

Violencia sexual y reproductiva hacia mujeres que se inyectan drogas en la frontera norte de México. ¿La frontera de los derechos?

Ospina-Escobar, A. (2020). Violencia sexual y reproductiva hacia mujeres que se inyectan drogas en la frontera norte de México. ¿La frontera de los derechos? *Revista Cultura y Droga*, 25(30), 114-143.
<https://doi.org/10.17151/culdr.2020.25.30.6>

Angélica Ospina-Escobar*


Recibido: 29 de octubre de 2019
Aprobado: 18 de abril de 2020

Resumen

Objetivo: evidenciar las experiencias de violencia que enfrentan mujeres usuarias de drogas inyectables residentes en Ciudad Juárez, México. **Metodología:** se analizan 14 entrevistas en profundidad recolectadas por la autora durante el 2013 en espacios de trabajo sexual y en instalaciones de organizaciones de la sociedad civil. **Resultados:** los datos muestran que la superposición de las condiciones de género, pobreza y uso de drogas sobreexpone a las mujeres entrevistadas a vivir experiencias de violencia de todo tipo, desde la violencia sexual hasta la separación de sus hijos e hijas. **Conclusiones:** es necesario la formulación de políticas de drogas con perspectiva de género que atienda las necesidades particulares de las mujeres, en especial aquellas dirigidas a la elaboración del trauma y la deconstrucción de expectativas de género. Sensibilizar a personal de salud en reducción de daños y derechos humanos de personas con uso problemático de drogas es fundamental para mejorar la calidad de los servicios que se ofrecen a mujeres con uso problemático de drogas.

Palabras clave: mujeres, uso problemático de drogas, violencia, maternidad, derechos sexuales y reproductivos.

* Doctora en Estudios de Población. Profesora investigadora, Centro de Investigación y Docencia Económica (CIDE) Región Centro, Aguascalientes, Ags, México. E-mail: angelica.ospina@cide.edu.

 orcid.org/0000-0003-0768-5252. [Google Scholar](#)



Sexual and reproductive violence against women who are injection-drugs users on the northern border of Mexico. The border of rights?

Abstract

Objective: To demonstrate the experiences of violence faced by women who are injection-drugs users residing in Ciudad Juárez, Mexico. **Methodology:** A total of 14 in-depth interviews collected by the author during 2013 in sex workspaces and facilities of civil society organizations are analyzed. **Results:** The data show that the superposition of the conditions of gender, poverty and drug use overexposes the women interviewed to experience violence of all kinds, from sexual violence to the separation from their sons and daughters. **Conclusions:** It is necessary to draft drug policies with a gender perspective that addresses the particular needs of women, especially those aimed at the elaboration of trauma and the deconstruction of gender expectations. Sensitizing health personnel to harm reduction and human rights of women with problematic drug use is essential to improve the quality of services offered to women with problematic drug use.

Key words: women, problematic drug use, violence, motherhood, sexual and reproductive rights.

Introducción

La política prohibicionista frente a las drogas ha posicionado dos tipos de discursos frente a su uso. Por un lado, un discurso médico que enfatiza en las condiciones psicobiológicas que explican esta práctica. Desde este lugar, se invisibilizan los diferenciales de poder que estructuran las vidas de mujeres usuarias de drogas de tal forma que la sobreexposición que enfrentan estas mujeres a situaciones de violencia es vista como parte de las patologías que envuelven al uso problemático de drogas, obviando cómo el sistema de género establece unas condiciones que aumentan su probabilidad de vivir violencia (Martínez-Redondo, 2009).

Por otro lado, la política prohibicionista ha consolidado un discurso jurídico desde el cual se criminaliza y estigmatiza a las personas que usan sustancias ilegales (Chaparro, Pérez-Correa y Youngers, 2017). Al considerar a las personas usuarias de sustancias como criminales, se naturalizan las múltiples violencias que enfrentan.

En el campo específico del uso problemático de drogas, los estudios sobre mujeres usuarias se suelen centrar en su vulnerabilidad al VIH y otras ITS, dejando de lado aspectos estructurales como el lugar que ocupan las mujeres en dinámicas de compra-venta-uso de drogas y las experiencias de violencia que enfrentan a lo largo de sus biografías.

En el contexto generalizado de violencia que vive México actualmente¹ y en particular, debido a la intensidad que ha cobrado la violencia contra las mujeres en la última década², se hace pertinente visibilizar las violencias que enfrentan mujeres usuarias de sustancias ilegales en el país, con la finalidad de reflexionar sobre cómo mejorar los servicios de atención al uso problemático de drogas desde una perspectiva de género y derechos humanos.

En este artículo se presenta un análisis de las experiencias de violencia en el ámbito de la salud sexual y reproductiva que enfrentan mujeres que se inyectan drogas en Ciudad Juárez, en la Frontera Norte de México. Si bien esta población constituye un caso extremo y no representa al universo diverso de mujeres usuarias de drogas, las experiencias de violencia que en este texto se describen se erigen como formas extremas en que se materializa el estigma y la discriminación por la condición de uso problemático de drogas en el caso de las mujeres y contribuyen a abrir la discusión sobre las necesidades específicas de atención en salud de mujeres con uso problemático de drogas.

En un primer momento se presenta el contexto del estudio, resaltando la particularidad de Ciudad Juárez como escenario de alta prevalencia de sustancias ilegalizadas y de violencia. En un segundo momento se discuten los ejes conceptuales que guían la indagación género y violencia, intentando mostrar teóricamente cómo la perspectiva de género aplicada al campo del uso problemático de drogas ayuda a comprender la intensidad de las violencias que enfrentan cotidianamente las mujeres que participaron

¹ El registro oficial de defunciones reporta que en 2018 se contabilizaron 36,685 homicidios, lo que corresponde a una tasa de 29 homicidios por cada 100,000 habitantes (INEGI, 2019).

² De acuerdo con las últimas cifras disponibles, cada día se asesina a 10 mujeres en México (INEGI, 2019).

de este estudio en el ámbito específico de la salud sexual y reproductiva. En un tercer momento se describe cómo se accedió a las participantes y cómo se analizaron sus relatos. Finalmente se presentan los resultados organizados temáticamente en las experiencias de violencia relatadas por las participantes. Se concluye con ideas generales sobre la necesidad de incorporar la perspectiva de género en el diseño e implementación de programas de tratamiento para el uso problemático de drogas en México.

El contexto de uso problemático de drogas en mujeres en México

En México, sólo el 9,9% de la población entre 12 y 65 años reporta haber usado una droga ilegal alguna vez en su vida, de los cuales, el 2,7% lo ha hecho al menos una vez en el último año y sólo el 0,6% presenta uso problemático (Villatoro-Velázquez et al., 2017). En las mujeres, la situación de uso problemático de drogas es mucho más focalizada, en tanto sólo el 4,3% reporta haber usado alguna droga ilegal al menos una vez en su vida, el 1,1% haberlo hecho en el último año y sólo 0,2% presenta uso problemático (Villatoro-Velázquez et al., 2017). Aunque los hombres presentan prevalencias más altas de consumo, en las mujeres el aumento en las prevalencias de consumo ha sido mayor en comparación con el observado en hombres.³

Las ciudades de la Frontera Norte de México han presentado históricamente prevalencias más altas de uso problemático y no-problemático de drogas con respecto a otras regiones del país (Bucardo et al., 2005; Strathdee & Magis-Rodríguez, 2008). En particular, Ciudad Juárez y Tijuana son los principales puertos migratorios de México hacia Estados Unidos, esta condición ha facilitado que se consolidaran a lo largo del siglo XX como lugares clave para el tráfico de drogas hacia este país (Strathdee & Magis-Rodríguez, 2008). Ciudad Juárez y Tijuana son, además, las ciudades con mayor volumen de población que reporta usar drogas. Los últimos datos disponibles para Ciudad Juárez muestran que entre 1998 y 2005, la prevalencia de uso de alguna droga alguna vez en la vida pasó de 10% a 19% y la proporción de personas que reportaron haber usado más de una droga creció de 3% a 7% (Rojas-Giot et al., 2009). En 2003 se estimó que entre 3.000 y 3.500 personas en Ciudad Juárez usaron heroína inyectada, de los cuales, la mitad eran mujeres (Strathdee et al., 2012; Cravioto, 2003).

³ La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Encodat, 2016-2017) reporta que entre 2011 y 2016 el consumo entre mujeres aumentó 2,3 veces mientras que en los hombres el aumento en el mismo periodo fue de 56,3%

La visibilización del uso inyectado de drogas ilegales en mujeres en Ciudad Juárez ha emergido en el marco de la vigilancia epidemiológica del VIH, que se focaliza en poblaciones consideradas altamente vulnerables al virus, entre ellas, las mujeres trabajadoras sexuales (MTS). Estos estudios han documentado que el uso inyectado de drogas entre MTS es un fenómeno que emergió desde finales de la década de 1990 y se consolidó en la primera década del siglo XXI (Patterson et al., 2009; Bucardo et al., 2005), no obstante, no se encuentra información que permita explicar esta tendencia.

La sobreposición observada entre trabajo sexual y uso inyectado de drogas en el caso de las mujeres debe entenderse en un contexto de alta movilidad poblacional (Esparza, Waldorf y Chávez, 2013) y en el marco estructural de una economía fronteriza caracterizada por empleos poco calificados y de bajos salarios (Vega-Briones, 2011). En este estudio, se considera que las condiciones estructurales que viven las mujeres en Ciudad Juárez, caracterizadas por el tipo de trabajos con los que se insertan en el mercado laboral, la violencia generalizada que se reporta en la ciudad⁴ y el estigma de ser usuaria de sustancias ilegales, inciden en una sobreexposición a situaciones de violencia en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

Marco conceptual. Sufrimiento social, género y uso de drogas o de cómo entender las violencias

El discurso médico hegemónico frente a las drogas naturaliza las experiencias de violencia que viven las personas con uso problemático de drogas. Desde esta perspectiva, las expresiones de violencia hacen parte de la patología de la adicción, encubriendo los elementos estructurales que sostienen las prácticas violentas. En contraste, el concepto de sufrimiento social permite visibilizar las condiciones estructurales que favorecen la sobreexposición a violencias de todo tipo que enfrentan las mujeres participantes de este estudio, así como dar cuenta de las formas de respuesta que estas mujeres construyen frente a estas experiencias.

Por sufrimiento social se entiende “el ensamblaje de problemas humanos que tienen sus orígenes y consecuencias en las heridas devastadoras que las fuerzas sociales infligen en la experiencia humana” (Kleinman, Das & Lock, 1997, IX). Para estos

⁴ En 2018 se reportó una tasa de 88 homicidios por cada 100,000 habitantes en Ciudad Juárez (INEGI, 2019).

autores, el sufrimiento social es producto del efecto que tienen los poderes políticos, económicos e institucionales sobre las personas y sobre las respuestas que se plantean individual y colectivamente a diferentes problemas sociales.

Desde esta perspectiva, las experiencias de violencia relatadas por las mujeres participantes de este estudio son entendidas como expresiones de las relaciones asimétricas de poder que estructuran el campo de plausibilidad y de acción social de los sujetos (Kleinman, Das & Lock, 1997). El género está en el centro de estas relaciones asimétricas de poder.

El género es aquí entendido como estructura y como proceso. En tanto estructura es definido como una forma estable de desigualdad estructural (Furlong, 2006). Una “estructura de relaciones entre posiciones marcadas por un diferencial jerárquico” (Segato, 2003, p. 13) que, en tanto sistema de clasificación social a través del otorgamiento diferencial de estatus, participa en las maneras en que se organiza la desigualdad en una sociedad.

En tanto proceso, el género es un dispositivo que moldea las formas de ser hombre y mujer a través del control social de los comportamientos y consumos social y moralmente esperados de unos y otras (Segato, 2003). En tanto proceso disciplinante de los cuerpos, el género exige que, tanto hombres como mujeres, autorregulen sus comportamientos, emociones y deseos (Ettorre, 2015), que posterguen la búsqueda de placer a favor del cumplimiento de sus roles sociales. En el caso de los hombres trabajar para proveer en su hogar; en el de las mujeres, dedicarse a las tareas de reproducción y cuidado.

El uso de drogas constituye una transgresión a este orden social que exige la autorregulación de los cuerpos y, por ello, esta práctica social es asociada desde el discurso médico a una baja capacidad de control de los impulsos, en consecuencia, la persona-usuaria es concebida socialmente como alguien poco confiable, emocionalmente inestable y con falta de voluntad (Ospina-Escobar, 2019).

Si bien es cierto que hombres y mujeres se enfrentan al estigma de ser usuarios de sustancias, los mandatos de género conllevan a que los efectos del estigma recaigan con mayor peso sobre las mujeres, en parte por los roles socialmente asignados a ellas de madres y cuidadoras, pero también por la supresión de la búsqueda de placer como elemento fundante de la subordinación femenina (Furlong, 2006) y por la

relación que establecen con la ilegalidad en el esfuerzo por aprovisionarse de las sustancias (Llort-Suárez et al., 2013).

De este modo, las mujeres usuarias son construidas como mujeres intencionalmente rebeldes que son moralmente corruptas y “desviadas” en formas socialmente inaceptables (Ettorre, 2015). En este contexto, la violencia opera como castigo físico por transgredir la subordinación impuesta por el sistema de género. Las experiencias de violencia vividas en el ámbito particular de la salud sexual y reproductiva se plantean aquí como una ventana para ahondar en expresiones específicas de violencia que viven las mujeres usuarias en tanto se expresan en la anatomía particular de los cuerpos femeninos y en el intento de control de su sexualidad y sus procesos reproductivos, elementos en donde se anclan las experiencias que definen lo “femenino” desde el sistema de género hegemónico (Lagarde, 2011).

La hipótesis que se pone a prueba en el texto es que la sobreposición de las condiciones de género, uso de sustancias ilegales y ocupación, ubica a las mujeres participantes del estudio en una posición de subordinación que favorece las experiencias de violencia en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Estas experiencias de violencia, como lo plantean Scheper-Hughes y Bourgois (2004), se van estructurando a modo de espiral a lo largo de los cursos de vida individuales, por lo que resultan en eventos reiterados, que van aumentando su intensidad a lo largo del tiempo y permean diferentes aspectos de la vida de estas mujeres, estructurando formas particulares de subjetividad en las que el uso intenso de sustancias se torna central en tanto estrategia de sobrevivencia.

Método

Este texto aporta elementos que permiten visibilizar condiciones de vulnerabilidad a experiencias de violencia que enfrentan mujeres que se inyectan drogas (MID) en Ciudad Juárez en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Para ello, se analizaron 14 entrevistas en profundidad realizadas por la autora durante 2013 con MID en Ciudad Juárez, en el marco de un proyecto sobre necesidades de salud sexual y reproductiva. Si bien al 2020 han pasado siete años de la realización de dichas entrevistas, las condiciones de vida de estas mujeres y dinámicas de uso de drogas no ha cambiado de manera significativa (Fleiz-Bautista et al., 2019), por lo que se considera que la información y el análisis que se presenta siguen siendo relevantes para pensar los servicios de atención al uso problemático de drogas en mujeres en México.

Muestra

La población del estudio son mujeres mayores de edad que se inyectan drogas al menos una vez cada día, residentes en Ciudad Juárez, México. Todas las mujeres entrevistadas son principalmente usuarias de heroína inyectada, que se combina con el uso diario de marihuana. Por las características de la población participante, en este estudio retomo un muestreo de casos críticos (Martínez, 2012) que constituyen las usuarias más estigmatizadas y vulnerabilizadas del universo diverso de usuarias de drogas ilegales en México. En estas condiciones, la selección de casos extremos permite reconstruir retrospectivamente los mecanismos institucionales, sociales e individuales a través de los cuales se configuran las experiencias de violencia en las mujeres entrevistadas y la manera en que responden a ellas.

Ante la falta de información sobre las experiencias de violencia que viven otras mujeres con uso problemático de drogas en contextos menos adversos, la descripción de esta situación en una población que se enfrenta a condiciones extremas de vulnerabilidad, estigmatización y violencia permite llamar la atención sobre la urgencia de vincular la dimensión de género en los programas de tratamiento y reducción de daños.

La muestra se construyó partiendo de un listado inicial de potenciales participantes construido con representantes de organizaciones sociales que trabajan con MID y con promotoras pares que implementan acciones de reducción de daños con esta población. Se entrevistó a las mujeres que se listaron inicialmente y se detuvo el reclutamiento de nuevas participantes al considerar que se había alcanzado la saturación teórica de la muestra (Martínez, 2012).

En general, el promedio de edad de las MID participantes en las entrevistas en profundidad fueron los 33 años, con una variación que va de los 20 a los 50 años. Un 90% reportó haber nacido en México; 70% reportó tener una pareja varón usuario de drogas inyectables al momento del levantamiento de la información. El trabajo informal y la baja escolaridad fueron elementos comunes en la muestra, independientemente de la edad.

Tabla 1. Características sociodemográficas generales de las mujeres entrevistadas

ID	Edad	Escolaridad	Ocupación actual
Sandra	20	Secundaria completa	Ama de casa
Violeta	22	Secundaria incompleta	trabajadora sexual
Vivi	22	Secundaria incompleta	Comerciante
Nora	24	Secundaria incompleta	Trabajadora sexual
Karla	25	Secundaria incompleta	Vendedora de mostrador
Susy	28	Secundaria incompleta	Trabajadora sexual
Ángel	28	Secundaria incompleta	Ama de casa
Zule	30	Secundaria incompleta	Comerciante
Julia	30	Secundaria incompleta	Trabajadora sexual
Vicky	33	Secundaria incompleta	Comerciante
Mónica	34	Secundaria incompleta	Comerciante
Raquel	35	Primaria completa	Trabajadora sexual
Ruby	36	Primaria completa	Trabajadora sexual
Fátima	50	Primaria incompleta	Trabajadora sexual

Fuente: elaboración propia.

Instrumento

Se utilizó una guía de entrevista semiestructurada que exploraba, a través de las experiencias de vida de las entrevistadas, el acceso que han tenido a servicios de salud sexual y reproductiva, las características de estos servicios, la percepción de la calidad de estos, las barreras que ellas encuentran para atender diversos aspectos de su salud sexual y reproductiva, y las necesidades que ellas perciben. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 60 minutos.

Adicionalmente se realizaron entrevistas a actores institucionales que ofrecen servicios de salud a MID. La guía de entrevista a actores institucionales buscaba identificar los servicios de salud sexual y reproductiva que se ofrecen a mujeres y los protocolos de atención a MID. Para ello se partió de un inventario de instituciones,

se contactaron y se concertaron citas para la realización de las entrevistas, las cuales se llevaron a cabo en las oficinas de los proveedores (ver Tabla 2).

Tabla 2. Instituciones donde se realizaron entrevistas a proveedores de servicios para MID

Institución	Perfil profesional del entrevistado
Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida y otras ITS (CAPASITS)	Médico tratante
Programa Compañeros A.C.	Trabajadora social
Misericordia y Vida al Paciente con SIDA A.C.	Trabajadora social
Red Mesa de Mujeres Juárez	Trabajadora social
Centro de Justicia para la Mujer	Abogada
Centro de Rehabilitación Ave Fénix	Responsable del centro
Programa Estatal de Equidad de Género y Salud Reproductiva	Socióloga
Clínica de Metadona – CIJ	Médico tratante
Clínica integral de tratamiento contra las adicciones	Médico tratante

Fuente: elaboración propia.

Procedimiento

El acceso a las mujeres participantes en el estudio fue facilitado por la realización de un trabajo etnográfico que ha venido adelantando la autora en esta ciudad de manera intermitente desde 2010, en el marco del seguimiento a intervenciones de reducción de daños en varias ciudades de la frontera norte de México.

La presencia intermitente en campo desde 2010 permitió a la autora establecer relaciones de confianza y apoyo con promotoras pares, usuarias y exusuarias de drogas inyectadas que realizan actividades de reducción de daños con otras MID en diferentes puntos de encuentro de la población en Ciudad Juárez. Así mismo, el acercamiento etnográfico facilitó el acceso a organizaciones de la sociedad civil que ofrecen servicios de reducción de daños a personas que se inyectan drogas en esta ciudad. El acceso a las participantes del estudio se logró a través de las promotoras pares con quienes se mantenía comunicación personal y a través de las organizaciones mencionadas.

En un primer momento se presentó el proyecto a representantes de las organizaciones y a las promotoras pares. En esta presentación se informó de la necesidad de realizar entrevistas con MID, siguiendo los criterios comentados. Tanto las promotoras pares como las representantes de las organizaciones ofrecieron un listado de contactos posibles que podrían participar en las entrevistas. Estas MID identificadas fueron contactadas en compañía de las promotoras pares, con la finalidad de explicarles el objetivo del estudio y las condiciones de realización de la entrevista, en caso de que accedieran a participar. El acompañamiento de las promotoras pares fue fundamental para lograr la aceptación de la entrevista en todas las participantes contactadas.

Las entrevistas se realizaron en lugares concertados con las participantes: sus casas, sus lugares de trabajo o las instalaciones de las organizaciones civiles. En todos los espacios se lograron condiciones óptimas de privacidad y en ninguna entrevista hubo terceras personas participando o escuchándolas. Antes de iniciar la grabación, se pidió a las participantes adoptar un seudónimo para proteger su identidad, se recordó los objetivos del estudio, se reiteró el carácter voluntario de su participación y su derecho a no responder preguntas que consideraran incómodas, así como a terminar la entrevista en el momento en que así quisieran. Se les ofreció una tarjeta con información de contacto de la autora por si surgían dudas e inquietudes. Todas las participantes firmaron un consentimiento informado antes de iniciar la entrevista.

Todas las entrevistas fueron audiograbadas, transcritas y analizadas usando una matriz con categorías emergentes y temas de interés del estudio (ver Tabla 3). Los nombres que aquí se utilizan no corresponden con los nombres reales de las participantes con la finalidad de proteger su identidad y la confidencialidad de la información proporcionada.

Tabla 3. Categorías analíticas y códigos utilizados en el análisis de las entrevistas

Categoría	Códigos
Trayectorias reproductivas	Edad a la primera relación sexual al primer embarazo, al primer aborto, último aborto
Fecundidad, prácticas anticonceptivas y preferencias reproductivas	Número de hijos, uso de métodos anticonceptivos, número ideal de hijos e hijas
Salud materna	Acceso a servicios de atención prenatal, parto y puerperio, calidad de los servicios, experiencias en los servicios
Violencia sexual	Experiencias de violencia sexual y acceso a servicios de atención
VIH e ITS	Acceso a servicios de prevención, atención y tratamiento de VIH y otras infecciones de transmisión sexual
Reducción de daños	Servicios, experiencias
Tratamiento para uso problemático de drogas	Servicios, experiencias, requisitos para acceder
Agencia	Redes de apoyo, silencio, sororidad

Fuente: elaboración propia.

Resultados y Discusión

Dado que el análisis se centra en el ámbito de la salud sexual y reproductiva⁵, presento los hallazgos a partir de los temas que, desde la demografía y los estudios de población, se establecen como ejes para la provisión de servicios de salud en este ámbito de la vida (Salles y Tuirán, 2003) y que fungieron como categorías en el análisis de la información (Tabla 3).

Trayectorias de salud sexual y reproductiva

Las participantes reportaron los 14 años como edad promedio a la primera relación sexual. En cinco de los 14 casos, la primera relación sexual fue producto de una violación. Esta edad reportada se considera temprana, dado que la edad media a la primera relación sexual de las mujeres en México es 17,7 años en general y de 15,9 años en mujeres sin escolaridad (Conapo, 2016). El inicio temprano de la

⁵ Entendida como “El estado de completo bienestar físico, mental y social de los individuos en todos aquellos aspectos relativos a la reproducción y la sexualidad” (Salles y Tuirán, 2003, p. 16).

vida sexual subraya condiciones estructurales de desigualdad y violencia bajo las cuáles desarrollaron sus vidas las mujeres participantes en este estudio, aún antes de iniciarse en el uso de sustancias ilegales.

Sólo dos de las 14 mujeres entrevistadas reportó no haber estado embarazada al momento de la entrevista. En promedio reportaron haber tenido tres embarazos. La mitad de las participantes que habían estado embarazadas reportaron haber tenido su primer embarazo antes de los 14 años. Se presenta también poco espaciamiento entre los nacimientos, especialmente entre los primeros, posiblemente por falta de información.

Yo tenía 13 años cuando me embaracé por primera vez, no tenía idea lo que estaba pasando y apenas me alivié [tuvo el parto] volví a embarazarme...
(Nora, 24 años)

En los relatos, el inicio del uso de drogas es un evento posterior al primer embarazo y entre aquellas que no han estado embarazadas, posterior a la iniciación sexual. De este modo, ninguna de las participantes reportó haberse inyectado drogas, ni haber usado alguna sustancia ilegal durante su primer embarazo. En general, se encuentra que los 16 años fue la edad promedio al primer uso de drogas ilegales y los 21 años la edad al primer uso inyectado de las mismas.

Con respecto a la trayectoria de trabajo sexual, sólo una de las participantes reportó nunca haber intercambiado sexo por dinero o drogas y en todos los casos, la primera experiencia de sexo transaccional o comercial se había vivido después de la iniciación en el uso de drogas, alrededor de los 17 años. Si bien no se indagó sobre las condiciones bajo las cuales las participantes se iniciaron, permanecieron o abandonaron el trabajo sexual, es posible pensar que las edades tempranas de iniciación de la vida sexual y reproductiva, la alta prevalencia de violencias de todo tipo, incluida la sexual, aunada a las condiciones de pobreza y marginalidad en la que las mujeres del estudio vivieron su infancia y adolescencia, y el estigma y la discriminación laboral que genera el uso de sustancias⁶, son elementos que van construyendo una trayectoria de vida en la que el trabajo sexual aparece como horizonte posible y como alternativa de generación de ingresos, en el marco de una economía de frontera.

⁶ Por ejemplo, el ingreso al trabajo en las maquilas en algunas ocasiones está determinado por pasar pruebas de antidoping.

Mi amá no me quería, conmigo sólo eran puros golpes, yo digo que por ser mujer, porque con mis hermanos hombres era amorosa (...) Eso me fue volviendo dura y rebelde desde muy chica. Me gustó la calle y andar con los cholos y eso enfurecía más a mi amá, que no me bajaba de puta desde muy chica. Cuando mi amá se juntó con un señor ya supe yo que (...) que no podía seguir ahí y me fui a vivir al centro (...) A la calle con otros morrillos que conocía y como ya me estaba desarrollando, me hacían propuestas de irme con tal o cual señor y pues (...) se me hizo fácil, porque yo ya no era señorita (...) Me habían violado otros cholos de por allá (...).
(Fátima, 50 años)

En este contexto particular, es fundamental considerar el trabajo sexual no solo como “una decisión” de las mujeres o como consecuencia del uso problemático de sustancias, sino también una expresión de la violencia que genera el sistema de género en términos de distribución desigual de recursos y división del trabajo entre hombres y mujeres (Furlong, 2006). En estos términos resulta notable que el trabajo sexual se configura como uno de los pocos campos laborales en los que esta población se puede desempeñar a la vez que constituye un escenario para el ejercicio de violencias múltiples.

Como lo plantea Martínez-Redondo (2009), la mayor trasgresión imaginada y concebida socialmente para una mujer es la de ‘prostituta’, estigma identitario por excelencia. Así, el sistema de género limita las posibilidades laborales de las mujeres ‘adictas’ y el trabajo, en tanto institución social que otorga un determinado valor a la persona en función de la labor que realiza, refuerza la inferioridad moral de estas mujeres, exacerbando su distancia social de las “buenas mujeres”. Por tal motivo, el ejercicio del trabajo sexual en las condiciones en que las participantes lo realizan⁷, puede considerarse una expresión de violencia sexual, pues son esas condiciones las que favorecen que las experiencias de violencia se configuren como inevitables por el hecho de ser mujer-‘adicta’-‘prostituta’.

Fecundidad, prácticas de anticoncepción y preferencias reproductivas

El promedio de hijos e hijas entre las participantes fue tres con un máximo de 16 hijos e hijas. La mayoría reportó haber tenido abortos espontáneos asociados —desde su punto de vista— al uso de drogas y a situaciones de violencia durante el embarazo.

⁷ Es un trabajo precarizado, informal, sin seguridad social ni tipo de protección ante situaciones de violencia.

La edad promedio al primer aborto son los 15 años y en promedio han tenido dos abortos a lo largo de su curso de vida. Las mujeres reportan preferir atenderse en sus casas o en farmacias cercanas, para evitar la criminalización que podrían vivir en los servicios de salud.

Yo la neta, prefiero no ir al hospital, aunque me esté muriendo. Me pasó que estaba acostada y de repente sentí ganas de hacer del baño y ya cuando estaba ahí sentí un dolor muy fuerte y se me salió el bebé y ahí ya me desmayé. Cuando llegó mi viejo, estaba desmayada en un charco de sangre. Él insistió en que fuéramos al hospital, yo no quería porque ya sé cómo nos tratan (...) Por ser adictas, no tienen ninguna compasión, nos hacen esperar (...) Ni anestesia nos ponen. Y fuimos y ahí me acusaron de que yo me había provocado el aborto, les intenté explicar, pero no hubo manera, entonces en cuanto vi oportunidad me escapé.

[Entrevistadora: ¿Pero te brindaron alguna atención?]

No, ellos sólo querían meterme al bote (...) Es que le digo señorita, cuando somos adictas, para los médicos somos menos que animales. (Vicky, 33 años)

Todas las participantes reportaron conocer a otras usuarias que se habían provocado abortos en algún momento de sus vidas, pero ninguna reconoció haberse practicado alguno. La principal razón que las participantes encuentran para provocarse un aborto es que el embarazo había sido producto de una violación. En esa medida, las participantes del estudio pareciera que reproducen una visión tradicional de la maternidad y de las expectativas de género, desde las cuales esta define en gran medida, el deber ser de la mujer (Lagarde, 2011), normatizando la reproducción biológica.

En relación con ello, al preguntarles sobre sus preferencias reproductivas, la mayoría de las participantes manifestó su deseo de embarazarse de nuevo, independientemente de su paridad.

Yo tengo cuatro hijos, tres mujeres y un niño, pero ahora, quisiera tener otro con mi nueva pareja, porque nunca es igual cuando no son hijos biológicos de ellos. Él los trata bien y todo, pero la sangre es la sangre. (Raquel, 35 años)

En algunos casos, las preferencias reproductivas no son una decisión de la mujer, sino que pasa por el tipo de relación de pareja que establezcan y el tipo de redes sociales de apoyo con que cuenten. Al parecer, entre menores son las redes de apoyo de las participantes, más dependen de la pareja y su posibilidad de negociar con ellos sus preferencias reproductivas y/o el uso de anticonceptivos se ve limitada. En estos contextos, las mujeres manifiestan querer tener hijos e hijas como un símbolo de la alianza con la pareja actual.

Es muy importante para ellas tener pareja, se sienten protegidas cuando están en pareja y por eso la pareja es todo para ellas, no van a hacer nada que esté en contra de ellos. Por eso, en muchos casos, son sus parejas las que no las dejan usar anticonceptivos, porque así ellos sienten que tienen más control. Cuando les hablas de anticonceptivos, inmediatamente te dicen, 'si me interesa, pero tengo que pedirle permiso a mi viejo'. Además, en esos contextos de tanta violencia, los hijos son considerados una ofrenda al hombre, y por eso siempre quieren embarazarse, no importa cuántos hayan tenido. (Representante de organización de reducción del daño de Ciudad Juárez)

Esta dificultad para negociar las preferencias reproductivas también debe ser leída en clave de género, pues deviene de la idealización del amor romántico que, como bien afirma Lagarde (2011), se caracteriza por la dádiva, en la que la mujer deviene objeto del otro. No solo entrega su cuerpo, sus cuidados, sino que se entrega ella misma, sus deseos, su subjetividad, otorgándole al varón el lugar central de la propia existencia. La posibilidad de embarazarse y *ofrendar* hijos a la pareja varón viene a simbolizar su capacidad de entrega y se traduce en la limitada autonomía para decidir sobre los métodos anticonceptivos a utilizar. El castigo por ejercer la autonomía en este ámbito es la violencia por parte de la pareja.

A mi viejo no le gusta que me cuide, porque piensa que si lo hago es porque ando con otros (...) Hace un tiempo me convencieron de ponerme el dispositivo y preferí no decirle, con tan mala suerte que tuve una infección y me tocó ir a que me lo quitaran. Él se dio cuenta y me pegó una madriza, porque pensaba que andaba con otros (...) Ni ganas me quedaron de volver a hacerlo. (Vivi, 22 años)

En esa medida, no sorprende que los métodos anticonceptivos más utilizados por la mayoría de participantes para controlar su fecundidad sean el coito interrumpido y el condón masculino.⁸

En los relatos, no sólo son las parejas, sino también los médicos, quienes limitan la autonomía de las participantes para decidir sobre su fecundidad, por lo que la violencia obstétrica aparece como otra manifestación de las violencias que viven las participantes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

Yo tengo el DIU hace 6 años —E: ¿Has ido a control con tu ginecólogo?
— No, no sabía que tenía que ir a checarme, sólo me lo pusieron cuando me alivié de mi hijo, pero ya no me dijeron nada más. (Julia, 30 años)

Después de que tuve a mi última hija ya no volví a embarazarme, no me di cuenta sino hasta ahora, que quería tener un hijo con J, pero no quedaba, no quedaba, entonces fui al centro de salud y ahí me dijeron que me habían cortado las trompas (...) Que ya no iba a poder (...) Me quedé en shock porque pensé que ya no iba a poder ser mamá y como le digo, era algo que me daba ilusión, darle un hijo a J (...) Me sentí muy triste, con mucho coraje (...) como burlada, porque nunca me dijeron nada los doctores. (Raquel, 35 años)

La violencia obstétrica que ejercen los médicos hacia las mujeres usuarias de drogas queda legitimada bajo el supuesto de incapacidad moral de estas mujeres para ser madres. Su bajo estatus y la supuesta carencia de la capacidad de mantener una conducta moralmente aceptable son razones suficientes para justificar la esterilización no consentida y en el mejor de los casos, la implantación no consentida de métodos anticonceptivos semipermanentes.

Salud materna

Los relatos de las participantes muestran que la detección del embarazo ocurre durante el primer trimestre de este.

Pues uno ya sabe cuando está embarazada porque el cuerpo no es igual. Aún cuando no te baje la regla, porque por la droga deja de bajar, pero tu cuerpo cambia y la panza se pone dura. (...). (Susy, 28 años)

⁸ Sólo tres de las entrevistadas reportó usar el DIU y tres más reportó “estar operada”, una de ellas sin su consentimiento.

En la mayoría de los casos, tras la sospecha de embarazo se recurre a una prueba rápida de orina que se compra en farmacias. El costo de estas pruebas corre por cuenta de la mujer, su familia o su pareja, pues normalmente no son un servicio gratuito que se ofrezca desde las organizaciones de la sociedad civil, centros de tratamiento o clínicas de metadona.⁹

Tras un resultado positivo en una prueba rápida de embarazo, algunas mujeres optan por solicitar apoyo a sus familias de origen o a su pareja para intentar disminuir el uso de drogas. Aquellas que no cuentan con redes de apoyo suficientes y dependen de los centros públicos y gratuitos del Estado, se enfrentan a la falta de cobertura en los servicios de tratamiento para la dependencia a las sustancias. Los centros de tratamiento de adicciones sólo reciben mujeres con menos de cinco meses de embarazo, argumentando que no tienen las condiciones de infraestructura ni de personal necesarias para brindar la atención que requieren las mujeres en un periodo más avanzado de gestación. En los albergues para embarazadas no reciben mujeres que sean usuarias activas de droga. En estas circunstancias, las MID con más de cinco meses de embarazo y que no cuentan con redes de apoyo social, tienen limitadas posibilidades de acceso a servicios para disminuir su consumo de drogas y deben enfrentar solas el doble reto de su situación.

Cuando supe que estaba embarazada fui al metadón [clínica de metadona], pero el doctor me dijo que el medicamento ponía en riesgo al bebé y que mejor me internara. Estuve buscando, pero en ningún centro me recibían en ese estado. Entonces estuve batallando en la calle, me inyectaba poquito, un día sí y un día no, sólo para calmar el malestar, porque no soportaba los malillones [síndrome de abstinencia], batallé mucho y para nada. (Zule, 30 años)

En el centro [de rehabilitación] no recibimos embarazadas porque no tenemos servicios para apoyarlas y si se ponen malas, es un problemón para nosotros. Al momento del ingreso, se les pide una prueba de embarazo y si sale positiva, se le informa de la situación y que no podemos recibirla. (Representante Centro de Rehabilitación No-Gubernamental)

⁹ La metadona es el único medicamento disponible en México que permite tratar los síntomas del síndrome de abstinencia a opioides que aparece en respuesta a las adaptaciones celulares que la estimulación permanente que generan estas sustancias en el sistema nervioso central. Este es un medicamento esencial incluido en el cuadro básico de suministros del sector salud.

Las clínicas de metadona también son renuentes a brindar el servicio a mujeres embarazadas, aduciendo que el medicamento puede generar malformaciones en el bebé y por ello sólo pueden medicar después de la 14^a semana y hasta antes de la semana 32. Ninguna de las tres clínicas de metadona visitadas, había atendido casos de MID embarazadas.

El temor al síndrome de abstinencia y a ser separadas del recién nacido, genera que las MID eviten acudir a los hospitales al momento del parto, lo que aumenta los riesgos a la salud de ellas y en el/la recién nacido(a).

Yo pienso que las mujeres prefieren parir en el picadero, antes que ir al hospital para evitar la malilla [síndrome de abstinencia]. Yo cuando me iba a aliviar [a parir] de mi último hijo, estaba viviendo en el canal, en Tijuana, y justo ese día no había droga y yo empecé a sentir las contracciones y que ya se me venía el bebé, pero no quería irme al hospital sin la cura [dosis de heroína], decía, noo me muero en la sala de parto y entonces esperé y esperé hasta que ya mi esposo me llevó y me dejó en el hospital.

Cuando llegué me dijeron que tenía que caminar porque no había dilatado lo suficiente y entonces me regresé al canal y ya había cura [heroína], entonces me curé [se inyectó] y ahí si volví al hospital y me alivié [parió] bien a gusto. Le pedí mucho a Dios que no me fuera a dar la malilla y que pudiera soportar hasta el otro día y así fue. Nos dieron de alta al otro día (...) (Fátima, 50 años)

El derecho a la maternidad

Cuando llegué al hospital me hicieron un antidopping y salí positiva a heroína entonces apenas nació me lo quitaron, sólo lo pude ver a través del cristal. Él estaba bien, pero yo nunca pude tocarlo. Después me dieron de alta y cuando pregunté por el bebé me dijeron que él se tenía que quedar, cuando regresé al día siguiente, ya se lo habían llevado al DIF y ahora nadie me da razón de él. (Violeta, 22 años)

La legislación mexicana no establece criterios claros para determinar las condiciones bajo las cuales los hijos e hijas deben ser separados de sus madres, razón por la cual, cada juez/jueza puede determinar bajo su propio criterio si las condiciones de vida de la madre violan o no la Convención de los Derechos del Niño y la Niña o la Ley General de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes. En este contexto, comúnmente una mujer catalogada como desviada por su consumo de drogas no es

considerada un cuerpo válido para la reproducción y mucho menos para ejercer la maternidad, por lo que la separación de sus hijos e hijas por parte de las instituciones de asistencia, legales y sociales, es casi inevitable.

La separación de los hijos e hijas opera como un castigo ejemplar por la violación de los mandatos de género que supone para estas mujeres el uso de drogas ilegales. Aunque las biografías de estas mujeres están plagadas de violencias de todo tipo, en sus relatos, la separación de su prole es significada como una de las experiencias más traumáticas. Ello, aunado a las otras experiencias de violencia, agudiza en muchos casos, su condición de uso problemático de drogas, ahondando en la internalización del estigma como sujeto inadecuado.

Cada hijo es una ilusión (...) Lo triste es cuando te quitan esa posibilidad por ser adicta. No te preguntan nada, sólo dicen que ellos están mejor en el DIF. Pero eso no es solución. Allá se enferman, sufren porque quieren estar conmigo y no hay nadie que los abrace y les explique lo que pasa (...) Yo sufro parejo con ellos, porque son mis hijos y me los quitaron (...) Todo se convierte en una pesadilla, vivir con su recuerdo, imaginarse cómo están (...) Eso me llevó a recaer y ahí sí, los perdí para siempre (...) No importa cuánto me haya esforzado por cambiar de vida, al final me los arrancaron de mis brazos. (Ruby, 36 años)

Por otro lado, la idealización de la condición de madre conlleva a minimizar los riesgos de asumir una maternidad en condiciones de máxima vulnerabilidad. En muchos casos, la hija(o) se convierte en garante de su recuperación, lo que, cuando no ocurre, redunda en la internalización del estigma de su condición de sujeto fallido y en un nuevo deseo de hija(o) para construir un nuevo ideal de vida sin drogas.

Acceso a servicios de prevención, atención y tratamiento de VIH y otras ITS

El principal servicio de salud sexual que recibían las participantes del estudio eran pruebas de detección de VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y acceso a condones. En Ciudad Juárez, organizaciones de la sociedad civil realizan desde finales de la década de 1980 actividades de reducción del daño en lugares de encuentro, lo cual favorece el acceso a insumos de inyección y otros servicios de salud.¹⁰

¹⁰ El programa *Compañeros* ofrece servicio médico, odontológico y atención psicológica, acceso a duchas, comida, peluquería y ropa limpia, distribución gratuita de medicamentos y acompañamiento a servicios especializados de salud. Además de capacitaciones en prevención de sobredosis y derechos humanos, distribución comunitaria de Naloxona, intercambio de jeringas, entre otros.

Debido a la focalización de los servicios de prevención de VIH en poblaciones de mujeres trabajadoras sexuales, la mayoría de las participantes reporta haber tenido contacto con organizaciones civiles y gubernamentales que realizan actividades de prevención de VIH en los lugares de trabajo sexual. Sin embargo, los esfuerzos de prevención de VIH han reducido el espectro de necesidades de salud sexual y reproductiva que tienen estas mujeres, de modo que no se ofrecen pruebas de embarazo, información sobre sexualidad en general y anticoncepción en particular, apoyos para acceder a servicios de atención en salud materna, ni información sobre reducción de daños y salud sexual y reproductiva.¹¹

En general, la fragmentación de los servicios de salud incide en que la salud sexual y reproductiva de las MID, más allá del VIH y las ITS, no sea una prioridad. A pesar de ser una población muy institucionalizada, pues pasan de manera recurrente por centros de tratamiento para adicciones, clínicas de metadona, servicios de urgencias hospitalarias y el sistema carcelario, tienen acceso deficiente a información sobre salud sexual y reproductiva. Ello evidencia, por un lado, que los servicios de atención a las adicciones están pensados exclusivamente para hombres y por el otro, que el discurso dominante sobre las mujeres que consumen drogas se centra en el marco de su vulnerabilidad al VIH e ITS.

Nuestra principal preocupación aquí en el centro [centro de tratamiento de adicciones], es que dejen de consumir, en eso nos enfocamos. Como aquí no tienen sexo, pues tampoco hay riesgo de que se embaracen, entonces no hablamos de eso [métodos anticonceptivos]. Una asociación civil viene de vez en cuando a darles pláticas y les reparte condones, pero para evitar tentaciones y como aquí no tienen sexo, nosotros después se los retiramos. (Directora Centro de Tratamiento No Gubernamental de Ciudad Juárez)

La violencia institucional que enfrentan las MID al momento de solicitar un servicio de salud, más allá del ámbito específico de la salud sexual y reproductiva, es el principal factor que las desincentiva a acudir a las instituciones públicas. Esta violencia puede ser ejercida por todo el personal que labora en las instituciones, desde personal de seguridad y administrativo, pasando por las áreas de enfermería y de especialidades médicas.

¹¹ Como por ejemplo uso de drogas y embarazo, menstruación y uso de sustancias, interacción entre anticonceptivos hormonales y sustancias, etc.

Es que ir al Hospital General es bastante incómodo. Para empezar a veces no nos dejan ni poner un pie en el Hospital porque no tenemos identificación, entonces hay que echarse la bronca desde el principio hasta con el guardia y ya que estás ahí adentro, todo el mundo te mira como ‘esta que hace aquí’ y a uno le toca aguantar y aguantar (...) (Susy, 28 años)

La violencia que viven las participantes en las instituciones de salud se expresa de muy diversas maneras: la negación de entrada a las instalaciones por su apariencia física, la no atención por falta de documentos de identidad, altos tiempos de espera, la no entrega de medicamentos esenciales (p.e. paliativos para el dolor, tratamiento antirretroviral y/o tratamiento para la hepatitis C), los regaños por su condición de uso de sustancias, la alusión a su malas condiciones de higiene, la negligencia al momento de realizar procedimientos, las esterilizaciones forzadas y la separación de sus hijos, entre otros.

Pues si vas y el médico te mira con cara de fuchi y te dice ve a bañarte (...) Pues te sientes bien mal y no regresas, ellos no entienden que vives en la calle y que si no te bañas no es porque no quieras, sino porque no tienes dónde hacerlo. (Raquel, 35 años)

No está escrito en la norma, pero los expertos nos dicen ‘quieren desperdiciar el tratamiento, dénselo a un adicto’, y es cierto, porque ellos prefieren la droga a tomarse el medicamento. No se los negamos, pero, de todas formas, lo vamos a perder, entonces lo que hacemos es mandarlos a un centro de rehabilitación, les decimos ‘vete al centro’ y ahí te empezamos a dar el tratamiento, es la única forma de poder controlarlos. (Representante de CAPASITS de Ciudad Juárez)

A pesar de que todas estas situaciones constituyen violaciones al derecho a la salud, el peso del estigma por su condición de uso de sustancias, y la vivencia reiterada de estas experiencias, hace que no se levanten las denuncias correspondientes, pues hay una certeza de que no va a pasar nada y antes bien, van a ser revictimizadas en un contexto generalizado de violencia institucional. En las situaciones en que las denuncias son levantadas por parte de organizaciones civiles, sólo se emiten recomendaciones que no tienen implicaciones penales para los proveedores de servicios, de modo, que no logran incidir en el *habitus* médico desde el cual se institucionaliza la violencia hacia las MID.

En general, al no existir protocolos de atención específicos para mujeres con uso problemático de sustancias en las instituciones públicas de salud, la calidad de la atención que reciben termina recayendo en voluntades individuales que se van sumando, pero que no responden a la forma como se estructuran los servicios. Pareciera que desde el *campo* médico la condición de uso problemático de droga supusiera perder el derecho a la salud.

Violencia sexual

Todas las entrevistadas reportaron haber sido violadas y, la mitad de ellas, antes de los 15 años, mientras que una tercera parte reportó haber sufrido varios eventos de violencia sexual en su curso de vida. En los relatos esta violencia aparece perpetrada por clientes en el trabajo sexual, parejas sexuales, familiares, otros usuarios de drogas, agentes de seguridad del estado o por desconocidos que las levantaron de sus lugares de encuentro o trabajo.

La primera vez que me violaron fue cuando tenía como 14 años, yo prácticamente vivía en la calle y allí siempre andaban unos vatos [muchachos]. Un día iba a casa de una amiga y de repente me agarraron entre todos y me metieron a un tubo. Grité y grité, pero nadie me oyó. Después ya me soltaron y entonces fui donde mi amiga llorando y sangrando. Ella me dejó quedarme en su casa como una semana, hasta que ya me sentí mejor. (Raquel, 35 años)

De acuerdo con Rita Segato (2003), la violación ha sido históricamente un acto disciplinante hacia un sujeto femenino que ha salido de su lugar. Es decir, que ha mostrado signos de sociabilidad y de sexualidad autónomos o, que se encuentra lejos del tutelaje del varón. En este caso, es un acto recurrente en la vida de sujetos que han sido ubicado en un lugar extremadamente marginal en la estructura de estatus: mujeres-‘adictas’-‘prostitutas’ y ese lugar subordinado es el que establece la violación como acto posible para el perpetrador. En el caso de las participantes del estudio, resalta además de la recurrencia de la experiencia, el nivel de crueldad expresado en los relatos, que da cuenta de la existencia de unos cuerpos deshumanizados, posiblemente por el doble estigma de ser “prostituta y adicta”.

Segato (2003) advierte que una violación, aunque cometida por un solo sujeto, nunca es un acto individual, pues se trata de un acto marcado por la “comprensión de la

centralidad y la estructura de la diferencia del género” (Segato, 2003, p. 36). En esa medida es importante subrayar aquí el peso que tiene el estigma de la condición de uso de drogas en las vidas de las mujeres entrevistadas y cómo sus muertes son invisibilizadas y en muchos casos naturalizadas.

Pese a la severidad de la violencia, en la mayoría de los casos reportados en las entrevistas, las mujeres narraron haber caminado a su casa o la de una amiga, quien las baña, les hace curaciones básicas y les presta refugio. En todos los casos escuchados, las mujeres duermen por varios días y después, cuando se sienten mejor, retoman sus vidas. El uso intenso de drogas en estas situaciones pareciera funcionar como estrategia para lidiar con el trauma.

La literatura muestra que la violencia sexual es un factor que profundiza los patrones de uso problemático de drogas en mujeres (Ettorre, 2015; Llorca et al., 2013). Las sustancias emergen en los relatos como paliativos frente al trauma en un contexto caracterizado por la erosión de las redes de apoyo y la violencia deshumanizante. El uso intenso de sustancias les permite a las participantes del estudio “Levantarse y seguir viviendo”, regresar al lugar de trabajo sexual donde fueron violentadas, enfrentar el miedo ante un posible nuevo ataque. En contraste con el discurso médico, los relatos de las participantes muestran que para ellas las drogas, antes que un problema, son un recurso que ayuda a su sobrevivencia.

Ninguna de las participantes comentó haber acudido a alguna organización civil o algún servicio médico tras vivir las situaciones de violencia sexual. No recibieron tratamiento profiláctico para VIH, atención psicológica, ni acompañamiento para levantar un reporte ante la Procuraduría de Justicia o el Ministerio Público. En general, las MID no tienen información frente a la ruta de acción a seguir, a dónde ir o qué hacer estas situaciones. No se encontraron materiales informativos al respecto en las instituciones y organizaciones que les ofrecen servicios de salud, a pesar de que es públicamente conocido la intensidad y severidad de la violencia sexual que viven las mujeres en Ciudad Juárez.

En el caso particular de la atención a la violencia sexual, pareciera que las principales barreras son la falta de confianza en las instituciones y el temor de estas mujeres y las organizaciones a interponer denuncias. En palabras de miembros de las organizaciones, llevarlas a denunciar violencia sexual supone exponerlas aún más a la violencia institucional por las condiciones de corrupción, de discriminación

hacia la población y de desidia institucional, “para qué hacerla pasar por todo eso”, fue el comentario reiterado de parte de representantes de organizaciones civiles. Sin embargo, la falta de denuncia promueve un clima de impunidad que perpetúa la vulnerabilidad de la población.

El silencio como acción consciente y la sororidad aparecen como estrategias para sobrevivir al contexto de violencia generalizada y desamparo institucional en que viven las mujeres entrevistadas. El silencio permite construir una comunidad emocional (Jimeno, 2019) entre las MID, porque se reconocen como sobrevivientes de múltiples violencias y asienten el riesgo de la muerte —la propia y la de la otra— en cada despedida. La existencia de esa comunidad está en la base de sus estrategias de sobrevivencia y sus tácticas de cuidado propio.

Consideraciones finales

Las mujeres que componen este estudio son una muestra especial del universo posible de usuarias de drogas inyectadas, que se podrían denominar atípicas o casos extremos. Su principal característica es la condición de pobreza y exclusión social en las que han desarrollado sus vidas, condición que ha devenido en una sobreexposición a todo tipo de violencias a lo largo de sus biografías. En estos contextos de vida precarios, los relatos muestran que las condiciones críticas de salud sexual y reproductiva y la dificultad en el acceso a servicios, están dados principalmente por la desigualdad estructural en que estas mujeres nacen y mueren, y que son condiciones adyacentes a su uso problemático de drogas.

De esta manera, el uso de drogas por la vía del estigma enmascara las inequidades de clase existentes, legitima y normaliza la falta de acceso de estas mujeres a servicios de salud y al goce de sus derechos fundamentales, entre ellos a una vida libre de violencia. La superposición de las condiciones de género, pobreza y uso de drogas dificulta las posibilidades de decidir cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales, así como el uso de anticonceptivos, el acceso a servicios de salud de calidad (Ospina-Escobar y Juárez, 2019).

La perspectiva de género es un eje fundamental de las políticas y programas de salud dirigidos a personas que usan drogas para visibilizar cómo el sistema de género es un elemento estructural que favorecen y promueven las experiencias de violencia aquí relatadas. Plantear estrategias de tratamiento desde esta perspectiva

de género permitiría salirse del discurso psicopatologizante que naturaliza la violencia que viven las mujeres usuarias de drogas, para diseñar estrategias que les permitan a ellas cuestionarse temas como la maternidad, el amor romántico, la hegemonía médica, sus experiencias de violación, su derecho a la reproducción y la maternidad, entre otras. Así mismo, una perspectiva de género en el ámbito de los servicios de atención al uso problemático de drogas permitiría subrayar la necesidad de contar con centros públicos exclusivos para mujeres y niñas; incluir en los programas existentes espacios exclusivos para ellas, con horarios flexibles e instalaciones que permitan el cuidado de los hijos e hijas de las mujeres y niñas que reciben tratamiento.

La perspectiva de derechos es otro eje fundamental que debe estar presente en las políticas y programas de salud dirigidos a mujeres con uso problemático de drogas. La falta de provisión de servicios de salud sexual y reproductiva más allá de la prevención y atención del VIH es una grave violación al derecho salud de las mujeres con uso problemático de drogas. Ninguna persona debe ser castigada por usar alguna sustancia ni por su condición de dependencia o uso problemático de drogas. Se necesitan políticas de drogas centradas en los derechos humanos de los y las usuarias, que ayuden a minimizar los riesgos y daños que genera el uso intenso de drogas especialmente en las poblaciones marginalizadas, pues no cuentan con otros recursos financieros, sociales y emocionales para mitigarlos. Para estas poblaciones, la ausencia del Estado se traduce en destinos fatales, muertes prevenibles, familias separadas y trayectorias de consumo muy problemáticas que podrían revertirse.

La evidencia nacional e internacional muestra que brindar servicios comprehensivos de reducción del daño a mujeres no sólo incrementa su acceso a servicios de salud, sino que reduce las tasas de transmisión vertical del VIH y otros padecimientos (Heimer et al., 2002). Aún más, la evidencia sugiere que el acceso a servicios de salud que no juzgan el uso de drogas favorece la adherencia a tratamientos y procedimientos, reduce los padecimientos tanto en las mujeres como en sus bebés y promueve en el largo plazo el deseo de dejar de usar drogas (Shanon et al., 2007; Iversen et al., 2015). Es crítico sensibilizar al personal de salud en reducción de daños y estigma y discriminación hacia mujeres con uso problemático de drogas, así como aumentar su capacitación sobre los procesos de dependencia a las sustancias, sus efectos en las mujeres en general y las mujeres embarazadas en particular.

Además, se requieren programas comprensivos de reducción de daños para mujeres que incluyan acceso a información sobre anticonceptivos, acceso informado y libre a los mismos, información sobre uso de drogas y embarazo, atención prenatal, apoyo durante el parto y recomendaciones sobre el cuidado postnatal, así como alternativas para que las MID puedan conservar a sus hijos, si así lo desean, una vez sean dadas de alta. El fortalecimiento de redes de mujeres usuarias es vital para crear procesos de empoderamiento y para encauzar las respuestas espontáneas de sororidad que ya existen en la comunidad. La formación de promotoras pares y su contratación por parte de instituciones de salud es fundamental.

El diseño e implementación de programas de este tipo requiere de información oficial sobre esta población. Es necesario mejorar el registro de personas que usan drogas desagregados por sexo en las diversas encuestas e instrumentos de vigilancia epidemiológica que se levantan en México, así como en las diversas instituciones de salud y de procuración de justicia por las cuales transita esta población.

La criminalización del uso de drogas ubica a las mujeres con uso problemático en un lugar de frontera de los derechos. Es necesario reconocer a las usuarias como ciudadanas y como tal, con derecho a decidir autónomamente sobre su cuerpo, sobre su fecundidad y su maternidad.

Hoy en medio de los debates sobre la regulación de las drogas y el aumento en las prevalencias de uso, se hace más urgente que nunca enfrentar el tema el uso problemático con políticas y programas que mejoren su acceso a los servicios de salud pública de calidad y basados en el respeto de los Derechos Humanos y donde el género sea un componente transversal de los servicios que se ofrezcan y no solo una palabra que embellece programas e informes, pero que no se traduce en acciones específicas.

Referencias

- Bucardo, J., et al. (2005). Historical trends in the production and consumption of illicit drugs in Mexico: implications for the prevention of blood borne infections. *Drug and Alcohol Dependence*, 79(3), 281-293.
- Chaparro, S., Pérez-Correa, C. y Youngers, C. (2017). *Castigos irracionales: Leyes de drogas y encarcelamiento en América Latina*. Ciudad de México: Colectivo Drogas y Derecho.
- Consejo Nacional de Población (Conapo, 2016). *Situación de la Salud Sexual y Reproductiva. República Mexicana*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo_SSR_RM.pdf
- Cravioto, P. (2003). *La magnitud y la naturaleza del problema de la heroína en Ciudad Juárez*. Tesis para optar al grado de doctora en ciencias. Ciudad de México: Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Esparza, A., Waldorff, B. & Chavez, J. (2013). Localized Effects of Globalization: The Case of Ciudad Juárez, Chihuahua, Mexico. *Urban Geography*, 25(2), 120-138.
- Ettorre E. (2015). Embodied Deviance, Gender, and Epistemologies of Ignorance: Re-Visioning Drugs Use in a Neurochemical, Unjust World. *Substance Use and Misuse*, 50(6): 794-805.
- Fleiz-Bautista, C., et al. *Cuqueando la Chiva: Contextos del consumo de heroína en la frontera norte de México...* Ciudad de México: INPRFM.
- Furlong, A. (2006). *Género, poder y desigualdad*. Puebla: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Facultad de Economía.
- Heimer, R., Bray, S., Burris, S., Khoshnood, K., & Blankenship, K. (2002). Structural interventions to improve opiate maintenance. *International Journal of Drug Policy*, 13, 103-111.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2019). Defunciones por homicidios. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=
- Iversen, J., Page, K., Madden, A., & Maher, L. (2015). HIV, HCV, and Health-Related Harms Among Women Who Inject Drugs: Implications for Prevention and Treatment. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 69 Suppl 2(01), S176-S181.

- Jimeno, M. (2019). Violencia, comunidades emocionales y acción política en Colombia. En: Macleod, M. y De Marinis, N. (eds). *Comunidades emocionales. Resistiendo a las violencias en América Latina*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana
- Kleinman, A., Das, V. & Lock, M. (1997). *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Lagarde, M. (2011). *Los Cautiverios de las Mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México
- Llort-Suárez, A., Ferrando Esquerre, S., Borrás Cabacés, T. y Purro y Aritzeta, I. (2013). El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: Estudio cualitativo sobre un Grupo de autoapoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias. *Alternativas*, 20, 9-22.
- Martínez-Redondo, P. (2009). *Extrañándonos de lo 'normal' Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes*. Madrid: Instituto de la Mujer (Ministerio de Igualdad). España.
- Martínez Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciencia & Saude Colectiva*, 17(3), 613-619.
- Ospina-Escobar, A (2019). Orgullo y la vergüenza en el espectro emocional en las biografías de varones que se inyectan en Hermosillo, Sonora. *Revista Cultura Representaciones Sociales*, 13(26), 300-335.
- Ospina-Escobar, A. y Juárez, F (2019). Gender Matters? How does gender shape risk environment for syringe sharing among people who inject drugs in northern Mexico. Results from a cross-sectional survey. *Salud Mental*, 42(4), 165-172.
- Patterson, T.L., et al. (2006). Comparison of sexual and drug use behaviors between female sex workers in Tijuana and Ciudad Juarez, Mexico. *Substance Use & Misuse*, 41(10-12), 1535-1549. DOI: 10.1080/10826080600847852
- Red Iberoamericana de ONG que trabajan en Drogas y Adicciones (RIOD, 2019). *Estigma, consumo de drogas y adicciones. conceptos, implicaciones y recomendaciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Rojas Giot, E., Fleiz Bautista, C., Villatoro Velásquez, J. Gutiérrez López M. y Medina-Mora, M.E. (2009). Tendencias en el consumo de drogas de 1998 a 2005 en tres ciudades de la zona norte de México: Ciudad Juárez, Monterrey y Tijuana. *Salud Mental*, 32(1), 13-19.
- Salles, V. y Tuirán, R. (2003). *Dentro del Laberinto*. Ciudad de México: Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, El Colegio de México.

- Scheper-Hughes, N. & Bourgois, P (2004). Introduction: Making sense of violence”. En: Scheper-Hughes, N. y Bourgois, P. (Ed.) *Violence in war and peace: An anthology* (pp. 1-27). Oxford: Blackwell.
- Segato, R. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes
- Shannon, K., Bright, V. & Allinott, S. et al. (2007) Community-based HIV prevention research among substance-using women in survival sex work: The Maka Project Partnership. *Harm Reduction Journal*, 4(20).
- Strathdee, S. & Magis-Rodriguez, C. (2008). Mexico’s Evolving HIV Epidemic. *JAMA*, 300(5), 571-573.
- Strathdee, S.A., Magis-Rodriguez, C., Mays, V.M., Jimenez, R., & Patterson, T.L. (2012). The emerging HIV epidemic on the Mexico-US border: an international case study characterizing the role of epidemiology in surveillance and response. *Annals of Epidemiology*, 22(6), 426-438.
- Syvertsen, J.L., Robertson, A.M., Strathdee, S.A., Martinez, G., Rangel, M.G., & Wagner, K.D. (2014). Rethinking risk: Gender and injection drug-related HIV risk among female sex workers and their non-commercial partners along the Mexico-U.S. border. *International Journal on Drug Policy*, 25(5), 836-844. <http://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.02.005>
- Vega-Briones, G. (2011). Hogares y pobreza en Ciudad Juárez, Chihuahua. *Papeles de población*, 17(70), 151-181.
- Villatoro-Velázquez, J.A., et al. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Reporte de drogas*. Ciudad de México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Comisión Nacional Contra las Adicciones; Secretaría de Salud.