

Pratiche di ordinaria violenza contraccettiva. Il contesto biomedico e l'autodeterminazione riproduttiva tra le donne nahua della Sierra Norte di Puebla (Messico)

Chiara Cosentino

Missione Etnologica Italiana in Messico

Introduzione

Il grande interesse antropologico suscitato dal tema della contraccezione è legato all'ampio spettro di dinamiche di potere da esso evidenziato in più ambiti (politico, medico e di genere) e su più livelli (mondiale, nazionale, regionale). Nello specifico del caso esaminato in queste pagine, a questa rilevanza generale dell'argomento si sommano le specificità e le peculiarità socio-culturali della sua declinazione all'interno di un particolare contesto indigeno messicano.

A partire dagli anni Settanta, la questione dei diritti riproduttivi ha acquisito rilevanza internazionale attraverso, da un lato, una consistente pressione internazionale per ridurre la crescita demografica (tradottasi in varie conferenze mondiali sulla popolazione e in conseguenti programmi di pianificazione familiare messi in atto all'interno dei singoli paesi come linee politiche imposte dall'alto) e dall'altro, mediante le lotte femministe dal basso per la riappropriazione del proprio corpo e delle proprie facoltà riproduttive. Si pone dunque una questione cruciale: fino a che punto è possibile riuscire a conciliare queste due logiche riguardanti la sfera riproduttiva, tra loro piuttosto divergenti? In altri termini, si possono soddisfare gli obiettivi demografici stabiliti nei programmi governativi senza violare i diritti riproduttivi delle donne destinatarie?

Tale problematica assume, inoltre, un'importanza del tutto particolare se ci si addentra più nello specifico del contesto indigeno: la rilevanza del tema del rispetto dei diritti riproduttivi in questo caso è tale da essere considerata da parte della Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) in Messico "un'area imprescindibile per valutare il benessere individuale delle donne indigene" (CDI 2012: 16). È la

stessa CDI, tuttavia, a mettere in evidenza, nella pratica, la frapposizione di due ostacoli principali tra le donne indigene messicane ed il pieno e autonomo esercizio dei loro diritti riproduttivi: da un lato, i compagni o mariti, che servendosi della propria posizione di dominio all'interno della famiglia spesso impediscono loro di accedere all'uso di metodi contraccettivi, e dall'altro, le istituzioni sanitarie, le quali, al contrario, frequentemente premono affinché le pazienti utilizzino la pianificazione familiare, considerando quest'ultima come fondamentale metodo demografico di controllo delle nascite.

La ricerca

Partendo proprio da queste premesse, il lavoro di ricerca da me svolto tra i mesi di agosto e dicembre 2012 nella cittadina di Cuetzalan del Progreso (Sierra Norte, Stato di Puebla) come ricercatrice all'interno della Missione Etnologica Italiana in Messico¹ rappresenta uno studio antropologico concernente il grado di capacità decisionale in materia riproduttiva che hanno sviluppato le donne indigene nahua del municipio di Cuetzalan, trovandosi in situazioni di violenza, sia domestica che ospedaliera.

Il luogo in cui ho svolto la mia ricerca è un municipio a popolazione prevalentemente indigena con un grado elevato di marginalità, all'interno di uno degli stati più poveri e arretrati del Messico, che viene considerato, per la gravità della situazione in cui si trova, tra quelli sui quali l'azione governativa deve essere prioritaria (CONEVAL 2010). Oltre a questo primo punto, che mette in luce l'abbandono istituzionale in cui versa questa piccola frazione politica di territorio messicano arroccata sulle montagne centrali del paese, vi è il dato allarmante legato all'incidenza della violenza di genere nella regione, in cui 2/3 delle donne dichiarano di aver subito almeno una volta nella vita un qualche tipo di violenza domestica (Mejía, Palacios Luna 2011), ancora una volta in uno degli stati che registrano i tassi di violenza contro le donne più elevati di tutta la nazione (INEGI 2011).

Per svolgere la mia ricerca mi sono inserita all'interno di movimenti di donne indigene della regione, instaurando contatti quotidiani in particolare con due strutture che lottano contro la violenza di genere, nate rispettivamente nel 2003 e 2004, ovvero la Casa de la Mujer Indígena (CAMI) "Maseualsiuat Kali A.C." e il Refugio Temporal para mujeres víctimas de violencia "Lic. Griselda T. Tirado Evangelio". Ho, inoltre, condotto parte della ricerca nell'Ospedale Generale di Cuetzalan, soprattutto per quanto ha riguardato l'accesso agli archivi statistici sui metodi contraccettivi e le interviste al personale medico.

Per quel che concerne la metodologia, il mio lavoro viaggia su due livelli d'analisi, uno quantitativo e l'altro qualitativo. Il primo, realizzato

attraverso l'elaborazione autonoma di dati ricavati attraverso la somministrazione di questionari alle donne e la consultazione delle statistiche ospedaliere, mi ha permesso di contestualizzare da un punto di vista numerico il fenomeno affrontato (nei suoi due aspetti di violenza e contraccezione) in modo da riuscire a restituire la dimensione statistica effettiva delle questioni analizzate. Il secondo, svolto invece mediante la realizzazione di varie tipologie di interviste in profondità, diverse per la modalità e per i destinatari a cui erano rivolte², costituisce invece il cuore centrale d'analisi e riflessione antropologica della ricerca.

Infine, il presente lavoro si inserisce nella cornice teorica dell'“antropologia medica critica applicata”³, aggiungendovi una prospettiva di genere che si richiama a studi ormai trentennali.

Nelle pagine che seguono analizzerò l'incontro delle donne indigene con il personale ospedaliero⁴. L'istituzione sanitaria pubblica risulta essere, infatti, oltre che il principale fornitore di metodi contraccettivi, anche un inevitabile interlocutore per le donne per quanto riguarda le decisioni concernenti la propria salute riproduttiva⁵. È bene, dunque, approfondire le modalità e le dinamiche con le quali in ambito biomedico viene gestita la contraccezione sia a livello teorico, in campo politico-legislativo, che a livello pratico, all'interno della quotidiana interazione umana tra medico e paziente.

La teoria politica della pianificazione familiare applicata al sistema sanitario messicano

L'enorme enfasi posta sul ruolo demografico fondamentale del controllo delle nascite ai fini dello sviluppo economico del paese si aggiunge, in ambito ospedaliero, all'importanza predominante della pianificazione familiare per la salvaguardia medica della salute riproduttiva femminile⁶. Tali obiettivi demografico-economico-medici si traducono concretamente in “mete quantitative di copertura contraccettiva” dettate annualmente dalle varie Secretarías de Salud statali⁷, sul compimento delle quali viene valutata la *productividad*⁸ dei singoli ospedali. Procederò ora brevemente all'analisi degli indicatori che definiscono queste mete, per far luce sulla visione politica generale riguardante la pianificazione familiare in Messico.

La prima cosa che appare evidente è la preminenza data al momento del parto, individuato come occasione privilegiata per la somministrazione dei metodi anticoncezionali⁹, generalmente il DIU (dispositivo intrauterino) e la OTB (occlusione tubaria bilaterale, comunemente conosciuta come sterilizzazione femminile).

Questa prevalenza può essere spiegata facendo diverse ipotesi. In quella di ordine più logistico, il parto potrebbe venire privilegiato per-

ché si tratta di un momento di sicura interazione tra donne e istituzione ospedaliera nel corso della loro vita riproduttiva e costituisce, quindi, un sicuro momento di controllo di tutta la popolazione femminile feconda. Secondo un'ipotesi più di ordine medico, invece, questa preminenza potrebbe essere legata al riposo fisiologico dell'apparato riproduttivo che dovrebbe caratterizzare il periodo successivo al parto; si preferirebbero dunque i metodi *post-partum* per garantire tale pausa e distanziare le gravidanze rendendole più sicure. Infine, in una supposizione più maliziosa, l'enfasi sul momento del parto potrebbe essere connessa alla vulnerabilità sperimentata dalle donne dal punto di vista sia emotivo che della capacità decisionale in questa occasione, nella quale è, quindi, più facile guidarle come medici nella loro scelta¹⁰. Mi rendo conto che si tratta di un'ipotesi un po' provocatoria, anche perché serbo la speranza che non possa da sola spiegare le cause della preminenza del momento del parto per la scelta contraccettiva ospedaliera; però, come vedremo, sicuramente ne illustra gli effetti principali. L'evento del parto diventa, quindi, per le donne, l'occasione centrale di negoziazione (mancata, purtroppo, nella maggior parte dei casi) dei propri diritti riproduttivi con il personale medico.

Questo primo indicatore delle mete di copertura contraccettiva stabilite fa ovviamente delle donne le dirette interessate, o per meglio dire le esclusive destinatarie, delle politiche di pianificazione familiare. La differenza abissale che si riscontra in ambito ospedaliero tra la contraccezione femminile e quella maschile¹¹ è la diretta conseguenza del sistema socioculturale di genere, che conferisce al corpo, nell'ambito della riproduzione, un valore differenziale a seconda del sesso, e che permane nonostante la medicina contemporanea sia perfettamente a conoscenza dell'apporto assolutamente equivalente dato alla procreazione da entrambi i partner sessuali. Ci troviamo, insomma, di fronte al prodotto pratico di ineguaglianze simboliche e di ruolo, che neppure i progressi scientifici sono ancora riusciti a scalfire, e che, anzi, da esse traggono il loro fondamento, in quella che è stata chiamata una vera e propria "cultura contraccettiva femminile" (Gutmann 2007, in Erviti et al. 2010: 779).

Terzo elemento interessante da analizzare, rispetto alle direttive statali sulla pianificazione familiare, è l'estrema medicalizzazione del periodo riproduttivo delle donne, che viene ridotto a soli quindici anni (dai venti ai trentacinque), al di fuori del quale le gravidanze sono fortemente sconsigliate e scoraggiate. In realtà, secondo alcuni studiosi questo criterio è piuttosto arbitrario, dal momento che non si considerano le varianti socio-culturali locali. Da altre rilevazioni risulta infatti che i problemi di salute riproduttiva siano associati più strettamente a condizioni di povertà e di malnutrizione, anziché all'età della donna interessata (Vázquez Cermeño 1998).

Infine l'ultimo punto che richiede di essere messo in luce è l'obiettivo delle politiche di pianificazione familiare, reso manifesto nei documenti ufficiali da me consultati, ovvero "mantenere il controllo e la gestione della popolazione". Si entra qui, evidentemente, nella sfera foucaultiana del *biopotere*, e più precisamente in una delle quattro linee in cui si esprime l'ormai secolare *dispositivo di sessualità*, ovvero il controllo delle nascite¹².

Come si può facilmente dedurre, l'oggetto di queste operazioni politiche è esclusivamente il corpo¹³ femminile come "luogo pubblico" (Duden 1994), considerato come strumento per raggiungere mete demografiche. In quest'ottica, le donne vengono considerate più come mere produttrici di figli non desiderati e ricettrici passive di metodi contraccettivi, che non come soggetti interessati in prima persona alla propria salute e a quella dei propri figli e capaci di prendere decisioni in maniera autonoma e consapevole. Si tratta, insomma, di politiche in cui predomina una visione strumentale ed economicistica delle azioni, che spesso considerano il diritto ad una libera autodeterminazione riproduttiva delle donne come ostacolo al corretto raggiungimento delle mete programmate, in una quasi totale mancanza di interazione collaborativa tra le due figure del medico¹⁴ e della paziente, in un contesto in cui quest'ultima viene spesso vista come nemica (Taussig 2006).

La pratica della scelta contraccettiva: il caso della OTB

Vediamo dunque ora di chiarire i meccanismi e i fattori che intervengono praticamente nella presa di decisione contraccettiva delle donne nahua del Municipio di Cuetzalan del Progreso. Per far questo, e in modo da restringere il campo d'analisi, mi concentrerò sulla scelta di pianificazione attraverso un metodo specifico, quello maggiormente utilizzato dalle donne protagoniste della ricerca: la OTB, ovvero la sterilizzazione femminile.

Le donne da me intervistate che si sono operate per non avere più figli sono dodici e rappresentano all'interno del campione considerato praticamente la metà di quelle che fanno uso di contraccettivi (ovvero ventisette), dato che rispecchia sorprendentemente le statistiche nazionali sulla pianificazione familiare¹⁵. Inoltre, due operazioni su tre sono avvenute *post-partum* e solamente una su tre è stata realizzata, invece, in altri momenti della vita riproduttiva delle donne, previo appuntamento. In generale, infine, in qualsiasi momento sia avvenuta l'operazione, l'incidenza dell'autorità medica nell'orientare la scelta contraccettiva delle donne indigene ha condizionato complessivamente per il 75% la decisione delle intervistate di farsi sterilizzare: al momento del parto, ciò avviene attraverso la consultazione

con il medico, mentre nei casi in cui la decisione sia stata precedente, questa è stata presa prevalentemente in seguito a “Campagne di promozione della OTB” realizzate dalle istituzioni sanitarie nelle comunità indigene del municipio o dalle infermiere in visite effettuate porta a porta.

Il quadro appena delineato è a dir poco allarmante: il contesto biomedico incide in maniera determinante sulla scelta delle donne di farsi praticare la OTB ed è bene, dunque, analizzare più in profondità il funzionamento, le procedure e gli effetti che tale influenza ha sulla capacità decisionale delle dirette interessate rispetto alla loro fecondità.

Campagne e giornate di sterilizzazione

Per quanto riguarda le *Campañas de OTB*, si tratta di un fenomeno di routine, normalizzato e dal funzionamento estremamente sistematico e centralizzato (dal momento che l'organizzazione è promossa direttamente dalle Secretarías de Salud dei vari Stati messicani), volto a reclutare pazienti per le *Jornadas de OTB*, giornate ospedaliere destinate alla massiccia realizzazione seriale di sterilizzazioni femminili¹⁶, ai fini di ottimizzare le risorse e i costi. È evidente, in questa pratica, come la macchina dell'istituzione sanitaria tradisca il suo mandato ippocratico originario di porsi al servizio della salute e del benessere dei pazienti, per piegare, inversamente, le esigenze ed i diritti della popolazione ai propri bisogni di ottimizzazione quasi industriale. Inoltre, non si può fare a meno di rilevare che la politica sanitaria dello Stato di Puebla, mettendo in pratica questa “macchina delle sterilizzazioni”, non fa assolutamente i conti con la peculiarità e pluralità delle situazioni interne al suo territorio. Se, infatti, in territori urbani come quello della capitale o di altre città, si tratta effettivamente di un servizio ospedaliero messo a disposizione di chi voglia liberamente usufruirne, non si può dire lo stesso per quanto riguarda il contesto estremamente marginale in cui ho svolto la mia ricerca. Infatti, in un territorio tra i più poveri del paese, a maggioranza di popolazione indigena, con un tasso di analfabetismo elevato (soprattutto tra le donne), in cui non è fornita alla popolazione una completa educazione sessuale e contraccettiva, tutto questo può trasformarsi in uno strumento di controllo estremamente potente e di convincimento molto forte delle donne indigene, povere, con un'educazione molto limitata e che non sono a conoscenza delle altre opzioni disponibili di pianificazione familiare.

Come si può facilmente intuire, un'informazione volutamente incompleta e parziale finisce inevitabilmente per orientare e determinare la scelta delle pazienti verso il contraccettivo che il personale medico considera più conveniente. In un ambito ristretto di opzioni, il confine tra libera

scelta e coercizione diventa, evidentemente, estremamente sottile, per non dire quasi impercettibile.

*Il momento del parto, procedure di routine:
la firma del consenso informato*

Ho già anticipato che il parto rappresenta la situazione in cui, in assoluto, la maggior percentuale di donne effettua le proprie scelte. Per questo, tale circostanza diventa un'occasione cruciale per comprendere e analizzare il rapporto medico-paziente rispetto alla scelta di utilizzare o meno un contraccettivo.

È proprio nel momento del parto che si sono verificate nel corso del tempo le violazioni più estreme all'autodeterminazione riproduttiva delle donne in ambito ospedaliero, come ho potuto verificare io stessa attraverso le interviste fatte sul campo. Senza voler entrare nel dettaglio di tali pratiche, che richiederebbero ben altri spazi di approfondimento, queste hanno subito un'evoluzione nel tempo, determinata dalle numerose denunce seguite alla prima fase di politiche contraccettive più evidentemente e gravemente coercitive. Tra gli anni Settanta e gli anni Novanta, infatti, vennero effettuate in Messico sterilizzazioni femminili e somministrazioni di dispositivi intrauterini di nascosto, senza il consenso delle donne destinatarie¹⁷, mentre negli ultimi quindici anni si sono diffuse pratiche di estorsione del consenso non meno gravi, effettuate mediante pressioni indebite da parte del personale medico (episodi che nascondono nuovi e più subdoli meccanismi di coercizione e di imposizione, ancor più pericolosi perché non lasciano, spesso, alcuna traccia di violazione)¹⁸.

Tuttavia, la coercizione non si riscontra solamente laddove è presente in modo manifesto, ma anche nella normalità delle procedure quotidiane, dove l'autoritarismo e la violenza sono molto più potenti e temibili, perché invisibili e socialmente accettati come normali e soprattutto *normativi* (Bourgeois 2010). La normalità delle relazioni interpersonali tra medico e paziente in ambito ospedaliero è già di per sé, infatti, profondamente diseguale e caratterizzata da un certo grado di autoritarismo, che fonda il potere medico su una sostanziale asimmetria di saperi e sulla credibilità sociale di tale figura professionale (Lupo 1999). Oltre questo, la situazione del parto costituisce un'occasione piuttosto particolare per una donna per prendere delle decisioni importanti, trattandosi di uno dei momenti fisicamente ed emotivamente più delicati della sua vita, in cui è sottoposta ad uno stress psico-fisico non indifferente e, se lo effettua in ospedale, in cui si trova in un contesto medicalizzato di subordinazione e di totale dipendenza dal personale medico. Tutto questo, come è facile intuire, non

concorre affatto alla costruzione delle condizioni ideali di piena libertà decisionale per una scelta che sia, quantomeno, ragionata.

Nonostante ciò, tale situazione di estrema prossimità tra il momento di decisione e quello della somministrazione del metodo contraccettivo *post-partum* non è contro la legislazione messicana, poiché la *Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar*¹⁹ del 1993 non prevede che per la contraccezione chirurgica femminile sia stabilito, oltre a una “previa consultazione” e alla firma del “consenso informato”, anche “un periodo di tempo minimo” tra la firma del consenso e la realizzazione dell’intervento. In realtà, però, questo terzo elemento rappresenta una condizione imprescindibile per garantire alla paziente una scelta contraccettiva libera, serena e ponderata, in quanto la donna si trova, in caso contrario, a dover prendere una decisione molto importante in un momento per lei critico, data l’imminenza di un aborto o di un parto naturale o cesareo. In contrasto con tutte le raccomandazioni internazionali²⁰, invece, in Messico il Modulo di Consenso Informato viene firmato proprio al momento di arrivo della partorienti in ospedale, durante il travaglio del parto, situazione in cui viene evidentemente e palesemente a mancare la sua effettiva condizione di piena libertà di coscienza.

È fondamentale, a questo punto, analizzare la procedura decisionale di routine che porta alla firma di tale modulo, per comprendere pienamente i fattori che determinano tale scelta e per capire se questo documento tuteli veramente la libera decisione della donna o se, invece, possa a sua volta trasformarsi in un ulteriore strumento di coercizione o possibile mascheramento di essa.

Sempre in riferimento alla suddetta *Nom-005-Ssa2-1993*, il consenso dato dalla paziente, affinché sia effettivo, deve possedere tre caratteristiche: essere previo, informato e libero²¹. Per quanto riguarda la prima caratteristica, abbiamo già osservato che, per quel che concerne la somministrazione dei metodi *post-partum*, essa viene sistematicamente disattesa.

È stato all’arrivo in ospedale *quando già sentivo quei dolori [...]. Siamo arrivati in ospedale, siamo entrati e ci hanno fatto entrare con il dottore e gli abbiamo detto che sto per partorire. Allora ha preso i miei dati e lì mi ha chiesto quanti figli ho, e allora gli ho detto che ora saranno quattro. “E vuoi continuare ad averne?”. Gli dico: “No”. “Ti vuoi operare?”. Gli ho detto: “Sì”. [...] Allora lì ha dato un foglio a entrambi e abbiamo firmato tutti. Sì... siamo rimasti d’accordo che io non avrei più avuto figli* (Signora Z, intervista del 10/11/12).

Prima di quell’occasione la Signora Z e il marito non avevano mai parlato dell’operazione e perciò il dottore li ha lasciati alcuni minuti affinché si consultassero e, dopo aver accettato, l’operazione è stata fissata per il giorno seguente.

Ma un caso ben più drammatico è quello che riguarda la Signora E, che si è trovata a dover prendere una decisione così importante a seguito di un aborto, immediatamente dopo aver subito l'operazione di raschiamento delle pareti dell'utero, e ancora sotto l'effetto dei sedativi:

Mi hanno tagliata [operata N.d.A.], perché quando ero là mi hanno fatto tutto, mi hanno lavata, pulita e poi dopo mi hanno portata là nella stanza, sul letto, e là poi sono arrivati i dottori e mi hanno detto: "Guardi signora, io ti dico che è meglio che ormai no, meglio che lei non possa più rimanere incinta, se lei ha già quattro figli, con questo è meglio che ti operi". E io gli dico: "Va bene". Io ho accettato, e subito dopo mi hanno fatto quello. [...] Però io non sapevo cosa accettare o non so... non ero, come ti potrei dire... pienamente in me... stavo male male. Addirittura mi avevano detto [che] proprio per poco non ero morta, e dopo stavo molto male... quel giorno mi sentivo come ubriaca, non sapevo perché. Addirittura solo più o meno tre giorni dopo ho iniziato a reagire e tutto, prima non potevo reagire, sì... non so perché... forse per tutta la forza che se ne era andata tutta, con tutto il sangue che se ne era andato...(Signora E, intervista del 14/11/12).

Il consenso, purtroppo, il più delle volte, oltre a non essere *previo*, non è nemmeno *informato*. Come si è già potuto notare dalle testimonianze precedenti, il numero dei figli è la prima cosa notata dai dottori e il discrimine – qualora sia superiore a tre – per consigliare esclusivamente l'operazione chirurgica alla paziente, senza neppure menzionare tutte le altre opzioni disponibili, di gran lunga meno invasive e, soprattutto, reversibili. La Coordinatrice del *I Nivel de Atención Médica* dell'Ospedale di Cuetzalan ha espressamente dichiarato, infatti:

Fondamentalmente vediamo la questione da un punto di vista economico: la media messicana per dare una buona educazione e un'alimentazione adeguata ai bambini sono 3 figli, quando si superano i 3 è già più difficile. Quindi, per consigliare il tipo di metodo, ci basiamo soprattutto sul numero di gestazioni: [...] se hanno già avuto il terzo figlio consigliamo l'OTB.

Alle donne che si trovano in procinto di partorire non vengono illustrate tutte le possibilità contraccettive che potrebbero scegliere, nonostante, per molte donne indigene, questa sia di fatto l'unica occasione in cui vengono a contatto con l'opzione della pianificazione e sebbene ciò sia previsto dalla procedura del consenso, giustappunto, *informato*²². Per ammissione dello stesso medico che si occupa dei parti, infatti, i contraccettivi che vengono illustrati al momento della firma del consenso informato sono esclusivamente quelli *post-partum*²³ “di sua competenza”, poiché la somministrazione dei restanti spetterebbe al medico di base. L'importanza predominante riconosciuta alla settorializzazione e

specializzazione biomedica, evidente nella giustificazione data dal medico, fa sì che alle donne arrivi, ancora una volta, un'informazione parziale ed incompleta: non sono, infatti, considerate protagoniste in quanto destinatarie, ma solo oggetto finale di una procedura che dà la priorità alle differenti competenze specifiche delle varie aree ospedaliere. Il fatto che non si parli alle donne anche degli altri metodi temporanei, informandole per esempio che potrebbero liberamente farne uso in un secondo momento, sottolinea in modo lampante come la precedenza venga data alla contingenza ospedaliera del “qui ed ora” e all'urgenza medico-demografica di scongiurare ulteriori gravidanze a breve termine e di rispettare le mete di copertura dei metodi contraccettivi cosiddetti “sicuri”²⁴, piuttosto che all'interesse volto a garantire alla donna una corretta informazione, considerandola come soggetto di diritti e vedendola nel complesso integrale della sua esistenza.

Tuttavia, tale grave omissione di informazioni viene totalmente mascherata dalla prova incontrovertibile della firma apposta su un foglio (che sta a testimoniare che l'informazione è stata data correttamente e completamente) che la maggior parte delle donne nemmeno legge o, peggio, non è in grado di leggere. Ciò che dovrebbe costituire uno strumento di tutela per il più debole all'interno del rapporto di potere diventa, così, la grottesca legittimazione, con tanto di firma, della propria subordinazione. Per usare le parole di Michael Taussig

si può davvero dire che l'autonomia e la libertà aumentano quando è il personale a detenere il potere di disporre le opzioni e i termini del contratto? Se mai l'autonomia e la libertà diminuiscono perché *l'illusione della libertà serve a celare la sua assenza* (Taussig 2006: 99, corsivo mio).

Questo ci porta a considerare l'ultimo aggettivo necessario affinché il consenso sia pieno: esso, infatti, dovrebbe essere *libero*, garantire, cioè, il rispetto della volontà spontanea e genuina della diretta interessata di fare ricorso all'utilizzo del metodo contraccettivo da lei scelto. A questo proposito, a prescindere dalla coercizione latente intrinseca nelle condizioni stesse del parto ospedaliero già analizzate in precedenza, è proprio nella procedura per la firma che si racchiude un elemento ancor più sconcertante. Questo è in grado di eliminare anche quell'ultimo possibile residuo di rivendicazione della libertà femminile sul proprio corpo che potrebbe essere difeso da questa sorta di contratto paritario. L'analisi svolta durante la mia ricerca sui criteri ospedalieri che guidano la scelta contraccettiva, infatti, ha evidenziato drammaticamente una quasi totale mancanza di considerazione della volontà della donna, subordinata a due fattori, al contrario, determinanti: da un lato, l'urgenza medica volta a scongiurare il “rischio riproduttivo” e, dall'altro, il volere del marito²⁵. Della predo-

minanza all'interno della sfera contraccettiva dell'autoritarismo medico-demografico abbiamo già ampiamente parlato, ma l'elemento non meno allarmante che entra in gioco qui è l'intromissione delle dinamiche familiari di sottomissione della donna, che superano in importanza il diritto individuale all'autodeterminazione riproduttiva, di fatto svuotandolo di senso. Chi, infatti, deve apporre la sua firma ed ha, dunque, l'ultima parola rispetto alla decisione da prendere?

Come ho potuto osservare, i moduli prevedono, oltre alla firma del dottore e della donna, anche la firma di un testimone. Ma il peso contrattuale di quest'ultimo è ben superiore alla semplice ratifica da spettatore di una decisione già presa²⁶, come mi ha confermato apertamente il medico-ostetrico responsabile della sala parto:

Noi chiediamo sempre: "È d'accordo il tuo familiare, sì? Non avrai problemi?". Glielo chiediamo perché, ecco, sappiamo che ci possono essere problemi. Quindi glielo diciamo. [...] Perciò deve firmare anche lui che accetta. Proprio per evitare qualunque tipo di conflitto familiare, no? [...]. Se c'è il marito le chiediamo se lui lo sa già. A volte lui è al corrente ed è d'accordo. Altre volte lo si manda a chiamare e in quel momento si prende la decisione di collocarlo [il dispositivo intrauterino, N.d.A.] [...] Guardi, proprio per evitare problemi, li lasciamo che parlino, che si mettano d'accordo. Se sono d'accordo entrambi di no, allora non si colloca. E se il marito non vuole e la moglie vuole... non si colloca. Perché la paziente uscendo da qui può avere problemi. Quindi meglio che non si collochi (Dottor M, intervista del 30/11/12).

Il concetto non potrebbe essere esplicitato più chiaramente: in caso di disaccordo tra i due coniugi, ad essere determinante è la posizione dell'uomo, poiché è quello che successivamente potrebbe causare problemi di violenza domestica, e dunque si tende a compiacerlo e ad obbedire al suo volere anche in quanto istituzione sanitaria, per "proteggere" la donna, salvo poi non curarsi minimamente di usarle violenza per primi, calpestando la sua volontà e legittimando ufficialmente il controllo del marito su di lei²⁷. «Preferibilmente che sia approvato dal familiare»: questa è la conclusione a cui si giunge in situazioni normali, a meno che non ci sia qualche problema di ordine superiore che comporta una sovradeterminazione medica tra i due litiganti²⁸. La volontà della donna, insomma, da sola non basta.

Ma, a prescindere dal volere del marito e dagli obiettivi medico-demografici, in ambito ospedaliero la donna può avere in qualche occasione l'ultima parola per decidere se utilizzare o meno un metodo contraccettivo? Come mi ha continuato a spiegare lo stesso dottore, ci sono alcuni casi in cui le donne dispongono dell'opzione di decidere da sole se vogliono pianificare le loro gravidanze oppure no: l'unica condizione di accesso alla propria libera autodeterminazione è la solitudine.

Ci sono toccate pazienti che vengono sole, o che vengono con la levatrice tradizionale. Generalmente sono ragazze madri. In questo caso loro hanno l'opzione di decidere se desiderano qualche metodo o no. Perché nel caso in cui vengono con la levatrice o con un'altra persona, l'altra persona non ha l'autorità morale su di lei per prendere la decisione. Quindi lì sì, che ci basiamo sulla paziente: su quello che lei vuole e quello che lei decide. Io non posso dire: "È che la levatrice non vuole". Sì, perché la levatrice non è la responsabile della paziente. Perciò qui si deve considerare chi è che l'accompagna. Non è la stessa cosa che venga con il marito o che venga con un'altra persona. Per esempio, se ci sono i genitori e se è una ragazza madre, allora si chiede il consenso dei genitori. Sì. A seconda della persona, a seconda di chi l'accompagni, allora si prende la decisione (Dottor M, intervista del 30/11/12).

La logica del discorso è cristallina: la scelta si basa sulla "persona che accompagna la donna" e sul tipo di "autorità" che questa può avere su di lei. Solo se non c'è questa persona o se questa non esercita la giusta "autorità morale" su di lei (nel caso della levatrice, per esempio), dunque solo in casi eccezionali, allora si prende in considerazione il volere esclusivo della donna. Non poter dire "è che la levatrice non vuole" sottintende il fatto che, invece, sia normale e legittimo, all'interno della società profondamente maschilista in cui le stesse istituzioni sanitarie sono immerse, dire "è che il marito non vuole". D'altra parte, per stessa ammissione del dottore, non è la stessa cosa che la paziente venga con il marito rispetto a che sia accompagnata da un'altra persona. Insomma, solo in condizione di solitudine e di indipendenza da un altro attore sociale più forte e autorevole di lei, con cui si trova in un "normale" e "ovvio" rapporto di dipendenza, la donna è veramente padrona di se stessa. Quella che dovrebbe costituire la regola diventa, invece, l'eccezione.

In questa pratica si percepisce il potere estremamente dominante di stereotipi evidenti sullo "stato di minorità naturale" e di dipendenza decisionale delle donne, che non ne riconoscono affatto l'*agentività* in quanto persone, neppure all'interno del modulo del consenso informato, che dovrebbe essere lo strumento per garantire loro, al contrario, un potere contrattuale su se stesse, al di là di ogni imposizione esterna.

Come si evince dall'analisi appena conclusa, il Modulo di Consenso Informato, che avrebbe la funzione di garantire la trasparenza della somministrazione di contraccettivi da parte di una classe medica che in passato è stata pesantemente accusata di imporli con la forza, troppo spesso è solo una maschera egualitaria di facciata che nasconde una coercizione ancora esistente, resasi pericolosissima perché subdola, non evidente e, anzi, spesso del tutto invisibile e difficile da dimostrare. Per riprendere ancora una volta le parole di Taussig, è bene riflettere sul fatto che l'idea che la donna sia libera di scegliere, garantita dal fatto che «stipulare un

contratto sia di per sé segno e causa di libertà, è un'illusione pericolosa» (Taussig 2006: 99), dal momento che i termini e le condizioni vengono

“negoziati” da quelli che hanno il coltello dalla parte del manico, quantunque nei termini di un linguaggio e di una pratica che negano questa manipolazione e l'esistenza di un controllo ineguale (Taussig 2006: 102).

Conclusioni

Alla luce di quanto analizzato, si può affermare che, paradossalmente, nonostante la donna venga considerata socialmente e culturalmente la principale protagonista delle attività legate alla sfera riproduttiva, nella pratica si trova ad esercitare un controllo molto limitato su quest'ultima. Effettivamente, nonostante la procreazione (e le pratiche di cura ad essa connesse) sia molto spesso considerata il compito esclusivo cui la donna viene socialmente destinata, le sue effettive possibilità *soggettive* di una libera scelta rispetto a tale facoltà biologica sono sempre state estremamente ridotte. Possiamo considerarla, dunque, una sorta di *responsabilità passiva*: più un'incombenza assegnata da altri che una *responsabilità attiva* per una libera scelta di vita.

Questo tipo di atteggiamento è stato trasferito e riproposto specularmente anche nel campo del controllo contraccettivo della facoltà riproduttiva: le protagoniste, infatti, sono sempre le donne, non però in quanto vere attrici che dominano il palcoscenico, ma più come burattini i cui fili sono mossi da mani altrui. Ancora una volta, dunque, non si tratta di una *responsabilità* che spetta loro *in quanto soggetti* di libere decisioni, ma di una *responsabilità* loro attribuita *in quanto oggetti* che vengono caricati solamente di oneri e doveri considerati naturali²⁹.

In conclusione, l'atteggiamento dell'istituzione sanitaria rispetto alla scelta contraccettiva riscontrato nel presente lavoro etnografico può essere racchiuso entro due direttrici principali. Da una parte, l'urgenza medica e demografica di scongiurare troppe gravidanze comporta una visione delle donne come soggetti che occorre disciplinare conformemente a ciò che si considera “medicalmente sperabile”, in quella che Taussig definisce l'*esautorazione della soggettività della persona* da parte del professionista (Taussig 2006: 90, corsivo mio). I rapporti di potere culminano, dunque, nella reificazione del corpo della donna, che non viene considerato appartenente ad un soggetto di diritto, ma che rappresenta semplicemente l'oggetto ultimo di applicazione e di realizzazione pratica delle politiche sanitarie da parte del personale medico. Dall'altra parte, alcune pratiche dell'istituzione sanitaria qui analizzate denotano una sostanziale complicità con il dominio maschile, le diseguaglianze di genere e la violenza domestica contro le donne, e finiscono così per legittimare e istituziona-

lizzare una delle violazioni dei diritti umani più diffuse al mondo³⁰, non problematizzandola e rendendola, anzi, accettabile e quasi scontata. Ciò permette al *machismo*³¹ di arrivare fin dentro le mura ospedaliere e di non venire contrastato neppure con la forza delle istituzioni, il cui mandato, al contrario, sarebbe farsi carico di salvaguardare il diritto costituzionale di ogni individuo all'autodeterminazione riproduttiva³². In un totale stravolgimento dei ruoli, invece, l'istituzione arriva a plasmare le sue pratiche sulla necessità dell'autorizzazione maritale, legittimando di fatto l'uomo ad avere l'ultima parola e riconoscendogli ufficialmente, dominio e possesso sul corpo della compagna.

In tutto ciò, della donna non v'è traccia.

Note

1. Ho potuto svolgere il mio periodo di ricerca in Messico avvalendomi dell'aiuto economico di una borsa di studio per tesi all'estero della Facoltà di Filosofia, Lettere, Scienze umanistiche e Studi orientali della Sapienza Università di Roma.

2. Trentadue donne indigene per quanto riguarda la prima fase di questionari (ridotte poi a sedici nella seconda fase delle interviste più qualitative), comprendenti le lavoratrici della CAMI e del *Refugio* e alcune utenti di queste due strutture, e una selezione di nove interlocutori e interlocutrici esperti/e in materia di salute riproduttiva, sia in ambito tradizionale indigeno che in ambito biomedico ospedaliero.

3. Tra altri autori vedi Farmer 2006 e Sheper-Hughes & Lock 2006.

4. Il presente articolo non vuole essere una trattazione esaustiva sul tema della contraccezione in ambito indigeno, che richiederebbe ben altri spazi. Viene dunque volutamente lasciato ad altre occasioni di discussione il più generale contesto socio-culturale esterno alla struttura ospedaliera, comprendente una molteplicità di elementi (relazioni di genere, tasso di povertà, di alfabetizzazione, fattori culturali nahua, etc.). L'analisi che ne deriva è dunque, intenzionalmente e dichiaratamente parziale e limitata, per motivi di spazio, al solo contesto ospedaliero.

5. Negli ultimi decenni in Messico il rapporto tra biomedicina e medicina tradizionale è profondamente mutato e si è assistito a un progressivo divenire sempre meno netto dei confini tra i due campi. Per quanto riguarda la salute riproduttiva, un esempio di ciò è costituito dai corsi di formazione obbligatori (con tanto di patente per esercitare la professione) impartiti dalle varie Secretarías de Salud statali alle levatrici tradizionali, o dalla nuova figura della "levatrice professionale" operante all'interno del sistema ospedaliero. Inoltre la popolazione indigena si rivolge sempre più spesso al sistema medico statale piuttosto che a quello tradizionale, spinta soprattutto dal *Programa Oportunidades* (di aiuti finanziari alla popolazione più bisognosa), all'interno del quale la consegna mensile di denaro è subordinata, tra le altre condizioni, anche alla presenza a periodiche visite mediche ospedaliere.

6. Per esempio il distanziamento delle gravidanze per garantire un riposo fisico e riproduttivo della donna, favorito dall'uso di contraccettivi *post-partum* (si vedano a questo proposito i paragrafi successivi).

7. Il Messico è una Repubblica Federale costituita da trentuno Stati e un Distretto Federale. Per quanto riguarda lo Stato di Puebla, nel 2012 le mete contraccettive erano: 70% di copertura contraccettiva *post-partum* di media, con particolare attenzione per le ca-

tegorie più delicate di ragazze con meno di venti anni e donne con più di trentacinque anni (per le quali rispettivamente veniva raccomandata una contraccezione dell'80% e 90%) e di donne che presentavano fattori di rischio (verso le quali si consigliava un'attenzione contraccettiva del 100%).

8. È in questo modo, come parlando di una fabbrica, che un medico addetto ai parti si è riferito durante l'intervista ai dati che mensilmente vengono raccolti e inviati a Puebla per valutare il lavoro che viene fatto nell'Ospedale Generale di Cuetzalan.

9. I metodi contraccettivi *post-partum* sono gli unici che rappresentano metri di valutazione sull'operato delle varie strutture sanitarie da parte della Secretaría de Salud nelle statistiche ufficiali.

10. In alcuni studi, gli stessi dottori hanno confessato di preferire trattare con le donne, dal momento che sono pazienti docili, obbedienti e sottomesse ed è quindi più facile convincerle a pianificare rispetto agli uomini (Erviti et al. 2010); dunque perché non scegliere, per questa operazione di "convincimento", il momento in cui sono più fragili?

11. Per quanto riguarda le operazioni di chirurgia contraccettiva realizzate nel 2012 all'Ospedale Generale di Cuetzalan, il rapporto è di 99:1 OTB rispetto alle vasectomie.

12. Secondo l'intellettuale francese, infatti, le politiche di regolazione della fecondità articolano i due poli del biopotere, basandosi su tecniche disciplinari e di *dressage* che agiscono sui corpi individuali (sotto forma di dispositivi contraccettivi applicati in ospedale), per ottenere interventi di natura regolatrice sull'intera popolazione (la riduzione del tasso di fecondità e quindi della crescita demografica).

13. È bene ricordare che il corpo delle donne a cui si fa riferimento è ovviamente il "corpo politico, che si riferisce alla regolamentazione, alla sorveglianza e al controllo dei corpi (individuali e collettivi) in relazione alla riproduzione, alla sessualità, al lavoro e alla malattia" (Sheper-Hughes & Lock 2006: 154).

14. Il termine *medico* che d'ora in poi sarà frequente nel testo è da intendere senza alcuna accezione di genere, essendo la parola invariabile sia che si riferisca a uomini che a donne che esercitano la professione medica.

15. Tra queste dodici, sei hanno usato la OTB come primo ed unico metodo per pianificare. Anche solo a un primo sguardo, risulta quantomeno curioso che donne che non hanno mai fatto nulla per regolare la propria fecondità scelgano, per iniziare a farlo, un metodo che, oltre ad essere irreversibile, comporta tutta la carica traumatica associata ad un intervento chirurgico con carattere mutilante (Bronfman & Castro 1989).

16. Durante il mio soggiorno, la Secretaría de Salud di Puebla ha organizzato due *Jornadas de OTB* all'Ospedale Generale di Cuetzalan, l'1-2 ottobre e il 26-27 novembre 2012.

17. Tali vere e proprie violazioni dei diritti umani hanno suscitato la preoccupazione del Comitato contro la Discriminazione Razziale dell'ONU, che nel 2006 ha chiesto al governo messicano di far luce sulla questione delle sterilizzazioni forzate di donne indigene. Anche a livello nazionale il tema è di estrema attualità per un'iniziativa parlamentare del 2012 volta a inserire nel codice penale il reato di imposizione coatta di metodi contraccettivi, dato che attualmente la "sterilizzazione forzata" non è penalizzata con nessun'altra sanzione al di fuori di quella amministrativa prevista dalla *Ley General de Salud*. Durante la mia ricerca ho raccolto quattro testimonianze dirette di donne che hanno subito questo tipo di imposizione di metodi contraccettivi *post-partum* di nascosto.

18. È divenuta, infatti, una pratica piuttosto diffusa quella di richiedere alle donne il consenso alla chirurgia contraccettiva o all'utilizzo del DIU come condizione per la consegna degli aiuti finanziari legati al *Programa Oportunidades*, in una sorta di ricatto economico per far pressione sulla popolazione femminile destinataria dei fondi, affinché regoli la propria fecondità (Herrera, Suárez 2011). Ho raccolto tre testimonianze di donne che hanno subito questo secondo tipo di coercizione contraccettiva.

19. Consultabile alla pagina web <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/rm005ssa293.html>.

20. Queste spingono fortemente, soprattutto per quanto riguarda la sterilizzazione, in direzione dell'esistenza di un periodo di tempo minimo tra la decisione e la realizzazione dell'operazione. Per esempio, la World Federation of Health Agencies for the Advancement of Voluntary Surgical Contraception raccomanda che "non si dia alla donna orientamento iniziale né le si chieda un consenso informato per la sterilizzazione quando si trova in pieno travaglio, sotto sedativi o durante le prime 48 ore successive al parto" (Vázquez Cermeño 1998: 307).

21. Basandoci sulle analisi che seguono, questo modulo potrebbe troppo spesso essere ribattezzato, invece, "consenso immediato, disinformato e imposto".

22. Nel modulo che viene fatto firmare alle pazienti, infatti, la prima parte è totalmente volta a dichiarare esplicitamente che la donna è stata informata ampiamente e diffusamente su benefici ed effetti collaterali di tutta la gamma di contraccettivi (elencati uno ad uno) sia temporanei che definitivi.

23. Dal punto di vista strettamente medico focalizzato sul rischio riproduttivo, questi sono più efficaci poiché possono essere applicati immediatamente dal dottore in sala parto. Gli altri metodi, infatti, essendo prevalentemente ormonali, interferirebbero con il periodo d'allattamento e non possono, quindi, essere utilizzati prima di due mesi dal parto (arco di tempo scoperto dall'uso di qualsiasi contraccettivo, dato il quasi irrilevante utilizzo di preservativi, che porta con sé il rischio di avere una nuova gravidanza nel breve periodo e che va quindi, dal punto di vista medico, assolutamente evitato). L'allattamento non è considerato al 100% avere sicuri effetti contraccettivi ed è quindi ritenuto comunque un periodo a rischio riproduttivo.

24. Sono così definiti il DIU e la OTB per la loro caratteristica di diretta somministrazione ospedaliera che non prevede un coinvolgimento attivo della paziente, considerata medicalmente inaffidabile, e per la loro efficacia contraccettiva, nel primo caso di lunga durata, e nel secondo caso addirittura definitiva.

25. O di un altro familiare, soprattutto un genitore, in caso di ragazze madri. Si badi bene che con questo termine ci si sta riferendo anche a ragazze e donne maggiorenni, che, dunque, non avrebbero alcun motivo (nemmeno quello anagrafico) di dipendenza decisionale dai genitori.

26. Come afferma il sociologo messicano Roberto Castro, si stabilisce una strana equazione «tra "sapere" e "autorizzare"» (Castro 2000: 372).

27. Ciò è tanto più allarmante, in quanto tale violenza istituzionale non viene minimamente problematizzata né percepita come tale nei discorsi del personale medico, che, anzi, parla di questa scelta di buon senso in totale buona fede, rispetto all'evidente preoccupazione che alla donna possa accadere qualcosa di spiacevole se non fa ciò che il marito vuole.

28. In questi casi, infatti, l'unica cosa che può contrastare il *machismo* è il rischio medico o gli obiettivi demografici e non le leggi nazionali ed internazionali sul diritto della donna di decidere liberamente in quanto individuo sul suo corpo. Le uniche forze che hanno rilevanza in questo equilibrio di consensi sono quella maritale e quella medica.

29. In quanto biologico, infatti, si ha quasi l'impressione che il compito riproduttivo femminile non elevi le donne, agli occhi della società, dalla sfera della natura a quella della cultura, lasciandole, quindi, nell'espletamento di questa funzione, in uno stato di ferinità esente dal riconoscimento di diritti.

30. La violenza contro le donne (e non solo quella che si consuma durante i periodi di guerra, ma prevalentemente quella domestica che ha luogo quotidianamente) è in tutto il mondo la prima causa di morte e di invalidità femminili (dato rilevato dall'OMS nel do-

cumento “WHO: Violence against women information pack” consultato alla pagina web http://www.dronet.org/lineeguida/ligu_pdf/women_vi.pdf il 10/02/2013, che riprende la notizia da un documento ufficiale della Banca Mondiale *World Development Report 1993: investing in health*, Oxford University Press, New York).

31. Il termine non è usato qui casualmente o genericamente, dato che si tratta di un concetto e una terminologia proprio di origine messicana, come afferma Blanca Rico, direttrice esecutiva di “Semillas – Sociedad Mexicana Pro Derechos de la Mujer”, nella pagina web <http://www.trust.org/trustlaw/news/special-coverage/g2owomen/>, consultata il 26/01/2013.

32. L'articolo 4 della Costituzione Messicana recita, infatti, che “ogni persona ha il diritto a decidere in maniera libera, responsabile e informata il numero e l'intervallo di tempo tra le nascite dei propri figli”.

Bibliografia

- Bourgeois, P. 2010. “Recognizing Invisible Violence: A Thirty-Year Ethnographic Retrospective”, in *Global Health in Times of Violence*, a cura di Rylko-Bauer, B., Whiteford L. & P. Farmer, pp. 17-40. Santa Fe, NM: School for Advanced Research Press.
- Bronfman, M. N. & R. Castro 1989. Discurso y práctica de la planificación familiar: el caso de América Latina. *Saúde em Debate*, Junho/89: 61-67.
- Castro, R. 2000. *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), 2012. *Informe de la Consulta Nacional sobre la situación que guardan los Derechos de las Mujeres Indígenas en sus Pueblos y Comunidades*. México, D.F.: Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), 2010. *La Pobreza por ingresos en México*. México, D.F.: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.
- Duden, B. 1994. *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Erviti, J., Sosa Sánchez, I. A. & R. Castro 2010. Social origin of contraceptive counseling practices by male doctors in Mexico. *Qualitative Health Research*, 20: 778-787.
- Espinosa Damián, G., & L. Paz Paredes 2004. La perspectiva de género en las políticas de salud reproductiva. *Sociológica*, 19, 54: 125-153.
- Farmer, P. 2006. Un'antropologia della violenza strutturale. *Antropologia. “Sofferenza Sociale”*, a cura di I. Quaranta, 6, 8: 17-49:
- Foucault, M. 1978. *La volontà di sapere. Storia della sessualità I*. Milano: Feltrinelli.
- Herrera, C. & J. Suárez 2011. *El Programa Oportunidades y los Derechos de las Mujeres Indígenas en México*. México D.F.: Nostromo.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2013. *Panorama de violencia contra las mujeres en México: ENDIREH 2011*. México, D.F.: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

- Lupo, A. 1999. Capire è un po' guarire: il rapporto paziente-terapeuta fra dialogo e azione. *AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 7-8: 53-92.
- Mejía Flores, S. & A. P. Palacios Luna 2011. *Voces diversas frente a la violencia. Sistematización de la experiencia de atención a mujeres indígenas en situación de violencia de género en Cuetzalan, Puebla*. Cuetzalan: Centro de Asesoría y Desarrollo Entre Mujeres.
- Petchesky, R. P. 2006. "Comparaciones entre países y percepciones políticas", in *Cómo negocian las mujeres sus derechos en el mundo. Una intersección entre culturas, política y religiones*, a cura di Petchesky, R. P. & K. Judd, pp. 469-506. México D.F.: Colégio de México.
- Sheper-Hughes, N. & P. Bourgeois (a cura di) 2004. *Violence in war and peace. An anthology*. Malden: Blackwell Publishing.
- Sheper-Hughes, N. & M. Lock 2006. "Un approccio critico-interpretativo in antropologia medica. Rituali e pratiche disciplinari di protesta", in *Antropologia medica. I testi fondamentali*, a cura di I. Quaranta, pp. 149-194. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Taussig, M. T. 2006. "Reificazione e coscienza del paziente", in *Antropologia medica. I testi fondamentali*, a cura di I. Quaranta, pp. 75-106, Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Vázquez Cermeño, G. 1998. "Frente a un ámbito restringido de opciones: mujeres esterilizadas de localidades rurales del Valle del Mezquital, Estado de Hidalgo", in *Los silencios de la salud reproductiva: violencia, sexualidad y derechos reproductivos*, a cura di S. González Montes, pp. 303-330. México D. F.: Asociación Mexicana de Población.

Riassunto

La rilevanza del tema dei diritti riproduttivi in contesto indigeno messicano è tale da costituire per la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas un fondamentale indicatore di benessere individuale femminile. Tuttavia, il pieno e autonomo esercizio da parte delle donne della propria autodeterminazione riproduttiva, elemento cruciale della loro agentività in quanto persone, è frequentemente ostacolato da due fattori principali. Da un lato, infatti, i compagni spesso non accettano la volontà delle donne di pianificare le gravidanze e impediscono loro di farlo, facendo leva sulla propria posizione di potere all'interno delle relazioni intra-familiari di genere. Dall'altro, al contrario, il personale ospedaliero insiste nell'imporre alle pazienti un'ampia copertura contraccettiva post-partum, con l'obiettivo di soddisfare le mete demografiche delle politiche di controllo della popolazione dettate dalle Secretarías de Salud statali.

Il presente articolo si concentra su questo secondo elemento, focalizzandosi in particolare sul metodo contraccettivo più diffusamente utilizzato nel contesto indigeno studiato: la OTB, ovvero l'occlusione tubaria bilaterale, più comunemente conosciuta come sterilizzazione femminile. Nello specifico, viene analizzato il processo decisionale che porta la donna a scegliere questo tipo di anticoncezionale e viene evidenziato come l'influenza biomedica giochi un ruolo determinante in qualsiasi

circostanza avvenga la scelta di farsi sterilizzare. Infine, l'analisi della procedura ospedaliera di firma del Modulo di Consenso Informato per l'applicazione del contraccettivo post-partum mette in luce come la volontà della donna venga presa in considerazione esclusivamente qualora non si trovi in conflitto con gli imperativi medico-demografici o con la volontà maritale.

Parole chiave: Messico, violenza, donne indigene, salute riproduttiva, antropologia medica.

Abstract

The issue of reproductive rights in the Mexican indigenous context is so relevant that it is considered by the Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas as a fundamental indicator of female well-being. Nevertheless, the fully autonomous women's exercise of their reproductive self-determination, a crucial element of their agency as persons, is often undermined by two main factors. On the one hand, the partners frequently don't accept the women's will of planning their pregnancies and prevent them from doing it by taking advantage of their position of power within the domestic gender relations. On the other hand, the hospital medical staff insists on imposing a wide post-partum contraceptive coverage to the patients, in order to achieve the demographic goals of population policies given by the different Secretarías de Salud of the States.

The present article focuses on this second element, and in particular on the contraceptive method most widely used in the indigenous context of my research, namely the female sterilization. More in detail, this paper analyses the decisional process that brings women to choose this kind of contraceptive method. Furthermore, it stresses on how the biomedical influence plays a determinant role in all the circumstances in which the decision to be sterilised is taken. Eventually, the analysis of the hospital procedure to sign the 'Informed Consent Module' for the supply of the post-partum contraceptive highlights how women's will is taken into account only when it is not conflicting either with medical and demographical imperatives or with the partner's will.

Key words: Mexico, violence, indigenous women, reproductive health, medical anthropology.

