan y se ligan para impedir el paso del óvulo y de los espermatozoides evitando así el embarazo. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/oclusion-tubaria-bilateral>.

uno está consciente, porque te duermen y entonces no puedes decidir, y ahí aprovechan”. (grupo focal, 9 de octubre de 2019)

Me parece peculiar que en la descripción que ofrece el IMSS sobre la salpingoclasia se diga que es un método anticonceptivo que “se realiza en aquellas mujeres que tienen el número de hijos deseado y no quieren tener más embarazos, y que han recibido previamente consejería” (Instituto Mexicano del Seguro Social, S/F). No obstante, lo que relata M.I. es contrario a lo planteado en el portal del IMSS, pues en ningún momento recibió consejería respecto a la cirugía, o simplemente, en ningún momento fue consultada por personal de salud sobre su decisión respecto a hacerla.

Por su parte M.I recuerda que hace cinco años aproximadamente ella quería hacerse la salpingoclasia, pero lo que acudió a una clínica para que le practicaran dicha operación, sin embargo, al llegar al hospital solo recibía “largas” o barreras.

De hecho yo hace años quería operar para no embarazarse, pero me obligaban a quedarme tres días ahí, y si había doctoras que me lo pudieron haber hecho, pero como yo iba de un centro de rehabilitación... como te digo, las cicatrices, los tatuajes y todo eso, a lo mejor no me tomaron tanto en cuenta como a las demás. (I.M, grupo focal, 9 de octubre de 2019)

Un dato relevante que comentó M.I, es que esto sucedió en vísperas de año nuevo (un 30 de diciembre), por lo que piensa que posiblemente ninguna médica o médico quería hacerse cargo de la intervención.

En el caso de A.L. a quien se le practicó una salpingoclasia en el HMI de Mexicali, comenta que no recibió consejería antes de la cirugía, pero que si fue consultada por el personal de salud antes de la operación. A pesar de ello, A.L. también dijo que no fue ella quien solicitó dicha intervención en primera instancia, sino, que fue su madre quien hizo el requerimiento, al cual, finalmente ella accedió.

Siguiendo con la violencia obstétrica sufrida durante la labor de parto, se encuentra el caso de E.L, quien comentó

Cuando tuve a mi bebé, la niña pues venía mal, venía mal, venía sentada, y a huevo me hicieron parirla, y pues mi niña sufrió muerte cerebral por que la sacaron con unos fórceps,

ella sufrió mucho, y yo no supe que hacer... a mí sí me trataron de la fregada, me hacían el fuchi (E.L, grupo focal, 9 de octubre de 2019)

Me parece que este es uno de los ejemplos más brutales y agresivos de las consecuencias negativas, en las que puede culminar la práctica de la violencia obstétrica ejercida sobre los cuerpos y vidas, tanto de las mujeres-madres, como de los recién nacidos. Recuerdo que cuando E.L, lo comentó no pudo contener sus lágrimas, y su voz se quebró, pues dicho suceso dejó marcada su vida y la de su hija, quienes tuvieron que buscar alternativas, ya que el hospital no se hizo cargo por el daño que sufrió la menor.

Otra situación vinculada al entramado de la violencia obstétrica, son los insultos, humillaciones o abusos verbales, al respecto algunas de las colaboradoras comentaron lo siguiente

Desde que nació el niño empezaron a decirme “ay es hijo de la madre adicta a la heroína” [...] y en el HG las enfermeras me decían “lo bueno que estas niña y el día de mañana vas a poder tener más niños, porque tu niño no se va lograr, no sabemos cuánto va durar, porque tu niño se va a morir” [...] a cada rato me decían “tu hijo se va morir” (voz chillona y burlona), y yo me sentía mal, pero no les importaba. (I.M, grupo focal, 9 de octubre de 2019)

Desde que saben que usas drogas te empiezan a decir de cosas, te dicen groserías, te tratan mal, te insultan, te dicen drogadicta, tecata, mala madre, de todo, y uno se tiene que aguantar, porque si les respondes te va peor (E.L, grupo focal, 9 de octubre de 2019)

Como se puede observar, existe una vasta diversidad de acciones relacionadas con la violencia dentro del ámbito hospitalario, por tal, una de las tareas o trabajo que me llevó, es el intentar incidir en el ámbito social, hospitalario y político, con la intención de disminuir este tipo de violencia; ya que en México la violencia obstétrica sigue relegada e invisibilizada, pues aunque se encuentra en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia<sup>76</sup> (LGAMVLV), esta suele quedarse en papel, y no ser castigada.

Según refiere el abogado mexicano Corral-Manzano (2019) “solo los códigos penales de los Estados de Chiapas, Estado de México, Quintana Roo, Guerrero y [...] Veracruz [...]

---

<sup>76</sup> Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia recuperada de [http://www.hcnl.gob.mx/trabajo\\_legislativo/leyes/pdf/LEY%20DE%20ACCESO%20DE%20LAS%20MUJERESA%20UNA%20VIDA%20LIBRE%20DE%20VIOLENCIA.pdf](http://www.hcnl.gob.mx/trabajo_legislativo/leyes/pdf/LEY%20DE%20ACCESO%20DE%20LAS%20MUJERESA%20UNA%20VIDA%20LIBRE%20DE%20VIOLENCIA.pdf)

contemplan como delito a la violencia obstétrica” (p.106), lo que deja fuera a 27 Estados de los 32 que compone la República Mexicana.

Pese a que en Baja California no existe una ley que castigue la violencia obstétrica, la Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California (CEDHBC) en el año 2019, emito la recomendación 1/2019<sup>77</sup> dirigida al Dr. Guillermo Tejo Dozal, entonces Secretario de Salud y Director General del Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado (ISESALUD), donde señala que en el mes de junio del año 2017 personal del HMI de Mexicali incurrió en prácticas negligentes al realizar una cesárea sin el consentimiento de la paciente, misma que raíz de una mala praxis sufrió un fuerte cuadro infeccioso, lo que culminó en la pérdida del útero, ovario, trompa de falopio y uretero izquierdo, así como un deterioro en el funcionamiento de sus riñones, afecciones que terminaron perjudicando de manera significativa su vida.

A pesar de dicha recomendación, la cual, considero un importante precedente, y de una serie de capacitaciones para el personal de salud, así como algunas campañas emprendidas por algunos estados, la violencia obstétrica sigue siendo un fenómeno poco considerado y poco visible; sobre todo, entre las poblaciones más vulnerabilizadas, como es el caso de las MMUDI's, quienes aparte de vivir la violencia obstétrica, subsistente en una inmensa violencia estructural, la cual transgrede y limita derechos básicos.

Sin embargo, no creo que todo el problema resida sobre el personal de salud, ya que como se dijo anteriormente, la violencia obstétrica es parte de un entramado de múltiples violencias, lo que me lleva a citar a la feminista española Esther Vivas, quien refiere que “denunciar la violencia obstétrica no significa estar en contra de los profesionales de la salud, sino contra determinadas prácticas” (2018, p.6). Por tanto, considero importante seguir trabajando para el reconocimiento y disminución de dichas prácticas, las cuales vulneran y violan derechos humanos, alejando a miles de personas de servicios de salud dignos, así como de una vida “libre” (o al menos lo más libre que sea posible) de violencia.

---

<sup>77</sup> Sobre violaciones a los derechos a la protección de la salud, a la integridad y seguridad personal, al trato digno, así como al derecho de las mujeres a una vida libre de violencia en su modalidad de violencia obstétrica: en agravio de V1, en el municipio de Mexicali, Baja California. Disponible en <https://www.derechoshumanosbc.org/sites/default/files/RECO%2001-19.pdf>

### **“A pesar de la droga, uno siente”: Maternar siendo usuarias de drogas inyectables**

Cuando escuché la frase “a pesar de la droga, uno siente” durante la realización del grupo focal, esta me trastocó. Me hizo pensar en cómo se suele deshumanizar a las personas que usan drogas, cómo se suele reducir su existencia al consumo, y cómo dejamos de ver a las personas en todas sus dimensiones, para condensar su existencia en una etiqueta, “la tecata”, “la adicta”, “la drogadicta”, “la mala madre”, etiquetas que suele tener una carga negativa enorme, y donde el propósito es marcar, relegar y diferenciamos socialmente de los “otros”, de los “malos”, de los “criminales”, de personas que han dejado de ser seres humanos, para convertirse solo en “adictos”.

Personalmente, creo de vital importancia poner atención en el lenguaje, en las palabras que usamos para referirnos a alguien o a algo, ya que cada término contiene una carga simbólica, que implica toda una concepción o cosmovisión; por tanto, evito utilizar palabras o jerga peyorativas para referirme a las colaboradoras de esta investigación, ya que deseo romper con parte del estigma asociado al uso de drogas, y no seguir o contribuir a la deshumanización de quienes usan drogas. Dicho esto, quiero presentar parte los sentires y afectos que este grupo de MMUDI’s me compartió en torno a la maternidad, dimensión que si bien esta atravesadas por múltiples violencias, no deja de sentirse, vivirse y encarnarse con afectos que van más allá de los enmarcados por la mera violencia.

El tema de la maternidad ha sido estudiado y analizado por diversas disciplinas a lo largo de los años, desde la medicina, la psiquiatría, la psicología, la pediatría, la antropología, la sociología, la historia, entre otras, han realizado aportes desde sus propios campos de estudio, con la finalidad de comprender y contribuir a su investigación. Aunado a estos aportes, se encuentran los trabajos de numerosas feministas entre las que destacan Simone de Beauvoir (1949), Shulamith Firestone (1976), Adrienne Rich (1976), Nancy Chodorow (1978), Elisabeth Badinter (1980, 2011), Marcela Lagarde (1990), Nancy Sheper-Hugues (1997), Cristina Palomar (2004, 2005), Esther Vivas (2019), entre otras, quienes desde diversas corrientes feministas han brindado “nuevas” concepción respecto a la maternidad, intentando romper con un modelo único y universalista del ser madre.

A pesar de lo antes mencionado, aun predomina una idea tradicionalista y universalista del ser madre, pues cuando se escucha hablar de maternidad, generalmente

viene a mente, la representación de una mujer (soy consciente de que existen personas no binarias u hombres trans que también pueden gestar, pero en esta investigación me centraré exclusivamente a mujeres) que ha consagrado su vida reproductiva al parir a un nuevo ser humano, el cual debe traer “felicidad”, y donde todos los esfuerzos y cuidado se debe abocar a los hijos antes que a sí misma, donde el “amor materno” sobresale e impera frente a otros sentimientos, y donde la figura de la madre parece ser santificada... claro, siempre y cuando se cumplan con las obligaciones impuestas por las tecnologías de género.

Por tanto, se dice que la figura de la madre o su representación, es construida a través, y bajo preceptos relacionados con la temporalidad, el contexto cultural y sociopolítico en el que nos encontramos inmersos, así como por “un hecho biológico general y universalizable” (Moncó, 2009, p.359) que es el parir. Sin embargo, ser madre va más allá de hechos biológicos, tales como el embarazo, el parir o el amamantar, por lo que la maternidad se relaciona con una diversidad de hechos, sentires y experiencias, pertenecientes a cada mujer y momentos específicos o situados. Vale decir que el abordar el fenómeno de la maternidad es una ardua tarea, la cual no pretendo realizar en esta investigación. No obstante, sí considero importante dedicar una pequeña parte de este apartado a hablar sobre la maternidad y el uso de drogas, ya que durante el grupo focal, buena parte de las colaboradoras expresaron sus sentires respecto a la maternidad, y como es que ellas la vivían al ser mujeres-madres que salen de toda norma, ya que no cumplen con los mandatos impuestos por una sociedad patriarcal y tradicionalista.

Quisiera agregar, que a pesar de los juicios y la casi imposibilidad, o el incansable derecho a la maternidad de las MMUDI's, existen dispositivos de poder e instituciones, que en conjunto ejercen coerción para que estas mujeres lleven a fin sus embarazos, lo cual me parece una inmensa contradicción, ya que pareciera que en todo momento se les niega sus derechos reproductivos, pues se evita que puedan acceder a un aborto seguro (si ellas lo desean claro), obligándolas a gestar y parir. Por otro lado, también se les persuade para utilizar algún método anticonceptivo permanente o se practica la esterilización forzada; esto, con la finalidad de que no tengan otro hijo; hijos generalmente termina en manos de instituciones como el DIF o algún familiar de la madre, pero que en pocas ocasiones se queda bajo el cuidado o resguardo de la madre usuaria de droga, pues estas son “incapaces” de cuidar del

menor... sin embargo, si son capaces de gestar y parir en condiciones adversas y bajo un pobre o nulo acceso a servicios de SSR, para después “entregar<sup>78</sup>” a sus hijos a alguien que si pueda fungir el “verdadero rol” de madre. He aquí una narrativa relacionado a esta situación

Washa con mi segundo morro, tuve que firmarle a mi suegra de que se lo dejaba a ella para que no me lo quitara el DIF [...] pero yo no tenía credencial ni nada [...] entonces mi mamá se tuvo que mover al centro cívico y tuvo que sacar una carta poder porque yo no tenía identificación, y le tuve que firmar un papel donde yo le cedía a ella a mi hijo, apenas así me dieron al niño, apenas así, para que veas que son bien ojetes, no te quieren dar a tu niño, te lo quieren quitar [...] con mi primer hijo la enfermera que estuvo en el parto, te digo porque yo la mire, porque a mí me durmieron de aquí pa’ acá (señala cintura para abajo), esa enfermera le dijo a mi mamá “a mi quien me asegura que ella es la mamá del niño”, y no me querían dejar verlo... cómo crees que se siente uno. (I.M, grupo focal, 9 de octubre de 2019)

Este pequeño relato, deja entrever la violencia institucional a la que están expuestas las MMUDI’s, pues se les llega a privar del derecho a maternar debido al consumo de drogas, el cual es factor determinante para retener al menor y evitar que la madre se haga cargo del recién nacido, alegando ineptitud, incompetencia y descuidos, sin antes haber estado bajo sus cuidados.

Durante una de las entrevistas semiestructuradas al personal de salud, una de las personas participantes refirió que a las mujeres usuarias de drogas “no les importa nada, ni el bebé, ni ellas” (M. M, comunicación personal, 05 de marzo de 2020), por lo que generalmente suelen irse el hospital bajo un alta voluntaria<sup>79</sup>, dejando en abandonando al recién nacido. Sin embargo, cuando las colaboradoras mencionaron que se marchaban del hospital al momento de parir, era debido a la presencia de los síntomas del síndrome de abstinencia, o comúnmente llamado “malillia”.

Para ser sincera ya no tenía contemplado abordar el tema del síndrome de abstinencia durante el grupo focal; si bien, sabía que era un tema relevante dentro del consumo, no lo habían enlazado con la estancia hospitalaria durante el parto, lo que en la propia voz de las

---

<sup>78</sup> Lo entrecomillo ya que en muchas ocasiones no tienen otra opción más que ceder la custodia del menor.

<sup>79</sup> Documento interno que sirve como evidencia para comprobar que la paciente se va por decisión propia, y no bajo órdenes de algún profesional de la salud.

colaboradoras, es un factor significativo para salir o “abandonar” el hospital, así como a los recién nacidos.

Mira hija, a pesar de la droga uno siente verdad, y más que es un bebé, que drogada o cómo sea uno lo quiere [...] pero a veces la malilla te gana [...] la malilla de la chiva te hace que te valga todo lo que este a tu alrededor, dejar a tu hijo ahí abandonado [...] en una ocasión que me fui me dijeron “no hay ropa, tu ropa se la llevaron tus familiares”, y yo, que tiene lo que sea présteme, pero ya me quiero ir, me quiero ir, no aguanto la malilla, es algo insoportable [...] es como si fuera un espíritu dentro de mí, algo dentro de uno, que te domina el cuerpo, la mente, te domina el pensamiento, el sentimiento [...] es algo fuera de serie [...] es un sentimiento que controla tu pensamiento, es algo vergonzoso, es algo feo. (M.I, grupo focal, 9 de octubre de 2019)

A pesar de que M.I mencionó que la malilla te hace dejar a tu hijo, poco después de terminar este relato, refirió

Pero no quiere decir que voy a dejar ahí a mi hijo, no, yo siempre regresaba [...] era solo el momento de la malilla, es tu cuerpo que quieres algo, y te lo pide [...] yo siempre regrese, es más regresaba el mismo día, era rápido [...] pero mucho doctor piensa que nos importan nuestros hijos; mira yo creo que si no nos importaran los aventáramos a la tasa del baño, o algo así, pero si no nos importara, siempre regresamos. (M.I, grupo focal, 9 de octubre de 2019)

La neta que deberían de hacer el paro, es la desesperación de uno, sientes escalofríos, sientes ansiedad en todo el cuerpo, sientes insomnio, sientes que... es una desesperación que no te puedo explicar, no te la puedo explicar para que me puedas entender o comprender [...] haz de cuenta que tu mente estas no más enfrascada en lo que estas sintiendo, en que quieres salir corriendo, eres capaz hasta de lo que menos uno se imagina, eres capaz de hacerlo, y no es porque uno lo quiera hacer [...] ellos (personal de salud) lo toman como que no nos importan, pero es que no comprenden la enfermedad de uno...no más piensan “ayyy son baquetonas, conchudas y les gusta la droga, pero no es eso, no es así [...] sí voy a regresar, claro que voy a regresar, son mis hijos, no los voy a dejar ahí, pero ellos no entienden. (I.M, grupo focal, 9 de octubre de 2019)

Por otra parte, C.H., comenta que aunque ella se fue del hospital debido al miedo, y no a la malilla, se sintió culpable al dejar a su hijo unas horas

Simón, yo las entiendo, cuando tuve a mi segundo bebé en Estado Unidos, yo me asuste, porque pensé que me iban abrir un caso de CPS (Child Protective Services) yo estaba sola, el papá del niño no estaba, no le importaba, yo me sentí sola y yo corrí del hospital, corrí del hospital y dije “yo me voy a ir”, y por ese lado yo me siento mal, porque ellos (personal del hospital) miraba como que “ay a la verga, esta es una morra que no le importa su hijo”, “ella se fue dejó acá su niño”, pero no, yo también regrese, pero me asuste, yo sentía que todo se me había descontrolado en ese momento, y eso que no andaba malilla. (I.M, grupo focal, 9 de octubre de 2019)

A partir de las pasadas narrativas, es posible observar como las colaboradoras no desean abandonar a sus hijos en el hospital, sino que la “malilla” o el miedo fueron detonantes para ausentarse (no abandonar) por unas horas las instalaciones (no a sus hijos), y posteriormente volver; refutando la idea asociada al abandono o al desinterés hacia sus hijos. La culpa y el juicio por el “abandono”, son emociones que también suele manifestarse entre la MMUDI’s, quienes al ser señaladas como “malas madres” o como “mujeres que no les importa nada”, replican y objetan los argumentos de algunos profesionales de la salud.

Considero que las MMUDI’s deben esforzarse mayormente en expresar y comprobar el “amor y devoción” que tienen hacia sus hijos, pues ante la sociedad, y ante la mayoría de los prestadores de salud, el uso de drogas es una prueba fehaciente de la falta de interés y “amor” hacia los menores y sus cuidados, lo que las convierte en malas madres, pues no cumplen con modelo o arquetipo tradicional de madre.

### **Buenas madres Vs Malas madres**

¿Quiénes son las buenas y quiénes son las malas madres? Esta pregunta se la hice tanto a las MMUDI’s que colaboraron en la investigación, como a algunas conocidas. Las respuestas no fueron muy diferentes, las buenas madres son aquellas que cuidan a sus hijos, son pacientes, atienden las necesidades de sus hijos y de otros antes que las suyas, se sacrifican, dan todo por los hijos, son abnegadas, son fuertes, trabajan, son amas de casa, no tienen múltiples parejas (por eso del buen ejemplo), no infringen la ley, y por supuesto, no consumen drogas. La buena madre es una idealización, una utopía, o como dice Vivas (2018)

un mito, el cual “solo sirve para culpabilizar y estigmatizar a las mujeres que se alejan de él” (p.8), al no cumplir con los mandatos impuestos por las tecnologías de género.

No obstante, este falso ideal nos interpela y lo encarnamos como verdad absoluta, y hacemos nuestra esa representación; enjuicamos a quienes no cumplen con ella, y peor aún, nos condenamos a nosotras mismas si no llegamos a satisfacer esos, nos convertimos en vigilantes y “policías” de la maternidad, aunque en ocasiones nos toque enjuiciarnos y reprocharnos a nosotras mismas. Este, es el caso de algunas MMUDI’s, quienes a pesar de decir que quieren y desean estar con sus hijos, se percibían a sí mismas como malas madres, pues no cumplían con todo los requisitos para certificarse como “buenas madres”.

La antropóloga feminista uruguaya Luisina Castelli Rodríguez refiere que “resulta significativo observar que aun reconociéndose excluidas y estigmatizadas, ellas se responsabilizan por no poder brindar a sus hijos determinados cuidados y condiciones de vida” (2017, p.75), cuando en muchas ocasiones, estas condiciones de vida están marcadas por una violencia estructural, y los cuidados son restringidos o suprimidos por el Estado, sus instituciones o la propia familia.

Quando mi primer hijo estuvo en la incubadora en el Hospital General, yo ni lo podía tocar, lo tenía que tocar con guantes, hasta el mes que me lo dieron, lo pude tocar con mis manos, tenía que tocarlo con los guantes y de volada [...] nos piden que llevemos los pañales, la tetita para sus cuidados, pero cuando llegas, todo es muy rápido, así de vámonos... vale madre [...] con todo y drogas yo iba todos los días, hasta dos veces al día, para llevarle pañales y leche, porque tampoco le pude dar pecho, me dijeron. (I.M, grupo focal, 9 de octubre de 2019)

En este caso, se puede ver como el propio sistema aleja o repele a la madre del cuidado del menor, pues aunque entre algunos hospitales se promueve la técnica piel con piel<sup>80</sup> (más allá del parto) y el amamantar<sup>81</sup>, las MMUDI’s parecen ser madres no son aptas para ello, pues lejos de ayudar al menor podría dañarlo; o al menos, este es el discurso predominante entre

---

<sup>80</sup> Consiste en colocar al recién nacido sobre el cuerpo desnudo de la madre después del parto, así como propiciar el contacto físico (piel con piel) entre ambos.

<sup>81</sup> En últimos años, la lactancia materna ha tenido un gran auge entre los profesionales de la salud. Respecto a esta situación, la filósofa feminista francesa Badinter (2017) argumenta que puede deber al surgimiento y apogeo de un movimiento ecologista o naturalista de entre los años ochenta, donde se busca una cercanía con la naturaleza y vinculado a la teoría del apego.

los trabajadores del sector salud. Por otro lado, aunque asistan a las visitas diarias, y lleven lo que se les indica (generalmente es leche, ropa, pañales, toallas húmedas), si se llega bajo la influencia de alguna droga se le puede negar el paso, pues no está permitido, por lo que esta circunstancia podría ser otro factor para distanciarse o apartarse del cuidado de sus hijos.

M.I, recuerda como ella tampoco pudo tocar a su primer hijos al nacer

yo lo quería tocar y me decían “no, no, no lo saquen de la incubadora, porque tiene el síndrome de abstinencia”, no me dejaban tocarlo, no más podría verlo de lejos, y como dice ella, era todo de volada [...] a mí me lo dieron como a los 15 días, pero antes no pude estar con él [...] le llevaba los pañales que te piden, yo también iba a verlo. (I.M, grupo focal, 9 de octubre de 2019)

Al presentar estas narrativas no deseo argumentar que estas mujeres son buenas madres, o que el “amor materno”<sup>82</sup> es lo que las lleva a interesarse por el cuidado de sus hijos, mi única intención es mostrar un par de relatos que se contraponen a premisas tales como el “no les importa nada”, “no se interesan por sus hijos”, “los abandonan en el hospital”, mi deseo, es voltear a ver a esas mujeres que en ocasiones no son escuchadas, mujeres que tienen voz propia, mujeres que son heroínas en un mundo que las aplasta y las desecha, mujeres que son protagonistas de sus vidas, y quienes han compartido sus experiencias, sentires y saberes, para poder realizar este trabajo, a ellas gracias por su confianza, sus palabras, su entereza y su valentía para enfrentarse a un sistema rapaz, que sin importar las excluye por ser usuarias de drogas.

---

<sup>82</sup> El cual es una mera construcción socio-cultural e imposición patriarcal, pues no hay prueba fehacientes de su existencia. Véase ¿EXISTE EL AMOR MATERNAL? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX de Elisabeth Badinter.

## REFLEXIONES FINALES

Para finalizar este documento, me permito hacer algunas reflexiones finales a manera de conclusión, así como algunas recomendaciones hacia el Estado y las instituciones de salud, esto, con el fin de abonar o contribuir de alguna manera hacia una mejor en la atención en los servicios de Salud Sexual y Reproductiva durante el embarazo, el parto y el puerperio en MMUDI's en edad reproductiva, que son residentes de la ciudad de Mexicali, Baja California.

Al mismo tiempo, reconozco mis limitaciones, y sé que esta investigación refleja solo una parte del complejo y enorme fenómeno del uso de drogas inyectables en la frontera norte de México, mi apuesta fue abordar la temática desde una perspectiva feminista posestructuralista y antiprohibicionista, pues considero que la “guerra contra las drogas”, es una estrategia fallida y que lejos de apostar por una mejora, ha tenido efectos colaterales devastadores en la sociedad; pero sobre todo, en las personas usuarias de drogas.

Si bien, como se mencionó anteriormente, el uso de drogas no es un suceso nuevo, su regulación o control sí lo es, ya que fue a través de la imposición de un sistema prohibicionista, colonial, racista, moralista y androcentrista, como se ha ido gestando e implantando en el imaginario social, jurídico y sanitario, la idea de que el uso de drogas esta “mal” y degenera a la sociedad. No es mi intención hacer una apología al uso de drogas, pero si quiero dejar en claro, que promover una visión totalmente negativa y estigmatizante del consumo de drogas, lejos de ser una estrategia “preventiva”, se vuelve una política de segregación y criminalización hacia un grupo específico de personas.

También, soy consciente de que el uso de drogas puede llegar a tener graves repercusiones en diversas áreas de la vida de las personas usuarias; sin embargo, no creo que el sistema prohibicionista haya dado resultados positivos o beneficiosos para nadie, pues lejos de disminuir la producción, la fabricación, el trasiego, el tráfico y el uso de drogas, este ha ido en aumento; y con ello, también se ha visto un enorme incremento en la violencia y en las muertes relacionadas a este fenómeno. Como ejemplo, en México podemos observar como las cifras relacionadas con muertes violentas fueron a la alza desde el año 2006, cuando el entonces presidente Felipe de Jesús Calderón Hinojosa, declaró la “guerra contra las

drogas” en el país, utilizando un discurso muy cercano al usado por Nixon en Estados Unidos en la década de los 70, cuando declaró enemigo número uno a las drogas.

Considero que más que declarar la guerra o enemigo a las drogas, se proclama una batalla o contienda en contra de un grupo de sujetos; entre los cuales, las personas usuarias de drogas suelen ser las más afectadas, pues no solo existe una criminalización y estigmatización por el uso de drogas, sino que al prohibir la producción de drogas, la calidad se ve reducida o adulterada, lo que aumenta y/o agudiza los daños relacionados a la salud y las muertes por sobredosis de quienes las consumen. Tal es el caso del uso del fentanilo<sup>83</sup> y el carfentanil<sup>84</sup> en dosis de heroína en Estados Unidos y Canadá, así como el hallazgo de fentanilo a través de prueba rápidas<sup>85</sup> en porciones de heroína en los municipios de Mexicali y Tijuana, Baja California; hecho, que pone en riesgo las vidas de las personas usuarias de este tipo de droga.

En el caso específico de esta investigación, fueron las Mujeres-Madres Usuarias de Drogas Inyectables (MMUDI's) colaboradoras y protagonistas del documento, quienes a través de sus propias narrativas hicieron saber que el ser señaladas, estigmatizadas, discriminadas y violentadas por el personal de salud, es uno de los motivos principales por las cuales deciden alejarse de centro de salud u hospitales públicos, lo que implica una problemática, pues no reciben atención médica oportuna en caso de presentar algún malestar general, un absceso, o si requieren algún servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) durante el embarazo, parto y puerperio.

Me parece preocupante que la actitud o el trato del propio personal de salud hacia las personas que van en búsqueda de alguna servicio (en este caso las MMUDI's), sea un repelente para evitar asistir a espacios hospitalarios al presentan algún malestar; con esto, no quisiera decir que “todo” el personal de salud se comporte de esta manera, puesto que durante

---

<sup>83</sup> Es un fuerte opioide sintético similar a la morfina, pero entre 50 y 100 veces más potente. Es un fármaco recetado que a veces también se usa en forma ilegal [...] En la actualidad los opioides sintéticos —incluido el fentanilo— son las drogas más comúnmente asociadas con las muertes por sobredosis en Estados Unidos. En 2017, el fentanilo fue parte del 59.8 % de las muertes relacionadas con opioides, comparado con el 14.3 % en 2010. Disponible en <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-fentanilo>

<sup>84</sup> Análogo del fentanilo con una potencia aproximadamente 10,000 veces mayor que la de la morfina, se ha relacionado con un número significativo de muertes por sobredosis en todo el país. Se usa como sedante o en anestesia general para animales grandes, incluidos los elefantes, pero no está aprobado para su uso en humanos. Disponible en <https://archives.drugabuse.gov/emerging-trends/dea-issues-nationwide-warning-carfentanil>

<sup>85</sup> Estas son realizadas por organizaciones de la sociedad civil, que trabajan el tema de reducción de daños, tales como PrevenCasa A.C e Integración Social Verter, A.C., quienes han documentos algunos datos al respecto.

mi instancia en el Hospital Materno Infantil (HMI) de Mexicali, puede percatarme de que algunos prestadores de servicios son bastante empáticos en el trato a grupos vulnerabilizados, entre ellos, las mujeres que usan drogas.

Sin embargo, si considero fundamental realizar algunas intervenciones con el personal del hospital; sobre todo, con quienes se encuentran en contacto con las pacientes usuarias de drogas, esto con la finalidad de sensibilizarles respecto al tema, ya que como se hizo notar a lo largo de la tesis, es de suma importancia contar con nuevos abordajes, que se aleje del estigma, la discriminación y los estereotipos de género, los cuales tienden a criminalizar a las personas usuarias de drogas.

También, quiero externar que dichas recomendaciones las hago sin ánimos de demeritar o anular el trabajo y los esfuerzos que realiza tanto el HMI de Mexicali, como sus trabajadores, pero sí considero que dentro de sus múltiples servicios e innovaciones sería conveniente incluir capacitaciones relacionadas con el fenómeno del uso de drogas desde un enfoque de género, puesto que este “nuevo” abordaje ofrece una perspectiva más amplia respecto al consumo de drogas, e invita a analizar cómo es que el género influye en el imaginario social a través de las tecnologías del género, imponiendo arquetipos y mandatos a cumplir, según el sistema sexo-género.

Dicho abordaje, también nos exhorta a examinar cómo es que el género contribuye en la creación y legitimación de un doble estigma social en mujeres que usan drogas, estigma que les niega la capacidad de matinar, más no de gestar; y, cómo es que los discursos del saber-poder médico están impregnados de estereotipos de género que pretenden mantener a las mujeres en una posición de subordinación, por medio del control y regulación de los cuerpos de las pacientes.

Aunado a esto, sugiero capacitaciones por parte de expertas/os (externos a la ISESALUD) en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos y género, quienes seguramente podrían aportar una visión más amplia sobre la que implica o engloban los Derechos Sexuales y Reproductivos; es decir, ir más allá de la anticoncepción, el embarazo, el parto y puerperio. De igual modo, creo estos profesionales podría hacer énfasis o un módulo en el que se hable de la importancia de hacer verdaderamente asequibles servicios de Salud Sexual y Reproductiva a toda población que los necesite, pues como vimos a lo

largo del capítulo III “Encuentros y (Des)encuentros: la travesía para acceder a servicios de Salud Sexual y Reproductiva siendo usuaria de drogas”, es casi todo un periplo, para la mayoría de mujeres (usuarias de drogas o no) poder obtener servicios en material de Salud Sexual y Reproductiva.

Adicionalmente, creo conveniente un taller teórico-práctico sobre reducción de daño, ya que como se mencionó tanto en la introducción como en el capítulo contextual, esta intervención “alude a políticas y programas orientados a mitigar los daños de salud, sociales y económicos asociados al consumo de sustancias<sup>86</sup>” (International Drug Policy Consortium, S/F). Es decir, es un paradigma bastante amplio, puesto que no solo se concentra en las afecciones que el uso de drogas trae a la salud, sino, que contempla como es que el estigma, la discriminación, la criminalización, el encarcelamiento, la falta de una vivienda digna, la precariedad laboral, entre otras circunstancias, llegan a ser factores determinantes que acaban afectando y vulnerabilizando aún más las vidas, la salud, y los cuerpos de quienes usan drogas.

Asimismo, las intervenciones basadas en la reducción de daño tienen presente que la abstinencia no es la meta única, por lo que no trabajan bajo un modelo prohibicionista, sino más bien, bajo una propuesta regulacionista, con la intención de generar políticas públicas que se basen en los derechos humanos de toda persona usuaria de drogas, evitando su criminalización. Por tanto, creo que este taller no solo debe ir dirigido a profesionales de salud que interactúen con pacientes usuarias de drogas, sino que, debe extenderse a tomadores de decisiones claves, como lo son diputadas/os, y/o servidores públicos, quienes están implicados en la creación e implementación de políticas públicas, las cuales podrían beneficiar a las personas usuarias de drogas, y a la población en general.

Otra importante cuestión a sopesar, sería la creación y puesta en marcha de un protocolo de atención específico para las Mujeres-Madres Usuarias de Drogas Inyectables durante el embarazo, el parto y el puerperio, ya que tanto ellas, como los recién nacidos,

---

<sup>86</sup> International Drug Policy Consortium. (S/F). Reducción de daños. Recuperado de <https://idpc.net/es/incidencia-politica/incidencia-politica-internacional/coherencia-sistema/reduccion-danos>

cuentan con necesidades específicas durante dichos procesos. Si bien, el número de MMUDI's que llega a recibir atención gineco-obstétrica en el HMI de Mexicali, no es cuantiosas, creo de suma importancia apostar por la asequibilidad de servicios de Salud Sexual y Reproductiva durante el embarazo, el parto y el puerperio en este grupo, ya que esto ayudaría a mitigaría daños asociados a la salud de la madre y el menor.

Así pues, considero que la creación y ejecución de un protocolo estandarizados para las MMUDI's en cuanto al acceso a servicios de Salud Sexual y Reproductiva durante el embarazo, el parto y el puerperio sería una mejora y una propuesta progresista dentro del HMI de Mexicali, lo que le traería reconocimiento e innovación como centro hospitalario, pues estarían respondiendo a una demanda específica en servicios de salud, en un municipio que se encuentra inmerso en un contexto de alto consumo de drogas inyectables

Sin embargo, reconozco que la creación e implementación de protocolos implica diversos costos (económicos y humanos), por lo que se podría poner en práctica parte de la “*Guía para el uso de metadona en usuarios adultos con VIH dependientes de la heroína intravenosa*” desarrollada en 2016 por un grupo de expertos mexicanos en el tema, quienes dedican un apartado exclusivo al tratamiento con metadona en mujeres embarazadas que han sido o son usuarias de drogas inyectables.

O bien, se podría adaptar algunas de las guías desarrolladas en otros países tales como: “*Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy*”, publicada en 2014 por la Organización Mundial de la Salud (WHO por sus siglas en inglés); “*Addressing the specific needs of women who inject drugs Practical guide for service providers on gender-responsive HIV services*”, realizado por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDC por sus siglas en inglés) y la Red Internacional de Persona que Usan Drogas (INUP por sus siglas en inglés) en 2016; “*Treatment of Opioid Use Disorder During Pregnancy*” del British Columbia Centre on Substance Use (BCCSU) o “*Expecting better. Improving Health and Rights for Pregnant Women Who Use Drugs*” de la organización Open Society Foundations (OSF), ambos producidos en 2018; y uno de los textos más recientes en cuanto al tema “*Pregnancy and substance use: A harm reduction toolkit*” llevado a cabo por la National Harm Reduction Coalition, y la Academy of Perinatal Harm Reduction en 2020.

Todos y cada uno de estos documentos, trabajan bajo el enfoque de la reducción de daños, y ofrecen información y tratamientos vinculado al uso de drogas durante el embarazo, por lo que me parecen pertinentes, al menos como guías de trabajo, sin que esto signifique utilizarlos al pie de la letra, ya que nuestro contexto responde a necesidades diferentes.

Por otro lado, se podría apostar por la realización de un documento que recoja y tome en cuenta las experiencias vividas y situadas de algunas MMUDI's del municipio, pues considero que este trabajo respondería de manera más efectiva a las necesidades que se generan en nuestro contexto, y se harían oír las voces de quienes han sido silenciadas por un saber-poder médico y por el propio Estado.

Un aspecto importante a rescatar dentro de las guías y/o manuales antes mencionados, es la implementación de la Terapia de Sustitución de Opioides (TSO) como alternativa al uso de heroína, sobre todo durante el embarazo. La Guía para el uso de metadona en usuarios adultos con VIH dependientes de la heroína intravenosa (2016) refiere que la TSO “es efectiva al reducir el uso de opioides ilícitos, reduce las conductas de riesgos para el contagio de VIH, la actividad criminal y las muertes asociadas al consumo de opiáceos” (Romero Mendoza, Martha, *et al*, p.20). Sin embargo, me parece que en este párrafo predomina un discurso estigmatizante, pues habla de reducir “la actividad criminal” como uno de los beneficios de la TSO, lo que a mi parecer fomenta y legitima la idea de la criminalidad en las personas usuarias de drogas. Asimismo, creo que tal afirmación, sigue apostando por el control, normalización y medicalización de los cuerpos y las vidas de las personas que usan drogas; esto, desde una política punitivista, que apunta al uso de tecnologías de poder, y biopolíticas de regulación.

Apostando por la implementación de la TSO como una estrategia de reducción de daños, y no como una táctica de control; la mayoría de organizaciones y guías y/o manuales, proponen la utilización de la metadona<sup>87</sup> o la buprenorfina<sup>88</sup> como sus principales fármacos aliados. Por otra parte, se encuentra propuestas más revolucionarias o transgresoras, las cuales plantean el uso de morfina oral de liberación lenta, o proveer heroína de grado médico

---

<sup>87</sup> Es un opioide sintético utilizado para el tratamiento de la dependencia opioides, tales como la morfina y la heroína. Este medicamento ya se encuentra en el cuadro básico de insumos del sector salud en México. Sin embargo, se sabe que no todos los hospitales cuentan con abastecimiento.

<sup>88</sup> Fármaco útil para el tratamiento de la dependencia opioides, tales como la morfina y la heroína.

a las personas usuarias, con el fin de evitar sobredosis, así como un sinnúmero de daños a la salud asociados con la adulteración de las drogas.

Relacionado al embarazo y el uso de la metadona como TSO, guías y/o manuales como los presentados anteriormente en este apartado, han documentado la existencia de resultados beneficios tanto para la madre, como para el menor, por lo que creo que sería conveniente que hospitales, tales como el HMI de Mexicali, pudieran adherirse a este tipo de terapias. Considero que el brindar metadona durante el embarazo a las MMUDI's (claro, siempre y cuando ellas lo soliciten) podría ser la entrada a un programa de reducción de daños, o bien, este servicio, podría fungir como una estrategia de salud pública para dar seguimiento pre y pos natal a la madre, impactando de manera positiva su vida y salud, lo que podría reducir la presencia de síntomas del síndrome neonatal en los recién nacidos.

Quisiera dejar en claro que soy consciente de que la propuesta del servicio de la TSO por parte de una institución hospitalaria pudiera llegar a caer en el control y la regulación de los cuerpos de las MMUDI's, por tal, creo que dicha terapia debería ser una opción para estas mujeres; es decir, no una imposición, sino que ellas fueran quienes finalmente eligieran la adherencia o no al tratamiento.

Por otra parte, un tema que no puedo dejar escapar es la necesidad inmediata de crear y brindar capacitaciones, así como políticas públicas que trabajen en reducir la violencia obstétrica, en cualquier persona que acuda por un servicio gineco-obstétrico en centros de salud, y hospitales o clínicas públicas o privadas. Creo que tal fenómeno ha sido un mal que nos ha aquejado durante años a todas las mujeres; sin embargo, deseo resaltar, que existen grupos de mujeres más vulnerabilizados y expuestos a este tipo de prácticas, tal es el caso de las colaboradoras de esta investigación, quienes a lo largo del capítulo IV, narraron las múltiples vejaciones vividas dentro de instituciones de salud públicas.

Y si bien, la violencia institucional manifestada a través de la violencia obstétrica responde a un tipo de mala praxis, y, a hábitos agresivos o de omisión que se han ido normalizando y naturalizando, estas conductas no deben ser vistas como tratos habituales y naturales.

Ejemplo de ello, son los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares<sup>89</sup> (Endireh) 2016 en donde se aborda por primera vez un apartado vinculado la atención obstétrica en mujeres mexicanas, de las cuales un 33.4% reportaron haber sufrido algún tipo de maltrato por parte de personal de salud, tales como gritos y regaños, postergar la atención al externar quejas o incomodidades, presión para aceptar algún método anticonceptivo, la presencia de humillaciones, la negación de algún medicamento para disminuir el dolor, así como la imposición de un método anticonceptivo parcial sin consentimiento previo, o en el mayor de los casos, la esterilización forzada (INEGI, 2017).

Por ende, creo que es de vital importancia poner atención en este tipo de violencia, y en el desarrollo políticas públicas que castigue o penalice dichas acciones. Asimismo, es apremiante crear y aplicar protocolos internos dentro de los espacios hospitalarios que brinden atención gineco-obstétrico, para incidir en la disminución de estas violencias por parte del personal de salud.

Para cerrar este apartado, deseo invitar a todo profesional de la salud que trabaje directa o indirectamente con mujeres que usan drogas, y otras poblaciones vulnerabilizadas a tomar consciencia de cómo sus conductas, acciones y palabras pueden tener un efecto negativo o repelente en quienes acuden en búsqueda de algún servicio, por tal, les incito a repensar como un trato digno y lo más lejano posible del estigma y la discriminación, puede ser factor para el apego o acercamiento a los servicios de salud.

También, apelo a su empatía, a su humanidad, y a su compasión; no en el sentido judeo-cristiano, sino en cuanto a comprensión y cercanía con los otros, para trabajar en favor del acceso a servicios de salud dignos, eficaces y eficientes, para todas las personas que así lo necesiten.

Igualmente, invito a todas/os las/os profesionales en Ciencias Sociales y Humanas interesadas/os en el tema del uso de drogas y género a seguir investigando, colaborando; pero sobre todo, a seguir cuestionándonos, e ir creando en conjunto con las personas que usan drogas, espacios de incidencia para una mejor en sus vidas. Agradezco la oportunidad de

---

<sup>89</sup>[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjD1tSJjIDsAhWXHjQIHdFTCRcQFjABegQIBxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.inegi.org.mx%2Fcontenidos%2Fprogramas%2Fendireh%2F2016%2Fdoc%2Fendireh2016\\_presentacion\\_ejecutiva.pdf&usg=AOvVaw0O3LM9oGKkdliVgJ21qKyX](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjD1tSJjIDsAhWXHjQIHdFTCRcQFjABegQIBxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.inegi.org.mx%2Fcontenidos%2Fprogramas%2Fendireh%2F2016%2Fdoc%2Fendireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf&usg=AOvVaw0O3LM9oGKkdliVgJ21qKyX)

poder haber realizado esta pequeña contribución, que lejos de terminar en un documento, pretende ser el inicio de nuevos proyectos.

## **ANEXOS**

### **Guía para grupo focal con MMUDI's**

Fecha. xxx de xxx de 2019 a las xxx horas.

Presentación:

Buenos días, mi nombre es Perla N. Martínez Reynoso y soy estudiante de la Maestría en Estudios Socioculturales de la Universidad Autónoma de Baja California. Como ya les había comentado mi investigación se enfoca en conocer y documentar las experiencias en torno al acceso a los servicios de salud que el sector público brinda a las mujeres usuarias de drogas inyectables en la ciudad de Mexicali, B.C.

Es importante enfatizar que toda información recopilada será confidencial y solo se utilizará con fines académicos. Además quisiera recordar que no están obligadas a participar y el no hacerlo no tendrá ninguna consecuencia en los servicios y atención que el centro XXX realiza. Si en algún momento del ejercicio alguien no se siente cómoda, está en su derecho de retirarse. Finalmente, es importante que sepa que no hay respuestas buenas o malas, todas son válidas y nuestra charla debe de llevarse a cabo en un ambiente sin juicios y respeto. Toda la información dicho hoy, nos permitirá diseñar nuevas estrategias para una mejora en la atención en el tema de salud reproductiva en mujeres-madres usuarias de drogas inyectables (MMUDI's)

Esta charla está enfocada en conocer y compartir las experiencias que ustedes han vivido como mujeres usuarias de drogas inyectables cuando han tratado de acceder a los servicios de salud en la ciudad de Mexicali; en especial o particularmente quisiera conocer más sobre los temas de salud reproductiva, como la libertad de tener o no hijos, como y cuando lo deseen, además de una sexualidad responsable, satisfactoria y segura. La salud reproductiva supone que las mujeres y los hombres puedan elegir métodos de control de la fertilidad seguros y eficaces. También quisiera conocer más sobre el acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres tener un seguimiento antes, durante y después de su embarazo.

Si todas están de acuerdo me gustaría poder grabar la sesión. Les recuerdo que toda la información será confidencial y será utilizada con fines académicos ¿alguna duda? Les pediría su consentimiento verbal para dar inicio al ejercicio (se espera a que todas den su consentimiento), voy a empezar a grabar.

### **Temáticas generales del grupo focal.**

- I. Trayectoria del consumo.
- II. Historial de usos de servicios - La experiencia con los servicios de salud pública.
- III. Calidad de los servicios de salud pública.
- IV. Estigma hacia el consumo de drogas por parte del personal de salud – La experiencia vivida relacionada al estigma.
- V. Experiencia binacional – Trato diferenciado.

### **Preguntas.**

Realizar preguntas de corte sociodemográfico y de trayectoria del consumo:

- ¿Qué edad tiene?
  - ¿Es originaria de Mexicali?
    - a. Si responde que no ¿Dónde nació? ¿Cuánto tiempo tienen viviendo aquí?
    - b. ¿Ha vivido en Estados Unidos? ¿Por qué regresó a México?
  - ¿Es usted madre? ¿Cuántos hijos tiene?
    - a. ¿Tiene pareja?
  - Edad de consumo de la primera droga – ¿Qué droga(s) fue?
  - ¿Droga de impacto por la cual se encuentra en el centro de rehabilitación? ¿Cuánto llevaba consumiendo esta droga?
- A) ¿Qué servicios de salud reproductiva son ofertados por las instituciones de salud públicas durante el embarazo, parto y puerperio hacia las mujeres-madres que se inyectan drogas?
- ¿A lo largo de su vida ha solicitado servicios relacionados con la salud reproductiva en instituciones públicas? (Ej: planificación familiar - métodos anticonceptivos,

revisión periódica/ Papanicolaou o revisiones antes-durante y posterior al embarazo)  
¿Cómo fue la experiencia? ¿En ese momento ya consumía drogas?

- Si responde que nunca ha solicitado servicios de salud reproductiva durante su vida, preguntar ¿A qué se debe? ¿cómo suple esta falta de servicios públicos?
  - ¿Cuándo utilizó por primera vez alguno de estos servicios? ¿Cómo fue la experiencia en el hospital? ¿En ese momento ya consumía drogas?
  - ¿Cuándo fue la última vez que utilizó alguno de estos servicios? ¿Cómo fue la experiencia en el hospital? ¿En ese momento ya consumía drogas?
  - ¿Durante alguno de sus embarazos recibió cuidados prenatales? ¿Con que frecuencia utiliza(ba) los servicios de salud durante el embarazo? ¿En ese momento ya consumía drogas?
    - Si responde que no ¿Por qué no? ¿cómo suple esta falta de servicios públicos?
  - ¿Cuánto tiempo transcurrió después del parto, para que usted y su(s) bebé(s) salieran del hospital? ¿Tuvo algún inconveniente? ¿Qué paso?
    - Posterior a la alta ¿acudió a citas posnatales? ¿Por qué no? ¿cómo suple esta falta de servicios públicos?
- B) ¿Cuáles son las experiencias y estrategias en el acceso a los servicios de salud reproductiva que inciden en el embarazo, parto y puerperio de las mujeres-madres que se inyectan drogas?
- ¿Cómo calificaría los servicios de salud reproductiva pública a los cuales ha tenido acceso? Del 0 al 5, siendo 0 una mala atención y 5 siendo una excelente atención. (métrica de calidad)
  - ¿Ha sufrido algún tipo de violencia o discriminación al requerir servicios de salud reproductivas en instituciones públicas? ¿Cómo fue la experiencia en el hospital?
  - ¿A qué creen que se deban estos tratos? ¿Crees que se deba a que son MMUDI's?
  - ¿Cómo cree que los servidores de salud de instituciones públicas perciben a las mujeres-madres que son usuarias de drogas?
  - ¿Considera que el ser consumidoras de drogas es factor para condicionar el acceso a servicios de salud?

- ¿Qué cree usted que deberían de hacer los servidores de salud (personal) para brindar un mejor trato a los pacientes?
- ¿Alguna de ustedes ha tenido un acercamiento con instituciones de salud pública de EUA? Perciben alguna diferencia?

Cierre

¿Cómo se sintieron con este ejercicio? ¿Alguien quiere agregar algo más? ¿Creen que hay algún tema importante que no se haya agregado?

Para finalizar quiero agradecer a cada una de ustedes por brindarnos su tiempo y parte de sus experiencias de vida, las cuales son sumamente importantes y de gran valor, puesto que a través de ellas pudimos observar como son percibidos los servicios de salud reproductiva por parte de las pacientes, lo cual nos brinda un panorama más amplio desde sus propias experiencias.

Agradezco su participación, espero el ejercicio haya sido de su agrado y que esta investigación sirva para generar cambios en el acceso a los servicios de salud reproductiva en MMUDI's.

## **Entrevista semiestructurada dirigida al personal de salud**

Datos sociodemográficos.

Nombre:

Edad:

Nivel de educación:

Puesto actual:

I- La institución – HMI.

II- Funciones dentro de la institución.

III- Consumo de drogas inyectables dentro del HMI

I- La institución – HMI.

1. ¿Cómo surgió el HMI? (Debido a qué?)
2. ¿Cuál es el objetivo principal del HMI?
3. ¿Qué tipo de pacientes atiende principalmente?
4. ¿Podría decirme cuáles son las problemáticas a las cuales se enfrenta recurrentemente en su trabajo día a día?

II- Funciones dentro de la institución.

5. ¿Qué funciones desempeña usted actualmente en el HMI?
6. ¿Desde hace cuánto tiempo desempeña dichas funciones?Cuál es el objetivo principal de su área de trabajo?

III- Consumo de drogas inyectables dentro del HMI.

7. ¿En los últimos años, a partir del 2015 algunos MMC de la ciudad han reportado una alta incidencia de caso de mujeres que consumen drogas y son atendidas en el HMI, podría hablarme un poco de esto
8. ¿Cuál es la droga que más se consume entre estas mujeres?
9. ¿Qué hay de las mujeres que consumen heroína? Podría mencionar el perfil de estas mujeres?
10. ¿A qué problemáticas (sociales, culturales y médicas) se enfrenta como personal de salud, con este tipo de mujeres?
11. ¿Existe algún protocolo de atención para estas mujeres?
12. ¿Qué implicaciones puede llegar a tener el uso de drogas durante el embarazo?
13. Agregar el relato de alguna experiencia personal ateniendo a MMUDIS.

Agradezco su atención y ayuda, ¿quisiera agregar algo más a la entrevista?

Gracias.

**Tablas MMUDI's detectadas en el HMI.**

2015

Sexo del r/n	Número de gesta	Edad	Estado civil	Ocupación	Escolaridad	Control prenatal	Enfermedades o infecciones adicionales	Información relevante
F	3	38	Unión libre	Ama de casa	Secundaria	Si	Hepatitis C	Antecedentes de uso de heroína, uso de metadona, no hay copias de doping
F	4	28	Soltera	Ama de casa	Primaria (incompleta)	No hay datos	No hay datos	Refiere uso de heroína - ice, no hay copias de doping
M	3	34	Unión libre	Ama de casa	Primaria (incompleta)	No hay datos	No hay datos	Refiere uso de heroína - ice, no hay copias de doping
M	4	30	Soltera	No hay datos	Secundaria	No hay datos	No hay datos	Refiere uso de ice, cocaína, marihuana y heroína, no hay copia de doping
F	5	32	Unión libre	Ama de casa	Secundaria	No	No hay datos	Refiere uso de heroína - ice, no hay copias de doping
M	3	28	Soltera	Estilista	Secundaria	No hay datos	Hepatitis C y sífilis	Refiere uso de heroína, no hay copias de doping
F	N/D	28	Unión libre	Ama de casa	Primaria	No hay datos	No hay datos	Refiere uso de heroína, cocaína y alcohol, no hay doping de la madre, menor positivo a metanfetamina
F	5	22	Unión libre	Ama de casa	Secundaria (incompleta)	No hay datos	No hay datos	Refiere uso de heroína - ice, no hay copia de doping de la madre, menor dio positivo a metanfetamina, anfetamina, opiáceos

Tabla 2. MMUDI's detectadas en el HMI. Elaboración propia.

Sexo del r/n	Número de gesta	Edad	Estado civil	Ocupación	Escolaridad	Control prenatal	Enfermedades o infecciones adicionales	Información relevante
F	3	20	Unión libre	Ama de casa	Secundaria	No	No hay datos	Refiere uso de heroína - ice, no hay copia de doping de la madre, menor positivo a opiáceos
F	5	37	Unión libre	Ama de casa	Primaria	No	No hay datos	Refiere uso de heroína - ice, no hay copia de doping de la madre, menor positivo a opiáceos y metanfetamina. Uso de amikacina y ampicilina por la madre (se presume infección)
M	2	20	Unión libre	Ama de casa	Secundaria	No	No hay datos	Refiere uso de heroína, ice y anfetamina, no hay copia de doping de la madre, menor positivo metanfetamina y anfetamina.
F	4	33	Soltera	Ama de casa	Primaria (Incoleta)	No	Hepatitis C	Refiere uso de heroína - ice, no hay copia de doping de la madre, menor positivo metanfetamina y opiáceos.

Tabla 3. *MMUDI's detectadas en el HMI*. Elaboración propia.

Sexo del r/n	Número de gesta	Edad	Estado civil	Ocupación	Escolaridad	Control prenatal	Enfermedades o infecciones adicionales	Información relevante
M	4	27	Unión libre	Ama de casa	Secundaria	Si	Hepatitis C	Copia de doping de la madre positiva a anfetamina, metanfetamina y opiáceos, menor positivo a anfetamina, metanfetamina y opiáceos. La madre es de EUA, fue reportada.
F	3	30	Soltera	Ama de casa	Secundaria	No	Hepatitis C	Refiere uso de heroína no hay copias de doping de la madre, menor no es positivo a ninguna droga. La madre se "escapo" del hospital y no ha acudido a visitas
M	4	28	Unión libre	Ama de casa	Preparatoria (Trunca)	No	No hay datos	Menor positivo a metanfetamina y opiáceos
M	1	21	Unión libre	Ama de casa	Preparatoria (Trunca)	No	Hepatitis C	Menor positivo a metanfetamina, anfetamina y opiáceos
M	1	20	Unión libre	Ama de casa	Secundaria (Incompleta)	Si	No hay datos	Menor no es positivo a ninguna droga
F	3	25	Unión libre	Ama de casa	Secundaria	Irregular	No hay datos	Menor positivo a metanfetamina, anfetamina y opiáceos. La madre es de EUA
F	7	39	Soltera	Ama de casa	Primaria	No	Hepatitis C	Refiere uso de heroína aunque en doping no resulta positiva, menor no es positivo a ninguna droga.

M	2	26	No hay datos	Ama de casa	Primaria	No	Hepatitis C	Menor positivo a metanfetamina, anfetamina y opiáceas. La madre es de EUA
---	---	----	--------------	-------------	----------	----	-------------	---

Tabla 4. *MMUDI's detectadas en el HMI.* Elaboración propia.

2018

Sexo del r/n	Número de gesta	Edad	Estado civil	Ocupación	Escolaridad	Control prenatal	Enfermedades o infecciones adicionales	Información relevante
F	6	35	Unión libre	Ama de casa	Preparatoria	No	No hay datos	Copia de doping de la madre positiva a anfetamina, metanfetamina y opiáceas, menor positivo a anfetamina, metanfetamina y opiáceas.
M	1	17	Unión libre	No hay datos	Secundaria	Si	No hay datos	Refiere uso de heroína durante el embarazo, copia de doping de la madre positiva a metanfetamina, menor positivo a anfetamina y metanfetamina.
M	2	18	Unión libre	Ama de casa	No hay datos	Mal control	Hepatitis C	Copia de doping, madre negativa a cualquier droga, menor positivo a opiáceas.

Tabla 5. *MMUDI's detectadas en el HMI.* Elaboración propia.

Sexo del r/n	Número de gesta	Edad	Estado civil	Ocupación	Escolaridad	Control prenatal	Enfermedades o infecciones adicionales	Información relevante
F	1	15	Soltera	Ama de casa	Primaria	No	N/D	Copia de doping de la madre positiva a anfetamina, cannabinoides y opiáceas, menor positivo a opiáceas.
F	3	27	N/D	Ama de casa	N/D	N/D	N/D	Copia de doping de la madre positiva a metanfetamina, menor positivo a anfetamina y metanfetamina y opiáceas.
M	3	24	Unión libre	Ama de casa	Preparatoria incompleta	Mal control	Hepatitis C	Copia de doping positiva a opiáceas y metanfetaminas, menor positivo a anfetamina y metanfetamina.
M	3	26	Soltera	Ama de casa	Primaria	No	Hepatitis C	Copia de doping positiva a cocaína y metanfetaminas, menor positivo a anfetamina, metanfetamina y opiáceas.
M	2	25	Unión libre	Ama de casa	Secundaria incompleta	No	Hepatitis C y posible sífilis.	Copia de doping positiva a opiáceas y metanfetaminas, menor positivo a anfetamina y metanfetamina.
F	1	24	Soltera	Ama de casa	Preparatoria	No	N/D	No hay copia de doping de la madre, pero refiere uso de tabaco, heroína y metanfetamina, el menor dio positivo a anfetamina y metanfetamina.
M	3	29	Unión libre	Ama de casa	Carrera técnica	Poco control (5 sesiones)	N/D	La paciente es de EU, copia de doping positiva a anfetamina y metanfetamina, menor positivo a

								metanfetamina y metanfetamina.
M	6	28	Soltera	Ama de casa	N/D	No	Sífilis	Copia de doping positiva a opiáceas y metanfetaminas y anfetamina, menor positivo a anfetamina, metanfetamina y opiáceas.
M	3	25	N/D	Ama de casa	Secundaria	No	N/D	No hay copia de doping de la madre, pero refiere de heroína durante todo el embarazo, el menor dio positivo a anfetamina, metanfetamina y opiáceas.

Tabla 6. *MMUDI's detectadas en el HMI.* Elaboración propia.

## REFERENCIAS

Agamben, Giorgio. (1998). *HOMO SACER. El poder soberano y la nuda vida*. Recuperado de

[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwirzKmkjZLsAhWkJDQIHXzpAIYQFjAAegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Ftac091.files.wordpress.com%2F2008%2F12%2Fagamben-giorgio-homo-sacer.pdf&usg=AOvVaw0z\\_5pQrte2DcePNtr7Edwc](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwirzKmkjZLsAhWkJDQIHXzpAIYQFjAAegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Ftac091.files.wordpress.com%2F2008%2F12%2Fagamben-giorgio-homo-sacer.pdf&usg=AOvVaw0z_5pQrte2DcePNtr7Edwc)

Agamben, Giorgio. (2011) ¿Qué es un dispositivo? *Revista Sociológica México*, 26 (73), pp.249-264. Recuperado de

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-01732011000200010](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732011000200010)

Alcof, Linda. (1988). Feminismo cultural vs. Post-estructuralismo: la crisis de identidad de la teoría feminista. *Revista Debats*, (76), pp.1-26. Recuperado de [http://148.202.18.157/sitios/catedrasnacionales/material/2010a/cristina\\_palomar/2.PDF](http://148.202.18.157/sitios/catedrasnacionales/material/2010a/cristina_palomar/2.PDF)

Andrés Manuel López Obrador. [CNN en español], (2019, enero 31). AMLO puso fin a la guerra contra el narco, ¿qué significa? [archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=g6rufLCtAvE>

Arellano Sarmiento, Luis. (23 de Julio de 2019). Debido a drogas inyectables, BC es el estado con más hepatitis C. *La Jornada Baja California*. Recuperado de <https://jornadabc.mx/tijuana/23-07-2019/debido-drogas-inyectables-bc-es-el-estado-con-mas-hepatitis-c?fbclid=IwAR27xLqHnYh41fhO-9pY7chjWtbL01PruPLk79qGMfMKs1H8jJhmp6l66Mk>

Aristegui Noticias. (26 de noviembre de 2012). Seis años después: miles de muertos y un Estado más vulnerable. *Aristegui Noticias*. Recuperado de <https://aristeguinoticias.com/2611/mexico/seis-anos-despues-miles-de-muertos-y-un-estado-mas-vulnerable/>

Astorga, Luis. (2016). *El siglo de las drogas. Del Porfiriato al nuevo milenio*, México, D.F, Penguin Random House Grupo Editorial.

Ávila González, Yanina. (2004). Desarmar el modelo mujer = madre. *Revista Debate feminista*, 30, pp.35-54. Recuperado de [https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&sxsrf=ALeKk02euHqa1swEVUZ8EaURVnvuT5-AHQ%3A1589497517937&ei=rc69Xt3dOJTw9APmzpqwBg&q=Desarmar+el+modelo+mujer+%3D+madre&oq=Desarmar+el+modelo+mujer+%3D+madre&gs\\_lcp=CgZwc3ktYWIAQzIGCAAQFhAeOgcIIXCwAhAnOgcIIXDqAhAnUJHuFVic8RVg7vMVaAJwAHgAgAGcAYgBpQKSAQMwLjKYAQCgAQGgAQKqAQQnd3Mtd2l6sAEK&scient=psy-ab&ved=0ahUKEwid6LXXu7TpAhUUOH0KHWanBmYQ4dUDCAs&uact=5#](https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&sxsrf=ALeKk02euHqa1swEVUZ8EaURVnvuT5-AHQ%3A1589497517937&ei=rc69Xt3dOJTw9APmzpqwBg&q=Desarmar+el+modelo+mujer+%3D+madre&oq=Desarmar+el+modelo+mujer+%3D+madre&gs_lcp=CgZwc3ktYWIAQzIGCAAQFhAeOgcIIXCwAhAnOgcIIXDqAhAnUJHuFVic8RVg7vMVaAJwAHgAgAGcAYgBpQKSAQMwLjKYAQCgAQGgAQKqAQQnd3Mtd2l6sAEK&scient=psy-ab&ved=0ahUKEwid6LXXu7TpAhUUOH0KHWanBmYQ4dUDCAs&uact=5#)

Badinter, Elisabeth. (1981) *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Recuperado de <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwIj2fiVubTpAhUsFjQIHWqmD50QFjACegQIBBAB&url=https%3A%2F%2Fkolektivoporoto.cl%2Fwp-content%2Fuploads%2F2015%2F11%2FBadinter-Elizabeth-Existe-el-amor-maternal.-Historia-de-la-maternidad-siglo-XII-al-XX.pdf&usg=AOvVaw1HrzsJiCzWQjXoBawGfDmf>

Badinter, Elisabeth. (2011). *La mujer y la madre. Un libro polémico sobre la maternidad como nueva forma de esclavitud*. España, Madrid. La esfera de los libros.

Balcázar, Patricia., González-Arratia, Norma., Gurrola, Gloria, *et al.* (2013). *Investigación cualitativa*. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, Estado de México. Recuperado de <https://docenciaiep.files.wordpress.com/2016/05/investigacion3b3n-cualitativa.pdf>

Beiras, Adriano., Cantera Espinosa, Leonor., Casasanta García, Ana. (2017). La construcción de una metodología feminista cualitativa de enfoque narrativo-crítico. *Revista Psicoperspectivas. Individuo y sociedad*, 16, (2), pp. 54-65. Recuperado de <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/1012>

Brachet-Márquez, Viviane. (2010). Salud y Seguridad Social 1977-2008: ¿Quién decide? En José Luis Méndez (coord.), *Los grandes problemas de México. XIII Políticas Públicas* (pp.343-378) El Colegio de México. Recuperado de <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi0vf-vuorpAhWXjp4KHZFCD14QFjAAegQIAxAB&url=https%3A%2F%2F2010.colmex.mx%2F16tomos%2FXIII.pdf&usg=AOvVaw2fw6QXnwXEMawFV2t9IMqa>

British Columbia Centre on Substance Use. (2018). Treatment of Opioid Use Disorder During Pregnancy. Disponible en <https://www.bccsu.ca/care-guidance-publications/>

Calderón Hinojosa, F. [Presidencia Felipe Calderón Hinojosa]. (2011, Agosto, 23). Inauguración del Hospital Materno Infantil y de la Unidad Médica de Especialidades Oncológicas. [Archivo de video]. Recuperado de [https://www.youtube.com/watch?v=GCoc\\_JKqfjU&t=612s](https://www.youtube.com/watch?v=GCoc_JKqfjU&t=612s)

Camhaji, Elías., García, Jacobo. (s/f) Año 11 de la guerra contra el narco. *El País*. Recuperado de <https://elpais.com/especiales/2016/guerra-narcotrafico-mexico/>

Castelli Rodríguez, Luisina. (2017). Maternidades e intervención estatal en mujeres usuarias de pasta base. Apuntes desde Uruguay. *Revista Nueva antropología*, 30 (87), pp.66-83. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-06362017000200066](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-06362017000200066)

Castro, Roberto., Ervital, Joaquina. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED*, 19, (1), pp. 37-42. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4730781.pdf>

Comisión Estatal de los Derechos Humanos de Baja California. (2019). Sobre violaciones a los derechos a la protección de la salud, a la integridad y seguridad personal, al trato digno, así como al derecho de las mujeres a una vida libre de violencia en su modalidad de violencia obstétrica: en agravio de V1, en el municipio de Mexicali, Baja California. Recuperado de <https://www.derechoshumanosbc.org/sites/default/files/RECO%2001-19.pdf>

Comisión Nacional contra las Adicciones. (2009). Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Recuperado de [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma\\_oficial\\_nom.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf)

Consejo Nacional Contra las Adicciones. (2009). Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Recuperado de [www.conadic.salud.gob.mx](http://www.conadic.salud.gob.mx) › pdfs › publicaciones › nom028

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (S/F). Discriminación e igualdad. Recuperado de [http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=84&id\\_opcion=142&op=14](http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=84&id_opcion=142&op=14)

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (S/F). ¿Quiénes somos? Recuperado de [http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=38&id\\_opcion=15&op=15](http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=38&id_opcion=15&op=15)

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (2009). Estigma y discriminación hacia las y los usuarios de drogas y sus familiares. Recuperado de [http://www.conapred.org.mx/documentos\\_cedoc/E05-2009-1Co.pdf](http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/E05-2009-1Co.pdf)

Cravioto, Patricia., Medina-Mora, María E., Peláez, Ingris, *et al.* (2010). "El consumo de heroína en mujeres de Ciudad Juárez: una aproximación cualitativa a su trayectoria, consecuencias y tratamiento", en *Mujeres y adicciones*, pp. 221-250. Recuperado de [https://www.academia.edu/3629796/Mujeres\\_y\\_Adicciones\\_Libro\\_](https://www.academia.edu/3629796/Mujeres_y_Adicciones_Libro_)

De Beauvoir, Simone. (2017). *El segundo sexo*. México, Ciudad de México. Penguin Random House Grupo Editorial.

Delgado, Gabriela. (2012). Conocerte en la acción y el intercambio. La investigación: acción participativa. En Blázquez, Norma., Flores, Fátima., Ríos Maribel. *Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales*, pp. 197-2016. Recuperado de [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiRkKXmjJLsAhUdIjQIHeMVCbgQFjABegQIBRAB&url=http%3A%2F%2Fbiblioteca.clacso.edu.ar%2FMexico%2Fceiich-unam%2F20170428032751%2Fpdf\\_1307.pdf&usg=AOvVaw0rqQkIyLeBOvaM1EAkIAuj](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiRkKXmjJLsAhUdIjQIHeMVCbgQFjABegQIBRAB&url=http%3A%2F%2Fbiblioteca.clacso.edu.ar%2FMexico%2Fceiich-unam%2F20170428032751%2Fpdf_1307.pdf&usg=AOvVaw0rqQkIyLeBOvaM1EAkIAuj)

De Lauretis, Teresa. (1989). La tecnología de género. Recuperado de <http://www.caladona.org/grups/uploads/2012/01/teconologias-del-genero-teresa-de-lauretis.pdf>

Díaz Bravo, Laura., Torruco García, Uri., Martínez Hernández, Mildred, et al (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Revista Invitación en Educación Médica*, 2 (7), pp. 162-167. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>.

Escalante Gonzalbo, Fernando. (1 de septiembre de 2009). Homicidios 1990- 2007. *Revista Nexos*. Recuperado de <https://www.nexos.com.mx/?p=13270>

Escobar, Jazmine, Bonilla-Jiménez, Francy Ivonne (s/f). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. *Revista Cuadernos Hispano Americanos de Psicología*, 9, (1), pp. 51-67. Recuperado de [http://sacopsi.com/articulos/Grupo%20focal%20\(2\).pdf](http://sacopsi.com/articulos/Grupo%20focal%20(2).pdf)

Escohotado, Antonio. (1998). *Historia General de las drogas*. Recuperado de <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiAqZvKjofpAhX5FjQIHWZlDhEQFjAAegQIARAB&url=http%3A%2F%2Fwww.pensamientoepenal.com.ar%2Fsystem%2Ffiles%2F2018%2F06%2Fdoctrina46688.pdf&usg=AOvVaw2Zn0p-6ZC9kTkMd8-t6ReS>

Esquivel García, Georgina., Ortiz Ruiz, Luz., Ortiz Mondragón, Raúl. (2012). Mujeres consumidoras de drogas inyectables y sus problemas de salud. *Revista Medicina Familiar*, 14 (2), pp. 47-58. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=49155>

Federici, Silvia. (2010). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación primitiva*. Recuperado de <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Calib%C3%A1n+y+la+bruja.+Mujeres%2C+cuerpo+y+acumulaci%C3%B3n+primitiva.+#>

Fernández Chaves, Flory. (2002). El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación *Revista de Ciencias Sociales (Cr)*, II (96). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/153/15309604.pdf>

Firestone, Shulamith. (1976). *La dialéctica del sexo. En defensa de la revolución feminista*. Recuperado de <https://ayudacontextos.files.wordpress.com/2018/04/shulamith-firestone-la-dialectica-del-sexo-en-defensa-de-la-revolucion-feminista-2.pdf>

Fleiz Bautista, Clara., Domínguez García, Mario., Villatoro Velázquez, Jorge., Vázquez Quiroz, et al. (2019). *Cuqueando la chiva: Contextos del consumo de heroína en la frontera norte de México*. Ciudad de México, Instituto de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Follegati Montenegro, Luna. (2019). “Violencia estructural y feminismo: apuntes para una discusión”. En Rojas Bravo, Soledad (Coord), *Violencia estructural y feminismo: apuntes para una discusión* (pp.17-27). Recuperado de <http://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/wp-content/uploads/2019/09/Violencia-Estructural-y-Feminismo.pdf>

Fondo de Población de las Naciones Unidas. Salud sexual y reproductiva. Recuperado de <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva>

Foucault, Michel. (2006). *Genealogía del racismo*. Recuperado de [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjo\\_Lq3pbDpAhX6HjQIHjBNjBOKQFjAAegQIARAB&url=https%3A%2F%2Fwww.academia.edu%2F34719954%2FFoucault\\_Michel-GENEALOG%25C3%258DA\\_DEL\\_RACISMO.pdf&usg=AOvVaw1P8UQg0kWjyFhiebX\\_lpY](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjo_Lq3pbDpAhX6HjQIHjBNjBOKQFjAAegQIARAB&url=https%3A%2F%2Fwww.academia.edu%2F34719954%2FFoucault_Michel-GENEALOG%25C3%258DA_DEL_RACISMO.pdf&usg=AOvVaw1P8UQg0kWjyFhiebX_lpY)

Foucault, Michel. (1977). Historia de la medicalización. *Revista Educación médica y salud*, 11 (1), pp. 3-23. Recuperado de <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4839.pdf>

Foucault, Michel. (2011). *Historia de la sexualidad. Vol I. La voluntad del saber*. México, Siglo XXI.

Foucault, Michel. (1976). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Revista Educación médica y salud*, 10 (2), pp.150-170. Recuperado de

Frontine AIDS. (2020). Advancing the sexual and reproductive health and rights of women who use drugs. A guide for programmes. Recuperado de <https://frontlineaids.org/resources/advancing-the-sexual-and-reproductive-health-and-rights-of-women-who-use-drugs/>

Galaviz Granados, Gloria. (2015). Mujeres, adicción y rehabilitación: Reflexiones desde la frontera noroeste de México. *Revista Salud Colectiva*, 11, (3), pp. 367-379. Recuperado de [http://www.muieresyfronteras.com/wp-content/uploads/2019/07/Gal%C3%A1viz-2015-Mujeres-adicci%C3%B3n-y-rehabilitaci%C3%B3n.Reflexiones-desde-la-frontera-noroeste-de-M%C3%A9xico\\_-ART%C3%8DCULO.pdf](http://www.muieresyfronteras.com/wp-content/uploads/2019/07/Gal%C3%A1viz-2015-Mujeres-adicci%C3%B3n-y-rehabilitaci%C3%B3n.Reflexiones-desde-la-frontera-noroeste-de-M%C3%A9xico_-ART%C3%8DCULO.pdf)

Gallego, Érika. (2019). Pulpitos tejidos apoyan a bebés cachanillas. Recuperado de <https://www.lavozdelafrontera.com.mx/local/pulpitos-tejidos-apoyan-a-bebes-cachanillas-2945444.html>

García García, Juan. (2010). El mensaje epidemiológico del habitus exterior del paciente. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 56 (6), pp.11-16. Recuperado de <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no53-6/RFM053000603.pdf>

Gibb, Anita. (1997). Focus group. *Social Research Up-date*. 5 (2), pp. 1-8. Recuperado de <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU19.html>

Gobierno de México. Salud sexual y reproductiva. Recuperado de <https://www.gob.mx/conapo/acciones-y-programas/salud-sexual-y-reproductiva>

Gobierno de México (s/f). Sistema Nacional DIF ¿Qué hacemos? Recuperado de <https://www.gob.mx/difnacional/que-hacemos>

Goffman, Erving. (2006). Estigma: la identidad deteriorada. Recuperado de <https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf>

Grossberg, Lawrence. (2009). *El corazón de los estudios culturales: Contextualidad, construcciónismo y complejidad*. *Revista Tabula Rasa*, 10, pp. 13-48. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n10/n10a02.pdf>

Grupo de Información en Reproducción Elegida. (S/F). “Violencia obstétrica”. En informe: Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México. Recuperado de <https://informe.gire.org.mx/caps/cap4.pdf>

Gutiérrez López, Alma, Delia. (2018). Droga de mayor impacto reportada por usuarios de drogas ilícitas solicitantes de tratamiento en Centros de Integración Juvenil del 1er semestre de 2008 al 1er semestre de 2018. Recuperado de <http://www.test.cij.gob.mx/ExtCIJ/programas/Investigacion/pdf/18-06g.pdf>

Haraway, Donna. (1991). *Ciencia, ciborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Recuperado de [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwin3fCwjJLsAhXhIDQIHXsrBY8QFjAAegQIBBAB&url=https%3A%2F%2Fkolektivoporoto.cl%2Fwp-content%2Fuploads%2F2015%2F11%2FHaraway-Donna-ciencia-cyborgs-y-mujeres.pdf&usg=AOvVaw1n7xaifzr\\_pyJw6FIOU7Ql](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwin3fCwjJLsAhXhIDQIHXsrBY8QFjAAegQIBBAB&url=https%3A%2F%2Fkolektivoporoto.cl%2Fwp-content%2Fuploads%2F2015%2F11%2FHaraway-Donna-ciencia-cyborgs-y-mujeres.pdf&usg=AOvVaw1n7xaifzr_pyJw6FIOU7Ql)

H. Congreso del Estado de Baja California. (2008). Ley de Protección y Defensa de los Derechos de los Menores y la Familia en el Estado de Baja California. Recuperado de <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=ley+de+proteccion+y+defensa+de+los+derechos+de+las+personas+menroes+de+die+ciehoc+anos+d+edad+y+la+familia+en+el+estado+de+baja+california#>

H. Congreso del Estado de Baja California. (2019). Código Penal para el Estado de Baja California. Recuperado de <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=codigo+penal+de+baja+california#>

International Drug Policy Consortium. (S/F). Reducción de daños. Recuperado de <https://idpc.net/es/incidencia-politica/incidencia-politica-internacional/coherencia-sistema/reduccion-danos>

International Harm Reduction Association. (2010). What is Harm Reduction? Recuperado de [https://www.hri.global/files/2010/08/10/Briefing\\_What\\_is\\_HR\\_English.pdf](https://www.hri.global/files/2010/08/10/Briefing_What_is_HR_English.pdf)

Instituto de Salud para el Bienestar. (s/f). ¿Qué hacemos? Recuperado de <https://www.gob.mx/insabi/que-hacemos>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (S/F). Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) o Salpingoclasia. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/planificacion-familiar/oclusion-tubaria-bilateral>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Disponible en [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjD1tSJjIDsAhWXHjQIHdFTCRcQFjABegQIBxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.inegi.org.mx%2Fcontenidos%2Fprogramas%2Fendireh%2F2016%2Fdoc%2Fendireh2016\\_presentacion\\_ejecutiva.pdf&usg=AOvVaw0O3LM9oGKkdIiVgJ21qKyX](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjD1tSJjIDsAhWXHjQIHdFTCRcQFjABegQIBxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.inegi.org.mx%2Fcontenidos%2Fprogramas%2Fendireh%2F2016%2Fdoc%2Fendireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf&usg=AOvVaw0O3LM9oGKkdIiVgJ21qKyX)

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) –Secretaría de Salud. (2012). Encuesta Nacional de Adicción 2011. Recuperado de [www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA\\_2011\\_DROGAS\\_ILICITAS\\_.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf)

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) – Secretaría de Salud. (2017). Encuesta Nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco 2016-2017. Reporte de drogas. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>

Instituto Nacional de Salud Pública. (S/F). La violencia obstétrica también es violencia contra la mujer. Recuperado de <https://www.insp.mx/avisos/5138-dia-violencia-mujer-obstetrica.html>

International Drug Policy Consortium. (S/F). Reducción de daños. Disponible en <https://idpc.net/es/incidencia-politica/incidencia-politica-internacional/coherencia-sistema/reduccion-danos>

Ixti. (2018) ¿Qué es el capacitismo? ¿Qué lenguaje utilizamos? Recuperado de <https://luchacontraelcapacitismo.wordpress.com/2018/12/08/que-es-el-capacitismo-que-lenguaje-utilizamos/>

Lagarde y de los Ríos, Marcela. (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Recuperado de [https://www.academia.edu/36161731/Marcela\\_Lagarde\\_-\\_Los\\_cautiverios\\_de\\_las\\_mujeres.\\_Madresposas\\_monjas\\_putas\\_presas\\_y\\_locas.pdf](https://www.academia.edu/36161731/Marcela_Lagarde_-_Los_cautiverios_de_las_mujeres._Madresposas_monjas_putas_presas_y_locas.pdf)

La Parra, Daniel y Tortosa, José María (2003). Violencia estructural: una ilustración del concepto. *Revista documentación social*, (131), p.57-72. Recuperado de <https://www.ugr.es/~fentrena/Violen.pdf>

Lechuga, Gabriela. (2008). *Breve introducción al pensamiento de Michel Foucault*. México, D.F. Universidad Autónoma Metropolitana

Lorea, Rebeca. (2020). Justicia reproductiva para todas y todes. Recuperado de <https://www.animalpolitico.com/punto-gire/justicia-reproductiva-para-todas-y-todes/>

Maffía, Diana. (2007). Epistemología feminista. La subversión semiótica de las mujeres en la ciencia. *Revista venezolana de estudios de la mujer*, 12 (28), pp. 63-98. Recuperado de [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-37012007000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012007000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=es)

March Cerdá, J.C., Prieto Rodríguez, M.A. (2002). Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Revista Elsevier*, 29 (6), pp. 366-373. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-paso-paso-el-diseno-un-13029750>

Mental Health and Addictions, Perinatal Services BC. (2018). A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder—Pregnancy Supplement. Recuperado de <http://www.bccsu.ca/care-guidance-publications/>

Morales Oyarvide, César. (2011). La guerra contra el narcotráfico en México. Debilidad del Estado, orden local y fracaso de una estrategia. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, (50), pp. 1-35. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4959/495950246005.pdf>

Naciones Unidas (.1971). Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas. Recuperado de [http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/sp\\_convenio\\_nu\\_sustan\\_sicotr%C3%B3picas\\_1971.pdf](http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/sp_convenio_nu_sustan_sicotr%C3%B3picas_1971.pdf)

National Harm Reduction Coalition. (2020). Pregnancy and substance use: A harm reduction toolkit. Disponible en <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:nw2frbTxKbIJ:https://idpc.net/publications/2020/09/pregnancy-and-substance-use-a-harm-reduction-toolkit+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx&client=firefox-b-d>

National Institute on Drug Abuse. (2016) DEA Issues Nationwide Warning on Carfentanil. Disponible en <https://archives.drugabuse.gov/emerging-trends/dea-issues-nationwide-warning-carfentanil>

National Institute on Drug Abuse. (S/F)¿Qué es el fentanilo? Disponible en <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-fentanilo>

Navarro, Vicenç. (1997). Concepto actual de la salud pública (49-54). En *Salud pública* Ferrán Martínez Navarro. Recuperado de <https://ifdcsanluis-slu.infod.edu.ar/sitio/material-de-estudio-del-ano-2013/upload/navarro.pdf>

Navarro, Vicenç. (2004). El Estado de Bienestar en España. En Vicenç Navarro (coord.), *El Estado de Bienestar en España* (pp.1-28). Recuperado de [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwi37\\_WFuorpAhUTvJ4KHV15DG4QFjABegQIAxAB&url=http%3A%2F%2Fasambleade:majaras.com%2Fdocumentacion%2Fpdf%2Flibro%2F16801121-Navarro-V-et-al-El-Estado-de-Bienestar-en-Espana-2004.pdf&usg=AOvVaw2DOoeZ8YMLF9PUtv\\_u9RqZ](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwi37_WFuorpAhUTvJ4KHV15DG4QFjABegQIAxAB&url=http%3A%2F%2Fasambleade:majaras.com%2Fdocumentacion%2Fpdf%2Flibro%2F16801121-Navarro-V-et-al-El-Estado-de-Bienestar-en-Espana-2004.pdf&usg=AOvVaw2DOoeZ8YMLF9PUtv_u9RqZ)

Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/040ssa204.html>

Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2016). Addressing the specific needs of women who inject drugs Practical guide for service providers on gender-responsive HIV services. Disponible en <http://www.ewna.org/wp-content/uploads/2017/09/Practical-guide-for-service-providers-on-gender-resposive-HIV-services.pdf>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2019). Informe mundial sobre las drogas 2019. Resumen, conclusión y consecuencia en materia de políticas. Recuperado de [https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019\\_B1\\_S.pdf](https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S.pdf)

Open Society Foundations. (2018). Expecting better. Improving Health and Rights for Pregnant Women Who Use Drugs. Disponible en <https://www.opensocietyfoundations.org/publications/expecting-better-improving-health-and-rights-pregnant-women-who-use-drugs>

Organización Mundial de la Salud. (s/f). ¿Cómo define la OMS la salud? Recuperado de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

Organización Mundial de la Salud. (2014). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Disponible en <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241548731>

Organización Mundial de la Salud. (s/f). La salud de la mujer. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>

Organización Mundial de la Salud. (s/f). Embarazo. Recuperado de <https://www.who.int/topics/pregnancy/es/>

Ospina-Escobar, Angélica (2018). Maternidad y uso de drogas. ¿Condiciones excluyentes? Revista Nexos en línea. Recuperado de <https://economia.nexos.com.mx/?p=1414>

Ospina-Escobar, Angélica. (2016). Personas que se inyectan drogas en Hermosillo, Sonora. Metodología para su registro. *Revista Región y Sociedad*, 27, (67), pp. 45-77. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-39252016000300045](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252016000300045)

Oxford University Press. (1995). *The Oxford Companion to Philosophy*. Recuperado de [https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&sxsrf=ALeKk00B1SG-daj\\_mFetvO8J09t1quh6ig%3A1598993856320&ei=wLVOX96dE9Gv-gT2jKGYDw&q=Oxford+Companion+to+Philosophy++1995+pdf&oq=Oxford+Companion+to+Philosophy++1995+pdf&gs\\_lcp=CgZwc3ktYWIQAzIICCEQFhAdEB46BggAEBYQHIDfT1iEVWDpVWgAcAB4AYABmgOIAbwFkgEHMi4xLjQtMZgBAKABAaoBB2d3cy13aXrAAQE&scient=psy-ab&ved=0ahUKEwje\\_bam7MjrAhXRI54KHxzGCPMQ4dUDCAw&uact=5#](https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&sxsrf=ALeKk00B1SG-daj_mFetvO8J09t1quh6ig%3A1598993856320&ei=wLVOX96dE9Gv-gT2jKGYDw&q=Oxford+Companion+to+Philosophy++1995+pdf&oq=Oxford+Companion+to+Philosophy++1995+pdf&gs_lcp=CgZwc3ktYWIQAzIICCEQFhAdEB46BggAEBYQHIDfT1iEVWDpVWgAcAB4AYABmgOIAbwFkgEHMi4xLjQtMZgBAKABAaoBB2d3cy13aXrAAQE&scient=psy-ab&ved=0ahUKEwje_bam7MjrAhXRI54KHxzGCPMQ4dUDCAw&uact=5#)

Palomar Vereá, Cristina. (2004). "Malas madres": la construcción social de la maternidad. *Revista Debate feminista*, 30, pp.12-34. Recuperado de [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwid6LXXu7TpAhUUOH0KHwanBmYQFjAAegQIARAB&url=http%3A%2F%2Fwww.debatefeminista.cieg.unam.mx%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F03%2Farticulos%2F030\\_02.pdf&usg=AOvVaw0VC4\\_nZ-zLug\\_z3yq\\_UxcN](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwid6LXXu7TpAhUUOH0KHwanBmYQFjAAegQIARAB&url=http%3A%2F%2Fwww.debatefeminista.cieg.unam.mx%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F03%2Farticulos%2F030_02.pdf&usg=AOvVaw0VC4_nZ-zLug_z3yq_UxcN)

Piazzini Suarez, Carlo Emilio. (2014). Conocimientos situados y pensamientos fronterizos: una relectura desde la universidad. *Revista Geopolítica(s)*, 5, (1), pp. 11-33. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/GEOP/article/download/47553/44574/>

Richard Nixon. [Richard Nixon Foundation], (s/f). President Nixon Declares Drug Abuse "Public Enemy Number One" [archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=y8TGLLQID9M>

Rich, Adrienne. (2019). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Recuperado de [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwj5rLnUubTpAhUeFjQIHW8MD4UQFjAAegQIBBAB&url=https%3A%2F%2Fwww.traficantes.net%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fpdfs%2Fmap54\\_Rich\\_web\\_2.pdf&usg=AOvVaw35gsQypjZoKUcbCwcHSNuI](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwj5rLnUubTpAhUeFjQIHW8MD4UQFjAAegQIBBAB&url=https%3A%2F%2Fwww.traficantes.net%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fpdfs%2Fmap54_Rich_web_2.pdf&usg=AOvVaw35gsQypjZoKUcbCwcHSNuI)

Romero Guzmán, María Lizet., Tapia Tovar, Evangelina., Meza Márquez, Consuelo (2019). Abanico de maternidades. Un estado del arte desde los aportes feministas (2019). *Revista Debate Feminista*, 59, pp. 143-165. Recuperado de [http://www.debatefeminista.cieg.unam.mx/df\\_ojs/index.php/debate\\_feminista/article/view/2155/1946](http://www.debatefeminista.cieg.unam.mx/df_ojs/index.php/debate_feminista/article/view/2155/1946)

Romero Mendoza, Martha, *et al.* (2016). *Guía para el uso de metadona en usuarios adultos con VIH dependientes de la heroína intravenosa*. Recuperado de [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/PF\\_VIH.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/PF_VIH.pdf)

Romo Avilés, Nuria (2006) Género y uso de drogas: La invisibilidad de las mujeres. En *Fundación Medicina y Humanidades Médicas*, 5, pp. 69-83. Recuperado de <https://www.drogasgenero.info/documento/romo-nuria-genero-uso-drogas-la-invisibilidad-la-mujeres/>

Sacchi, Mónica., Hausberger, Margarita., Pereyra, Adriana. (2007) Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Revista Salud Colectiva*, 3 (3), pp. 271-283. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73130305>

Sánchez Bringas, Ángeles, *et al.* (2004). Nuevas maternidades o la desconstrucción de la maternidad en México. *Revista Debate feminista*, 30, pp.55-86. Recuperado de [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiQ94jKtbTpAhUkJTQIHao\\_BG8QFjAAegQIBRAB&url=http%3A%2F%2Fwww.debatefeminista.pueg.unam.mx%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F03%2Farticulos%2F030\\_04.pdf&usg=AOvVaw2GEHnUlcGSJBWWV5wRGEkh](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiQ94jKtbTpAhUkJTQIHao_BG8QFjAAegQIBRAB&url=http%3A%2F%2Fwww.debatefeminista.pueg.unam.mx%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F03%2Farticulos%2F030_04.pdf&usg=AOvVaw2GEHnUlcGSJBWWV5wRGEkh)

Sánchez Pardo, Lorenzo. (2016). *Drogas y perspectiva de género. Documento marco. Plan de atención integral a la salud de la mujer de Galicia*. Galicia, España: Xunta de Galicia. Recuperado de <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/217.pdf>

Secretaria de Salud. (2016). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Recuperado de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016)

Valera, Nuria. (2008). *Feminismo para principiantes*. Recuperado de <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjP2Z6XpLDpAhVaHjQIHcPmB9oQFjAAegQIARAB&url=https%3A%2F%2Fkolectivoporoto.cl%2Fwp-content%2Fuploads%2F2015%2F11%2FVarela-Nuria-Feminismo-Para-Principiantes.pdf&usg=AOvVaw2eiJUI7nis9WOTMUUfgyOh>

Valiña, Carmen. (S/F). Interseccionalidad: definición y orígenes. Recuperado de <https://perifericas.es/blogs/blog/interseccionalidad-definicion-y-origenes>

Vivas, Esther. (2018). Mamá desobediente. Una mirada feminista a la maternidad. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/1m-bs-xYAlr909ECubWUASKZLWyo6hHuS/view?fbclid=IwAR0xr-RIfPpE54niPDj2wwg5IVV6euX4AM9Src1Yf2R4APm6DDNtQ237Vc4>