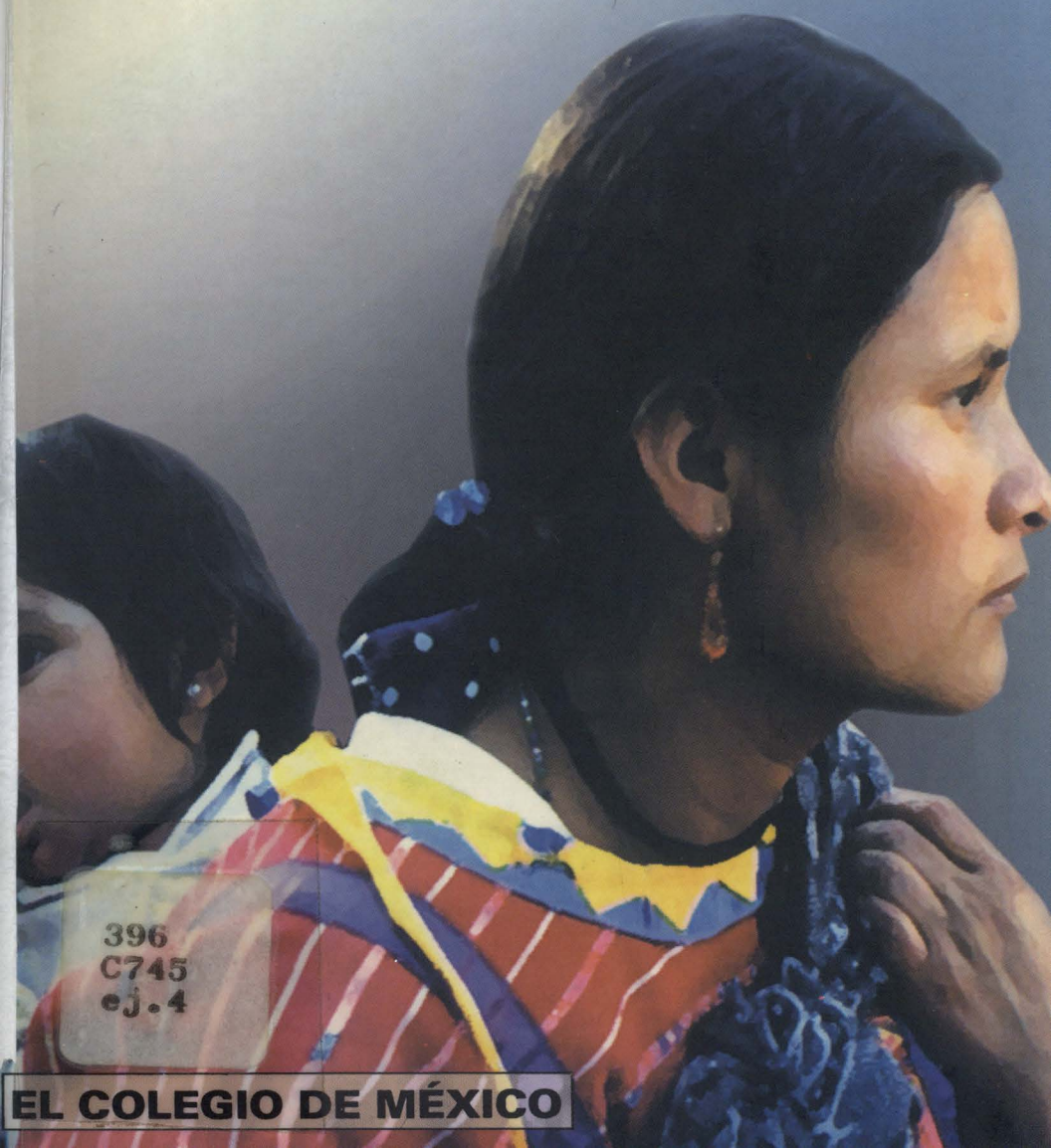


Juan Guillermo Figueroa Perea
compilador

LA CONDICIÓN DE LA MUJER EN EL ESPACIO DE LA SALUD



396
C745
ej.4

EL COLEGIO DE MÉXICO

EL COLEGIO DE MEXICO



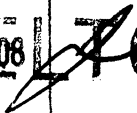
3 905 0659106 B

5204

[Faint text]

[Faint text]

11

 EL COLEGIO DE MÉXICO		Fecha de Vencimiento
Biblioteca Daniel Cosío Villegas Coordinación de Servicios		
Fecha		Firma de Salida
DEVUELTO ENE 2008		
 NOV 2010		
 14 ABR. 2011		
 - 6 MAYO 2011		

1

	Biblioteca Daniel Cosío Villegas
	Inventario 2007

LA CONDICIÓN DE LA MUJER EN EL ESPACIO DE LA SALUD

**PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD
CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS
Y DE DESARROLLO URBANO**

Biblioteca Daniel Casío Villaguz
EL COLEGIO DE MÉXICO, A. C.

LA CONDICIÓN DE LA MUJER EN EL ESPACIO DE LA SALUD

*Bertha Aparicio Jiménez / Teresita de Barbieri /
Mario Bronfman / Dora Cardaci / Ana María
Carrillo / Roberto Castro / Angélica Aremy
Evangelista García / Brígida García /
Héctor Gómez Dantés / Soledad González Montes /
Ana Langer / María Asunción Lara /
María Blanca López Arellano / Rafael Lozano /
Carolina Martínez Salgado / Pilar Muriedas /
Alma Gloria Nájera Ahumada / Isaura Ortiz
Álvarez / Irma Saucedo González / David Silva /
Mariana Yanes Esser / Carlos Zolla /
Úrsula Zurita Rivera*

Juan Guillermo Figueroa Perea
compilador

con la colaboración de
Ivonne Szasz Pianta



EL COLEGIO DE MÉXICO

396

C745

La condición de la mujer en el espacio de la salud / Juan Guillermo Figueroa Perea, compilador; con la colaboración de Ivonne Szasz Pianta. — México : El Colegio de México, Programa de salud reproductiva y sociedad del Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, 1998.

336 p.; 22 cm.

ISBN 968-12-0816-1

1. Mujeres-Salud e higiene. 2. Niños-Cuidado e higiene. 3. Mujeres-Problemas sociales y morales. I. Figueroa Perea, Juan Guillermo, comp. II. Szasz Pianta, Ivonne, comp.

El Colegio de México agradece el apoyo económico proporcionado por la Fundación Ford para hacer posible esta publicación, así como el financiamiento del Fondo de Población de las Naciones Unidas para la realización de la mayor parte de los capítulos de este volumen.

Open access edition funded by the National Endowment for the Humanities/Andrew W. Mellon Foundation Humanities Open Book Program.



The text of this book is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Portada de Mónica Diez-Martínez

Fotografía de Daniel Correa

Primera edición, 1998

D.R. © El Colegio de México
Camino al Ajusco 20
Pedregal de Santa Teresa
10740 México, D. F.

ISBN 968-12-0816-1

Impreso en México

ÍNDICE

Introducción, <i>Juan Guillermo Figueroa Perea, Ivonne Szasz Pianta y Mariana Yanes Esser</i>	9
---	---

PRIMERA PARTE

Salud y condición de las mujeres

I. Condición de la mujer y salud, <i>Ana Langer y Rafael Lozano</i>	33
II. Cinco notas en torno a la investigación "Condición de la mujer y salud", <i>Carolina Martínez Salgado</i>	83
III. La condición de la mujer y la salud infantil, <i>Mario Bronfman y Héctor Gómez Dantés</i>	89
IV. Comentario al trabajo "La condición de la mujer y la salud infantil", <i>Pilar Muriedas</i>	127
V. Investigación sobre trabajo femenino y salud: avances y propuestas, <i>María Asunción Lara</i>	131
VI. Comentarios al trabajo "Investigación sobre trabajo femenino y salud: avances y propuestas", <i>Brígida García</i>	161

SEGUNDA PARTE

Cuidados institucionales y alternativos de la salud de las mujeres

I. Mujeres, saberes médicos e institucionalización, <i>Carlos Zolla y Ana María Carrillo</i>	167
II. Reflexiones sobre el trabajo "Mujeres, saberes médicos e institucionalización", <i>David Silva</i>	199
III. Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión, <i>Roberto Castro y Mario Bronfman</i>	205

IV. Comentarios a la ponencia “Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión”, <i>Teresita de Barbieri</i>	239
V. Nuevos entramados: familia, salud y organizaciones de mujeres, <i>Dora Cardaci</i>	243
VI. Comentarios al documento “Nuevos entramados: familia, salud y organizaciones de mujeres”, <i>Irma Saucedo González</i>	267

TERCERA PARTE

OPCIONES METODOLÓGICAS PARA EL ESTUDIO DE LA SALUD DE LAS MUJERES

I. Maternidad, sexualidad y comportamiento reproductivo: apuntes sobre la identidad de las mujeres, <i>Alma Gloria Nájera Ahumada, María Blanca López Arellano, Angélica Aremy Evangelista García, Úrsula Zurita Rivera, Isaura Ortiz Álvarez y Bertha Aparicio Jiménez</i>	275
II. Comentario al artículo “Maternidad, sexualidad y comportamiento reproductivo: apuntes sobre la identidad de las mujeres”, <i>Soledad González Montes</i>	307
III. Alternativas teóricas y metodológicas para el estudio de la condición de la mujer y la salud materno-infantil, <i>Ivonne Szasz Pianta</i>	313

INTRODUCCIÓN

El estudio de la salud de la mujer, de la madre y de los hijos ha estado estrechamente ligado a la temática del proceso reproductivo de la población, debido tanto a las importantes relaciones que se han documentado entre los componentes de dicho comportamiento y los diferentes indicadores privilegiados en el estudio de la salud materno-infantil, como al papel que socialmente se le atribuye a la reproducción dentro de la definición genérica de las mujeres. Paralelamente, se ha documentado que algunas características socioeconómicas están vinculadas con el proceso reproductivo de la población, así como con las condiciones de salud referidas anteriormente.

La condición de las mujeres se reconoce actualmente como un condicionante fundamental del estudio del proceso reproductivo y sobre todo de la salud. En una aproximación más amplia se propone que la salud integral de las mujeres incluye, como un elemento indispensable, la condición de las mismas, más allá del carácter de mero diferencial de sus procesos reproductivos y de las condiciones de salud de sus hijos.

Esto, ligado de manera importante al replanteamiento del sentido de la reproducción, ha permitido cuestionar la identificación de la salud materna con la salud de la mujer, a partir del enfoque de género. Este enfoque, además de reconocer que la reproducción ha sido fuente de asignaciones sociales diferenciales en los espacios de derecho de mujeres y varones, cuestiona la asignación unilateral hacia la mujer de la responsabilidad sobre el cuidado de sus propios hijos y por ende, de la salud de los mismos, y de la del núcleo familiar como un todo.

Desde hace tiempo diferentes autores han profundizado en las relaciones entre reproducción y salud y han reconocido que, si bien éstas existen, presentan niveles muy distintos dependiendo de condiciones sociales y económicas de la población y, en particular, de las condiciones de vida de las mujeres. Por ello se propone que

la mera incidencia sobre tal fenómeno modificaría de manera importante las relaciones señaladas anteriormente. Algunas veces se ha sugerido transformar la condición de las mujeres como un buen medio para mejorar las características de la salud y los patrones reproductivos, si bien se ha llegado al consenso de que es un fin en sí mismo como derecho de la mujer, antes que un medio para modificar cualquier indicador de salud al margen de su importancia.

Con el propósito de redimensionar el alcance de las relaciones entre reproducción y salud, consideramos relevante desarrollar un proyecto de investigación que incorporara el componente de la condición de las mujeres de una manera explícita dentro del estudio de la salud de la madre, del hijo y de la mujer, con el propósito de proponer algunas reflexiones sobre las posibilidades teóricas y metodológicas que dicha reconceptuación le ofrece al estudio de la salud anteriormente señalado, pero también con el fin de redimensionar el énfasis que suele atribuirse a los procesos reproductivos en su carácter de factores explicativos de los elementos de la salud de la población. El objetivo fundamental del proyecto era retomar una línea de investigación que se propone repensar los marcos de análisis que se han estado usando para el estudio de los diferentes fenómenos, con el objeto de enriquecerlos a partir de problemáticas específicas que han surgido en su estudio. Uno de esos fenómenos es la salud materno-infantil, y se ha propuesto una revisión de los marcos conceptuales desde la perspectiva de género.

Para tal propósito invitamos a varias personas a discutir sobre el tema a través de artículos específicos, pero sin obligarlas a tomar la relación entre reproducción y salud como punto de partida necesariamente. La idea no sería integrar un solo marco conceptual, sino pedir que cada una de las personas elaborara algunas reflexiones, a partir de las cuales poder constituir una reflexión mayor con elementos teóricos y metodológicos (véase el artículo de Szasz Pianta en este volumen), y todo ello se integraría en un libro sobre el tema.

Dado que han sido las instituciones gubernamentales de salud las principales responsables de documentar este proceso, se consideró que invitar a investigadores de diferentes instituciones académicas para que reflexionaran sobre el tema —sin buscar necesariamente un consenso, sino un listado de vertientes de investigación y de posibilidades analíticas que le ofrecen al estudio del tema en cuestión la referencia explícita a la condición de las

mujeres— brindaba enormes posibilidades de intercambio institucional y disciplinario. El número de investigadores invitados estuvo condicionado por los recursos disponibles, si bien se buscó incorporar entre dos y tres artículos para cada una de las secciones en las que se dividió el trabajo.

El presente libro integra los trabajos desarrollados a partir de este proyecto de investigación, el cual contó con el financiamiento del Fondo de Población de las Naciones Unidas y con la asesoría de la Organización Panamericana de la Salud. El proyecto se desarrolló como parte de las actividades de la Dirección de Estudios de Población y Servicios, de la Dirección General de Planificación Familiar (hoy llamada de Salud Reproductiva) de la Secretaría de Salud, bajo la coordinación de los autores de esta publicación. Dada la importancia de la temática para el Programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México se integró una versión actualizada de este conjunto de materiales, previo acuerdo con la Secretaría de Salud.

LÍNEAS DE REFLEXIÓN PROPUESTAS

La conceptualización sobre consecuencias de las relaciones sociales de género en la salud materno-infantil abarca varias dimensiones de las desigualdades entre hombres y mujeres que pueden estar afectando la salud. La dimensión más evidente se refiere a la desigualdad socioeconómica. La salud se ve afectada por la distribución social de la desigualdad entre grupos sociales, regiones, áreas rurales y urbanas, según ingresos de las familias, grupo étnico, acceso a la escolaridad y calidad de la educación, entre otras.

A la situación desfavorable —en términos de riesgos para la salud— que experimentan los grupos de bajos ingresos, los residentes en áreas rurales y regiones desfavorecidas, las poblaciones migrantes y los grupos indígenas, se añaden desventajas económicas específicas de las mujeres, derivadas de las relaciones sociales de género. Éstas consisten en la asignación exclusiva a las mujeres de las tareas provenientes de la reproducción, la ausencia de valoración y remuneración de sus actividades, la doble jornada de trabajo, la discriminación ocupacional y salarial en los mercados laborales, su menor acceso a la escolaridad en algunas sociedades,

las limitaciones normativas para la posesión de recursos materiales y las relaciones de poder que limitan su acceso y disposición de los ingresos familiares.

Estas desigualdades afectan el estado nutricional y de salud general de las mujeres, las edades de inicio y término de la vida reproductiva y la morbilidad infantil —estrechamente relacionada con la escolaridad materna. Los riesgos de morbilidad y mortalidad como consecuencia de abortos son diferenciales según la condición socioeconómica y la incorporación a programas de planificación familiar y de lactancia, mientras que los de control pre y posnatales son diferenciales según ingresos familiares, lugar de residencia y condición laboral, existiendo una respuesta diferente a esos programas según la condición social de las mujeres en tanto género.

En los últimos años, los procesos de globalización económica, internacionalización de los mercados de trabajo y disminución del empleo formal y los salarios reales, han acentuado estas desigualdades, puesto que han aumentado la participación económica femenina, su contribución a los ingresos familiares y la carga de trabajo doméstico, sin que se modifique la división sexual del trabajo, ni cambiar la necesidad de combinar el trabajo femenino y la migración con las tareas de crianza, y sin rectificar la discriminación ocupacional y salarial por género. En particular, los cambios en la demanda de mano de obra femenina han modificado el perfil de los riesgos de salud en el trabajo para las mujeres, y el aumento de la actividad económica femenina ha alterado los patrones de atención a la salud infantil.

Los condicionamientos de género concentran a las mujeres en ocupaciones inestables, carentes de seguridad social y movilidad ascendente, de bajo prestigio y remuneración. Las consecuencias para la salud materno-infantil de estas condiciones de inserción laboral femenina están mediadas por la presencia de ayuda doméstica, el carácter de pagado o familiar de esa ayuda, y por la condición de intra o extradoméstico o en la vía pública del trabajo desempeñado, así como por el ambiente físico, organizacional y social del trabajo. El concepto de riesgo laboral adquiere especificidades en el caso de las mujeres, cuya actividad económica se ve afectada por las normas sobre sexualidad, el acoso sexual, el ciclo menstrual, la fecundidad, el embarazo, parto y puerperio, la lactancia y los cuidados a la salud infantil.

El conflicto de roles derivado de la doble jornada laboral aumenta las tensiones domésticas, las rupturas conyugales, la violencia y la carga de trabajo de las mujeres, con consecuencias para su salud física y emocional y la de sus hijos. Otros aspectos menos estudiados se refieren a las consecuencias para la salud por la falta de acceso a los ingresos familiares, de las mujeres que no trabajan, así como los efectos debidos al trabajo doméstico desarrollado sin condiciones mínimas de infraestructura sanitaria.

En síntesis, a los condicionamientos de la salud materno-infantil derivados de la región de residencia, de su carácter urbano o rural, de las características socioeconómicas del grupo familiar y de la escolaridad se agregan los grados de autonomía femenina, la definición de roles, la participación desigual de los géneros en las responsabilidades de la reproducción y en los mercados de trabajo, así como en la distribución intrafamiliar del poder y los recursos, y la carencia de apoyos sociales para las tareas reproductivas.

Además de las disparidades materiales, existen otras dimensiones de las relaciones de género que pueden afectar la salud, y que se sitúan más abiertamente en la esfera cultural. La construcción de la identidad femenina en torno a la maternidad y su valoración exclusiva en la capacidad de ser madre, especialmente en contextos de escasa autonomía femenina, se relacionan de manera directa con riesgos para la salud materna.

La construcción cultural de los géneros afecta de diversas formas la capacidad de autoatención en salud de las propias mujeres. La asignación genérica de apoyadoras emocionales del grupo familiar deja a las mujeres sin capacidad para priorizar sus propias necesidades y deseos, afectando su salud física y emocional. El rol pasivo que debe asumir a partir de su asignación de género entra en contradicción con el de cuidadora de la salud de los infantes, que requiere autonomía, decisión, iniciativa y actividad. Asimismo, la preferencia cultural por los hijos varones afecta la calidad de la alimentación y la nutrición de niñas y mujeres, ya que en los cuidados a la salud que se desarrollan en el hogar, existe una escala de prioridades que no depende de la gravedad de los padecimientos, sino del lugar que ocupa el sujeto en la jerarquía familiar. En esa escala, la alimentación y la salud de las mujeres ocupan un lugar secundario. Asimismo, la escasa valoración del género femenino lleva a la generalización y aceptación de la

violencia doméstica, con sus consecuencias para la salud física y emocional de mujeres y niños.

La asignación genérica de pasividad y subordinación que experimentan las mujeres debe ser analizada en relación con su papel de sujetos de la prestación de servicios de salud materno-infantil. Existen relaciones de conflicto, poder y subordinación en la interacción entre prestadores de servicios y usuarias de éstos, que están mediadas de manera compleja por relaciones de género, y que afectan los derechos, responsabilidades y necesidades de las mujeres, con consecuencias para su salud y la de sus hijos.

El proyecto, cuyos resultados aquí se presentan, intentó reunir a investigadores de varias disciplinas e instituciones con el fin de incursionar en algunas de las temáticas anteriormente esbozadas. De acuerdo con su diseño original, su objetivo fue elaborar elementos para un marco conceptual con base en el desarrollo teórico de varios temas centrales sobre condición de la mujer y salud materno-infantil a partir de revisiones bibliográficas y del análisis de los resultados de investigación sobre el tema. Se acordó subdividir temáticamente el problema de la salud materno-infantil y buscar especialistas en cada una de esas áreas para que, con base en el estado del conocimiento al respecto, elaborasen una reflexión articulada y crítica, que incluyera dimensiones sociales en el análisis de diversos aspectos de la salud materno-infantil. Se solicitó a esos especialistas que repensaran las temáticas seleccionadas desde uno de los aspectos de la dimensión social de la salud: las relaciones sociales de género.

CONTENIDOS TEMÁTICOS

Con todos los riesgos que implican las clasificaciones, nos imaginamos tres partes: una centrada en salud materna, otra en salud infantil y una tercera sobre salud de la mujer, y una discusión final. La primera parte incluiría dos temas: condición de la mujer y salud materna, e interacción entre prestadores de servicios y dicha salud materna. En la dedicada a salud infantil, pensamos también en dos temas: unidad doméstica, relaciones intrafamiliares y salud infantil; y condición de la mujer y salud infantil. La parte sobre salud de la mujer incluiría un artículo sobre trabajo femenino, salud y reproducción; otro sobre ejercicio sexual y valoración de la

maternidad, como elementos constitutivos de la identidad genérica de las mujeres; y uno más sobre cómo afecta a la propia condición de la mujer y su salud —integralmente considerada— la asignación de responsabilidades sobre el cuidado de la salud de los hijos. La discusión final, más que un proceso de síntesis, se proponía como un ejercicio de reflexión a partir de los materiales anteriormente elaborados.

Desde el inicio se consideró que la búsqueda de los especialistas en cada subtema no sería tarea sencilla. Se trataba de encontrar personas con amplia experiencia de investigación en salud materno-infantil además de una sólida formación en ciencias sociales que les permitiera problematizar la relación entre condición de la mujer y salud. Sin embargo, los investigadores médicos y biomédicos no suelen integrar los determinantes sociales de la salud en sus análisis, y cuando lo hacen los incorporan de manera parcial y limitada. A su vez, muy pocos científicos sociales se especializan en los problemas de salud de manera sistemática. Sin embargo, se consideró indispensable el aporte sustantivo de investigadores que estuvieran al tanto del avance en el conocimiento sobre diversos aspectos del tema, y que estuvieran en condiciones de desarrollar una reflexión conceptual que incorporase los avances teórico-metodológicos actuales sobre las relaciones entre los procesos sociales y la salud.

El desarrollo de los artículos, el debate con los autores y la discusión colectiva de las primeras versiones de los trabajos, nos obligó a replantear el guión final del proyecto, algunas de cuyas características se detallan a continuación.

La primera parte, “Salud y condición de las mujeres”, está compuesta por trabajos que incorporan una amplia gama de referentes empíricos que permiten contextualizar la salud de las mujeres, y la de sus hijos, en el marco de las condiciones socioeconómicas y culturales concretas en las que las mujeres se desenvuelven cotidianamente y a lo largo de su vida. Los trabajos muestran algunas diferencias por sexo, cuestionando si tales variantes podrían disminuirse a partir de la reasignación de responsabilidades y derechos entre los géneros. Se incursiona también en el ámbito de la reproducción social, a través de la relación que guarda el espacio laboral con diversos elementos del proceso reproductivo.

El artículo de Ana Langer y Rafael Lozano, “Condición de la mujer y salud”, parte de considerar la salud como “un proceso

dinámico que resulta de la compleja e intrincada relación entre una base biológica y factores socioeconómicos, culturales, psicológicos y conductuales que influyen sobre ella y la modifican". Dentro de esta red multicausal, el peso de los factores no se distribuye uniformemente en todos los individuos ni a lo largo de su proceso vital. En el desarrollo del artículo, los autores incorporan referentes empíricos para documentar la vulnerabilidad diferencial de los individuos —tomando en cuenta tanto las características biológicas como las desigualdades sociales—, discuten las bases conceptuales de estas desventajas y analizan los diferenciales de salud entre hombres y mujeres, así como entre mujeres de diversos grupos sociales en México.

Los autores proponen un marco conceptual que permite ubicar los factores biológicos, sociales y conductuales que influyen sobre la salud de la mujer, identificando tres niveles en la determinación del proceso salud-enfermedad: los determinantes subyacentes, que se refieren a las condiciones biológicas y sociales que rodean la vida de las mujeres; los próximos, que son aquellas circunstancias que influyen directamente sobre la salud, y por último, los efectos de ambos tipos de determinantes sobre la salud en términos de resultados. La hipótesis que subyace a este estudio es que existen profundas desigualdades entre hombres y mujeres en cualquiera de estos niveles, así como entre las mujeres de diferentes grupos sociales en el caso de las condiciones de salud que son exclusivas, por razones biológicas, del sexo femenino.

Centrando su análisis en datos sobre mortalidad y en algunos correspondientes a morbilidad crónica en hombres y mujeres, los autores proceden a ilustrar el uso de su marco conceptual, identificando, para cada uno de sus niveles, indicadores pertinentes de análisis. Dentro del primer nivel referente a los determinantes subyacentes, se analizan los factores biológicos a partir de dos indicadores básicos: los diferenciales en mortalidad durante la infancia y la esperanza de vida. Estos factores biológicos se ven matizados por factores socioculturales que tienen origen en el valor diferente asignado a hombres y mujeres en una sociedad, y en el trato discriminado por género. Adicionalmente, para este nivel se toma en cuenta la desigualdad social entre individuos de distinto estrato socioeconómico, que en el terreno de la salud se expresa de manera relevante en los indicadores de mortalidad infantil y materna. El segundo nivel, correspondiente a los deter-

minantes próximos, se resume de modo esquemático en el estado de nutrición, la utilización de servicios, los patrones reproductivos y algunos hábitos relevantes para la salud. Los autores desarrollan estas temáticas enfatizando principalmente los diferenciales por sexo y la estratificación socioeconómica de la población. En el nivel de los resultados, el análisis toma como eje el ciclo vital de la mujer, distinguiendo tres etapas: la infancia, la edad reproductiva y los años posreproductivos. En este último nivel se utiliza fundamentalmente información sobre mortalidad para estudiar los efectos de los factores subyacentes y determinantes próximos sobre la salud de la mujer.

Como parte de sus conclusiones finales, los autores plantean que la información disponible no permitió documentar diferencias por sexo en el estado nutricional, ni en la mortalidad infantil y la utilización de servicios de salud pediátricos, mientras que en la edad adulta se observan francas distinciones en algunos padecimientos relacionados con estilos de vida (exposición a violencia y condiciones de trabajo) y hábitos relevantes para la salud. En el terreno de la salud reproductiva se verifican profundas inequidades entre mujeres de diferentes grupos sociales y la escasa información sobre salud en la edad posreproductiva sólo permite vislumbrar algunas diferencias por sexo en morbilidad. Por último, las diferencias en la salud de grupos de distinto nivel socioeconómico son marcadas, como se observa en el caso de la mortalidad materna o en el acceso a los servicios de atención a la salud reproductiva. Tratándose de un fenómeno que ha sido ampliamente documentado, los autores plantean la urgencia de implantar medidas que reduzcan la inequidad y garanticen el derecho a la protección a la salud para todas las mujeres mexicanas. En lo que respecta a la investigación, consideran que es necesario concentrarse en aspectos de la salud potencialmente sensibles a las diferencias por sexo, trabajar en el desarrollo y validación de indicadores, y probarlos en diferentes poblaciones para conocer los alcances y limitaciones de eventuales conclusiones.

El artículo de Mario Bronfman y Héctor Gómez Dantés, "La condición de la mujer y la salud infantil", aborda el tema de la salud infantil y algunos elementos de la salud de la mujer en función de la condición de esta última. Se plantea que la posición social de desventaja en la que se encuentra la mujer se refleja en su estado de salud, en una escolaridad deficiente y restringida, en un acceso

limitado a mejores condiciones de empleo, seguridad social y menores oportunidades de desarrollo en las esferas social, política y económica que, a su vez, son reflejo de la desigualdad de género imperante en la sociedad. Los autores presentan a lo largo del documento la información que permite destacar la condición desfavorable de la mujer en la sociedad que llega a impactar sobre el desarrollo y la sobrevivencia de sus hijos.

En el primer apartado, sobre condición de la mujer y su salud, los autores presentan datos de diversos países de la región latinoamericana que permiten constatar la baja inversión social en los países más pobres, sobre todo en lo relacionado con la educación y la salud de las mujeres. Destacan que esto actúa en detrimento de una mejora en la condición de las mujeres, y por ende en la de sus hijos, ya que los productos paralelos generados por la escolaridad y la inversión en la mujer contribuyen a la reducción de la mortalidad infantil y de la fecundidad. Un elemento importante que los autores destacan es la marginación de la participación de la mujer en las propuestas diseñadas para controlar y abordar la salud infantil. Presentan asimismo una breve semblanza de las condiciones de salud de la mujer a partir de datos sobre escolaridad, desnutrición, mortalidad y acceso a los servicios médicos.

En el segundo apartado, sobre condición de la mujer y la salud infantil, los autores presentan elementos de la condición de la mujer que representan un impacto sobre la salud infantil. Entre éstos destacan el inicio temprano de la maternidad, la nutrición materna insuficiente, los bajos niveles educativos y los intervalos intergenésicos cortos, entre otros. En relación a diversos estudios sobre mortalidad infantil, aparece como variable constante la educación de la madre, la cual se convierte en “el indicador que mejor ilustra la condición de desventaja social de la mujer” y por tanto en “una variable explicativa de la situación de la salud infantil”. La educación de la mujer se vincula también con el patrón reproductivo, la edad a la unión y la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos.

En el tercer apartado, sobre la mujer trabajadora y la salud infantil, los autores plantean que la creciente incorporación de la mujer a la economía surge de sus necesidades por sobrevivir y de las mismas fuerzas productivas, y no tanto por la apertura social hacia la mujer. Este aumento en la tasa de participación de la mujer en la fuerza de trabajo ha repercutido en los roles femeninos y la

organización familiar, sobre todo cuando se trata del cuidado de los hijos. Elementos como el abandono de la lactancia a edades muy tempranas, el riesgo de tener hijos de bajo peso al nacer y la exposición a situaciones de estrés y fatiga derivados del alargamiento de la jornada de trabajo, demandan estudios más sistemáticos sobre las condiciones de las mujeres económicamente productivas que revelen con mayor precisión las asociaciones entre el trabajo y la salud reproductiva.

El acceso a los servicios y la salud infantil, se encuentra analizado en el cuarto apartado. En éste, los autores plantean que si bien se reconoce que un mejor y mayor acceso a los servicios médicos redundará en una menor mortalidad infantil, la calidad y el nivel de utilización de los servicios por parte de las mujeres se ve limitado por su condición subordinada derivada de los patrones de género operantes. Presentan a continuación datos acerca del acceso de las mujeres a programas de control prenatal, planificación familiar y detección oportuna de cáncer. Una constante en la incorporación a estos programas es el acceso diferencial de las mujeres de acuerdo a su nivel socioeconómico, lo que se traduce en el hecho de que son las mujeres más necesitadas las que menor oportunidad tienen de ingreso a estos programas. Los autores concluyen que la condición subordinada y desigual de la mujer frente a las oportunidades de salud, empleo y educación tiene implicaciones muy serias para su salud y, de manera directa, influye sobre el desarrollo, crecimiento y salud de sus hijos.

Dentro de las reflexiones finales, los autores enumeran varias recomendaciones importantes. La necesidad de elaborar estudios más profundos sobre la situación de la mujer y la salud infantil, teniendo en mente las condiciones desfavorables en las que se desenvuelve la mujer en la sociedad así como la necesidad de reconocer y actuar sobre los aspectos sociales determinantes de la situación de la mujer para mejorar, a su vez, las condiciones de salud de los hijos. Igualmente importante es la integración de la perspectiva de la mujer y su participación en el diseño de las estrategias de atención, incorporando la visión de género a la interpretación de los problemas de salud.

El artículo de María Asunción Lara, "Investigación sobre trabajo femenino y salud: avances y propuestas", que cierra la primera sección, desarrolla el tema de la salud de las mujeres trabajadoras a partir de una revisión de la literatura. Partiendo de las condicio-

nes socioeconómicas actuales y considerando que la creciente incorporación de las mujeres al trabajo remunerado las expone a riesgos adicionales, la autora analiza las características del trabajo doméstico y extradoméstico con base en un análisis de las condiciones de género: al estarles asignadas a las mujeres las tareas de la reproducción, su incorporación económica se traduce en una doble jornada laboral. Asimismo, la autora busca incorporar las perspectivas sociológica y psicológica de las situaciones que afectan la salud de las mujeres y finalmente, aventura hipótesis sobre nuevas relaciones salud-trabajo.

Las condiciones sociales y económicas actuales, en especial la crisis económica de la última década, han afectado considerablemente el estatus socioeconómico de la gran mayoría de las mujeres del Tercer Mundo, lo que se ha reflejado en un aumento en su participación económica, si bien esta incorporación ha sido diferencial según el sector social de pertenencia. Dentro del ámbito laboral, la participación económica femenina es mayoritaria en el sector terciario, mientras que en el sector industrial se ubica en segundo lugar. Los trabajos sobre el tema son todavía escasos y han abordado diversas formas de relación entre el trabajo y la salud en las que es necesario ampliar la investigación. Un grupo de estudio analiza enfermedades laborales relacionándolas con sistemas de producción específicos (de elevada exigencia, actividades repetitivas, etc.); otros abordan el efecto de las condiciones de trabajo y el sistema de producción sobre la salud reproductiva, como son los riesgos laborales para las mujeres gestantes. El tercer grupo de estudio aísla condiciones más específicas del trabajo (horario, turnos, etc.) relacionándolos con efectos sobre la salud. Un cuarto factor adverso sobre la salud de las mujeres trabajadoras lo constituyen los factores genéricos, entre los que la autora enfatiza la devaluación del trabajo femenino, la frecuencia del hostigamiento sexual, marginación por la condición de gestante, menores oportunidades y remuneración. Finalmente, la autora considera una quinta relación entre el trabajo extradoméstico y la salud que es la referente a la valoración subjetiva del trabajo, donde elementos como la actitud hacia el empleo y la presencia o no de apoyo social en el entorno laboral, se relacionan con niveles de autoestima, estrés y depresión.

Las cargas que el trabajo extradoméstico impone a las mujeres se ven agravadas por la división del trabajo por géneros, que

atribuye a las mujeres las responsabilidades en el ámbito doméstico. Esta ideología inequitativa se traduce en jornadas de trabajo intensas y extensas, y en conflictos entre las demandas de los distintos escenarios en los que la mujer participa. Una línea de investigación que la autora considera necesario desarrollar es la que versa sobre los efectos de la ideología respecto a la división del trabajo y sobre la salud de las trabajadoras, ya que esta ideología se traduce en sistemas de creencias y comportamientos que limitan el cambio hacia una distribución más igualitaria del trabajo. Otros elementos a considerar son los efectos de la doble jornada sobre el peso al nacer de los recién nacidos, la carga del cuidado de los hijos como fuente de tensión, la relación de pareja como variable mediadora entre el empleo y la salud de las mujeres, la pobreza y la jefatura femenina de familia como aspectos que agravan las presiones sobre las trabajadoras.

La evaluación de las cargas y presiones que recaen sobre las mujeres que se desempeñan laboralmente lleva a la autora a concluir que en la planeación de futuras investigaciones se debería considerar simultáneamente el aspecto doméstico y extradoméstico, ya que la salud se ve afectada por la acción acumulativa del desempeño en ambos ambientes. Finalmente, sugiere algunas estrategias que podrían incidir positivamente sobre la salud de dichas mujeres, como serían el tomar en cuenta a las mujeres trabajadoras en el diseño de políticas públicas relacionadas con el ámbito laboral y los servicios de salud, el desarrollo de estrategias que permitan a la mujer adquirir un mayor grado de conciencia respecto a su papel como tal y como trabajadora, y la difusión de los resultados científicos sobre los efectos del cuidado alternativo para los hijos cuando las mujeres trabajan.

La segunda parte de esta compilación, “Cuidados institucionales y alternativos de la salud de las mujeres”, aborda aspectos teóricos relevantes para el análisis del cuidado de la salud, como son los modelos de atención, tema del primer artículo. El segundo trabajo presentado discute los aportes y la aplicación de la teoría feminista al campo de la sociología médica, y el último reflexiona acerca de algunos supuestos teóricos que guían la acción de numerosas organizaciones no gubernamentales (ONG) abocadas al cuidado de la salud de las mujeres.

El artículo de Carlos Zolla y Ana María Carrillo, “Mujeres, saberes médicos e institucionalización”, examina el papel funda-

mental que asume la mujer en dos modelos de atención: el de la medicina doméstica y el de la medicina tradicional. Los autores plantean que estos modelos no institucionales poseen una estructuración propia e interactúan con la medicina hegemónica en una relación no exenta de contradicciones. Analizan también la situación de la institucionalización del saber médico tradicional a partir del caso de las parteras.

El trabajo inicia con un recorrido histórico del papel de las mujeres como curadoras y de la evolución de la medicina en México. La mujer ha desempeñado históricamente en el mundo médico una función pública y una privada, es decir “es terapeuta socialmente reconocida y agente anónima de la medicina doméstica”. Los autores presentan el proceso, iniciado desde principios de la colonia, del creciente control que los médicos universitarios pretendieron tener sobre las actividades sanitarias y en especial sobre los saberes médicos indígenas. Un caso particular ha sido el de la partería, saber médico femenino sujeto a presiones institucionalizadoras que aún continúan.

La importancia de analizar las características del modelo de la medicina doméstica estriba en que constituye la primera forma de respuesta social estructurada ante la amenaza de la enfermedad y a que la mujer desempeña en él un papel de primer orden. Los autores se abocan a esta tarea, señalando también que una tipología de las actuales unidades domésticas es necesaria para guiar el estudio de la medicina doméstica. El segundo subsistema de atención a la salud que presentan los autores es el de la medicina tradicional. Plantean que los agentes de la medicina tradicional tienen en común con los agentes de la medicina académica el hecho de ser terapeutas socialmente reconocidos que constituyen ofertas públicas de servicio (elementos que los diferencian del modelo doméstico). Con respecto a las mujeres, destaca su papel en la atención del embarazo, el parto, el puerperio y los cuidados del recién nacido, por lo que se presentan datos nacionales sobre tipo de atención al parto (doméstico u hospitalario), así como diferencias entre ambos, que llevan a las mujeres a definir su preferencia por uno u otro. Asimismo, se presta especial atención a los cursos de capacitación a parteras (ejemplo clásico de los esfuerzos por institucionalizar y controlar los saberes tradicionales), en lo que respecta a sus contenidos, objetivos e impacto en la práctica de las parteras.

Los autores concluyen que la tríada mujeres, saberes médicos e institucionalización constituye un referente básico, no sólo para hacer inteligible el campo general de la atención a la salud, sino para acentuar o atenuar el predominio de un modelo sobre los otros, y enfatizan la necesidad de realizar nuevos estudios sobre el modelo doméstico que aporten elementos para su comprensión.

El artículo de Roberto Castro y Mario Bronfman, "Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión", constituye una aproximación inicial a la teoría feminista en su aplicación al campo de la sociología médica. La primera parte está dedicada a analizar algunos de sus principales conceptos, y la segunda aborda la discusión contemporánea sobre las posibilidades de una ciencia y una teoría feminista del conocimiento. La tercera parte está dedicada a discutir algunas de las aplicaciones de la perspectiva feminista al campo de la sociología médica.

Dentro de la discusión conceptual inicial, los autores centran su atención en dos categorías: patriarcado y sistema de sexo/género. Partiendo de que el objetivo de la teoría feminista es la explicación del origen de la opresión, supresión y represión de la mujer, estas categorías buscan dar cuenta de este fenómeno de dominación a un nivel de abstracción general. Reconociendo que la definición más precisa de estas categorías está aún en proceso, Castro y Bronfman plantean que es necesario proveer a los conceptos de patriarcado y de sistema de sexo/género de la especificidad histórica de la que aún carecen, con el fin de desarrollar su riqueza explicativa.

Una crítica central desarrollada dentro de la teoría social feminista es que la actual racionalidad científica está sesgada genéricamente, es decir, se encuentra dominada por una perspectiva y un modo de pensar masculino. Esta idea ha conducido a plantear la posibilidad de una forma alternativa de conocimiento. Los autores presentan las distintas posturas de este rico debate, que va desde el análisis de las condiciones sociales que hacen posible el surgimiento o no de ciertos tipos de conocimiento, hasta hipótesis psicológicas y sociológicas sobre cuál sería la naturaleza de un nuevo conocimiento feminista. Un aspecto ineludible de este debate es el que se refiere a los métodos y la metodología adecuados para desarrollar un nuevo tipo de conocimiento. A este respecto, dentro del pensamiento feminista se ha expresado preocupación acerca de la naturaleza empírica y cuantitativa de la

tradición sociológica positivista y se ha enfatizado la recuperación crítica de metodologías de corte cualitativo e interpretativo, cuestionando la pretendida objetividad de ciertas técnicas y métodos.

En la revisión sobre las contribuciones de la teoría feminista al ámbito de la sociología médica, los autores retoman tres áreas distinguidas comúnmente en este campo. La primera se refiere al proceso salud-enfermedad, donde los estudios feministas han realizado aportes en temas diversos, como son los diferenciales de mortalidad por género, la relación entre trabajo femenino y salud, la salud mental y la violencia doméstica. La segunda contempla el saber médico, en cuyo análisis la capacidad analítica de la teoría feminista ha resultado muy prometedora. Se ha abordado el estudio del proceso histórico de medicalización del embarazo y el parto; los sesgos masculinos del discurso médico y el rescate de formas alternativas de pensar y vivir los fenómenos de la salud y la enfermedad. La tercer área, referida a la práctica médica, ha sido también abordada ampliamente desde la perspectiva feminista, con investigaciones sobre la interacción médico-paciente.

Los autores finalizan su presentación con una breve conclusión derivada de su análisis, planteando que la teoría feminista “constituye una promesa de desarrollo de una nueva forma de conocimiento, una nueva ciencia, una completa reconceptuación de nuestro conocimiento actual”, sin embargo “enfrenta problemas teóricos que es preciso resolver”, como el referido en este trabajo al concepto de patriarcado.

El artículo de Dora Cardaci, “Nuevos entramados: familia, salud y organizaciones de mujeres”, constata el surgimiento y desarrollo de colectivos latinoamericanos que trabajan con mujeres y que se autodefinen como independientes del aparato de gobierno, e intenta reflexionar sobre algunos supuestos y cuerpos de conocimiento a los que se adhieren estos colectivos y que definen cursos de acción específicos respecto a su salud y la de los niños y niñas.

Cardaci plantea que numerosas organizaciones que trabajan en salud no ponen en entredicho ciertas afirmaciones y prácticas usuales, e ilustra estas dificultades a partir de dos aspectos: 1) la adhesión a teorías que replantean las bases tradicionales del desarrollo cognoscitivo y privilegian el papel de los factores endógenos en la construcción de la subjetividad; 2) la influencia en el discurso y en la práctica del denominado feminismo “maternalista”. El

primer punto se relaciona con el desarrollo cognoscitivo diferenciado por género. Los últimos avances teóricos han suscrito una noción predominantemente social de la construcción de la subjetividad humana, donde anteriores posturas esencialistas son desplazadas por la noción de “sujetos en proceso”. Esta no es empero una posición generalizada y numerosas acciones y propuestas que se hacen en el campo de la salud se adhieren todavía a perspectivas que privilegian los factores endógenos sobre los exógenos. El segundo elemento que entra en juego en el discurso y la práctica de numerosos grupos es la influencia del denominado feminismo “maternalista”, que parte de reconocer la experiencia de las mujeres como madres en el ámbito privado, considerándolas “portadoras de una especial capacidad y de un ‘imperativo moral’ que puede contrarrestar, tanto la concepción individualista del mundo masculino y liberal, como su noción masculinista de ciudadanía”. El problema de estas afirmaciones es que nuevamente remiten a concepciones esencialistas que se oponen a la demostración de que la categoría “mujer” ha sido social e históricamente construida, y a la afirmación de que las mujeres no son de una sola manera en particular.

Otro fenómeno común en el caso de las organizaciones de mujeres es la adhesión a medicinas no alopáticas. Las terapias alternativas son vistas como más cercanas a lo “femenino”, y su elección busca oponerse a una medicina alopática asociada con el poder y con la racionalidad “masculina”. Sin embargo, la autora considera que es necesario desconstruir esta definición de la “naturaleza femenina” a partir de la cual se renuncia a los avances de la medicina occidental, en la medida en que estos planteamientos “esencialistas” han venido permeando estilos de pensar y operar sin haber sido analizados en profundidad.

Finalmente, la autora recupera la importante contribución que los grupos de mujeres han comenzado a hacer, desde una perspectiva de género, a la titánica tarea de desmontar los mecanismos que generan un saber y una práctica sexistas en salud. Pero enfatiza, a su vez, que el análisis de las diferencias genéricas constata cómo el significado de “ser mujer” varía en distintos momentos históricos y culturales, lo que significa que no hay una identidad o esencia oculta compartida por todas las mujeres que busque ser rescatada, por lo que se impone evitar equívocos y simplificaciones, tan usuales respecto al género.

La tercera y última parte, “Opciones metodológicas para el estudio de la salud de las mujeres”, incursiona en el tema de la salud entendida de una manera global, tratando de distinguir en la vivencia de las mujeres la salud materna de su propia salud. El artículo de Alma Gloria Nájera, María Blanca López, Angélica Evangelista, Úrsula Zurita, Isaura Ortiz y Bertha Aparicio incursiona inicialmente en los componentes simbólicos de la reproducción, como son la maternidad y el ejercicio sexual, y trata de reflexionar acerca de la relación que ello tiene con la construcción de la identidad genérica de las propias mujeres, en tanto aspectos fundamentales de la salud de las mismas. En el trabajo que cierra la compilación, Ivonne Szasz recupera aspectos relevantes de algunos marcos conceptuales desarrollados sobre el tema y, de los artículos incorporados en esta publicación, propuestas sobre vertientes de investigación y líneas de acción en esta temática, enfatizando lo que el enfoque de género ofrece para el estudio de la salud de las mujeres.

El artículo de Nájera, *et al.*, “Maternidad, sexualidad y comportamiento reproductivo: apuntes sobre la identidad de las mujeres”, forma parte de un proyecto de investigación en proceso y esboza algunas reflexiones sobre cómo las mujeres valoran la maternidad y cómo perciben el ejercicio sexual, juzgando que estos dos elementos son fundamentales en la toma de decisiones sobre la regulación de la fecundidad y centrales en la construcción de la identidad genérica de las mujeres. En primera instancia, las autoras discuten la relación entre las tres dimensiones centrales del proyecto (maternidad, ejercicio sexual y regulación de la fecundidad) desde una perspectiva de género. En un segundo apartado, presentan la estrategia metodológica utilizada para abordar la problemática considerada y finalmente, en el tercero, discuten algunos elementos que el proyecto puede aportar para el desarrollo de una salud integral de la mujer, en la instrumentación de las políticas de población.

La reflexión en torno a la maternidad, en tanto referente social a partir del cual se ha construido la identidad de la mujeres, ha sido abordada desde distintas perspectivas teóricas. Una de ellas asienta que las mujeres han sido expropiadas del control de su cuerpo al ser éste visto como un cuerpo-para-los-otros, ligado fundamentalmente a la procreación. La maternidad se constituye así en institución fundante de la subjetividad femenina, a través de la cual las mujeres encuentran sentido a su existencia. Una postura alternativa postula que en ese vivir y ser para los otros, las mujeres

encuentran también satisfacciones y valoración social. Las autoras consideran que estas dos perspectivas se complementan y que juntas pueden otorgar una interpretación más cercana a la forma real en que las mujeres viven, con ambivalencia y conflicto, su maternidad. El planteamiento del cuerpo femenino como un cuerpo-para-los-otros, influye también en la dimensión de la sexualidad femenina; ésta no se asocia con el goce y el placer, sino con el “existir para los otros”. De ahí que en la dimensión de la sexualidad femenina se expresen fuertemente las desigualdades en la adquisición de poder entre los géneros. La maternidad y el ejercicio sexual son vivencias que tienen que ser incorporadas en el estudio del comportamiento reproductivo de las mujeres, pues ambos constituyen el punto nodal en el cual se sustenta la apropiación del cuerpo femenino y la identidad genérica de las mujeres. En este sentido, una de las inquietudes de las autoras es conocer de qué manera la identidad genérica de las mujeres se ha redefinido a consecuencia de la adopción de métodos anticonceptivos, y qué elementos son incorporados en el proceso de toma de decisiones que las mujeres efectúan cuando deciden regular su fecundidad.

A partir de estas reflexiones, las autoras plantearon una investigación sustentada en una metodología que recogiera elementos sobre todo de corte sociocultural, para acceder a la diversidad de factores inmersos en las decisiones sobre reproducción. A través de entrevistas en profundidad se buscó reconstruir, junto con las mujeres, las experiencias que han ido conformando su cotidianidad, así como sus valoraciones respecto a la maternidad y el ejercicio sexual. Para enmarcar esta reconstrucción se tomaron en cuenta dos elementos principales: el ciclo de vida (dimensión organizadora del tiempo biográfico) y la unidad doméstica (espacio de socialización y de reproducción material y cultural). Asimismo, considerando fundamental explorar también el contexto social y cultural en el que se desenvuelven diariamente las mujeres, se realizaron entrevistas a informantes clave, que permitieron recopilar información significativa para la reconstrucción de lo colectivo.

Dentro de las reflexiones finales, las autoras buscan aportar algunos elementos para que al instrumentar las políticas de población, en el sector salud, se recuperen los componentes plasmados en la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde se asienta que ésta debe ser considerada como el

completo estado de bienestar físico, mental y social, ya que en la puesta en marcha de las políticas —al menos en lo que se refiere a planificación familiar— los programas se han abocado principalmente a la dimensión biológica, descuidando los componentes mental y social. En este sentido, las autoras consideran que el tratar de esclarecer la relación entre maternidad, ejercicio sexual y regulación de la fecundidad permitirá ir más allá del proceso biológico de la procreación y recuperar el papel de la mujer como reproductora social.

El artículo de Ivonne Szasz, que cierra este volumen, “Alternativas teóricas y metodológicas para el estudio de la condición de la mujer y la salud materno-infantil”, otorga una visión de conjunto de los artículos presentados en esta compilación. La autora plantea que estos trabajos “constituyen aportes para la elaboración de un marco conceptual que incluya aquellos elementos de la condición social de las mujeres mexicanas que aparecen relevantes en la determinación de su salud reproductiva”. Presenta también algunos marcos conceptuales que se han elaborado para el estudio de los determinantes sociales de la morbilidad infantil y materna, de la salud de la mujer y de las relaciones entre sexualidad y salud reproductiva que deben ser retomados y revisados con base en las reflexiones contenidas en el presente volumen, con la finalidad de adecuarlos y reelaborarlos para el contexto mexicano. Los marcos analíticos reseñados por la autora tienen en común con los trabajos de la presente compilación, el proponer hipótesis que vinculan las construcciones sociales de género con condiciones de vida y de trabajo, con la vida sexual y con patrones reproductivos de alimentación y de atención que afectan la salud de mujeres y niños. El integrar estas hipótesis en un marco conceptual que retome el análisis de la construcción social de los géneros tanto en el plano socioeconómico como en el cultural, servirá de orientación para futuras investigaciones.

Estos artículos fueron presentados para discusión en sus primeras versiones en un seminario realizado en El Colegio de México el 16 de marzo de 1994. A este evento se invitó un comentarista por cada artículo. En esta publicación se incluyen también sus reflexiones con el fin de enriquecer la discusión de la temática que concentra nuestro interés, al margen de que se centren en la primera versión de los textos.

Al momento del seminario, las personas que participan en esta publicación colaboraban en las siguientes instituciones: Instituto

Nacional de Salud Pública; Instituto Mexicano de Psiquiatría; Instituto Nacional Indigenista; Instituto de Investigaciones Sociales y Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México; Departamento de Atención a la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana; Programa Interdisciplinario de Estudios la Mujer, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano y Centro de Estudios Sociológicos, todos ellos de El Colegio de México; Dirección General de Planificación Familiar, Dirección de Coordinación Sectorial e Internacional y Coordinación de Asesores de la Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo, dependencia de la Secretaría de Salud; Salud Integral para la Mujer y The Population Council.

Confiamos en que este ejercicio de reflexión conjunta interinstitucional e interdisciplinario contribuya a la identificación de vertientes para la generación de conocimiento sobre el tema. Queremos agradecer la colaboración de María Teresa Suárez, Rosa María Mares, Roberto Rojas y Cristóbal Cano, quienes apoyaron el proceso de edición de esta publicación.

Juan Guillermo Figueroa Perea
Ivonne Szasz Pianta
Mariana Yanes Esser
Programa de Salud Reproductiva
y Sociedad de El Colegio de México

Diciembre de 1996

PRIMERA PARTE

**SALUD Y CONDICIÓN
DE LAS MUJERES**

I. CONDICIÓN DE LA MUJER Y SALUD

ANA LANGER *

RAFAEL LOZANO **

La salud individual y colectiva es un proceso dinámico que resulta de la compleja e intrincada relación entre una base biológica y factores socioeconómicos, culturales, psicológicos y conductuales, que influyen sobre ella y la modifican. Si bien una red multicausal es la que determina la salud, enfermedad y muerte en todas las etapas del ciclo vital, el peso de los factores no se distribuye uniformemente en todos los individuos ni a lo largo de la existencia. Así, los niños y las mujeres suelen ser más vulnerables que los hombres adultos, y los grupos que padecen condiciones de vida desfavorables enfrentan mayores riesgos que los que gozan de un buen nivel socioeconómico.

Las razones que subyacen a esta vulnerabilidad diferencial son las características biológicas que vuelven a ciertos individuos —que se encuentran en determinadas etapas de la vida— particularmente susceptibles a circunstancias del entorno. De este modo, para los niños, el nacimiento y posteriormente su crecimiento y desarrollo, son procesos complejos y delicados que pueden ser desviados hacia la enfermedad y la muerte por múltiples factores biológicos y sociales. En el caso de las mujeres, a los riesgos inherentes a la reproducción se suman la discriminación y falta de acceso a servicios de atención a la salud de buena calidad, que con frecuencia enfrentan (Jacobson, 1993).

La desigualdad social de la mujer es particularmente acentuada en contextos donde prevalece la pobreza. Sin embargo, en todos los países y en cualquier estrato social, las mujeres tienen menor

* Instituto Nacional de Salud Pública y The Population Council, Oficina Regional para América Latina y el Caribe.

** Instituto Nacional de Salud Pública.

control sobre las actividades productivas y trabajan un número de horas mayor que los hombres (UNDIESA, 1991); además, enfrentan una discriminación global y sistemática que incluye los cuidados familiares, la educación, el acceso a los alimentos y a los servicios de salud (Organización Mundial de la Salud, 1992a).

Según datos disponibles, sobre todo de países desarrollados, el campo de la salud parecería reflejar —tal vez más que ningún otro— estas desigualdades. Asimismo, para aquellos problemas que las mujeres comparten con los hombres, la vulnerabilidad de ambos sexos no es la misma. Del mismo modo, para las condiciones de salud biológicamente propias de la mujer, las desigualdades entre grupos sociales son francas.

En este capítulo se discuten las bases conceptuales de estas desventajas, y se analizan los diferenciales de salud entre hombres y mujeres, así como entre mujeres de diversos grupos sociales en México. Para ello se toman como ejemplos ciertos problemas prioritarios de salud general y de la salud reproductiva en particular. Inevitablemente, este análisis se verá limitado por la disponibilidad de información empírica.

LA SALUD DE LA MUJER COMO FOCO DE LA ATENCIÓN INTERNACIONAL

El interés por la salud de la mujer es relativamente reciente. Como hitos a nivel internacional, es importante destacar el reconocimiento de las Naciones Unidas del inicio de la década de la mujer a partir del año de 1976 (Naciones Unidas, 1988), y la Iniciativa para una Maternidad Sin Riesgos que fue lanzada en 1987 (Starrs, 1987).

Antes de estos eventos, la salud de la mujer era concebida esencialmente como un vehículo para controlar el crecimiento demográfico y mejorar la salud infantil (Germain y Ordway, 1989). Así, al comienzo de la década de los sesenta, al mismo tiempo que se iniciaban los esfuerzos sistemáticos por regular el crecimiento demográfico a través de la planificación familiar (PF), se reconoció la necesidad ética y práctica de ofrecer los medios para mejorar la salud de los niños y aumentar sus oportunidades de sobrevivencia como un objetivo en sí mismo, y como condición indispensable para incrementar la aceptación de los métodos de planificación familiar. De allí surgieron los términos, conceptos y programas de

“salud materno-infantil” y “sobrevivencia en la infancia”, aún ampliamente utilizados.

Bajo el término “salud materno-infantil” se incluyeron todos aquellos problemas de la mujer relacionados con el embarazo, parto y puerperio (o los esfuerzos por evitarlos a través de la PF), y las condiciones de salud del niño pequeño. Cuando se habla de “sobrevivencia en la infancia” la connotación aún es más específica ya que, generalmente, se limita su alcance al menor de cinco años. Estas iniciativas se dirigen a mujeres embarazadas o con intenciones abiertas de tener hijos, así como a niños menores de cinco años, y ofrecen pocos o ningún servicio para la mujer fuera de su función reproductiva y, en cambio, demandan de ella tiempo, recursos financieros y habilidades específicas.

En 1987, los programas dirigidos a la salud materno-infantil pusieron, por primera vez, especial énfasis en la madre, al lanzar a nivel internacional la Iniciativa para una Maternidad Sin Riesgos. El objetivo principal de este programa es reducir la morbilidad materna, es decir, el impacto de los problemas de salud que se presentan como consecuencia del embarazo (incluyendo el aborto), las complicaciones secundarias al uso de métodos de planificación familiar, el parto y el puerperio (Starrs, 1987).

La iniciativa es de un valor incuestionable, ya que saca a la luz el olvidado e inaceptable problema de la mortalidad materna, y reconoce la atención obstétrica universal y de buena calidad, así como la prevención y detección oportuna de complicaciones, como un derecho de todas las mujeres y una obligación de los servicios. Sin embargo, tiene una limitación importante: se enfoca únicamente a las mujeres que desean tener hijos o que están embarazadas, y sólo indirectamente toca otros problemas reproductivos.

En los últimos años, importantes cambios sociodemográficos hicieron evidente que los programas desarrollados hasta entonces tenían una perspectiva demasiado estrecha para abordar todos los aspectos de salud relacionados con la reproducción humana (Germain y Ordway, 1989).

En efecto, una familia pequeña se ha convertido en la aspiración de muchas mujeres, y la planificación familiar, consecuentemente, ha dejado de ser una herramienta circunstancial para convertirse en un componente más de la vida cotidiana. Al mismo tiempo, las mujeres reclaman el derecho de recibir atención para

todas sus necesidades de salud, no sólo para aquellas directamente vinculadas con la maternidad. Por su parte, las enfermedades de transmisión sexual, adquirieron en la última década proporciones epidémicas y su atención se ha convertido en una prioridad. También, los adolescentes —grupo de la población en rápido crecimiento— tienen necesidades reproductivas específicas y requieren de una atención especialmente dirigida a ellos. Por último, se hizo evidente que la ausencia de los hombres como población objetivo de los programas de PF reduce sustancialmente la eficiencia de los mismos (Fathalla, 1992).

En respuesta a esta situación, y tomando como punto de partida los enfoques parciales comentados más arriba, surge recientemente el concepto de “salud reproductiva” (Fathalla, 1992). Con base en la clásica definición positiva de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Last, 1988), se describe a la salud reproductiva como el estado de completo bienestar físico, mental y social en todos aquellos aspectos relativos a la reproducción. Según esta definición, implica la capacidad para reproducirse, tener un embarazo y parto seguros, llevar el proceso reproductivo a buen término, es decir, dar a luz a un niño sano, que crezca en buenas condiciones. La salud reproductiva se refiere también a la capacidad de regular la fecundidad sin riesgos y escoger el método más conveniente de manera libre e informada, y al derecho a tener una vida sexual satisfactoria y libre de enfermedad (Fathalla, 1992).

Sólo muy recientemente, el concepto se ha ampliado aún más para abarcar a todos aquellos aspectos relacionados con la “salud de la mujer” (Koblinsky, Campbell y Harlow, 1993). Bajo este título se incluyen todos los procesos relacionados con la reproducción, en un sentido amplio, pero se agregan también los problemas propios de la mujer en etapas del ciclo vital previas y posteriores a la edad reproductiva, y los asociados con el contexto social, el trabajo y el envejecimiento. Así, el concepto integral de salud de la mujer rebasa al de salud reproductiva para extenderse a los problemas durante todas las etapas en su vida.

La atención integral a la salud de la mujer, además de ser un objetivo humanitario en sí mismo, se reconoce como una inversión para el crecimiento económico de la familia y la sociedad, y para la salud y bienestar de los niños (Banco Mundial, 1993). En este mismo sentido, la atención a la salud de la mujer se considera altamente efectiva, ya que en la actualidad se cuenta con herra-

mientas técnico-científicas de bajo costo para prevenir, detectar oportunamente y resolver la mayoría de los problemas de su salud. Esta eficiencia se incrementa aún más porque la mayoría de los padecimientos se encuentran interrelacionados: al solucionar uno de ellos, los beneficios se extienden a muchos otros (Banco Mundial, 1993). En el contexto de una preocupación general por la condición de la mujer, conocer de qué modo dicha condición afecta la salud es, indudablemente, una cuestión relevante.

LA SALUD DE LA MUJER: UN MARCO CONCEPTUAL

La salud de la mujer es una síntesis de la biología propia de su sexo y del lugar que la sociedad le asigna en un determinado contexto histórico y cultural. Ambos determinantes se integran en el concepto de *género*, que no sólo se refiere al sexo biológico, sino también a la amplia gama de conductas, expectativas y roles atribuidos a hombres y mujeres por las estructuras sociales (Rathgeber y Vlassof, 1992).

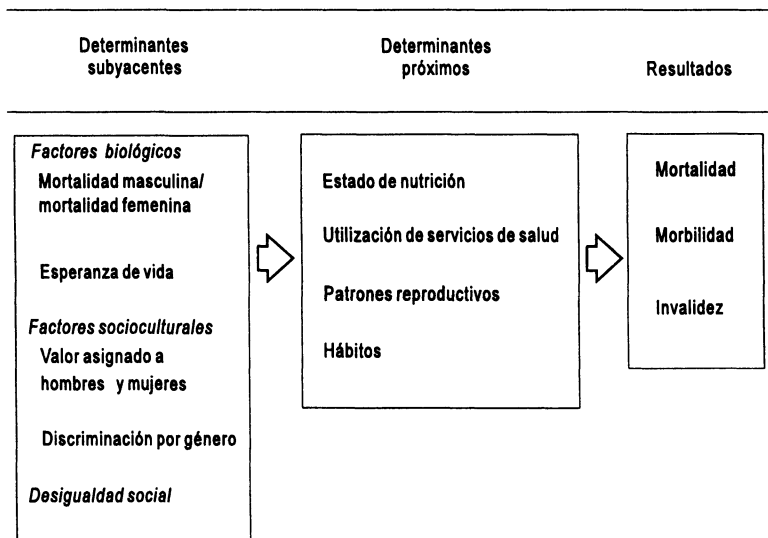
Los condicionantes biológicos corresponden a la anatomía y a la fisiología de la mujer; en otras palabras, a la presencia de órganos y tejidos únicos y diferentes a los del sexo masculino, y a las funciones relacionadas con la sexualidad y la reproducción. Por su parte, los condicionantes sociales y culturales se relacionan con las oportunidades de la mujer de acceder a la educación, la alimentación y los servicios de salud; a la aportación monetaria de la mujer al ingreso familiar, a su carga de trabajo, y al poder de decisión en la familia y la sociedad.

También relacionados con el género se identifican comportamientos y modos de vida que corresponden, en mayor o menor medida, a cada uno de los sexos. Algunas de estas conductas cumplen con funciones protectoras para la salud como, por ejemplo, la consulta oportuna cuando se perciben síntomas; otras, por el contrario —como el consumo de tabaco y alcohol—, constituyen factores de riesgo. De los factores biológicos y socioculturales, estrecha y complejamente relacionados entre sí, resulta el perfil de salud de la mujer:

A continuación proponemos un marco conceptual que permite ubicar los factores biológicos, sociales, culturales y conductuales, que influyen sobre la salud de la mujer. Estos factores se ilustran

con información relevante, cuando ésta se halla disponible. Para el desarrollo de este modelo se tomó como base el marco conceptual elaborado por Mosley y Chen (1984) para el estudio de la sobrevivencia en la infancia (véase la figura 1).

FIGURA 1
Marco conceptual para el estudio de la salud de la mujer



En el marco que aquí se discute se identifican tres niveles en la determinación del proceso salud-enfermedad: los determinantes subyacentes, que se refieren a las condiciones biológicas y sociales que rodean la vida de las mujeres; los determinantes próximos, que son aquellas circunstancias que influyen directamente sobre la salud o, dicho con términos de la epidemiología, que constituyen factores de riesgo o protectores ante la enfermedad y por último, se estudian los efectos de los determinantes subyacentes y próximos sobre la salud en términos de resultados. El análisis se centra en datos sobre mortalidad, a los que se agregan algunos correspondientes a morbilidad crónica en hombres y mujeres. Las limitaciones de la información sobre morbilidad y la extensión de este trabajo no permitieron profundizar en el estudio de la enfermedad. Otros resultados que hubieran podido incluirse son la salud

positiva —o “buena salud”— y la invalidez; lamentablemente, se carece totalmente de información sistemática sobre éstas.

La hipótesis que subyace a este estudio es que existen profundas desigualdades entre hombres y mujeres en cualquiera de estos niveles, así como entre las mujeres de diferentes grupos sociales para aquellas condiciones de salud exclusivas (por razones biológicas) del sexo femenino. Esta hipótesis fue confrontada con datos disponibles para México en el contexto de la información internacional a la que pudimos acceder para ilustrar cada uno de los temas tratados. Este análisis nos permitió discutir, finalmente, qué significa ser mujer en términos de salud en nuestro país.

DETERMINANTES SUBYACENTES

Factores biológicos

Biológicamente, los fetos y recién nacidos masculinos son más vulnerables ante la enfermedad y la muerte que los femeninos. Estas diferencias parecen compensarse con una razón entre los sexos al nacimiento de 105-106 recién nacidos vivos (RNV) hombres por cada 100 mujeres (Acsadi y Johnson-Acsadi, 1993). Las ventajas genéticas del sexo femenino subsisten cuando se estudia la mortalidad en los primeros años de vida, según demuestran los datos obtenidos de países desarrollados, donde se encuentra que la razón de mortalidad entre mujeres y hombres menores de cinco años es de 0.75 (Naciones Unidas, 1992a).

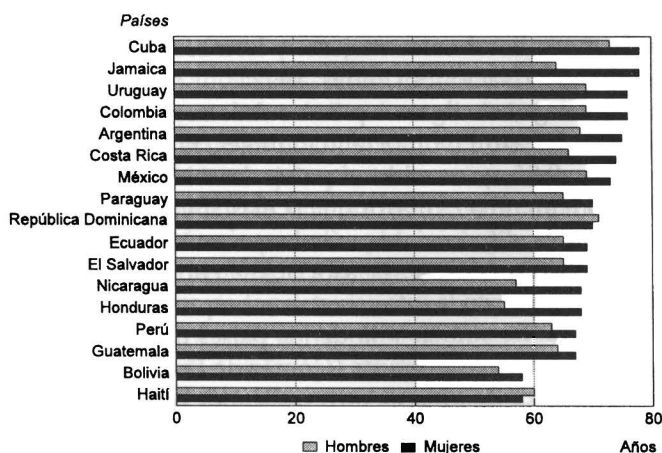
Sin embargo, en algunos países subdesarrollados, la situación es diferente: la razón de mortalidad mujer/hombre en la infancia se reduce a 0.95, y en ciertos países la relación se revierte, la mortalidad femenina es mayor que la masculina para niños de uno a dos años y la diferencia es aún mayor entre dos y cinco años (UNFPA, 1989). En México, la asociación entre la mortalidad de hombres y mujeres en la infancia se ha comportado, en los últimos años, de un modo similar a la de los países desarrollados, hecho que se comentará más adelante (Gómez de León y Partida, 1992).

La esperanza de vida es otro indicador que puede utilizarse para explorar diferencias biológicamente determinadas entre los sexos. Ésta expresa el número de años que un recién nacido viviría si los patrones de mortalidad prevalentes para toda la población en

ese lugar y momento se mantuvieran constantes a lo largo de toda su existencia (Last, 1988). En aquellos países donde las condiciones nutricionales, sanitarias y sociales son adecuadas, las mujeres presentan sistemáticamente una esperanza de vida más larga que la de los hombres.

La diferencia a favor de la mujer se mantiene incluso en la mayoría de los países en desarrollo donde, como se verá más adelante, las condiciones del sexo femenino son desfavorables en muchos aspectos esenciales. En efecto, en toda América Latina, la esperanza de vida de las mujeres supera a la de los hombres (véase la gráfica 1). La magnitud de la diferencia no es uniforme y se asocia positivamente con la longevidad general (Organización Panamericana de la Salud, 1990). Así, para el grupo de países con esperanza de vida más prolongada —entre 70 y 74 años— (que incluye a Jamaica, Cuba, Costa Rica, Argentina y Uruguay, entre otros), la diferencia promedio entre mujeres y hombres es de 5.6 años; para el grupo de países con esperanza de vida entre 65 y 69 años —entre los que se cuentan Paraguay, Ecuador, República Dominicana y Colombia— la diferencia promedio descende a cinco años (véase la gráfica 1).

GRÁFICA 1
Esperanza de vida al nacer por sexo.
Países seleccionados de América Latina, 1990-1995



Fuente: OPS, Condiciones de salud en las Américas, 1992.

La diferencia disminuye aún más en las naciones con esperanza de vida general entre 60 y 64 años (la mayor parte de América Central y Perú) donde alcanza cuatro años; en Bolivia y Haití —países con esperanza de vida de menos de 59 años— el diferencial entre mujeres y hombres es sólo de 3.5 años (Organización Panamericana de la Salud, 1990). En México la expectativa de vida estimada para el quinquenio 1990-1995 es de 71 años para los hombres y 74 para las mujeres (diferencia de tres años; razón hombre/mujer de 0.96) (Ross *et al.*, 1992).

La esperanza de vida consistentemente más prolongada en el sexo femenino podría deberse a una “ventaja biológica” de la mujer, y a ciertos estilos de vida protectores entre los que destacan la menor exposición del sexo femenino a la violencia (con excepción de las agresiones en el ámbito doméstico) y a hábitos nocivos para la salud como el tabaco y el alcohol. No obstante, obra en contra de esta hipótesis “conductual” la observación de que en sociedades donde la mujer se ha incorporado a actividades y adoptado estilos de vida similares a los de los hombres —exponiéndose así a riesgos semejantes—, la diferencia en su esperanza de vida continúa siendo más prolongada e, incluso, la brecha se ha ensanchado (Organización Panamericana de la Salud, 1985).

En conclusión, los diferenciales en mortalidad durante la infancia y la esperanza de vida parecen señalar que la mujer, biológicamente, cuenta con mayores probabilidades de sobrevivir y de vivir por más tiempo que el hombre.

Factores socioculturales: discriminación a la mujer

Si se reconocen estas “ventajas” biológicas, es posible suponer que cuando los indicadores de salud del sexo femenino son peores que los de los hombres, ello se debe a factores no biológicos o, en otras palabras, a las circunstancias socioeconómicas, culturales y a patrones conductuales que prevalecen en la población femenina. Estos factores tienen origen en el valor diferente que se asigna a los individuos del sexo femenino y masculino en una sociedad, y en el trato discriminado por género.

En la mayoría de los países en desarrollo, el valor que la familia y la comunidad asigna a la mujer es francamente menor que el que se le da al hombre. Esta diferencia se puede manifestar, simplemente,

te, como una preferencia por los hijos varones o puede expresarse de un modo mucho más explícito y grave. El extremo del espectro está representado por una práctica que se ha vuelto común en países del sur de Asia: el "feticidio" o aborto de fetos femeninos que sigue al diagnóstico genético del sexo mediante una amniocentesis. En Bombay, India, se realizaron 8 000 abortos voluntarios posteriores al diagnóstico del sexo del feto en etapas tempranas del embarazo: de los 8 000 realizados, en sólo un caso el feto era masculino (UNICEF, 1990).

Más allá de esta evidencia brutal de la preferencia por los hijos varones, la devaluación de las niñas se expresa en distintas modalidades de discriminación más sutiles y comunes. La educación formal es un buen ejemplo en este sentido. Vemos entonces que en Asia y África la escolaridad es un terreno en el que la discriminación es marcada (UNFPA, 1992). En países donde se casa tempranamente a las jóvenes se considera que invertir en la educación de la niña es un desperdicio, un gasto excesivo que no redundará en beneficios para la familia de origen (Ravindran, 1986).

La falta de educación condena a la mujer a un bajo estatus social, a la ignorancia de sus derechos, a una oportunidad restringida de acceso al mercado laboral, y a una baja autoestima. Asimismo, la baja escolaridad de una mujer determina que los problemas de salud de ella y de sus hijos sean tardíamente reconocidos e inapropiadamente enfrentados, como lo demuestra la consistente asociación entre baja escolaridad y exceso de mortalidad materna e infantil (Langer *et al.*, 1993; Levine *et al.*, 1991).

Lamentablemente, una mejor educación formal en la madre no garantiza un equilibrio en la búsqueda de atención a la salud para hijas e hijos. En efecto, la sobrevivencia de los hijos de una mujer más educada es mejor, pero se mantiene la ventaja de los hijos varones en relación con la utilización de servicios de salud y selección del proveedor de atención (Chen *et al.*, 1989). Las implicaciones de este hallazgo son serias: donde existe preferencia por los hijos varones ésta surge de valores culturales profundamente arraigados que la educación formal no es capaz de modificar.

Es importante destacar que la discriminación de la mujer en la educación no se constata con la misma fuerza en América Latina y el Caribe. En efecto, al analizar las matrículas en la región, se encuentra que más niñas están inscritas en la escuela primaria y la secundaria (Naciones Unidas, 1989). En México, al comparar la

escolaridad promedio entre hombres y mujeres de diferentes cohortes, se encuentra una ligera ventaja para los hombres que actualmente tienen entre 20 y 44 años de edad (la escolaridad promedio hombre/mujer se mueve en un rango de 1.16 a 1.03). Estas diferencias han desaparecido para los jóvenes: la relación es de 1.00 para aquellos que ahora tienen entre 15 y 19 años (INEGI, 1990).

Sin embargo, el optimismo no debe ser excesivo. Por una parte, estos datos reflejan promedios nacionales que ocultan profundas desigualdades; por la otra, el llamado “índice de educación femenina” —que integra las diferencias entre matrícula femenina y masculina en primaria y secundaria, así como la tasa bruta de matrícula en los mismos ciclos y el “grado de instrucción” (promedio de años de estudio de mujeres adultas)— aún no alcanza 80% en México (Population Action International, 1993).

El trabajo es otro terreno en la vida de la mujer donde la discriminación se muestra claramente. A las pesadas tareas domésticas, desde temprana edad, se suma la actividad en el campo u otras labores remuneradas fuera del hogar (UNICEF, 1991). Cuando esta sobrecarga física se asocia con una nutrición deficiente y un acceso tardío a los servicios de salud, las consecuencias sobre las condiciones de salud de las mujeres son inevitables (Acsadi y Johnson-Acsadi, 1993).

El desempeño de estas tareas no coadyuva a un mejor estatus de la mujer. Las tareas que ella desempeña, como responsable de la reproducción de la vida cotidiana en el hogar, no suelen considerarse como “trabajo”, no se reconoce su obvio valor económico, y se las estima como una “obligación natural” (Barquet, 1994). Por fin, las tareas domésticas no suelen incluirse en las encuestas o censos como correspondientes a la población económicamente activa.

En México, la mujer se ha incorporado crecientemente al mercado de trabajo, pasando de 13% en 1950 a 25% en 1981, y a aproximadamente 34% en grandes ciudades del país en 1988 (García *et al.*, 1989). Sin embargo, su participación laboral siempre ha reflejado inequidades de género: se concentra en el sector servicios, los ingresos son generalmente inferiores a los del sexo masculino, y prevalecen las ocupaciones temporales y la inestabilidad laboral —en gran medida determinada por las funciones reproductivas y el ciclo doméstico (Barquet, 1994). Esta situación

determina, inevitablemente, un menor poder de decisión y negociación a nivel familiar en asuntos diversos, entre ellos la salud.

A estas condiciones desventajosas se agrega el impacto de un fenómeno cada vez más frecuente: la jefatura de hogar femenina (Acosta Díaz, 1993). En México, datos de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (Enfes), señalan que 14.1% de las unidades domésticas están encabezadas por mujeres, de las que 86% se encuentran en las ciudades; 41.9% del total de estos hogares está formado por las mujeres y sus hijos; 63.9% de las jefas de unidades domésticas que trabajan perciben un ingreso de un salario mínimo o menos (proporción que, en los hombres, es de 46.3%) y 27.5% de ellas no han estudiado (contra 16.4% en los hombres) (Acosta Díaz, 1993). Estos datos ilustran cómo se reflejan claramente las diferencias por género en el ámbito laboral.

Las leyes, políticas y reglamentos son el reflejo de la ideología de una sociedad y, a su vez, afectan sustancialmente las condiciones de vida de la población. En el caso de la mujer, existen ciertos componentes del cuerpo legal que inciden sustancialmente en sus condiciones de salud.

Entre ellos se encuentran la edad mínima para el matrimonio, así como las circunstancias que permiten una unión legal a edades inferiores a las estipuladas. Por ejemplo, en Honduras, una unión consensual se convierte automáticamente en matrimonio, independientemente de la edad de la mujer, si ella está embarazada (Boland y Stepan, 1991), y en Chile una niña de 12 años puede convertirse en esposa si cuenta con la autorización de sus padres (Naciones Unidas, 1991a). Las edades mínimas requeridas para hombres y mujeres suelen ser diferentes, y la exigida al hombre (en promedio 2.4 años) es siempre superior (Acsadi y Johnson-Acsadi, 1993).

La posibilidad, legalmente sancionada, de contraer matrimonio a edades tan tempranas es coherente con una expectativa y sanción explícita o implícita a la procreación igualmente precoz. La reproducción en estas condiciones constituye un riesgo para la salud de la madre y de sus hijos (Enriques-Mueller y Yunes, 1993; Organización Mundial de la Salud, 1986).

Otras disposiciones legislativas, con profundas repercusiones sobre la salud de la mujer, son las referentes a la planificación familiar y al aborto. En cuanto a la primera, Bolivia es el único país de América Latina donde no se apoya explícitamente el uso de métodos de planificación familiar (Naciones Unidas, 1992b).

El aborto, por su parte, es ilegal en toda la región con excepción de Cuba y solamente se reconocen como causales de aborto legal contadas excepciones que, en general, se refieren a aquellas circunstancias que ponen en riesgo la vida de la madre (Henshaw y Morrow, 1990).

En México, desde fines de los años setenta se han ido aumentando los motivos por los cuales el aborto inducido no es punible. Así, 19 estados del país han agregado como motivos de aborto legal la alta probabilidad de alteraciones genéticas o malformaciones congénitas en el producto, y la eventualidad de que el embarazo cause severos daños a la salud de la madre. Los 12 estados restantes han adoptado legislaciones similares a la del Distrito Federal, que sólo reconoce como causal de aborto la violación o el grave peligro para la vida de la madre (GIRE, 1993).

A la limitada gama de circunstancias bajo las cuales el aborto es legal, se agrega el hecho que las mujeres que reúnen estas condiciones generalmente no llegan a beneficiarse por ellas debido a las barreras que se presentan en la práctica. La ilegalidad del aborto conduce inevitablemente a la realización del procedimiento en condiciones de clandestinidad; las consecuencias que ello tiene, en términos de morbilidad y mortalidad maternas, son devastadoras (Freedman y Maine, 1993).

Además de la legislación clara y explícitamente relacionada con la salud reproductiva, las áreas legales relativas a la equidad entre los géneros, en términos de derechos políticos, educación y empleo, tienen profundas repercusiones sobre la salud de la mujer. Excede los alcances de este trabajo profundizar sobre estos aspectos.

Todas las formas de discriminación que se mencionaron tienen sus raíces en el valor asignado a la mujer. Existen, sin embargo, otros terrenos donde se expresan los valores que las sociedades patriarcales tienen en relación con el sexo femenino. Entre ellos, la sexualidad es uno de los más importantes.

El sometimiento de la mujer y la valoración negativa de su sexualidad conducen a un amplio rango de manifestaciones, desde la inadmisibles y trágica mutilación genital (circuncisión femenina) —práctica frecuente en amplias zonas de África y Asia (Acsadi y Johnson-Acsadi, 1993), para “garantizar” la fidelidad y “buen comportamiento” de las esposas—, hasta las dificultades que las mujeres encuentran para “negociar” y poner sus propias condiciones en las

relaciones sexuales que emprenden. Estas dificultades, con hondas raíces ideológicas, morales y religiosas, son una realidad en la mayor parte del mundo, y se expresan en la limitada autonomía femenina para protegerse contra las enfermedades de transmisión sexual, el sida y el embarazo no deseado.

Los datos presentados parecerían mostrar que en México se observa una marcada desventaja en la situación de la mujer, en términos de legislación y oportunidades laborales, con evidencias menos fuertes cuando se analiza la escolaridad. Es importante señalar que en este trabajo nos limitamos a delinear un panorama muy general. Existen otras manifestaciones de la discriminación contra la mujer que han sido ampliamente analizadas en otros trabajos (Suárez, 1992; Buvinic *et al.*, 1983).

Desigualdad social

Las diferencias derivadas del sexo biológico y la discriminación hacia la mujer alcanzan dimensiones variables en los distintos grupos sociales. En el terreno de la salud, la inequidad que se observa entre individuos de diferente nivel socioeconómico (misma que, obviamente, no se limita a las mujeres), se expresa claramente en la vulnerabilidad frente a la enfermedad y en el acceso a los servicios.

En múltiples estudios se ha explorado la sensibilidad de ciertos indicadores como reflejo del nivel socioeconómico. Ejemplos relevantes en este sentido son la mortalidad infantil y la mortalidad materna. Ambos han demostrado ser buenos indicadores del nivel de desarrollo social de países y grupos específicos (Langer *et al.*, 1990 y 1993). En el caso de la mortalidad materna existen francas diferencias entre mujeres de distinto estrato socioeconómico, como se verá más adelante en este trabajo. La discriminación basada en la pobreza se agrega a las diferencias derivadas del género.

DETERMINANTES PRÓXIMOS

Las condiciones biológicas y socioculturales configuran, entonces, los factores subyacentes a la salud de la mujer. Estas condiciones se expresan a través de vías finales comunes a las que hemos denomi-

nado determinantes próximos (véase la figura 1). De un modo esquemático, éstos pueden resumirse en el estado de nutrición, la utilización de servicios, los patrones reproductivos y los hábitos relevantes para la salud.

Como es evidente, esta lista no es exhaustiva y los factores que la integran están relacionados en una intrincada red; pretender tratar cualquiera de estos elementos por separado conduce inevitablemente a un importante reduccionismo. Empero, el análisis de la información disponible permite identificar algunos de los riesgos o elementos protectores más importantes para la salud de la mujer en México.

Estado de nutrición

El estado de nutrición es esencial como elemento pronóstico para la salud de los niños y las mujeres. En efecto, la desnutrición intrauterina, que determina el bajo peso del niño al nacer, es el factor de riesgo más importante para la enfermedad y la muerte durante la etapa neonatal (Bakketeig *et al.*, 1984). En estadios posteriores de la vida, la desnutrición infantil subyace a la mayor parte de las defunciones por diarreas, infecciones respiratorias y sarampión, todas ellas las más importantes causas de morbilidad y mortalidad en la infancia (Martorell y Ho, 1984).

La discriminación hacia la mujer se expresa en el estado de nutrición de las niñas y las adultas. En un estudio sobre lactancia realizado con datos de ocho países se encontró que en Panamá, Bangladesh y Jordania los niños eran amamantados por periodos más prolongados que las niñas (Jain y Bongaarts, 1981). Los diferenciales se mantienen en años posteriores de la vida. En los países en desarrollo donde se ha estudiado este fenómeno, los resultados son consistentes: los niños reciben mejores dietas y una cantidad de alimento mayor que sus hermanas (Waldron, 1987). Existen evidencias de las consecuencias inevitables de esta discriminación como que la desnutrición y los retardos en el crecimiento son más comunes entre las niñas en algunos países de Asia, África y América Latina (Merchant y Kurtz, 1993).

El estado nutricional durante la infancia refleja el nivel socioeconómico de la familia, la morbilidad —especialmente infecciosa— durante esta etapa, los cuidados que la madre proporciona y el

acceso a los alimentos disponibles. En esa medida, las desviaciones de la normalidad son buenos indicadores para explorar eventuales tratos diferenciales por género.

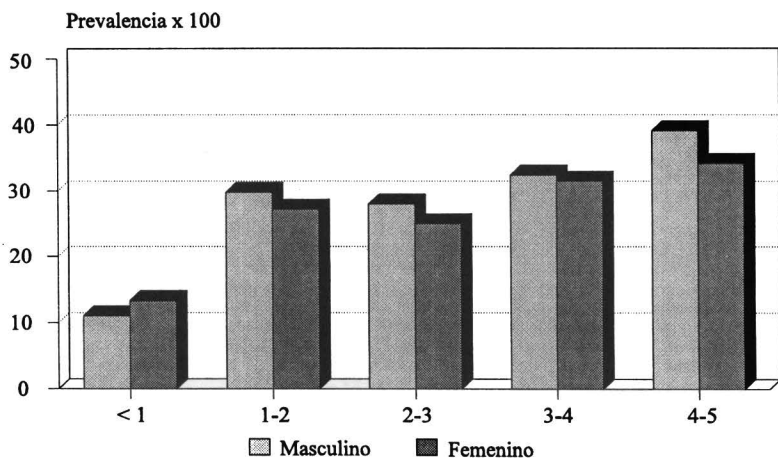
En México, la Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) realizada en 1988 ofrece datos representativos sobre la población del país (Secretaría de Salud, 1988a). El estado de nutrición en la infancia se puede evaluar relacionando parámetros de crecimiento —el peso y la talla— con la edad, y el peso y la talla entre sí. La talla baja para la edad, en tanto indicador de desnutrición crónica, es un parámetro adecuado para evaluar discriminación en términos de alimentación. Si se comparan los valores de este indicador con estándares internacionales considerados normales (Organización Mundial de la Salud, 1983), se observa que la proporción de niños que se encuentra por debajo de dos desviaciones estándar es prácticamente idéntica en ambos géneros, con una prevalencia ligeramente menor en niñas menores de un año, y con una mayor en los niños de mayor edad (véase la gráfica 2). Esta semejanza se repite cuando se analizan los mismos datos desagregados por regiones del país (véase la gráfica 3). Según éstos y los datos de peso y talla para la edad, los niños y niñas en México se encuentran en condiciones semejantes de nutrición y no existen evidencias para pensar en una discriminación en contra del género femenino.

En la edad adulta, el estado nutricional de las mujeres puede explorarse a través de la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro. La anemia ferropénica reduce la capacidad de trabajo, produce fatiga, e incrementa el riesgo de muerte cuando se produce una hemorragia durante el parto (McGuire y Popkin, 1990).

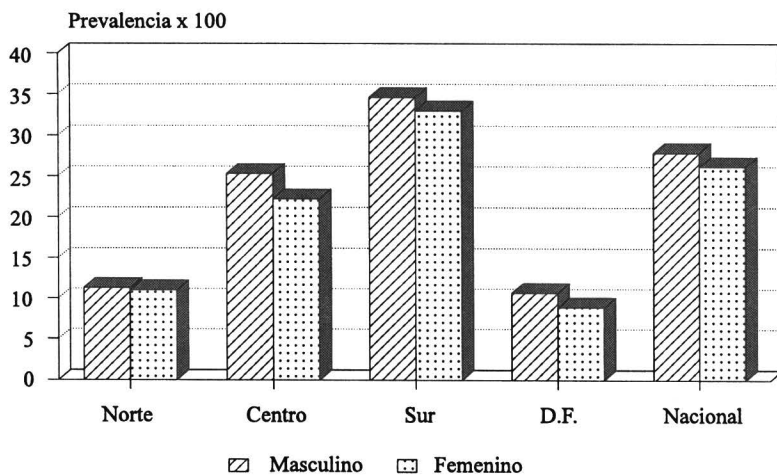
Esta condición es común en las mujeres, ya sea por la discriminación en el acceso a alimentos (depósito de hierro insuficiente) o por el efecto combinado de ciertas condiciones biológicas del sexo femenino como las menstruaciones —que constituyen una pérdida periódica de sangre— y la demanda nutricional de embarazos y lactancias numerosos y frecuentes. Asimismo, las parasitosis son otro factor que contribuye a una elevada prevalencia de anemia en el sexo femenino.

Datos de diversas regiones del mundo señalan que la anemia es tres veces más frecuente en mujeres que en hombres (Buchanan, 1974) y mucho más común en mujeres embarazadas. En efecto, se informa que esta condición se presenta en 35% de todas las mujeres del mundo y en 51% de las que están gestando. En América

GRÁFICA 2
Prevalencia de desnutrición crónica*
por sexo y edad, México



GRÁFICA 3
Prevalencia de desnutrición crónica*
por sexo y región, México



Fuente: DGE/SSA, ENN, 1988.

* Proporción de niños con talla para su edad por debajo de dos desviaciones estándar.

Latina, se calcula que esta proporción es de 30 y 41% respectivamente (Organización Mundial de la Salud, 1992a).

En México, al comparar la anemia como causa de muerte se encuentra una tasa mayor en el sexo femenino entre los 15 y 44 años (edad reproductiva). Esta diferencia es más marcada en la población rural: 2.5/100 000 habitantes en hombres contra 3.7/100 000 habitantes en mujeres (Secretaría de Salud, 1991). Esta información podría servir de indicador de la magnitud del problema. Sin embargo, la mortalidad no es el camino idóneo para explorar el peso que la anemia tiene sobre la salud de las mujeres, ya que no suele ser una causa directa de muerte. Lamentablemente, carecemos de información sobre anemia ferropénica en población general. Algunas estadísticas hospitalarias muestran que las mujeres embarazadas en nuestro país presentan una elevada prevalencia de anemia.

Utilización de servicios de salud

La falta de atención, o la atención de mala calidad, tiene profundas implicaciones para la salud de la mujer y sus hijos. Por ello, la utilización de servicios de salud puede considerarse como uno de los determinantes próximos y más importantes de la salud reproductiva.

Ciertos datos desglosados por género sugieren que la discriminación contra la mujer también se evidencia en este campo. En Asia, por ejemplo, las niñas reciben atención médica con menor frecuencia que los niños; al mismo tiempo, ellas suelen ser tratadas con medicamentos tradicionales, mientras que sus contrapartes masculinas se benefician de drogas alopáticas (Das Gupta, 1987).

Los datos de América Latina sobre discriminación por género en el acceso a servicios de salud son escasos; sin embargo, se ha demostrado preferencia por el sexo masculino en Guatemala (Waldrón, 1987). Además, la utilización de servicios de salud pediátricos y obstétricos se correlaciona sistemáticamente con la educación de la madre (Sadik, s/f).

En México, para explorar diferenciales por género en la utilización de servicios de salud, se buscaron asociaciones entre consultas por sexo y morbilidad a partir de datos de la Encuesta Nacional de Salud (Secretaría de Salud, 1987a). Al analizar la información sobre prevalencia y utilización de servicios en la población de 0 a 4 años, en relación con diversos problemas de salud

—caídas, diarreas, infecciones respiratorias agudas y bronquitis—, se observa sistemáticamente un patrón desfavorable para el sexo masculino: una morbilidad superior en niños acompañada de una utilización de servicios menor. Al estratificar a la población según nivel socioeconómico, se verifica que la utilización de servicios de salud a favor de las niñas es más frecuente en los grupos clasificados como “no pobres” (Lozano, Infante, Schlaepfer, Frenk, 1993).

Si se analizan exclusivamente los datos correspondientes al sexo femenino en edades posteriores, se verifica que la utilización de servicios de salud reproductiva es un buen indicador de nivel socioeconómico (Secretaría de Salud, 1987b). Comparando, por ejemplo, las proporciones de usuarias de métodos anticonceptivos según estrato social, se encuentra que entre aquellas clasificadas como “pobres extremas” el porcentaje de “nunca usuarias” ascendía a más de 60%; la proporción correspondiente en las “no pobres” fue de sólo 38.4%, y en el estrato intermedio (“pobres”) las que no accedieron a la planificación familiar representaban 52% (Lozano *et al.*, 1993; véase la gráfica 4). El patrón se repite cuando se clasifica a las mujeres según otros indicadores de nivel socioeconómico como son la escolaridad y el tipo de localidad de procedencia (véase la gráfica 4; Lozano *et al.*, 1993).

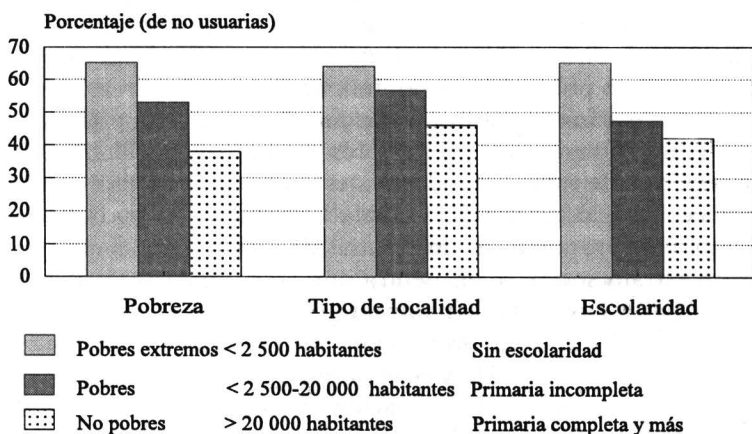
Si se revisan los métodos de planificación familiar según escolaridad, se encuentra que la esterilización femenina es el procedimiento más común entre las mujeres que no fueron a la escuela (véase la gráfica 5). Los anticonceptivos orales —que requieren de una participación activa de la mujer en su propio cuidado— y el dispositivo intrauterino —que es colocado y revisado por proveedores de servicios de salud— son los métodos más comunes entre las mujeres con escolaridad superior a la primaria (véase la gráfica 5; Lozano *et al.*, 1993).

Estos resultados permiten suponer que las mujeres de menor escolaridad acceden con mayor frecuencia a métodos anticonceptivos definitivos y, consecuentemente, son privadas del derecho de cambiar su decisión en torno a la fertilidad. Esta prevalencia elevada de esterilizaciones seguramente se debe a circunstancias vitales difíciles y a la elevada fecundidad de las mujeres de bajo nivel socioeconómico, así como a su deficiente acceso a servicios de salud y la presión de los programas de planificación familiar.

Cuando se comparan las prevalencias de esterilización femenina y masculina se registra una diferencia impresionante: 36.3%

GRÁFICA 4

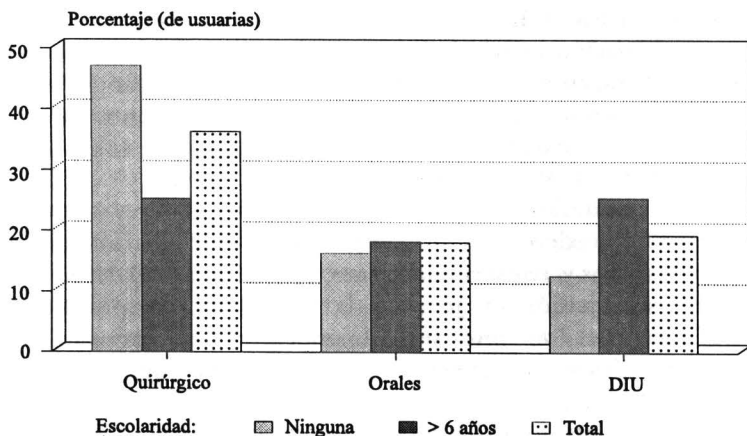
Mujeres que nunca han sido usuarias de algún método anticonceptivo, según nivel de pobreza, tipo de localidad y escolaridad



Fuente: DGPF, ENFES, 1987.

GRÁFICA 5

Tipo de métodos anticonceptivos,* según nivel de escolaridad de las usuarias



* Los métodos seleccionados representan más de 70% de las usuarias.

Fuente: DGPF, ENFES, 1987.

contra 1.3% respectivamente (Secretaría de Salud, 1987b). El resto de los métodos —con excepción del condón y los llamados “tradicionales”, que no alcanzan 20% del total— son de competencia exclusivamente femenina. Es obvio, entonces, que prácticamente todo el peso del control de la fertilidad recae en las mujeres. A ello contribuye una mayor resistencia de los hombres a utilizar métodos que consideran una amenaza para su masculinidad, a la existencia sustancialmente menor de opciones para ellos, y a la falta de reconocimiento de los hombres como grupo prioritario para los programas de planificación familiar.

Afortunadamente, la situación está cambiando en los tres aspectos mencionados: aunque lentamente, la prevalencia de usuarios de vasectomía se está incrementando en México; se están explorando nuevas tecnologías para limitar la fertilidad masculina, y la tendencia internacional es hacia el reconocimiento de los hombres como población objetivo de los programas de anticoncepción.

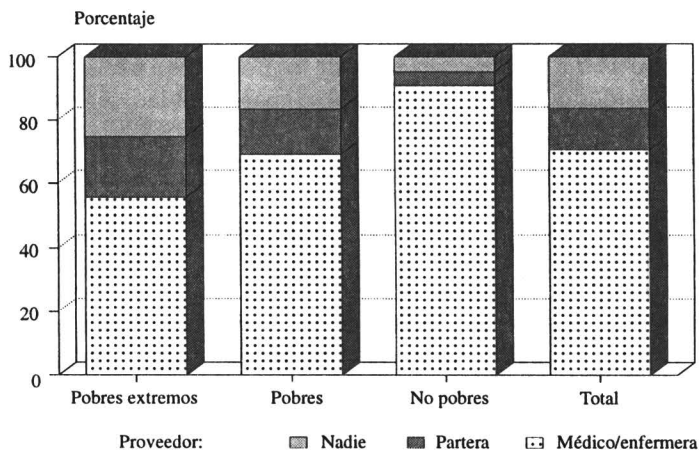
Por último, si se analizan las diferencias en la atención durante el embarazo y parto por nivel socioeconómico, se encuentra un patrón semejante al que corresponde a la utilización de métodos de RF: entre las “pobres extremas” 55.6% recibe atención de médico/enfermera, 19.1% de partera tradicional y 23.3% no recibe atención prenatal (véase la gráfica 6; Lozano *et al.*, 1993). El perfil de atención de las mujeres “no pobres” es sustancialmente diferente: 90.8% es atendida durante el embarazo por médico/enfermera y sólo 4.4% y 4.8% por enfermera o por nadie, respectivamente (véase la gráfica 6; Lozano *et al.*, 1993).

La tendencia se repite en la atención al parto: 52.5% de las mujeres de “pobreza extrema” recibe cuidados de médico/enfermera, 8.8% de “nadie”, y el resto es atendido por parteras. Por el contrario, entre las mujeres “no pobres” 91.9% recibe atención del médico o la enfermera durante el parto (véase la gráfica 7; Lozano *et al.*, 1993).

Estos datos muestran claramente las enormes inequidades que existen entre mujeres de distintos grupos sociales. Si bien no contamos con datos para evaluar la calidad de la atención, es razonable suponer que la que ofrecen proveedores entrenados es mejor y se da en el contexto de instituciones de salud equipadas para responder ante problemas de salud complejos o emergencias.

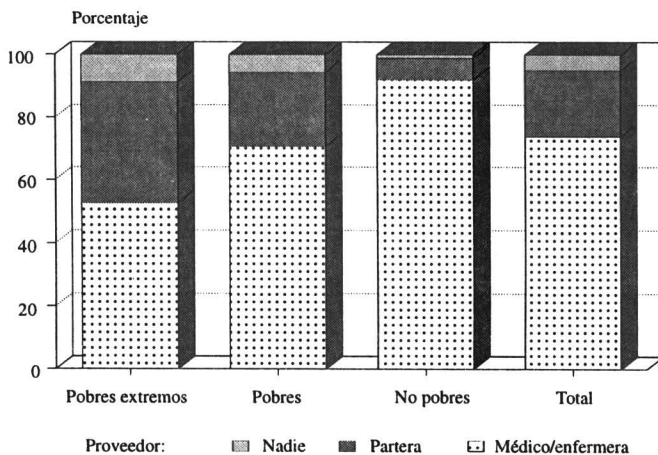
En otros terrenos de la salud reproductiva también se observan diferencias entre estratos socioeconómicos en cuanto a la

GRÁFICA 6
 Proveedor de la atención prenatal por nivel de pobreza,
 México, 1987



Fuente: R. Lozano *et al.*, 1993.

GRÁFICA 7
 Proveedor de la atención del parto por nivel de pobreza,
 México, 1987



Fuente: R. Lozano *et al.*, 1993.

utilización de servicios de salud esenciales, como el método de Papanicolaou para la detección del cáncer cérvicouterino, que es el más común entre mujeres mexicanas.

Durante la década de los años setenta se inició en México un programa de control de cáncer cuya población objetivo eran las mujeres mayores de 35 años y aquellas con vida sexual activa (López-Carrillo *et al.*, 1994). La prueba de Papanicolaou fue desde el inicio la herramienta esencial de este programa. Las destinatarias potenciales son, actualmente, alrededor de 17.5 millones de mexicanas. Desafortunadamente, la capacidad real de las instituciones de salud es muy limitada: la cobertura del programa alcanza solamente a 20% de las mujeres derechohabientes y a 15% de la población sin acceso a la seguridad social (Escandón *et al.*, 1992).

Obviamente, el acceso a los servicios de detección no es equitativo, a pesar de que el Papanicolaou se puede solicitar en cualquier centro de salud. Los beneficios de esta prueba se concentran en las mujeres que acuden a los servicios, reconocen la detección temprana del cáncer como una necesidad, permiten que se les realice un examen ginecológico y tienen acceso a un centro con la capacidad técnica y el personal idóneo para realizar, analizar e interpretar este tipo de pruebas. La demanda y la calidad son los factores que determinan la efectividad de los programas de detección. Si bien teóricamente la prueba de Papanicolaou identifica —y, por lo tanto, permite medidas oportunas en 80% de los casos— las condiciones reales del programa en México sólo diagnostican tempranamente a 20% de las enfermas (Escandón *et al.*, 1992).

Patrones reproductivos

Los patrones reproductivos reflejan los valores que prevalecen en cada cultura en relación con la reproducción, y el acceso de las mujeres a las tecnologías anticonceptivas. Las sociedades tradicionales se caracterizan por una elevada fecundidad, intervalos intergenésicos cortos y reproducción en edades extremas. Estos perfiles reproductivos se asocian con un mayor riesgo de morbilidad para madres e hijos (Langer *et al.*, 1993; Bobadilla *et al.*, 1990).

Si se analiza el número de hijos promedio por mujer en diversas regiones del mundo, se hace patente la relación de este

indicador con el desarrollo socioeconómico. En efecto, mientras que en 1990 en Europa y América del Norte la fecundidad no llegaba a 2, en América Latina era aproximadamente de 3.6 y en África superaba la cifra de 6 (Naciones Unidas, 1991b).

Al analizar otro indicador del mismo proceso —el porcentaje de años de la etapa reproductiva que una mujer dedica al embarazo y la lactancia—, se observa que en Bangladesh más de 60% de la vida adulta de la mujer se invierte en la procreación y crianza de los hijos. En México, se calcula que este indicador es de aproximadamente 32% (Organización Mundial de la Salud, 1992a).

En nuestro país, un análisis de datos de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (Secretaría de Salud, 1987b) aporta información sobre la distribución de patrones reproductivos por grupo social (Lozano *et al.*, 1993). Para este análisis se adoptó la definición respectiva de Hobcraft (1987), que integra la edad de la madre, la paridad, la velocidad reproductiva (número de hijos/tiempo) y el intervalo internacimientos.

Al analizar estos patrones según la estratificación social, se encuentra que las madres de 20 a 34 años, con primeros nacimientos, o subsecuentes con velocidad reproductiva lenta, independientemente de la duración del intervalo intergenésico, están representadas en los estratos socioeconómicos más altos. Las madres del mismo grupo de edad, con velocidades reproductivas media o rápida y las mayores de 35 corresponden a los estratos sociales más desfavorecidos. Estos resultados señalan claramente que los patrones reproductivos no se distribuyen al azar. Los más desfavorables para la salud materna e infantil son los que prevalecen en los grupos sociales de nivel socioeconómico más bajo (Lozano *et al.*, 1993).

Hábitos relevantes para la salud: tabaquismo, consumo de alcohol y drogas

El consumo de sustancias como el tabaco, alcohol y drogas es un fuerte determinante de perfiles y niveles de morbilidad y mortalidad. Por su relación con el género y sus importantes efectos sobre la salud, estos hábitos se consideraron aquí como determinantes próximos de la salud de la mujer. A continuación se discuten algunos datos relevantes que ilustran la situación de estas adicciones, en ambos géneros, en el mundo y en México.

El consumo de tabaco, alcohol y drogas en el mundo es mayor en hombres que en mujeres (Organización Mundial de la Salud, 1992a). Sin embargo, en naciones desarrolladas las diferencias tienden a ser menores. Si se comparan las proporciones de jóvenes que consumen más de 20 cigarros diarios se observa que en Holanda, por ejemplo, los porcentajes en ambos sexos son muy semejantes. Por el contrario, en Senegal, Nigeria y las Filipinas las diferencias son abismales y a favor de los hombres (Secretaría de Salud, 1987a). El patrón, sin embargo, no es sistemático, ya que en países desarrollados como Japón los jóvenes que fuman más de 20 cigarrillos diarios son unas 6 veces más comunes que sus contrapartes femeninas (OMS, 1992b).

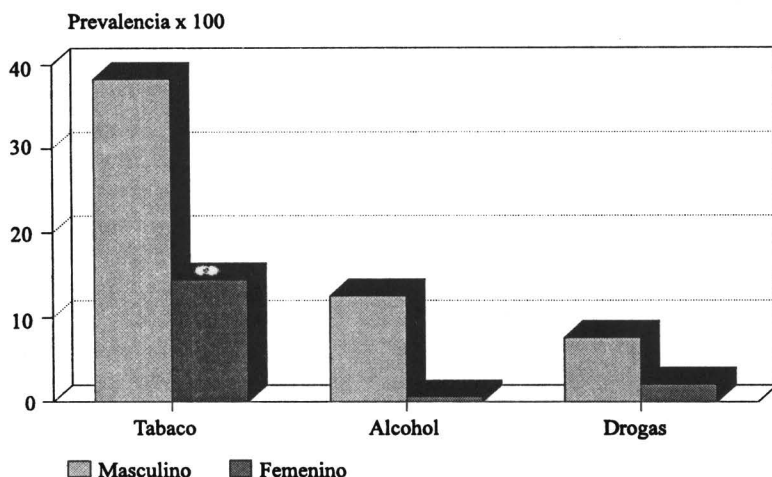
En general, existe una tendencia hacia el incremento del tabaquismo y a una disminución en las diferencias entre los géneros. Este fenómeno se está reflejando en las tasas de morbilidad y mortalidad por padecimientos asociados con el hábito de fumar, principalmente el cáncer de pulmón, cuya frecuencia en mujeres ha aumentado sustancialmente en las últimas décadas en países desarrollados (OMS, 1992b).

En cuanto al alcohol, el consumo en adultos jóvenes de ambos sexos en países desarrollados es muy semejante (Chen *et al.*, 1989), y en países como Francia y Noruega el de las mujeres supera al de los hombres (OMS, 1992a). En países en desarrollo las diferencias son mucho mayores, con una ingesta sistemáticamente mayor en el sexo masculino. Los estudios específicos sobre las drogas muestran mayor proporción de consumidores hombres que mujeres (Hammarstrom, 1988).

La Encuesta Nacional de Adicciones (Secretaría de Salud, 1988b) muestra que en México los hombres están más expuestos al consumo de drogas, a la dependencia del alcohol y al hábito tabáquico (véase la gráfica 8). En efecto, en nuestro país el riesgo de ser fumador es 2.7 veces mayor para los individuos del sexo masculino. Si bien la población de ambos géneros que fuma diariamente presenta proporciones semejantes, la mayoría de las mujeres consume menos de cinco cigarrillos al día, en contraste con los hombres que fuman una cantidad mayor.

Con respecto al consumo de alcohol, las diferencias entre los géneros son aún más marcadas: antes de los 17 años, 32% de los hombres y 27% de las mujeres declaran haber consumido alcohol una o más veces al año; en edades posteriores, la proporción de

GRÁFICA 8
Consumo* de tabaco, alcohol** y drogas, según sexo,
México, 1988



* Población urbana de 18 a 65 años.

** Síndrome de dependencia.

Fuente: DGE/SSA. ENA, 1988

bebedores en el sexo masculino es de 73% y 37% en el femenino (véase la gráfica 8 y Secretaría de Salud, 1988b).

El patrón de consumo también es diferente en hombres y mujeres. Los primeros consumen más y se emborrachan con mayor frecuencia. En la población entre 18 y 65 años, el sexo masculino presenta un riesgo 6 veces mayor de consumir alcohol y 16 veces mayor de embriagarse una vez a la semana que sus contrapartes femeninas. Consecuentemente, 12.5% de los hombres cumple con los criterios internacionales para definir dependencia, en contraste con sólo 0.6% de la población femenina de este grupo etáreo (Secretaría de Salud, 1988b).

En cuanto a las drogas, los patrones diferenciales por género se repiten (véase la gráfica 8), y la diferencia en la exposición varía con la edad. Así, por ejemplo, la proporción de la población masculina que ha usado drogas en el último año es 4 veces mayor que la femenina antes de los 35 años; después de esa edad la razón disminuye a 1.7 (Secretaría de Salud, 1988b). Al analizar el consu-

mo por tipo de droga se observa un patrón característico por género. Las mujeres son más propensas al consumo de narcóticos, sedantes y otros agentes depresores. Los hombres, en cambio, utilizan en mayor cantidad los inhalables, la marihuana y los derivados opiáceos (Secretaría de Salud, 1988b).

En pocas palabras, en México las adicciones reproducen un patrón específico por género similar al observado en otros países. Ello refleja diferencias culturales y conductuales marcadas que, si bien aparecen como beneficiosas para la salud de las mujeres en este caso en particular, se dan en un contexto de discriminación generalizada.

Como conclusión, los determinantes próximos analizados no muestran diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a estado de nutrición y utilización de servicios, con excepción de la PF. Las marcadas diferencias observadas en las adicciones favorecen a la mujer. En cuanto a los patrones reproductivos y la utilización de servicios de PF y atención del embarazo y parto, las inequidades por nivel socioeconómico son muy marcadas.

RESULTADOS: DAÑOS A LA MUJER A LO LARGO DEL CICLO VITAL

La mortalidad es el extremo del espectro de la morbilidad y, por lo tanto, no refleja realmente los problemas de salud a los que un individuo se enfrenta a lo largo de su vida. No obstante, la información sobre mortalidad es, en términos generales, más completa y confiable que la correspondiente a morbilidad o a secuelas.

En México, el análisis de la morbilidad siempre ha representado una seria dificultad para los estudios que intentan abarcar el nivel nacional. No es sino hasta la década de los ochenta cuando se cuenta con información de encuestas que buscan estimar las prevalencias nacionales de distintas enfermedades. Algunos de estos datos serán presentados en esta sección. Sin embargo, en esta discusión utilizaremos fundamentalmente información sobre mortalidad, para estudiar los efectos de los factores subyacentes y determinantes próximos sobre la salud de la mujer.

Vale la pena recordar que, según la hipótesis central de este trabajo, los diferenciales en este indicador reflejarían el peso de los determinantes subyacentes y próximos. El análisis toma como eje

el ciclo vital de la mujer, distinguiendo tres etapas: la infancia, la edad reproductiva y los años posreproductivos.

Salud de la mujer en la infancia

Mortalidad de 1 a 4 años

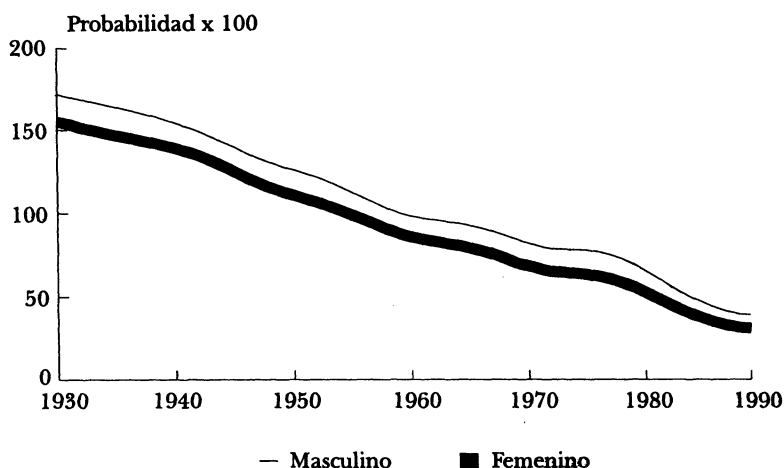
Al analizar la mortalidad de 1 a 4 años en la región, se encuentra una sobremortalidad femenina en cuatro países: Guatemala 9%, Perú 2%, Trinidad y Tobago 4% y Uruguay 1%. Estas diferencias, calculadas a partir de datos oficiales proporcionados por la Organización Panamericana de la Salud en 1990, y por estudios específicos (Waldron, 1987), se encontraron también al analizar datos correspondientes al periodo 1960-1980 (Organización Panamericana de la Salud, 1985). Durante ese lapso, la sobremortalidad femenina entre 1 y 4 años se registró, en diferentes momentos, en 20 de los 38 países de la región que informan rutinariamente su mortalidad por edad y sexo.

Las encuestas demográficas y de salud llevadas a cabo en diez países de la región entre 1985 y 1989 señalan sobremortalidad femenina entre 1 y 4 años en siete países, entre ellos México —durante el periodo 1977-1987 se informa una tasa de 16.5/1 000 nacidos vivos en mujeres contra 14.5 en hombres— (*Demographic and Health Surveys*, 1986-1987). Estas evidencias obtenidas de fuentes diversas apoyan la interpretación de que las diferencias encontradas son reales y consistentes y no responden únicamente a problemas en la calidad de la información de las estadísticas vitales.

En México, análisis cuidadosos de las tendencias de la mortalidad infantil (menores de un año) por género entre 1930 y 1990 permiten, sin embargo, contradecir los resultados arriba mencionados. En efecto, en un estudio realizado con datos nacionales se encuentra una sistemática sobremortalidad masculina (véase la gráfica 9; Gómez de León y Partida, 1992).

Cuando se analiza la mortalidad por sexo en la población preescolar (1 a 4 años), se observa un comportamiento diferente. La mortalidad femenina fue superior a la masculina hasta principios de la década de los setenta, momento en que ambas se igualaron (en 1974). A partir de entonces, las curvas han estado prácticamente superpuestas, con una mortalidad masculina ligeramente más alta (véase la gráfica 10; Gómez de León y Partida,

GRÁFICA 9
Probabilidad de muerte de los menores de un año,
según sexo, México, 1930-1990



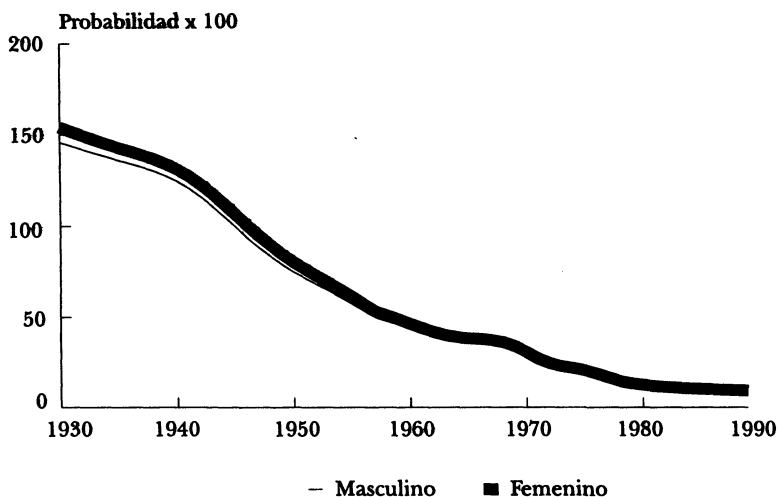
Fuente: Gómez de León y Partida, 1992.

1992). Si esta tendencia se mantiene, el perfil de mortalidad de la población infantil por género en México será semejante al de los países desarrollados.

En relación con el indicador descrito, vale la pena citar a la Organización Mundial de la Salud que dice que cuando se observa sobremortalidad femenina en la niñez ésta debe considerarse una señal de alarma sobre la probable existencia de una discriminación importante en contra de las niñas (OMS, 1989).

Cuando se dejan las tasas para analizar las causas que explican la sobremortalidad femenina en este grupo etáreo en América Latina se encuentran, en orden decreciente, las “deficiencias de la nutrición”, “influenza y neumonía”, “bronquitis, enfisema y asma”, “sarampión”, “tos ferina”, “infección intestinal por organismos especificados” y “otros padecimientos mal definidos” (Organización Panamericana de la Salud, 1990). En todos los casos, estas causas se asocian con una nutrición pobre —como causa directa o subyacente— y acceso deficiente a los servicios de salud preventivos o curativos. Evidencias en este sentido ya se habían señalado en el

GRÁFICA 10
Probabilidad de muerte de la población preescolar* por sexo,
México, 1930-1990



* 1 a 4 años de edad.

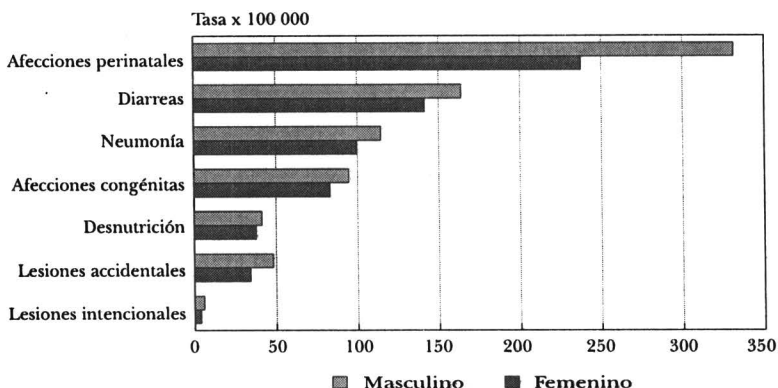
Fuente: Gómez de León y Partida, 1992.

clásico trabajo de Puffer y Serrano (1973), que informa que 50% de las muertes en la niñez tienen a la desnutrición como causa subyacente o asociada.

En México, los datos sobre mortalidad femenina entre 0 y 4 años para 1991 señalan como las cinco primeras causas de muerte las afecciones del periodo perinatal, las diarreas, las infecciones respiratorias agudas, las anomalías congénitas y la desnutrición proteico-calórica, en orden decreciente (véase la gráfica 11; Secretaría de Salud, 1991). Estas causas son también las primeras para los niños del sexo masculino, del mismo grupo étnico.

La relación entre mortalidad femenina y masculina en términos de tasas y causas permite plantear que en México, a diferencia de lo que se observa en diversos países de América Latina y otras regiones del mundo, no existe una discriminación franca contra el sexo femenino en la infancia.

GRÁFICA 11
Principales causas de muerte en menores de cinco años
por sexo, México, 1991



Fuente: DGE/SSA, Mortalidad, 1991.

La mortalidad de la mujer en edad reproductiva

Al analizar la mortalidad por sexo entre 15 y 44 años en América Latina, se encuentra una sobremortalidad masculina en todos los casos. En general, se interpreta este fenómeno como un reflejo de la mayor exposición del sexo masculino a la violencia y los accidentes, así como a problemas ocupacionales y accidentes de trabajo. Las variaciones en la razón de mortalidad masculina/mortalidad femenina ocurren en un rango amplio. Cuando la razón es alta, mayor de 2, se puede suponer una mortalidad masculina excesiva debido a, por ejemplo, conflictos armados (como en el caso de El Salvador en 1984) o a una baja mortalidad materna (Canadá) (Organización Panamericana de la Salud, 1990). Cuando la razón se acerca a 1, es probable que exista una elevada mortalidad femenina asociada con la reproducción en condiciones socioeconómicas y culturales desfavorables para la mujer.

En individuos de este grupo etáreo, las primeras causas de muerte en América Latina (Organización Panamericana de la Salud, 1990) y en México (Secretaría de Salud, 1991) reflejan importantes diferencias según el género. Para los hombres, las

primeras causas corresponden a homicidios, accidentes, cirrosis, enfermedades cardiovasculares y cáncer. Para las mujeres, en cambio, las principales causas de muerte corresponden a neoplasias, patologías cardiovasculares, accidentes, problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio (mortalidad materna) y, por último, la violencia (véase la gráfica 12).

A continuación se analizarán estas diferencias, así como las correspondientes a otras condiciones que, si bien no figuran entre las primeras causas de muerte en México, presentan diferencias notables. Para los problemas que por razones biológicas no pueden presentarse en el sexo masculino, se analizarán diferencias según estrato socioeconómico.

Neoplasias

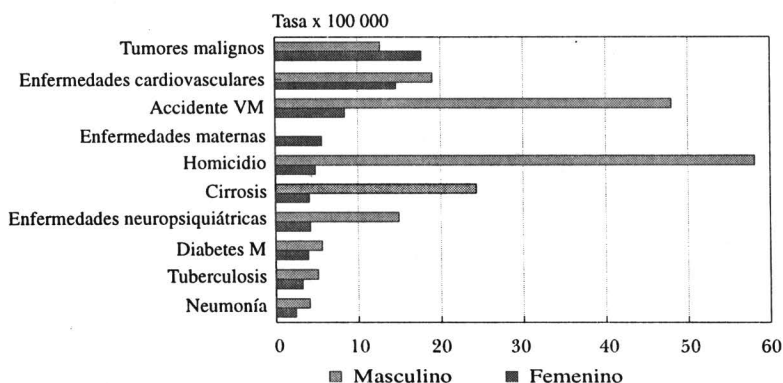
El cáncer representa una de las dos principales causas de muerte para hombres y mujeres de 15 a 44 años en América Latina. La razón de mortalidad masculina/mortalidad femenina por tumores malignos señala una sobremortalidad de las mujeres. La diferencia se acentúa en países de menor desarrollo (Organización Panamericana de la Salud, 1990). Esta sobremortalidad femenina se explica, en gran medida, por la elevada frecuencia del cáncer de cuello de útero.

En México, las estadísticas sobre mortalidad correspondientes al año 1991 muestran que, en orden de magnitud, las neoplasias son la primera causa de muerte para las mujeres. La población femenina está afectada por tumores del cuello de útero (cáncer cérvico-uterino), de mama, de estómago y, en cuarto lugar, de tráquea, bronquios y pulmón. Los cánceres ginecológicos ocupan, por consiguiente, el primero y segundo lugar (Secretaría de Salud, 1991).

El cáncer cervicouterino presenta una tasa de 10.2 por cada 100 000 habitantes, misma que es de más del doble de la del cáncer de estómago, por ejemplo (4.9 por 100 000 habitantes). La incidencia del cáncer cérvico-uterino se ha mantenido alta y estable en las últimas décadas (López Carrillo *et al.*, 1994). Sin embargo, en los años ochenta la mortalidad por cáncer cérvico-uterino (CaCu) para mujeres mayores de 50 años presentó una tendencia significativa hacia el incremento (Lazcano y Lozano, 1994).

Como se señaló anteriormente, la baja cobertura de los programas de detección oportuna del CaCu contribuyen de un modo

GRÁFICA 12
Principales causas de muerte en adultos entre 15-44 años,
según sexo, México, 1991



Fuente: DGEIE/SSA, Mortalidad, 1991.

importante a esta alta prevalencia. La cobertura se distribuye de un modo desigual entre mujeres de diferente estrato socioeconómico, siendo las más pobres y con acceso inadecuado a los servicios de salud aquellas con menor oportunidad de que un CaCu sea detectado a tiempo.

El cáncer de mama se ubica en el tercer lugar como causa de muerte en mujeres en edad reproductiva en México. Su frecuencia ha ascendido en los últimos años para los grupos de edad mayores de 25 años (López Carrillo *et al.*, 1994). Carecemos de datos para analizar diferencias según nivel socioeconómico para esta patología.

En cuanto al cáncer de pulmón, la relación promedio de mortalidad masculina/mortalidad femenina es de 2.36 (Secretaría de Salud, 1991). La fuerte asociación de esta neoplasia con el tabaquismo permite suponer que estas diferencias se deben a la menor prevalencia del hábito de fumar entre las mujeres.

Lesiones

Bajo este encabezado se agrupan las lesiones intencionales (violencias) y las accidentales (no intencionales). Esta es la condición que

presenta las diferencias por género más importantes entre adultos de América Latina. Ocupa el primer lugar de mortalidad masculina entre 15 y 44 años en toda América Latina, con una relación mortalidad masculina/mortalidad femenina que fluctúa entre 2 y 14 (Organización Panamericana de la Salud, 1990). En México, el riesgo de morir por una lesión es 5 veces mayor para los hombres que para las mujeres (véase la gráfica 12). El exceso de riesgo disminuye en los extremos de la vida y es máximo en las edades productivas. De hecho, en los adultos el riesgo de morir por una lesión es 6.5 veces mayor en los hombres que en las mujeres (Secretaría de Salud, 1991).

Violencias (o lesiones intencionales). En nuestro país, la diferencia en las muertes por homicidio entre hombres y mujeres de 15 a 44 años es aproximadamente de 10:1 (Secretaría de Salud, 1991) (véase la gráfica 12). Este diferencial se expresa a partir de los cinco años; en edades más tempranas las muertes por lesiones intencionales son muy similares en ambos géneros (Secretaría de Salud, 1991; véase la gráfica 11).

Cuando se clasifica por tipo de agresión que provocó la muerte, se encuentran perfiles diferentes en hombres y mujeres. El sexo masculino es víctima de armas de fuego en primer lugar y de instrumentos punzocortantes en segundo; las mujeres, por su parte, presentan mayor proporción que los hombres de muertes por ahorcamiento, ahogamiento y envenenamiento (Secretaría de Salud, 1991). Si bien es difícil extraer conclusiones con base en información puntual sobre un fenómeno tan complejo como la violencia, estos datos permiten plantear, como hipótesis, que los asesinatos de las mujeres ocurren con mayor frecuencia en un contexto doméstico, y son el resultado de un incidente no planeado, mientras que los hombres mueren a consecuencia de un ejercicio de la violencia sistemático y premeditado.

Accidentes (o lesiones no intencionales). El exceso de riesgo para los hombres es también mayor en el caso de las lesiones no intencionales, prácticamente para todo tipo de accidentes y para todos los grupos etáreos. A modo de ejemplos, se puede mencionar que la sobremortalidad masculina es de aproximadamente 4 veces para los accidentes por vehículo automotor (Secretaría de Salud, 1991). Esta diferencia llega a 6 para adultos entre 15 y 44 años. Para

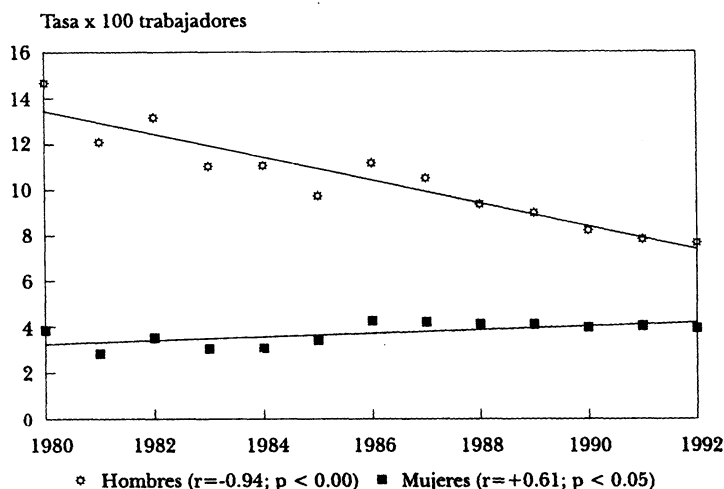
“ahogamiento”, la relación mortalidad masculina/mortalidad femenina es de 5.68 y alcanza a 11 entre 15 y 59 años (Secretaría de Salud, 1991).

Las diferencias por sexo que se observan en la mortalidad accidental y violenta desde los primeros años de la vida y que se hacen dramáticas en la adultez, constituyen una clara expresión de las desigualdades en los roles de género que se inculcan a través de los procesos de socialización desde la infancia. Así, al varón se le estimula para que sea independiente y adopte actitudes agresivas, competitivas y riesgosas; asimismo, se contribuye a la idealización de lo que después serán las causas de muerte violenta: los automóviles, las armas, los enfrentamientos y las situaciones de peligro. En la niña, por el contrario, se refuerzan conductas caracterizadas por la suavidad, dependencia y pasividad, al mismo tiempo que se familiariza con juegos y juguetes que corresponden al rol de madre y ama de casa, y se le resguarda de los riesgos externos al ámbito doméstico (Organización Panamericana de la Salud, 1990).

Los accidentes laborales son otro campo donde se observan diferencias por género. Análisis de datos de varios años del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), muestran que la tendencia en las mujeres a sufrir accidentes de trabajo, ha sido prácticamente estable en los últimos años, con una ligera tendencia hacia el incremento. Entre los hombres, en cambio, este riesgo ha tendido a disminuir (véase la gráfica 13). Por consiguiente, la relación hombre/mujer en este renglón ha pasado de 4 en 1980 a menos de 2 en 1992. Las diferencias entre los géneros también varían según la edad. Antes de los 30 años y después de los 60 la razón de accidentes de trabajo en hombres y mujeres es mayor a 2.5 y en las edades intermedias es sólo de 1.4 (IMSS, varios años).

Estos datos provienen esencialmente de población ocupada en la industria de la transformación. El IMSS sólo ofrece cobertura a 5% de los campesinos y a 45% de los trabajadores del comercio y los servicios, ambas ramas en las cuales la participación femenina es alta. Por ello, los datos que se discuten aquí, sobre accidentes de trabajo por género, corresponden a una población seleccionada, ya que quedan subrepresentadas ramas de actividad con una importante presencia femenina. Con esta limitación en mente, puede plantearse, como hipótesis para explicar la tendencia hacia un mayor riesgo de sufrir accidentes entre las mujeres, su incorporación masiva en la última década a tipos de trabajo “no tradicio-

GRÁFICA 13
Tendencias de las lesiones de trabajo en hombres y mujeres,
1980-1992



r: razón

p: porcentaje

Fuente: IMSS, Memoria Estadística, 1992.

nales”, desconocidos para la fuerza de trabajo femenina, donde el riesgo de accidentarse es mayor. Por otra parte, por razones difíciles de comprender, a diferencia de lo que sucede con los hombres, las mujeres entre 30 y 54 años son las que presentan mayor probabilidad de sufrir un accidente (IMSS, varios años).

El campo de la medicina del trabajo es sumamente complejo. Para demostrar y comprender las diferencias por género se requeriría de más información y de análisis cualitativa y cuantitativamente cuidadosos. Los datos que se presentan aquí deben considerarse únicamente como exploratorios.

Mortalidad materna

En nuestro país la mortalidad materna (MM)¹ ha disminuido de manera importante en los últimos años, de una tasa de 53 por

¹ Las muertes maternas son aquellas que ocurren durante el embarazo, parto o puerperio a consecuencia de un problema de salud asociado con la reproducción

10 000 recién nacidos vivos (RNV) en 1940 a una de 5.1 en 1990 (Langer *et al.*, 1993).

A pesar de este decrecimiento tan importante, la MM en México continúa siendo muy elevada, si se la compara con la de otros países, y muestra importantes diferenciales según las características sociodemográficas individuales y las de las comunidades donde las mujeres habitan. El análisis de estas diferencias permite observar que la MM, al igual que la mortalidad infantil, es un indicador sensible de las condiciones socioeconómicas de la población.

El riesgo de morir por causas relacionadas con la reproducción varía sustancialmente con la escolaridad. Del total de defunciones maternas ocurridas entre 1986 y 1991, 26% correspondió a mujeres que no habían asistido a la escuela, 33% a las que no terminaron la primaria, 24% a las que tuvieron primaria completa y 16% a aquellas con secundaria o más (Langer *et al.*, 1993).

Si se toman como eje del análisis zonas de distinto nivel de desarrollo en el país, se encuentra que la MM permite dividir a México en tres regiones. Los estados con baja MM (razón inferior a 3.1) se localizan fundamentalmente en el norte del país; los estados con mortalidad promedio se ubican en el centro, y aquellos con MM alta (razón de MM superior a 6.0) en el sur. Esta distribución es semejante a la que se encuentra para otros indicadores de salud (Langer *et al.*, 1993).

Al analizar la MM, según el tamaño de la localidad de donde proviene cada defunción, se observa que las muertes maternas tienden a concentrarse en el medio rural. De las localidades con menos de 20 000 habitantes proviene 72% de las defunciones maternas. En el medio rural la razón de MM fue 6.5 por 10 000 y en el medio urbano de 4.1 por 10 000; en otras palabras, el riesgo de muerte por causa materna es 1.6 veces mayor en el medio rural que en el medio urbano (Langer *et al.*, 1993).

Por último, si se analiza la distribución de las muertes maternas según un índice de marginación elaborado por el Consejo Nacional de Población (Conapo, 1993) se verifica que, en 1990, las mujeres en edad fértil que habitaban los municipios de muy

o agravado por ésta. La mortalidad materna (MM) se mide con la correspondiente tasa: muertes maternas/mujeres en edad fértil, cuando se cuenta con el denominador x 100 000. En su ausencia, la MM se mide con una razón: muertes maternas/recién nacidos vivos x 10 000.

alta marginación presentaron una razón de MM de 11.5 por 10 000 RNV o, dicho de otro modo, un riesgo de muerte tres veces mayor que las mujeres de los municipios de baja marginación (véase la gráfica 14).

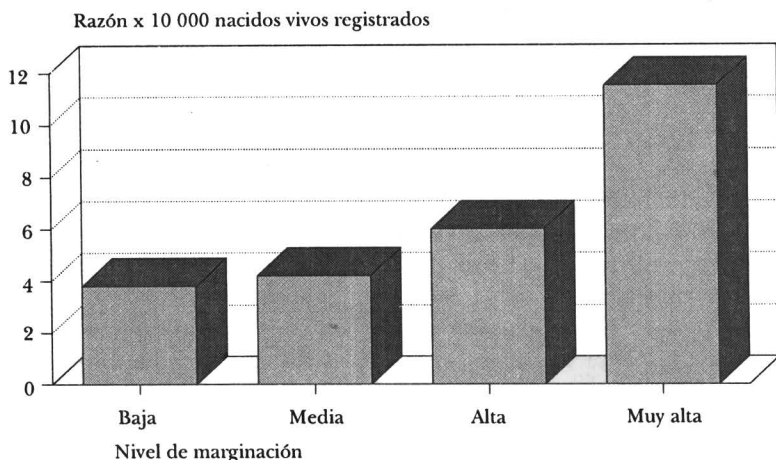
La mortalidad materna prácticamente ha desaparecido como problema de salud pública en los países desarrollados o en los grupos sociales con acceso a adecuadas condiciones de vida y servicios de salud. La existencia de herramientas técnicas y científicas que permiten evitar más de 90% de las defunciones maternas hace aún más imperdonable la persistencia del problema. Los datos que se comentan aquí permiten ilustrar que la MM continúa siendo un problema prioritario de salud pública en México. Aún más, si se desea mostrar con sólo un indicador la desigualdad social ante la muerte, la mortalidad materna es uno de los más reveladores. Su alta capacidad predictiva lo coloca por encima de otros de uso común.

Mortalidad por otras causas

Otras causas importantes de mortalidad reflejan en México significativas diferencias de género. Así, las muertes asociadas a la dependencia al alcohol son 22 veces más frecuentes en hombres que en mujeres entre 15 y 44 años (Secretaría de Salud, 1991). Las muertes por cirrosis que están asociadas con el consumo de alcohol pero que responden también a otras causas presentan una tendencia semejante con magnitudes menores: las diferencias muertes masculinas/muertes femeninas para este padecimiento es de 6 en el grupo etáreo de 15 a 44 años (Secretaría de Salud, 1991; véase la gráfica 12).

La mortalidad por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida es 7 veces más común en hombres que en mujeres del grupo de edad que se analiza en este apartado. Esta diferencia presenta una franca tendencia a la disminución; ello se debe al predominio de la bisexualidad como mecanismo de transmisión ante el cual las mujeres tienen una gran vulnerabilidad, y al aumento en la detección de casos entre las mujeres. Hasta hace poco tiempo, el VIH/sida se diagnosticaba menos frecuentemente entre las mujeres, debido a la creencia absolutamente injustificada, de usuarias y proveedores de los servicios de salud, de que éste es un problema de los hombres, en particular de los homosexuales (Liguori, 1994).

GRÁFICA 14
Razón de mortalidad materna por nivel de marginación,
México, 1990



Fuente: Lozano *et al.*, 1993.

Padecimientos cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares incluyen a las enfermedades del corazón y a las cerebrovasculares. Estas últimas son más comunes en mujeres en el grupo de 25 a 44 años en más de la mitad de los países de América Latina, entre ellos México (Organización Panamericana de la Salud, 1990). Por su parte, las enfermedades cardíacas son más comunes en hombres de la región, con excepción de República Dominicana, Guatemala, Perú y Panamá (Organización Panamericana de la Salud, 1990).

En México, la mortalidad por cardiopatía isquémica en este grupo de edad es superior en los hombres que en las mujeres (relación muerte masculina/muerte femenina de 2.26). Las tasas prácticamente se igualan en edades posteriores (Secretaría de Salud, 1991). Entre los factores que ocasionan este incremento en las mujeres mayores, es importante mencionar los cambios hormonales después de la menopausia, la mayor frecuencia de obesidad,

diabetes e hipertensión arterial. A ellos se agrega un elemento esencial, estrechamente asociado con las condiciones de género: los padecimientos cardiovasculares son reconocidos y tratados más tardíamente en las mujeres que en los hombres debido a que, a pesar de su alta frecuencia, una elevada proporción de los proveedores de servicios de salud consideran a estos problemas como propios del sexo masculino (Hernández *et al.*, 1994).

La salud de la mujer en la etapa posreproductiva

La salud en esta etapa de la vida está poco estudiada en países en desarrollo. Sin embargo, los cambios en la estructura de la población determinarán que una proporción considerable de las mujeres se ubiquen en el grupo de edad posreproductiva en las próximas décadas. En el mundo, la tasa de crecimiento de la población mayor de 60 años es de 2.5% anual, considerablemente mayor que el ritmo de 1.7% al que crece la población general. Contrariamente a lo que podría pensarse, este aumento no se verifica únicamente en los países desarrollados. La disminución de la mortalidad infantil y el prolongamiento de la esperanza de vida obligarán, muy pronto, a los países con menos recursos a dar atención a una población que envejece rápidamente (Sennott-Miller, 1993).

El envejecimiento es un fenómeno con grandes diferencias de género. Para la mujer, en este periodo se hacen evidentes las consecuencias de los patrones reproductivos desfavorables, los efectos de la mala nutrición y las situaciones derivadas de su papel social, centrado en la reproducción y responsable de la vida familiar.

Lamentablemente, sólo hace muy poco tiempo investigadores en el campo de la salud de la mujer y responsables de programas específicos iniciaron el estudio de los problemas en la menopausia, y la planeación de los servicios que se requieren para atenderlos. En esta sección se revisarán brevemente estos problemas, en tanto sean causas de muerte o enfermedad.

Mortalidad

El perfil de mortalidad en las mujeres mayores de 45 años refleja esencialmente el efecto de dos procesos: los cambios hormonales

posteriores a la menopausia y el envejecimiento. En efecto, los problemas cardiovasculares, que representan la primera causa de muerte en el climaterio (véase la gráfica 15), se vuelven más frecuentes en el sexo femenino a medida que disminuyen los estrógenos y, consecuentemente, cambia el perfil de lípidos en la sangre (Langer y García, 1994).

Las neoplasias, por su parte, corresponden a la segunda causa de muerte (Secretaría de Salud, 1991) y, entre las mujeres, continúan ocupando los primeros lugares las neoplasias ginecológicas. La diabetes, con tasas muy cercanas a la de distintos tipos de cáncer, se asocia también a los cambios endocrinos secundarios a la menopausia. La mortalidad por diabetes en mayores de 45 años es más frecuente para las mujeres, con una relación muerte masculina/muerte femenina menor a 1 (0.80 en los mayores de 60 años).

Los datos de mortalidad no permiten hacer mayores inferencias sobre diferenciales por género en este grupo etáreo, más allá de las obvias distinciones que establecen los procesos biológicos.

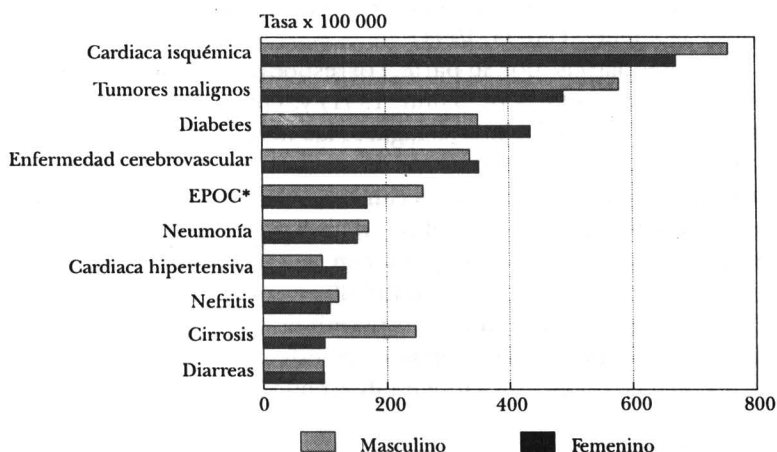
Morbilidad

La morbilidad general y la búsqueda de atención adoptan patrones diferentes según los géneros, según informan encuestas realizadas por la Organización Panamericana de la Salud para conocer las necesidades de la población de edad avanzada en la región (Sennott-Miller, 1993). Se observa entonces que las mujeres sufren enfermedades crónicas e incapacidad por un periodo más largo que los hombres, y consultan al médico con más frecuencia. Los individuos del sexo masculino, por su parte, son hospitalizados más, sufren de discapacidades más graves y mueren prematuramente con mayor frecuencia.

Estas diferencias se han atribuido a los perfiles de morbilidad de cada género, a las ventajas biológicas de la mujer y al "entrenamiento" que ésta recibe a lo largo de la vida para detectar signos y síntomas, y buscar ayuda, en el papel de cuidadora de su propia salud y la de la familia (Lewis, 1985).

Algunos problemas de salud, característicos de esta etapa, también podrían estar directamente influidos por la diferente inserción de hombres y mujeres en la cultura. Los problemas emocionales, sobre todo la depresión, son mucho más frecuentes en las mujeres. Ello se atribuye al fin del rol reproductivo, a la

GRÁFICA 15
Principales causas de muerte en mayores de 60 años,
según sexo, México, 1991



* Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Fuente: DGEIE/SSA, Mortalidad, 1991.

viudez que es más frecuente en el sexo femenino, y a la amenaza de pobreza que se cierne sobre ellas como consecuencia de una cobertura insuficiente de la seguridad social (Sennott-Miller, 1993).

Durante la etapa perimenopáusica es común que los cambios vasomotores característicos de este periodo contribuyan también a la insatisfacción de la mujer. La percepción y calificación de estos síntomas está estrechamente relacionada con la cultura. En sociedades donde las mujeres de mayor edad son altamente consideradas o cuando se conserva una importante actividad en esta etapa, la depresión y los efectos psicosociales de los síntomas vasomotores afectan menos la calidad de vida que en los contextos donde el valor de la mujer está estrechamente ligado a la capacidad reproductiva (Langer y García, 1994).

La artritis y la osteoporosis son condiciones mucho más frecuentes en mujeres posmenopáusicas que en hombres de la misma edad. Estos procesos, si bien con un sustrato genético, son favorecidos por una ingesta inadecuada de calcio, y pueden ocasionar

graves consecuencias sobre la salud cuando ocurren en una mujer obligada al trabajo físico pesado. Estas condiciones son mucho más frecuentes en los países en desarrollo y, en particular, en los grupos socialmente desfavorecidos.

Como se puede observar, en la etapa posreproductiva las diferencias derivadas del género y las que resultan del nivel socioeconómico están presentes al igual que en otras etapas de la vida de la mujer.

CONCLUSIONES

En la última década, gran cantidad de análisis permitieron ilustrar la situación desigual que, entre hombres y mujeres, prevalece en América Latina (De los Ríos, 1993). El esfuerzo surgió del interés internacional por la mujer y de la convicción de que la equidad entre los géneros es un objetivo ético, al mismo tiempo que una herramienta esencial para el desarrollo.

En la década de los ochenta, caracterizada por una profunda y generalizada crisis económica, se hizo evidente que la recesión afectaba de un modo particularmente grave al sexo femenino. Por entonces se acuñó la expresión de “las mujeres, las más pobres entre los pobres” (De los Ríos, 1993). A las condiciones derivadas de la pobreza se suman las que resultan de una posición subordinada.

En este trabajo se exploran los efectos que las diferencias por género pudieran tener sobre la salud de la mujer a lo largo del ciclo vital. La importancia de las diferencias socioeconómicas sobre los procesos que subyacen al estado de salud de la mujer nos impulsó a revisar, al mismo tiempo, las distinciones que éstas establecen en términos de salud reproductiva en México.

La información disponible no permitió documentar diferencias según el género en el estado nutricional, ni en la mortalidad infantil y la utilización de servicios de salud pediátricos. En la edad adulta se observan francas diferencias en algunos padecimientos relacionados con estilos de vida (exposición a violencia y condiciones de trabajo) y hábitos relevantes para la salud. En el terreno de la salud reproductiva, por otra parte, se verifican profundas inequidades entre mujeres de diferentes grupos sociales. La escasa información sobre salud en la edad posreproductiva sólo permite vislumbrar algunas diferencias por género en morbilidad.

Es posible proponer distintas hipótesis para explicar las escasas evidencias de diferencias por género en la salud. En primer lugar se podría plantear que en México éstas no alcanzan las dimensiones de otras regiones. En esa medida, no logran modificar indicadores gruesos del estado de salud como la mortalidad. Otros indicadores demostradamente sensibles a las variaciones en las condiciones socioeconómicas, como la mortalidad infantil, por ejemplo, no parecen capaces de detectar las desigualdades sociales y culturales entre géneros que prevalecen en nuestro país.

En segundo término, los indicadores seleccionados para este trabajo podrían no haber sido los más idóneos. En efecto, cuando se utilizan indicadores diferentes a la mortalidad, como la utilización de servicios de PF o el riesgo de accidentes de trabajo, las diferencias por género se hacen aparentes. Lo mismo sucedería, seguramente, si contáramos con mayor información sobre morbilidad y calidad de vida o "salud positiva".

En tercer lugar, la selección de problemas para este análisis también pudo haber sido una limitante. Así, por ejemplo, las diferencias por género se expresan en situaciones con un importante efecto sobre la salud de la mujer como la violencia doméstica. Sin embargo, no incluimos en este trabajo el estudio de este problema porque escogimos como método para la identificación de diferencias la comparación entre datos provenientes de los sexos masculino y femenino.

Es importante señalar que en los últimos años se han empezado a llevar a cabo estudios sobre violencia doméstica en países de América Latina, entre ellos México. Todos ellos arrojan como resultado que su prevalencia es alta en la región, en todas los grupos sociales, y que las víctimas son en su gran mayoría las mujeres y los niños (Saucedo y Riquer, 1994). La influencia del género se expresa en la identidad de víctimas y victimarios y en la atención deficiente que, hasta ahora, ha recibido este problema. En efecto, en muchos países se considera el ejercicio de la violencia en el hogar como una "costumbre", y no se le juzga punible al tipificársele como delito en la intimidad (De los Ríos, 1993). Este problema es una expresión inequívoca de la vulnerabilidad de la mujer y expresa, indiscutiblemente, diferencias por género.

Si contáramos con indicadores para medir la calidad de vida encontraríamos, muy probablemente, que aunque las mujeres viven más lo hacen en peores condiciones. Lamentablemente, docu-

mentar una aseveración como ésta no es sencillo y se requerirían estudios específicos para ello. Los aportes de la investigación son esenciales para avanzar en este terreno. Es necesario concentrarse en aspectos de la salud potencialmente sensibles a las diferencias por género, trabajar en el desarrollo y validación de indicadores, probarlos en diferentes poblaciones para conocer los alcances y limitaciones de eventuales conclusiones.

Por último, las diferencias en la salud de grupos de distinto nivel socioeconómico son marcadas, como se observa en el caso de la mortalidad materna o el acceso a los servicios de atención a la salud reproductiva. Este fenómeno ya ha sido ampliamente documentado en México y otros países. Más que investigación, en este terreno urge implantar medidas que reduzcan la inequidad y garanticen el derecho a la protección a la salud para todas las mujeres mexicanas.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta Díaz, F. (1993), "Mujeres jefes de hogar y bienestar familiar en México", ICW y The Population Council (mimeografiado).
- Acsadi, G.T.F. y G. Johnson-Acsadi (1993), *Socioeconomic, Cultural, and Legal Factors Affecting Girls' and Women's Health and Their Access to and Utilization of Health and Nutrition Services in Developing Countries*, trabajo preparado para el Banco Mundial, Nueva York, Acsadi Associates.
- Bakketeig, L. S., H. J. Hoffman y A. Oakley (1984), "Perinatal Mortality", en M.B. Bracken (ed.), *Perinatal Epidemiology*, Nueva York, Oxford University Press, pp. 99-151.
- Banco Mundial (1993), "Women's Health and Nutrition, Best Practices", Department of Population, Health and Nutrition.
- Barquet, M. (1994), "Condicionantes de género sobre la pobreza de las mujeres", en J. Alatorre, G. Careaga, C. Jusidman, V. Salles, C. Talamantes y J. Townsend (coords.), *Las mujeres en la pobreza*, México, Gimtrap, El Colegio de México, pp. 73-89.
- Bobadilla, J. L., L. V. Schlaepfer y J. Alagon (1990), "Family Formation Patterns and Child Mortality in Mexico", *Demographic and Health Services Further Analyses Series 5*, Nueva York, The Population Council/DHS-Institute for Resources Development/Macro Systems Inc.
- Boland, R. y J. Stepan (eds.) (1991), *Annual Review of Population Law*, 1988, United Nations Population Fund y Harvard Law School Library, vol. 15.

- Buchanan, R. (1974), "Effects of Childbearing on Maternal Health", *Family Planning Program*, vol. 8, pp. 125-139.
- Buvinic, M., M. Lycette y W. McGreevey (1983), *Women and Poverty in the Third World*, Baltimore, Johns Hopkins Press.
- Chen, L., H. Emdadul y S. D'Sousa (1989), "Sex Bias in the Family Allocation of Food and Health Care in Rural Bangladesh", en J. Caldwell y G. Santow (eds.), *Selected Readings in the Cultural, Social and Behavioral Determinants of Health*, Camberra, The Australian National University, pp. 147-163.
- Consejo Nacional de Población (1993), *Indicadores socioeconómicos en índice de marginación municipal*, México.
- Das Gupta, M. (1987), "Selective Discrimination against Female Children in Rural Punjab, India", *Population and Development Review*, 13, pp. 77-100.
- De Los Ríos, R. (1993), "Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción", en G. E. Gómez (ed.), *Género, mujer y salud en las Américas*, Washington, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica, núm. 541, pp. 3-18.
- Demographic and Health Surveys, 1986-1987.
- Enriques-Mueller, M. H. y J. Yunes (1993), "Adolescencia: equivocaciones y esperanzas", en G. E. Gómez (ed.), *Género, mujer y salud en las Américas*, Washington, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica, núm. 541, pp. 46-67.
- Escandón, C., M. Benítez, J. Navarrete, J. L. Vázquez, B. G. Martínez y J. Escobedo (1992), "Epidemiología del cáncer cérvico-uterino en el Instituto Mexicano del Seguro Social", *Salud Pública de México*, vol. 34, núm. 6, noviembre-diciembre, pp. 607-614.
- Fathalla, M. F. (1992), "Reproductive Health in the World: Two Decades of Progress and the Challenge Ahead", *Reproductive Health: A Key to a Brighter Future*, Ginebra, World Health Organization/HRP, Biennial Report 1990-1991.
- Freedman, L. P. y Deborah Maine (1993), "Women's Mortality: A Legacy of Neglect", en M. Koblinsky, J. Timyan y J. Gay (eds.), *The Health of Women: A Global Perspective*, Boulder, Colorado, Westview Press, pp. 147-170.
- García, B., Orlandina de Oliveira y B. Christenson (1989), "Los múltiples condicionantes del trabajo femenino en México", *Estudios Sociológicos*, vol. VII, núm. 20, mayo-agosto, pp. 251-280.
- Germain, A. y J. Ordway (1989), *Population Control and Women's Health: Balancing the Scales*, Nueva York, International Women's Health Coalition.
- GIRE (1993), "La LV Legislatura ante la ética, el derecho y el aborto", México (mimeografiado).

- Gómez de León, J. y V. Partida (1992), "Niveles y tendencias de la mortalidad en los primeros años de vida, 1930-1990", documento de trabajo del Centro de Estudios de Población y Salud, DT 1, 1992.
- Hammarstrom, A. (1988), "Youth Unemployment and Health: Results from a 2-year Follow-up study", *Social Science and Medicine* 26(10).
- Henshaw, S. y E. Morrow (1990), *Induced Abortion: A World Review*, 1990 Supplement, Nueva York, The Alan Guttmacher Institute.
- Hernández, M., E. Lazcano y P. Alonso *et al.* (1994), "Evaluación del programa de detección oportuna del cáncer de cuello uterino en la Ciudad de México. Un estudio de casos y controles" (inédito).
- Hobcraft, J. N. (1987), "Does Family Planning Save Children's Lives?", Technical Background Paper, *International Conference on Better Health for Women and Children Through Family Planning*, Nairobi, Kenya, octubre 1987.
- IMSS, *Memoria Estadística*, México, varios años.
- INEGI (1990), *XI Censo Nacional de Población y Vivienda*, México.
- Jacobson, J. L. (1993), "Women's Health: The Price of Poverty", en M. Koblinsky, J. Timyan y J. Gay, *The Health of Women: A Global Perspective*, Boulder, Colorado, Westview Press, pp. 3-32.
- Jain, A. y J. Bongaarts (1981), "Breastfeeding: Patterns, Correlates and Fertility Effects", *Studies in Family Planning* 12, pp.79-99.
- Koblinsky, M., O. Campbell y S. Harlow (1993), "Mother and More: A Broader Perspective on Women's Health", en M. Koblinsky, J. Timyan y J. Gay (eds), *The Health of Women: A Global Perspective*, Boulder, Colorado, Westview Press, pp. 33-62.
- Langer, A., J. L. Bobadilla y L. Schlaepfer (1990), "Las limitaciones de la mortalidad infantil como indicador de salud", *Salud Pública de México*, 32 (4), pp. 467-473.
- R. Lozano y B. Hernández (1993), "Mortalidad materna: niveles, tendencias y diferenciales", *Demos* 6, pp. 10-11.
- y C. García (1994), "La menopausia: una prioridad para la salud pública", *Simposium Nacional sobre Menopausia*, Ixtapa, México, enero de 1994.
- Last, J. M. (1988), *A Dictionary of Epidemiology*, segunda edición, Nueva York, Oxford University Press.
- Lazcano, E., y R. Lozano (1994), "Tendencia de la mortalidad por cáncer cervicouterino en México", Instituto Nacional de Salud Pública, (mimeografiado).
- Levine, R., S. Levine, A. Richman, U. M. Tapia, C. C. Sunderland y P. M. Miller (1991), "Women's Schooling and Child Care in the Demographic Transition: A Mexican Case Study", *Population and Development Review* 17 (3), pp. 459-496.

- Lewis, M. L. (1985), "Older Women and Health: An Overview", *Women and Health*, 10(2-3), pp. 1-16.
- Liguori, A. L. (1994), "Sida y salud reproductiva", en A. Langer y K. Tolbert (eds.), *La salud reproductiva de la mujer en México: una agenda para la investigación y la acción*, México, The Population Council (inédito).
- López Carrillo, L., S. Vandale, C. Fernández Ortega y S. Parra Cabrera (1994), "Cáncer cervicouterino y mamario en la mujer mexicana", en A. Langer y K. Tolbert (eds.), *La salud reproductiva de la mujer en México: una agenda para la investigación y la acción*, México, The Population Council (no publicado).
- Lozano, R., C. Infante, L. Schlaepfer y J. Frenk (1993), *Desigualdad, pobreza y salud en México*, México, Consejo Consultivo del Programa de Solidaridad.
- Martorell, R. y T. J. Ho (1984), "Malnutrition, Morbidity, and Mortality", en H. W. Mosley y L. Chen (eds.), "Child Survival, Strategies for Research", *Population and Development Review*, suplemento, vol. 10, pp. 49-68.
- McGuire, J. y B.M. Popkin (1990), "Beating the Zero Sum Game: Women and Nutrition in the Third World", *Symposium Report*, Nutrition Policy Discussion Paper, núm. 6, octubre, Naciones Unidas, ACC/SCN.
- Merchant, K. y K. M. Kurtz (1993), "Women's Nutrition Through the Life Cycle: Social and Biological Vulnerabilities", en M. Koblinsky, J. Timyan y J. Gay (eds.), *The Health of Women: A Global Perspective*, Boulder, Colorado, Westview Press, pp. 63-90.
- Mosley, W. H., y L. Chen (1984), "An Analytical Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries", *Population and Development Review*, 10, suplemento, pp. 25-45.
- Naciones Unidas (ed.) (1988), *Informe de la Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz*, Nueva York.
- (1992a), *Demographic Yearbook 1990*, Nueva York.
- (1992b), "World Population Monitoring 1991", *Population Studies*, núm. 126, ST/ESA/SER:A/126, Nueva York.
- (1991a), *United Nations Nuptiality Chart 1991*, Nueva York, Population Division, ST/ESA/SER:A/130.
- (1991b), *World Population Prospects 1990*, Nueva York, United Nations-Department of International Economic and Social Affairs.
- (1989), "Enrolement of Girls in First-and Second-Level Education and Relationship between Education and Age at Marriage", *Data Highlights*, núm. 7.
- Organización Mundial de la Salud (1986), *La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad*, Ginebra, Serie de Informes Técnicos 731.

- (1983), *Medición del cambio del estado nutricional*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, pp. 7-105.
- (1992a), *Women's Health: Across Age and Frontier*, Ginebra, World Health Organization.
- (1992b), *Women and Tobacco*, Ginebra, World Health Organization.
- (1989), "The Health of Youth, Facts for Action", *Technical Discussions A42*, Ginebra, World Health Organization.
- Organización Panamericana de la Salud (1990), *Programa de análisis de la situación de salud y sus tendencias*, Washington.
- (1985), *La salud de la mujer en las Américas*, Washington, Publicación Científica, núm. 488, p. 15.
- Population Action International (1993), "Hacia la nivelación de los géneros: la educación de las niñas", informe.
- Puffer, R.R. y C.V. Serrano (1973), *Características de la mortalidad en la infancia*, Washington, Organización Panamericana de la Salud.
- Rathgeber, E. y C. Vlassof (1992), *Gender and Tropical Diseases: A New Research Focus*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases.
- Ravindran, S. (1986), *Health Implications of Sex Discrimination in Childhood, A Review Paper and Annotated Bibliography*, WHO/UNICEF/FHE 86, p. 2.
- Ross, J., W. Parker Mauldin, S.R. Green y E. Romane Cook (1992), *Family Planning and Child Survival Programs as Assessed in 1991*, Nueva York, The Population Council.
- Sadik, N. (s/f), *Investing in Women: The Focus of the 90's*, Nueva York, Fondo de Naciones Unidas para la Población.
- Saucedo, I. y F. Riquer (1994), "La violencia doméstica y la salud reproductiva en México", en A. Langer y K. Tolbert (eds.), *La salud reproductiva de la mujer en México: una agenda para la investigación y la acción*, México, The Population Council (inédito).
- Secretaría de Salud (1991), *Tabulaciones sobre mortalidad*, México.
- (1988a), *Encuesta Nacional de Nutrición*, México.
- (1988b), *Encuesta Nacional de Adicciones*, México.
- (1987a), *Encuesta Nacional de Salud*, México.
- (1987b), *Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud*, México.
- Sennott-Miller, L. (1993), "La mujer de edad avanzada en las Américas. Problemas y posibilidades", en G. E. Gómez (ed.), *Género, mujer y salud en las Américas*, Washington, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica núm. 541, pp. 114-123.
- Starrs, A. (1987), *Preventing the Tragedy of Maternal Deaths: A Report on the International Safe Motherhood Conference*, Nairobi, febrero 1987, Washington, Banco Mundial.

- Suárez, E. (1992), "El trabajo y el género. Desigualdades entre el varón y la mujer", *Demos* 5.
- UNICEF (1991), *The Girl Child, An Investment in the Future*, Nueva York, United Nations Children's Fund.
- (1990), "South Asia Seeks to Reverse Generations of Discrimination", *Intercom*, núm. 55.
- United Nations Department of International Economic and Social Affairs (UNDIESA) (1991), *The World's Women: Trends and Statistics 1970-1990*, Nueva York, Naciones Unidas.
- UNFPA (1992), *The State of the World Population 1992*, Nueva York, United Nations Population Fund.
- (1989), "State of the World Population, 1989", en *1988 Report by the Executive Director of the United Nations Population Fund*, Nueva York, United Nations Population Fund.
- Waldron, I. (1987), "Patterns and Causes of Excess Female Mortality among Young Children in Developing Countries", *World Health Statistics Quarterly*, 40, pp. 194-210.

II. CINCO NOTAS EN TORNO A LA INVESTIGACIÓN “CONDICIÓN DE LA MUJER Y SALUD”

CAROLINA MARTÍNEZ SALGADO *

¿Cómo ordenar la abundante información epidemiológica sobre la problemática de salud de la mujer que se genera a través de los registros continuos y de estudios epidemiológicos realizados en los países más diversos? ¿Cómo lograr que esta evidencia nos diga algo sobre lo que estos daños a la salud expresan con respecto a la condición de las mujeres a las que se refiere? ¿Cómo ir más allá de la mera descripción de los niveles y perfiles de la morbilidad y la mortalidad de la población del género femenino, para avanzar hacia el conocimiento de su relación con el entorno en que tales problemas se gestan y quizá, incluso, del significado que esa experiencia tiene para las personas que la viven? En las siguientes notas se ensayan algunas ideas en busca de respuestas a estas preguntas.

1) La evidencia empírica que puede obtenerse en los registros continuos, en las encuestas ocasionales o en estudios epidemiológicos particulares obedece, se haga explícita o no, a marcos interpretativos que suponen determinados ordenamientos y relaciones entre los eventos que se miden. Es por eso que esta evidencia, a la vez que permite conocer determinados aspectos del problema investigado, dirige nuestra mirada en cierta dirección, y la desvía de otros posibles componentes que permanecen inexplorados. Analizar los datos de los que se dispone es, sin duda, imprescindible. Pero convendría, además, elaborar nuevos marcos analíticos fundados en una cuidadosa reflexión teórica, cuyo punto de partida fuera el conocimiento generado, no sólo desde la epidemiolo-

* Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

gía, sino desde otros enfoques complementarios (como el de la sociodemografía, la antropología y la psicología social, entre otros). Podríamos, así, avanzar hacia un mayor conocimiento de estas relaciones, y esto conduciría, en su momento, a la producción de datos con nuevas orientaciones para iluminar puntos hasta ahora ignorados.

2) Formular como ámbito de estudio las relaciones entre condición de la mujer y salud apunta a un muy amplio horizonte que admite varias diferentes posibilidades de recorte y, por tanto, de estrategia de búsqueda, pero se antojaría sugerir que, al considerar la condición de la mujer, no deberían faltar las siguientes dos dimensiones: la socioeconómica, que se manifiesta, entre otras cosas, en cierto tipo de condiciones materiales de reproducción, cuyos efectos sobre la salud a través de diversas vías han sido ampliamente documentados; y la cultural, que apunta hacia las redes de significado en las cuales se estructuran, entre otras cosas, el cuerpo como “lugar” en el que se manifiesta la enfermedad, y la identidad (de género, étnica, religiosa, como integrante de determinada nación, región, localidad, grupo social e incluso grupo familiar). Por lo que se refiere a salud, hay también diversas posibilidades. La indagación podría dirigirse hacia las características que adopta la mortalidad (niveles y perfil de causas) en las mujeres de cada grupo socioeconómico y cultural en cada etapa de su trayectoria de vida; la frecuencia con la que se presentan en ellas ciertas patologías; las diversas modalidades de “estar sanas” para las integrantes de dichos grupos, y el significado particular que tiene para ellas esa noción; la forma en que cuidan su salud y atienden sus enfermedades, o todos y cada uno de estos aspectos. Pero el reto fundamental estaría en lograr desentrañar las relaciones entre uno y otro aspecto (condición de la mujer y salud), y las vías por las cuales se establecen tales relaciones.

3) Un elemento imprescindible en cualquier marco analítico, que guíe el estudio de las relaciones entre la condición de la mujer y su salud, es la especificación del contexto espacio-temporal, histórico y sociocultural del que proviene la información empírica, al cual hay que remitirse para entender qué es lo que ella expresa. La epidemiología prescribe que todo indicador requiere un referente de tiempo, lugar y características de la población.¹ La socio-

¹ “Tiempo, lugar y persona”, como dicen algunos textos.

demografía, con un poco más de densidad teórica, se ocupa con especial cuidado del problema de la temporalidad (el tiempo histórico y el tiempo biográfico, entre otros) y del contexto socio-histórico, aspectos, ambos, que subyacen a toda aproximación a la dinámica poblacional. Ninguna evidencia empírica “habla” por sí misma, de manera que para lograr una adecuada interpretación de las cifras, es necesario conocer el escenario y la población a los que se refiere. Es por eso que al trabajar con información de distintos países, regiones o grupos poblacionales, de diferentes periodos o momentos, generada por medio de diversos tipos de acercamiento, hay que tener en cuenta, no sólo las dificultades de la comparabilidad (que no es una cuestión menor), sino también los variados universos de sentido a los que cada caso hace referencia. No estamos solamente ante una expresión cuantitativa de ciertos niveles, perfiles y tendencias del evento medido, sino ante la manifestación de determinados procesos en cuyas interrelaciones habría que profundizar.

4) Un marco analítico adecuado ha de precisar, también, sus postulados sobre la articulación entre las diversas dimensiones pertinentes para el abordaje de la problemática examinada. En el caso de la relación entre condición de la mujer y salud en un país como México, por ejemplo, no podrían quedar fuera aspectos como la pertenencia a determinado grupo social (con sus implicaciones materiales y culturales), y lo que significa formar parte del género femenino en ese contexto particular. Es decir, podemos suponer que la condición de salud de la mujer —como la de la población en general— está profundamente afectada por las desigualdades sociales, pero habría que averiguar cómo es que la pertenencia a este género, dentro de cierto grupo poblacional, y en un contexto sociohistórico específico, actúa sobre las condiciones que incrementan o disminuyen las probabilidades de desarrollar determinados daños a la salud. Por eso se requiere un marco conceptual que proponga cómo articular las diversas dimensiones involucradas en la explicación de las distribuciones diferenciales que interesa identificar. La desigualdad social, por ejemplo, supone diferentes condiciones materiales de vida, pero también distintas tradiciones culturales y familiares y, por tanto, diversas maneras de construir la identidad de género. La idea sería averiguar si todo ello, en su interacción, repercute en las probabilidades de enfermar, morir o conservar la salud, y en qué forma se ejerce

esta influencia (que por cierto, no se da necesariamente en una sola dirección). Otros aspectos que podrían resultar pertinentes para el estudio de las relaciones entre la condición de la mujer y su salud podrían ser, por ejemplo, la generación, la etapa de la trayectoria de vida y la ubicación dentro de una estructura de parentesco (los tres íntimamente vinculados entre sí). En todo caso, al identificar los diversos elementos cuya consideración conjunta pudiera aproximarnos a esa compleja retícula en la que se encuentran los distintos grupos de mujeres, estaríamos en condiciones de especificar con mayor precisión de qué mujeres estamos hablando, y cuáles son los factores más estrechamente relacionados con la salud o los daños a ellas, para cada subconjunto de ese amplio y algo abstracto contingente denominado “mujer”.

5) Una vez identificada la existencia de estas relaciones, desde una perspectiva cuantitativa, podría avanzarse todavía más para enriquecer la comprensión de esta evidencia epidemiológica y sociodemográfica, mediante la utilización complementaria de los hallazgos obtenidos con otras modalidades de aproximación cualitativa. Y esto, porque una perspectiva epistemológica —como la que subyace al conocimiento médico occidental en general, y al epidemiológico en particular— no parecería ser la más adecuada para ayudarnos a comprender las peculiaridades de la síntesis biológico-social que tiene lugar en lo humano, tan importante para avanzar en el conocimiento de la problemática de salud. La metodología y las técnicas que se derivan de esta perspectiva médica parten del supuesto de la existencia de tales dicotomías (cuerpo/mente, biología/sociedad, entre otras), y las vinculaciones entre sus componentes se entienden como relaciones externas entre factores, que se miden por medio de asociaciones estadísticas, y se modelan con ecuaciones en las que los elementos se suman, multiplican, dividen. Este camino no se dirige al estudio de la integración de los elementos biológicos y los sociales, sino a un análisis de las relaciones externas entre factores ubicados en cada una de las fronteras de estos reinos claramente delimitados y separados entre sí. Manejados adecuadamente, tales procedimientos son de utilidad para trazar marcos generales, caracterizar cuantitativamente fenómenos y grupos afectados por ellos, proporcionar orientaciones sobre el orden que guardan los eventos que estudiamos y sus probables relaciones causales, detectar ciertas regularidades e identificar comportamientos atípicos. Pero la posibilidad de com-

prender esa biología humanizada en la que tienen lugar lo que la medicina define como salud y enfermedad, se encuentra en otro tipo de perspectiva epistemológica que proporciona una visión diferente y complementaria a la que se obtiene con la perspectiva médica y epidemiológica. Para entender cómo la biología femenina adquiere determinadas características y significados, de acuerdo con el lugar que ocupan las mujeres en el contexto en el que transcurre su vida —que es a lo que hace referencia el concepto de género—, se requiere de una reflexión conceptual desde esta otra perspectiva. Y todo parece indicar que los avances en una y otra dirección —la cuantitativa y la cualitativa— están llamados a retroalimentarse.

III. LA CONDICIÓN DE LA MUJER Y LA SALUD INFANTIL

MARIO BRONFMAN *
HÉCTOR GÓMEZ DANTÉS **

Woman is the nigger of the world...
JOHN LENNON

Educar a un hombre es educar a un individuo,
educar a una mujer es educar a toda la familia.
MAHATMA GANDHI

Vale poco para mí tener el derecho al voto,
tener propiedades si no puedo ejercer un
derecho absoluto sobre mi cuerpo y sus usos.
LUCY STONE, 1855 (Wolf, 1992)

Una sociedad dominada por los hombres
es una amenaza a la salud pública.
J. MANN (Rodríguez-Trias, 1992)

En el campo del bienestar y la salud, se viene desarrollando un proceso en el que los niños y la mujer se consideran como un grupo prioritario hacia el cual debe dirigirse de manera sustancial la inversión social. El abordaje ha mantenido la característica de enfocar acciones y programas de forma desintegrada, poniendo el énfasis en el grupo infantil más que en el binomio madre-hijo como un hecho inseparable. A su vez, existe la tendencia a desconocer

* El Colegio de México/Secretaría de Salud, Dirección General de Coordinación Sectorial e Internacional.

** Secretaría de Salud, Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo/Coordinación de Asesores.

la influencia de la situación de la mujer —social, política y económica— sobre las condiciones de salud de los hijos. Mientras la ocupación y el salario del padre se reconocen como variables determinantes en la salud familiar, los factores maternos se reducen a las condiciones biológicas de la maternidad, definidos como antecedentes ginecobstétricos. En ese sentido, este trabajo se propone abordar el tema de la salud infantil en función de la condición de la mujer. Se destaca la condición social de desventaja en la que se encuentra la mujer, y que se refleja en sus condiciones de salud personal, en una escolaridad deficiente y restringida, en un acceso limitado a mejores condiciones de empleo, seguridad social y menores oportunidades de desarrollo en las esferas social, política y económica que, a su vez, son reflejo de la desigualdad de género imperante en la sociedad.

El proceso salud-enfermedad-muerte en las sociedades estratificadas se ha vivido y manifestado de manera diferente en el hombre y la mujer, al formar parte de grupos con diferente poder y acceso a recursos y atravesados por ejes de desigualdad de clase, género, raza, étnicos y edad. Los roles de género —entendidos como construcciones subjetivas y culturales definidas socialmente y que abarcan actitudes, valores, creencias, rasgos de personalidad, prácticas, conductas y expectativas— marcan una participación diferente de los hombres y las mujeres en las instituciones sociales, económicas, políticas y religiosas. Los patrones sociales, forjadores de las diferencias de género, han evolucionado con el tiempo, se han adaptado a los diferentes momentos históricos y manifestado con intensidades variables entre los grupos étnicos y sociales.

Al cierre del siglo xx, las condiciones sociales y económicas de varios países han exigido la puesta en marcha de políticas de desarrollo que incorporen el principio de equidad social, para tratar de aliviar los históricos rezagos sociales donde la mujer sobresale como uno de los grupos más afectados y “vulnerables”, definición que continúa manteniendo encerrados los prejuicios históricos hacia la mujer. La diferente valoración social que se le da a lo femenino y lo masculino en las diversas regiones, tiempos y sociedades, ha determinado un acceso diferenciado a los recursos y al poder, tanto en la esfera social y familiar como en la distribución social del trabajo. Las diferencias de género y los roles impuestos han provocado la subordinación y la desigualdad entre ellos, una

realidad que también se hace evidente en las maneras de enfermar y morir (Atkin, 1993).

En el campo de salud vale la pena destacar que no todas las personas tienen la misma probabilidad de enfermar y morir, y lo que hemos aprendido es que hay personas que tienen una probabilidad mayor de verse afectadas por una enfermedad y padecerla de manera más severa. En el caso concreto de la mujer, su condición de desventaja —determinada por aspectos biológicos, socioeconómicos y de género— la coloca en el grupo con probabilidades más altas de enfermar y morir. Estas probabilidades deberían establecer un gradiente de necesidades de atención en salud basado en el principio de equidad, donde los recursos se utilizan para aquellos que más lo necesitan. Sin embargo, a lo largo del documento, veremos que la primera afirmación —la condición de la mujer incrementa las probabilidades de enfermar y morir— se cumple, mientras que la última —la equidad— no llega todavía a cristalizarse. Por otro lado, la forma como el hombre y la mujer se han adaptado a las cambiantes condiciones ambientales, y a las cada vez más complejas organizaciones sociales, ha sido determinante en la definición de patrones de salud y enfermedad específicos para cada uno. En virtud de su capacidad para dar a luz, las mujeres han sido percibidas como las portadoras del secreto de la vida; su capacidad reproductiva se ha convertido en el secreto de las mujeres y se ha mantenido como un misterio para los hombres (Keller, 1992). Las reflexiones desatadas a partir de este principio biológico, sobre el que se construyen y giran las distinciones entre sexo y género, han perpetuado un rol (ser) social que confina a la mujer a la crianza y el cuidado de sus hijos. La primera demanda que surge de este rol social es que la mujer debe ponerse a disposición de los demás, articular sus necesidades exclusivamente en relación con las de los otros y definir su vida en función de la de un hombre. De ahí que el debate sobre “la superioridad en la humanidad haya sido asignada no al género que procrea sino al que mata” (Beauvoir, 1970: 58).

Esta concepción de la mujer ha edificado una estructura social de dominación y generalizado la opinión de subordinación como un espacio socialmente asignado a las mujeres que las valora como inferiores y promueve un trato discriminatorio. La subordinación se refleja en el control de su sexualidad, su exclusión de los ámbitos públicos y del poder social, su confinamiento y en la

desvalorización del trabajo doméstico: en general, al trabajo desempeñado por la mujer. En esta realidad se van afirmando creencias y valores que reproducen identidades femeninas limitadas, sujetas al hogar (encierro doméstico); se promueven la discriminación ocupacional y salarial de las mujeres en el mercado de trabajo, y se limita el acceso a los diferentes recursos como a la capacidad de decisión de la mujer en el hogar y la sociedad, con la consecuencia inmediata de favorecer la dominación masculina y un espectro muy amplio de violencia contra la mujer (Riquer, s.f).

Abordar la condición de la mujer como una determinante fundamental de la salud infantil nos obliga a enfocar el análisis desde la perspectiva de género, al ser éste el aspecto que rige la forma en que la mujer participa en la sociedad, las relaciones que ella establece, y determina las características y tipos de redes sociales. Su manera de enfermar y morir, así como la influencia de su condición sobre la manera de enfermar y morir de sus hijos, es un área donde la perspectiva de género brinda un marco de análisis que permite observar con mayor claridad las diferencias que el ángulo biomédico señala, aunque las interpreta de manera parcial. A lo largo del documento se presenta la información que permite destacar la condición desfavorable de la mujer en la sociedad, y cómo se manifiesta en los diferentes ámbitos de su vida social y familiar hasta llegar a impactar sobre el desarrollo y la sobrevivencia de sus hijos.

CONDICIÓN DE LA MUJER Y SU SALUD

El problema del género y la familia ya no es una simple meditación filosófica. Toca las fibras más sensibles del desarrollo social y es una cuestión de supervivencia para una cantidad cada vez mayor de mujeres. La condición de la mujer y la salud infantil, reflejadas en las tasas de mortalidad materna e infantil, se encuentran íntimamente asociadas a las condiciones sociales y económicas, por lo que éstas son utilizadas como los mejores indicadores de bienestar de una población. Preservar la salud de las mujeres y los niños ya está catalogado como la inversión más adecuada para garantizar el futuro de toda sociedad, y una necesidad apremiante por el rezago que existe en la atención a estos grupos, sobre todo en las áreas rurales y marginadas (Bobadilla *et al.*, 1990: 27-43). El compro-

miso que se gestó en 1990 en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, y la meta para reducir en 30% y 50% las tasas de mortalidad infantil y materna, respectivamente, ilustra el interés, la necesidad y la magnitud de la inversión necesaria para lograrlo. Sin embargo, persiste una concepción social errónea en cuanto a la tasa de retorno de la inversión familiar, al pensar que el gasto en la escolaridad de los hombres tiene una mayor tasa de retorno que la inversión en las mujeres. Es necesario destacar que las externalidades o productos paralelos generados por la escolaridad y la inversión en la mujer son mayores al contribuir sustancialmente a la reducción de la mortalidad infantil y a una disminución en paralelo de la fecundidad, ambos fenómenos identificados como los principales catalizadores de cambio en el llamado proceso de transición epidemiológica.

Esta inversión desigual en el capital humano determina el nivel de progreso alcanzado por los países y difiere de uno a otro. Es así que las políticas sociales en los países más pobres no abordan el problema de la condición de las mujeres, y son ellas las que reciben sustancialmente menos de la inversión, sobre todo en lo relacionado con la educación y la salud. En los países donde la mortalidad infantil es alta, sobre todo en las mujeres, es fácil encontrar la falta de inversión en ellas, es decir, hay menos mujeres vacunadas, están más desnutridas, tienen menos escolaridad, etc. En el caso de México (Camposortega, 1992: 355-402), existió una sobremortalidad en niñas entre 1 y 4 años de edad que, hasta antes de 1970, abarcaba a las mujeres de 1 a 9 años. El riesgo de fallecer de las niñas mexicanas en comparación con las niñas de países industrializados era 50% mayor en 1940, 75% en 1960 y 150% superior en 1980, signos que reflejan la discriminación hacia las niñas de nuestro país. Es así que la mujer —en su calidad de satisfactora de necesidades ajenas, de sujeto nutriente— se desenvuelve con una profunda sensación de vacío y carencia (Cardaci, 1989), por lo que se incorpora a la sociedad y al mundo con desventajas claras como la desnutrición, un pobre estado de salud, educación de mala calidad, autodevaluación y expectativas limitadas con graves repercusiones para su salud y la de sus hijos.

En el estudio del tema de la condición de la mujer y la salud infantil, es cada vez más evidente que los factores que influyen de manera determinante en el bienestar del binomio madre-hijo(a) rebasan los aspectos meramente biológicos ligados al momento de

la maternidad. Las condiciones que interactúan en beneficio de la salud infantil tocan aspectos biológicos, como el estado nutricional y de salud en general de la madre, determinados también por las condiciones sociales de la mujer; sin embargo, los aspectos sociales como educación, condición socioeconómica, ocupación, lugar de residencia, etc., están siendo identificados como condicionantes de bienestar cada vez más importantes.

La aplicación del enfoque de riesgo ha identificado factores muy relacionados con las condiciones de salud. Por ejemplo, para los posibles desenlaces de un embarazo —bajo peso al nacer (BPN), el resultado del APGAR (indicador de salud del recién nacido), mortalidad perinatal, parto prematuro, morbilidad neonatal y materna y aborto—, se han identificado al menos las siguientes condiciones: lugar de residencia de la madre, condiciones de la vivienda, estado civil, educación, estatura y peso de la madre, hábito tabáquico, intervalos intergenésicos, número y desenlace de embarazos anteriores, parto prematuro, muerte neonatal, perinatal o fetal previas, abortos, morbilidad durante el embarazo y el tipo de atención prenatal (Sotelo, 1993: 289-301). No obstante, un estudio en Brasil (Paim y Costa, 1993: 1-14) ilustra cabalmente la influencia social sobre la salud infantil. Por ejemplo, los hallazgos arrojan que la mortalidad infantil fue más elevada en las zonas donde 98% de las familias vivía con un ingreso cinco veces menor que el salario mínimo, y 43% en viviendas con bajos estándares de construcción y servicios, cuyo consumo de agua era menor (64 litros por persona) y menos recursos para la salud.

Si bien los estudios epidemiológicos, que responden al modelo médico, han identificado la influencia de los factores macrosociales y la condición de la mujer en la génesis de la patología infantil, las respuestas “medicalizadas” a dicha problemática tienden a marginar o minimizar la participación de la mujer en las propuestas diseñadas para controlar y abordar la salud infantil. Es más notable aún —y otro signo de dominio masculino también— que se promueva a la mujer como el eje de las intervenciones preventivas, sin que exista una clara participación de la mujer en la definición de formas y estrategias.

Por otro lado, se han ido gestando formas de resistencia a la dominación masculina que, al convertirse en estratégicas para la supervivencia del núcleo doméstico, han abierto un espacio de dominio y vitalidad femenina donde se genera un saber propio y

un poder asociado a este saber. No se puede negar el hecho de que las mujeres han adquirido un mejor conocimiento de su salud y la de sus hijos. Sus percepciones sobre las necesidades de salud de la familia y la colectividad son diferentes a la que tienen los hombres y, por ello, son responsables de organizar la dinámica doméstica, la alimentación y el control de los riesgos. Se encargan del embarazo, la lactancia, alimentación y el cuidado de la familia. En su rol de preocuparse por la alimentación de otros y posponer la suya y la de sus hijas, monitorean la de sus esposos y sus hijos, reducen la participación en prácticas de riesgo como el alcoholismo y el tabaquismo, y promueven estilos positivos de vida, más horas de sueño y deporte. No sorprende que los hombres casados gocen de mejor estado de salud y expectativas de vida y un menor riesgo de morir que los divorciados o los viudos (Umberson, 1992). Cuando las mujeres adquieren una nueva habilidad o conocimiento —el uso de los sobres de rehidratación oral, protección del agua, alimentación del infante, etc.—, todo ello se transmite hacia sus familiares y amigas aumentando el impacto de dichas medidas. Cuando la enseñanza de habilidades en atención primaria se enfoca a la mujer, su legitimidad para manejar esa tecnología y el potencial para producir salud en la comunidad se ve incrementada (MacCormack, 1992).

En el análisis y las estrategias de atención de la salud materno-infantil, los esfuerzos y los recursos se han concentrado más en los niños que en las mujeres. Aunque parezca justificable poner el énfasis en un grupo tan importante para la sociedad, es necesario señalar que 500 000 mujeres mueren al año en el mundo por causas asociadas al embarazo, el parto y el puerperio, fenómeno ya conocido como la epidemia silenciosa. Las diferencias en la mortalidad materna entre sociedades industrializadas y en desarrollo van de 10 a 15 muertes por cada 100 000 nacidos vivos hasta 200 a 1 000, respectivamente, mientras que las diferencias en las tasas de mortalidad infantil son menos dramáticas: 10 a 15 muertes en países ricos comparadas con las 100 a 200 muertes por cada 100 000 en los países en desarrollo (Rosenfield, 1992). La salud de la madre y su estatus dentro de la familia y la sociedad son determinantes en su bienestar reproductivo, pero también para la sobrevivencia y salud de sus hijos, de ahí que el atender la salud de la madre sea el paso inicial para reducir la morbimortalidad infantil y prescolar (Wallace, 1992: 4-6).

Como marco introductorio para el análisis de la salud infantil, es válido hacer una breve semblanza de las condiciones de salud de la mujer, tomando como ejemplos algunos países de la región cuyas condiciones de desarrollo, aunque diferentes, ilustran un estado de salud deficiente para las mujeres (véase el cuadro 1). Los datos indican que menos de la mitad de las mujeres llegan a cursar la secundaria mientras que el analfabetismo supera 50% en Guatemala, llega a 15% en México y es notablemente menor en Costa Rica (7%). En el caso de México, el analfabetismo en los hombres sólo llega a 9.6%. Éste es reconocido como un problema eminentemente rural que afecta en mayor proporción a las mujeres: 60% de los analfabetas en América Latina y el Caribe son mujeres rurales (Daltabuit, 1993).

También se ha observado que en 50% de los países en América Latina la desnutrición afecta de manera desproporcionada a las mujeres de 1 a 4 años, y es el condicionante más importante del exceso de mortalidad femenina en la niñez (Salazar, 1993). Un indicador del estado nutricional y de salud de las mujeres es su nivel de hemoglobina. La anemia en las mujeres embarazadas —como problema de salud pública— se ilustra por los resultados encontrados en diferentes encuestas: en México se halló a 41% de las mujeres con anemia, en Brasil a 34%, en Bolivia a 36% y en El Salvador a 14% (World Development Report, 1993). Entre las causas de muerte que se encuentran en el periodo perinatal, 7% se deben a enfermedades de la madre, crecimiento fetal lento, desnutrición e inmadurez fetal. De 1980 a 1991 los padecimientos relacionados con la desnutrición intrauterina y la inmadurez disminuyeron de 12.4 a 4.7 por 10 000 nacidos vivos registrados, mientras que las enfermedades de la madre que afectan al feto o al recién nacido aumentaron en 25%, aunque su proporción con respecto al total de defunciones perinatales es menor a 1% (Secretaría de Salud, 1993a).

En cuanto al acceso a los servicios médicos y programas enfocados a las mujeres encontramos que el porcentaje de partos atendidos por personal de salud varía de 93% en Costa Rica a 19% en Guatemala. El impacto de este tipo de atención —además de las condiciones de vida— se refleja en la tasa de mortalidad materna, que en Costa Rica es de 26 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en Guatemala asciende a 240. El uso de anticonceptivos en las mujeres en edad reproductiva también muestra grandes diferen-

CUADRO 1
Condición de la mujer, su salud y la mortalidad infantil
en países seleccionados

<i>Indicador</i>	<i>México</i>	<i>Brasil</i>	<i>Bolivia</i>	<i>Costa Rica</i>	<i>Guatemala</i>
Escolaridad materna					
secundaria	53	45	31	42	16
Alfabetismo (1990)					
(15 años y +)	14.9	20.2	29.3	6.9	52.9
Madres lactantes (1980-1987)*					
3 meses	62	66	-	61	-
6 meses	52	58	-	38	84
1 año	36	34	-	22	74
Mujeres embarazadas con					
Tox. tetánico (1988) ^a	42	-	25	90	18
Anemia en embarazadas ^b	41	34	36	-	-
Uso de suero de rehidratación oral (1987) ^a	28	32	21	73	17
Fecundidad (1990)	3.3	3.2	4.8	3.0	5.4
Uso de anticonceptivos					
(15 a 49 años)	53	66	26	68	23
Mujeres casadas ^b	53	65	30	-	23
Mortalidad materna ^c					
x 100 000 nacidos vivos					
registrados (1985)	82	140	332	26	240
Bajo peso al nacer	15.0	8.0	12.0*	9.0	10.0
Desnutrición	13.9	30.7	13.3	2.7	33.5
Baja talla	22.3	28.4	38.0	6.4	-
Bajo peso	6.3	0.9	9.3	-	-
Mortalidad x 1 000					
Perinatal (1990) ^b	30	35	37	-	40
Infantil ^b	36	58	83	14	60
5 años (1990) ^b	38	69	125	-	84
Partos atendidos por personal de salud	74	73	36	93	19

^a *Estado Mundial de la Infancia*, 1990, UNICEF.

^b *World Development Report: Investing in Health*, World Bank.

^c *Boletín Epidemiológico*, OPS, vol. 14 (1), marzo, 1993.

Fuentes: *Human Resources in Latin America and the Caribbean. Priorities and Action*, The World Bank, enero, 1993.

cias: Costa Rica (68%), Brasil (66%), México (53%), Guatemala (23%), y tiene como promedio para América Latina 53%, con una proporción no despreciable en el uso de métodos tradicionales.

El programa de vacunación para prevenir el tétanos neonatal no se encuentra bien establecido en algunos países al constatar que sólo 25% de las mujeres embarazadas en Bolivia y 18% en Guatemala han sido vacunadas con el toxoide tetánico, a diferencia de Costa Rica donde 90% de las embarazadas se encuentran protegidas. El uso de la terapia de rehidratación oral es otro programa bajo la responsabilidad de las mujeres y no rebasó 30% en México, Bolivia y Guatemala. Es evidente, por lo menos en México, que después de la epidemia de cólera, la promoción y utilización de este recurso ha aumentado considerablemente: la Encuesta sobre Manejo Efectivo de Casos de Diarrea en el Hogar (1993) demostró que la terapia de rehidratación oral se utilizó en 86% de los casos de diarrea (Secretaría de Salud, 1993b).

La deficiente cobertura y la escasa calidad de los servicios de atención materna no permiten conocer con precisión la magnitud real de los problemas ni las necesidades de salud de la mujer. La evaluación de la eficiencia de los servicios de atención materna ambulatoria y de atención obstétrica hospitalaria demostró que sólo 39% de los primeros y 8% de los segundos gozaban de condiciones aceptables para su funcionamiento. El porcentaje de muertes evitables —ya que la mayoría son prevenibles— oscila entre 52% en México y 92% en Colombia, y se podría llegar a prevenir 85% de las muertes maternas si se corrigieran las deficiencias de los servicios de salud, y se modificaran la conducta familiar hacia la maternidad y el uso de los servicios de salud relacionados con el control prenatal (Organización Panamericana de la Salud, 1993).

CONDICIÓN DE LA MUJER Y LA SALUD INFANTIL

La mujer constituye un blanco muy específico de las políticas y programas de salud y se asume como el motor de las estrategias preventivas. Dentro de las prioridades en materia de prevención, la mujer destaca como receptora de los programas de alimentación, detección oportuna de cáncer, planificación familiar, o como un elemento esencial para la elaboración de programas como el de vacunación universal, control de niño sano, rehidratación oral,

promotoras de la salud comunitaria, parteras empíricas, etc. Sin embargo, sus malas condiciones de vida, salud y la desigualdad de género, no sólo le impiden cumplir con dichas tareas de manera adecuada, sino que se convierten en un riesgo para el desarrollo adecuado y la salud de sus hijos. Un evento que detiene el avance de los mismos programas y que se requiere para garantizar su éxito, es su falta de participación en el diseño de las estrategias para el control y prevención de sus necesidades de salud y para el abordaje de la salud de su familia. Con la finalidad de presentar el impacto de la condición de la mujer sobre la salud infantil, se inicia el análisis de la información con las condiciones biológicas y sociales para concluir con el acceso y participación en los servicios de atención.

Un elemento donde se constata la desigualdad en la condición de la mujer es en el inicio temprano de la maternidad. Son bien reconocidos los efectos de la edad materna temprana o tardía sobre el embarazo, su evolución y el parto. El aumento en los riesgos de mortalidad perinatal y materna, la mala atención prenatal y el bajo peso al nacer (BPN), son consecuencias indeseables, prevenibles pero frecuentes (Wallace, 1992). Por ejemplo, en relación con los embarazos a edades tempranas, el IMSS, ISSSTE y Pemex, reportaron 1 295 embarazos en mujeres menores de 15 años durante 1989, de los cuales 57% presentó complicaciones durante el embarazo, en el parto o en el puerperio, siendo las principales los partos complicados u obstruidos (31%), abortos (7%), partos prematuros (6%), hemorragias (4%) y toxemias (3%) (Mallen, 1992: 77-147).

Además de los problemas y riesgos directos sobre el hijo o hija recién nacido(a), la maternidad en la adolescencia se ha convertido en un problema social cada vez mayor, reconociendo que los costos para el infante, las madres solteras y la sociedad en su conjunto, han sido poco valorados. Las mujeres que se convierten en madres a edades tempranas se encuentran en una situación de desventaja social respecto de aquellas que logran iniciar su maternidad a edades mayores. Por lo general no terminan su educación básica, no consiguen empleo y, por lo mismo, subsisten con bajos salarios y sin seguridad social. La maternidad en las mujeres adolescentes es tanto un signo como una consecuencia de la pobreza y la desigualdad sexual y social que tiene innegables resultados para la familia (Hooffman *et al.*, 1993: 1-13; Lehew, 1992: 299- 302), al perpetuarse las situaciones de desventaja y carencia de una

generación a otra, con repercusiones mucho más serias para sus hijas que tampoco asisten a la escuela y se embarazan inclusive a edades más tempranas que sus madres (Buvinic *et al.*, 1992: 269-297).

El estado civil de la madre ejerce influencia sobre el estado de salud de los hijos, pues se ha observado que la mortalidad infantil es mayor cuando la madre es soltera o se encuentra en unión libre que cuando está legalmente casada. La estatura o talla de los hijos de madres en unión libre es menor y son susceptibles a estar más desnutridos. La unión libre y las madres solteras tienden a prevalecer en los sectores pobres de la sociedad (Desai, 1992: 689-717).

Los factores asociados al bajo peso al nacer (BPN) pueden ser inherentes al feto y a la madre; sin embargo, los factores socialmente determinados son las causas más comunes —por lo menos en los países en desarrollo—, entre los que destacan la nutrición materna insuficiente (Winkvist *et al.*, 1992: 691-694), la talla materna, ciertos patrones de formación familiar y hábitos como el consumo de tabaco y alcohol. Los estudios de Coria y Bobadilla (1990) describen claramente cuales son los determinantes más importantes del BPN: la talla materna menor de 1.5 metros, peso materno previo al inicio de la gestación menor de 50kg, las mujeres no unidas, trabajo por más de cuatro horas diarias durante el tercer trimestre del embarazo, el ser madre adolescente (menor de 18 años), antecedente de hijo previo con BPN, una defunción neonatal previa y la falta de control prenatal.

La desnutrición de la mujer desde su adolescencia, durante el embarazo y la lactancia, es otro factor que contribuye al retraso en el crecimiento y a la alta incidencia de BPN en países en desarrollo, factores que, a su vez, se utilizan como indicadores de desnutrición en las mujeres en edad reproductiva (Kusin *et al.*, 1992: 623-626). La Encuesta Nacional de Nutrición (ENN, 1988) (López *et al.*, 1992: 61-76) detectó que 12.9% de las mujeres en edad reproductiva tenían cierto grado de anemia y 29% de las de 12 a 49 años estuvieron clasificadas con bajo peso de acuerdo al índice de masa corporal. El estado nutricional de la madre se desgasta, entre otros factores, por el breve intervalo entre los embarazos y la multiparidad al no permitírsele la recuperación física y nutricional, afectada también por los periodos de lactancia muy seguidos y los esfuerzos físicos relacionados con los embarazos y las actividades domésticas (Wallace, 1992).

En el rubro de adicciones, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) clasificó a 14.4% de las mujeres de 12 a 65 años como fumadoras y a 2% como bebedoras frecuentes y consuetudinarias. Como riesgo potencial se encontró que 17% de las mujeres en edad fértil consumieron alcohol durante su último embarazo y 11% lo hicieron durante la lactancia. Existen fuertes evidencias sobre el efecto teratogénico del consumo excesivo de alcohol en las mujeres embarazadas, entre las que destacan las malformaciones congénitas y el retraso mental de los hijos. Aunque los efectos del consumo moderado de alcohol durante el embarazo no están bien investigados, hay estudios que los asocian con abortos espontáneos, prematuridad, desnutrición fetal y BPN (Larroque, 1992: S8-S16).

Entre los factores asociados a prematuridad destacan las edades reproductivas extremas de las madres, los bajos niveles educativos, la falta de planificación del embarazo, el antecedente de un parto prematuro, una muerte perinatal (entre los seis meses de embarazo y la primera semana de vida del recién nacido) o un intervalo intergenésico corto (Bobadilla, 1990). Los intervalos intergenésicos cortos junto con la alta paridad ponen en riesgo la salud de la madre y sobre todo la de los hijos. El mayor riesgo de mortalidad infantil se encuentra en los intervalos intergenésicos cortos: 71.7 x 1 000 para un intervalo menor de 24 meses y de 31.5 para los de 48 meses o más (Secretaría de Salud, 1993a). La ENN detectó que 13% de la población femenina embarazada contaba con un intervalo intergenésico entre 12 y 18 meses, mientras que para 12.5% de las embarazadas era menor a los 12 meses. Es decir, 25% de las mujeres embarazadas se encontraban en un intervalo intergenésico donde el riesgo de muerte es mayor.

El nivel de escolaridad de las madres y la morbilidad infantil son ya una mancuerna indisoluble. Diversos reportes sobre mortalidad infantil han encontrado asociaciones importantes con la escolaridad materna (véase el cuadro 2), y señalado el agrupamiento (*clustering*) de muertes y enfermedad en las viviendas donde la escolaridad de las madres es precaria (Last, 1992). Entre los factores identificados como responsables del agrupamiento de muertes se encuentran la salud materna, el compartir el mismo ambiente e higiene domésticos, riesgos asociados con la dinámica familiar en el cuidado de los hijos, la alimentación y el uso de servicios médicos (Curtis *et al.*, 1993: 33-43). Sin embargo, la variable constante es la educación de la madre.

CUADRO 2
Tasas de mortalidad infantil por educación de la madre
en países seleccionados, 1970-1981

País	Año	Tasa nacional	Años de educación materna			
			Ninguno	1-3	4-6	7 y +
Bolivia	1971	152	185	155	138	104
Honduras	1980	83	112	80	60	35
Guatemala	1976	97	130	105	76	40
Nicaragua	1982	83	103	89	76	45
Brasil	1982	60	109	68	51	-
Paraguay	1975	55	86	65	46	29
Uruguay	1971	47	84	60	41	31
Panamá	1976	11	60	43	26	20
Costa Rica	1981	22	35	-	21	13

Fuente: *Las condiciones de salud en las Américas*, 1990, vol. 1, p.69.

En un estudio realizado en Brasil se encontró que 13.5% de los recién nacidos con BPN estuvo asociado a la ausencia de escolaridad de la madre, mientras que sólo 10% de los hijos de mujeres que tenían 1 a 4 años de estudio tuvo BPN. En México, la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (Enfes) reveló que la tasa de mortalidad perinatal para los hijos de mujeres sin escolaridad fue de 58.76 por 1 000 nacidos vivos mientras que la tasa para aquellos con madres con siete o más años de educación formal fue de 23 por 1 000 nacidos vivos. El parto en domicilio, con los riesgos de morbilidad perinatal, es 10 veces más frecuente cuando la madre no asistió a la escuela (69.6%) que cuando tiene siete o más años de educación (6.8%) (Bobadilla, 1990; Wallace, 1992).

En el estudio *Diferenciales socioeconómicas en la mortalidad infantil en países en desarrollo*, elaborado por las Naciones Unidas (1985), se destaca que cada año de educación en la mujer reduce un 3.4% la mortalidad infantil. Más allá de cualquier expectativa resalta el hecho de que aun sumando los efectos de duplicar el salario de la población, proporcionar agua potable y drenaje a todas las viviendas y cambiar la ocupación de todos los agricultores a profesionistas, el impacto no sería comparable al de lograr que cada mujer tuviera una educación básica de 10 años.

Las mujeres viven en lugares, tiempos y circunstancias que influyen más sobre la presencia de enfermedades y la mortalidad

infantil que el mismo acceso a los servicios médicos y las tecnologías biomédicas (Rodríguez-Trias, 1992). La desigualdad de género, la marginación, la pobreza y la falta de escolaridad se erigen como determinantes de la condición desfavorable de las mujeres y se convierten en amenazas incontenibles para la salud infantil. Los datos reportados por el estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública y el Programa Solidaridad sobre la pobreza y la salud en México (Lozano *et al.*, 1992) presentan un nítido panorama de la situación de la mujer y la salud infantil. El trabajo de Lozano y colaboradores se concentra en el análisis de la salud de acuerdo a los niveles de marginación, y demuestra de manera contundente las malas condiciones de salud de amplios sectores de la población que se encuentran marginados y pobres. De este estudio tomamos la escolaridad de la madre como el indicador que mejor ilustra la condición de desventaja social de la mujer, y como una variable explicativa de la situación de la salud infantil en nuestro país.

Los datos (véase el cuadro 3) apoyan los hallazgos de muchos de los estudios aquí mencionados, e indican que los hijos de madres con menor escolaridad tienen un mayor riesgo de morir y enfermar que aquellos cuyas madres tuvieron oportunidad de atender la educación básica. En cuanto al número promedio de hijos nacidos, es notable la diferencia entre los grupos al observar que las mujeres sin escolaridad tienen alrededor de 5 hijos, número que rebasa, hoy en día, las posibilidades de atención y los recursos económicos familiares necesarios para una buena alimentación y educación. El patrón reproductivo construido con las variables de edad de la madre, el orden del nacimiento, la velocidad reproductiva y el intervalo entre nacimientos, indica que la mortalidad infantil es mayor en las mujeres entre 15 a 19 años y con un intervalo intergenésico corto (Bobadilla Fernández, Schlaepfer, Alagon, 1990). Esta realidad se complica al observar que 22% de las mujeres sin escolaridad se casan o unen a su pareja antes de los 15 años y 35% tiene su primer hijo antes de los 17 años. No sorprende que 44% de estas mujeres presenten un patrón reproductivo de alto riesgo, comparado con sólo 12% de las mujeres con una escolaridad de 7 o más años. Aunada a esta situación de mayor riesgo reproductivo, la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos en este grupo es mucho menor (22%) comparada con 30% de las mujeres con más educación escolar.

CUADRO 3
Indicadores de salud infantil por escolaridad de la madre
en México, 1990

<i>Indicador</i>	<i>Años de escolaridad de la madre</i>			
	<i>Ninguno</i>	<i>1-3</i>	<i>4-6</i>	<i>7 y +</i>
Fecundidad	5.3	4.4	2.6	0.9
Edad a la primera unión				
< 15 años	22.2	17.8	7.8	2.5
20 y +	21.1	28.2	37.3	52.6
Edad al nacimiento del primer hijo				
< 17 años	35.3	27.8	15.9	8.8
20 y +	31.2	37.3	47.8	62.0
Anticonceptivos				
Usuaría activa	22.2	36.4	41.6	30.3
Salpingoclasia	47.1	39.9	42.8	25.3
Patrón reproductivo				
alto riesgo	44	37	25	12
Bajo peso al nacer	17.4	11.1	10.2	8.3
Mortalidad infantil				
x 1 000 nacidos vivos				
registrados	60.8	61.3	34.4	14.4
Diarrea en prescolares	25.5	26.3	19.3	19.0
Atención de parto por personal de salud	31.8	57.1	79.2	95.5
Alimentación infantil				
Lactancia nula	8.4	14.3	16.3	19.5
Ablactación tardía	51.8	40.4	19.8	8.3
Inmunizaciones				
Esquema completo	31.1	37.1	53.0	72.7

Fuente: R. Lozano, C.C. Infante, P.L. Schlaepfer y K. Frenk, *Desigualdad, pobreza y salud*, INSP, 1992.

Los resultados de la condición desfavorable de las madres se reflejan en mayores tasas de BPN, mortalidad infantil, diarrea en prescolares, menor cobertura institucional de los partos y proporción de esquemas completos de vacunación, aunque este último indicador ha cambiado dramáticamente después de implantado el Programa de Vacunación Universal.

En relación con la alimentación al seno materno, se ha observado una relación inversa entre la duración de la lactancia, el

estrato socioeconómico y el nivel de urbanización. Un incremento de 15% en la urbanización de un país contribuye a una disminución de 3.6 meses en promedio en la duración de la lactancia. Por otro lado, el acceso a servicios de salud institucionales muestra un efecto negativo en la promoción de la lactancia. En el nivel latinoamericano se ha observado que un aumento de 34% en la proporción de partos atendidos institucionalmente está asociado a una disminución en la duración promedio de la lactancia de 5.5 meses (Pérez, 1993: 32-42). Las condiciones de desventaja social, carencia, además de los patrones culturales, favorecen la lactancia materna en las mujeres con menor escolaridad, aunque su prolongación más allá de los 6 meses, junto con una introducción tardía y deficiente de alimentos (52%), produce efectos nocivos en el desarrollo antropométrico de los hijos.

En el caso de las mujeres pobres, menos educadas y habitantes de zonas rurales, la incorporación de alimentos sólidos a la dieta del infante representa un riesgo dual, ya que su introducción temprana favorece las infecciones gastrointestinales por las malas condiciones de higiene en las que se lleva a cabo la preparación de los alimentos. Por otro lado, la lactancia prolongada, sin el complemento nutricional y protéico de otros alimentos, condena a los hijos a un menor desarrollo físico ilustrado por los índices de peso y talla para la edad y peso para la talla.

En la población derechohabiente del IMSS, la duración de la lactancia menor de un mes ocurrió en 35% de los niños, y estuvo asociada al destete precoz, la edad de la madre menor de 20 años, la pertenencia de la madre a un grupo social diferente al obrero y a que la madre fuera soltera (Vega y González Pérez, 1993: 118-127). Este fenómeno permea los diferentes sectores sociales y se manifiesta de manera variable. El abandono de la lactancia, la vacunación incompleta y el cuidado limitado del niño(a), se dan por la necesidad de incorporarse rápidamente a la fuente de trabajo —casi siempre en los niveles más bajos del mercado— para compensar la reducción del salario, el desempleo o subempleo masculino, además de la deserción paterna (Brachet Márquez, 1992: 65-73). En las mujeres con mejor nivel educativo, con asistencia para el cuidado de los hijos, con mejores facilidades para cocinar, la lactancia no se da o es menor en duración, muchas veces influida por la misma prescripción de los médicos a nivel privado e institucional (Adair *et al.*, 1993: 63-80). El abandono total o

temprano de la lactancia en los grupos sociales acomodados no condiciona una mayor incidencia de enfermedades diarreicas ni un mayor riesgo de mortalidad por esta causa, debido a las mejores condiciones socioeconómicas y de acceso a los servicios médicos especializados, así como una alimentación adecuada que sustituye a la leche materna. En los grupos marginados y pobres, el abandono de la lactancia sí representa un mayor riesgo de morbilidad con serias repercusiones en el crecimiento y desarrollo de los infantes (Gómez Dantés *et al.*, 1989: 725-734). Entre los factores asociados a la mortalidad infantil por diarreas en Naucalpan, Estado de México, se encontraron el bajo peso al nacer, la ausencia de lactancia natural, lactancia mixta, no pertenecer a un sistema de seguridad social, carencia de drenaje y consumo de bebidas alcohólicas en el padre (Garrido *et al.*, 1990).

La mortalidad materna e infantil en el país no es homogénea, y su descenso ha sido diferente de una región a otra (véase el cuadro 4). La tasa de mortalidad materna en la región sur es casi tres veces mayor que en el norte del país. Dicho patrón responde a las diferentes condiciones de vida y el acceso diferencial a los servicios de atención, sobre todo de control prenatal, en las regiones urbanas y rurales. El riesgo de muerte materna fue más alto en Oaxaca y casi 10 veces mayor que en Coahuila, Durango y Nuevo León. En el caso de la mortalidad infantil, la zona centro tiene una tasa mayor a la nacional y muy superior a la de las regiones sur y norte. El riesgo de muerte en menores de un año fue más elevado en Tlaxcala seguido de Puebla, Guanajuato, México y Querétaro.

CUADRO 4
Mortalidad materna e infantil en México, 1990

Zonas	Mortalidad materna*		Mortalidad infantil*	
	Tasa	Peso relativo**	Tasa	Peso relativo**
Nacional	5.1	0.3	207.4	13.9
Norte	2.5	0.2	140.6	9.6
Centro	5.4	0.3	263.1	16.2
Sur	6.7	0.5	148.1	12.6

* Tasa por 10 000 nacidos vivos.

** En relación al total de defunciones.

Fuente: R. Lozano, C.C. Infante, P.L. Schlaepfer y K. Frenk, *Desigualdad, pobreza y salud*, INSP, 1992.

El rápido proceso de urbanización por el que está pasando el país no deja de marcar su huella sobre la salud del binomio madre-hijo(a). El perfil de muerte y enfermedad encontrado en las zonas rurales se perpetúa con la migración hacia centros urbanos de la fuerza de trabajo masculina y la consecuente incorporación al trabajo agrícola de la mujer y los hijos. La mortalidad perinatal e infantil en las zonas rurales es de 57 y 75 por 1 000, respectivamente, comparada con la que existe en zonas metropolitanas de 15.6 y 30.1 por 1 000 (Bobadilla, 1990).

Los resultados encontrados en países seleccionados (Organización Panamericana de la Salud, 1990) también demuestran cómo la ubicación rural y la ocupación agrícola del jefe del hogar se asocian a mayores tasas de mortalidad infantil (véase el cuadro 5), efecto derivado de la menor disponibilidad de servicios de atención, servicios públicos como agua potable y drenaje, el acceso a una dieta equilibrada, la desnutrición, los bajos ingresos, junto con las menores tasas de escolaridad materna en dichas zonas, etcétera.

En el ámbito rural, las condiciones de género se acentúan al existir una mayor subordinación de la mujer que tiene menores posibilidades de salir del ámbito doméstico y sufre una menor valoración de su trabajo. Además de realizar actividades domésticas y agrícolas más exhaustivas, en las áreas rurales se perpetúa una mayor identificación de lo femenino con la maternidad y la reproducción y un mayor control sobre su sexualidad. Todas estas son razones que repercuten en una escolaridad deficiente, el acceso restringido a recursos y una menor autovaloración.

CUADRO 5
Tasas de mortalidad infantil por grupo socio-ocupacional
del jefe del hogar en países seleccionados, 1960-1981

País	Año	Tasa	Agrario		No agrario		Medio
			Peón	Campesino	Asal.	No asal.	
Honduras	1980	83	105	99	74	-	44
Guatemala	1976	97	137	116	97	107	55
Nicaragua	1982	83	112	92	80	42	70
México	1965-70	73	104	100	65	70	-
Panamá	1976	11	60	43	26	20	-
Costa Rica	1981	22	35	-	21	13	-

Fuente: *Las condiciones de salud en las Américas*, 1990, vol. 1, p. 69.

Además de sus roles como esposas, madres, amas de casa y cuidadoras de niños, las esposas de muchos migrantes tienen que asumir el rol de proveedoras económicas, administradoras, jefas del hogar, tomadoras de decisiones, etc., áreas de acción que no son identificadas como propias. Estas nuevas funciones de poder —tanto en sociedades tradicionales como en rurales— rompen con los roles de género establecidos causando conflictos internos y externos en la comunidad. La situación dual de vivir en una sociedad donde la mujer tiene que ser pasiva, dependiente y obediente, cambia a una donde ya es productiva y fuerte para garantizar la sobrevivencia de la familia (Salgado-Synder, 1993).

En el caso de que sea la familia completa la que migre, su asentamiento en las zonas marginadas de las grandes urbes y la inseguridad económica y falta de acceso a los servicios médicos complican aún más su perfil de salud. Las zonas urbanas marginadas reproducen perfiles de salud donde se combinan las enfermedades de la pobreza y el desarrollo. Los problemas de alcoholismo, drogadicción, sida, contaminación por plomo, embarazos tempranos, aborto, etc., son patologías que se incorporan al perfil de la salud materna y afectan la salud infantil. La crisis socioeconómica y la dinámica que se establece en los centros urbanos promueve la desintegración familiar y se pierden las redes sociales de apoyo. Los niveles de violencia social y política, y la falta de redes sociales de apoyo, estuvieron asociados con un riesgo cinco veces mayor de complicaciones en el embarazo en Chile (Zapata *et al.*, 1992: 685-690).

Las diferencias en condición socioeconómica y mortalidad infantil son por demás elocuentes y definen las diferentes posibilidades que tienen todos los niños de llegar a su primer año de vida. La pobreza se identifica como la causa primaria en los diferenciales de mortalidad infantil, y la forma como se pueden reducir tales disparidades depende de cómo se identifiquen y se corrijan las causas (Hogue y Hargraves, 1993: 9-12). Existe el debate sobre la influencia del desempleo y la reducción del ingreso —sobre todo en las mujeres— en la mortalidad neonatal (Catalano y Serxner, 1992: 275-286). Aunque resulta plausible la hipótesis de que el impacto de la crisis económica de los ochenta se debe haber reflejado en el aumento en la mortalidad, los datos en México, en vez de confirmarla, sugieren que la tendencia descendente sigue dándose, aunque de manera diferencial entre los distintos grupos sociales. El

ejemplo de la mortalidad infantil ilustra muy bien el hecho y demuestra que la brecha se amplía provocando una mayor desigualdad social. La probabilidad de muerte entre el nacimiento (PMN) y los 2 años disminuyó de 72.6 a 64.3 x 1 000 nacidos vivos entre 1976 y 1986, lo que representa un descenso de 11.4%. De acuerdo con el lugar de residencia, la PMN en localidades menores de 20 000 habitantes fue de 82.6, en comparación con las localidades mayores de 20 000 donde fue de 52.7, y en las áreas metropolitanas donde disminuyó a 35.3. De acuerdo al sector productivo, la PMN en los sectores agrícolas fue de 86.2 mientras que en los trabajadores asalariados fue de 65.0 (Bronfman, 1992: 157-167).

Las mujeres no pueden separar sus roles de trabajadoras, madres, hermanas, esposas. Si el cuidado del infante es una tarea socialmente delegada a la mujer, sea la madre, hija u otro integrante femenino de la familia, el menor tiempo disponible para el cuidado de los hijos —derivado de la doble jornada y la multiparidad, por ejemplo— puede llegar a tener un impacto sobre la morbilidad-mortalidad infantil. Dentro de la visión tradicional de la división sexual del trabajo, el hombre hace el trabajo productivo y la mujer hace el trabajo doméstico y físico catalogado como no productivo, cuando en términos claros la mujer produce salud y lo hace cuando cría a los hijos, al traer agua de fuentes lejanas, al realizar la limpieza doméstica, procurar la alimentación y funcionar como curandera familiar y partera (MacCormack, 1992). Es importante destacar que el cuidado infantil se ha definido y subestimado como una necesidad doméstica, en vez de valorarlo en su correcta dimensión dentro del ámbito económico (Fraser, 1991: 3-40).

LA MUJER TRABAJADORA Y LA SALUD INFANTIL

La creciente incorporación de la mujer a la economía surge de las necesidades por sobrevivir y de las mismas fuerzas productivas —la crisis económica, la globalización de la economía, el descenso de la capacidad adquisitiva de los salarios y la búsqueda de mano de obra más barata y flexible—, y no tanto por la apertura social hacia la mujer. Frente a la crisis económica de los ochenta, la respuesta fue incrementar el número de trabajadores del hogar, sobre todo de la mujer. En México, la tasa de participación de la mujer en la fuerza de trabajo se incrementó de 18.5% en 1970 a 32.3 en 1980

de acuerdo a los datos del censo de 1990. Entre 1981 y 1987 el desempleo en la PEA aumentó de 3.4% a 22.9% y el salario mínimo bajó en 42%. Estas condiciones influyeron para que muchas mujeres buscaran trabajo en la industria maquiladora, la agroindustria, el comercio ambulante y minorista, en los servicios domésticos y la elaboración y venta de alimentos, etc. Esta tendencia ha repercutido de manera importante en los roles femeninos y la organización familiar, sobre todo cuando se trata del cuidado de los hijos.

El impacto negativo empieza por el abandono de la lactancia a edades muy tempranas debido a la incompatibilidad con los extensos horarios dedicados al trabajo. Hay otros datos que indican que la salud en los hogares, cuyo sostén es la mujer, se encuentra en desventaja en comparación con aquellos donde la cabeza económica de la familia es un hombre (Buvinic *et al.*, 1992). Cerca de 40% de los pobres en Estados Unidos son niños y más de la mitad de ellos viven en hogares cuya cabeza económica es la mujer (Sidel, 1992: 664-665). Aquí destacan no sólo la falta de tiempo para una atención adecuada sino otro signo de marginación femenina, como es el menor ingreso en los mismos niveles de especialización. La inserción de las mujeres al mercado de trabajo es una necesidad generada y regulada por la misma dinámica económica donde predominan la falta de prestaciones sociales, los menores salarios, el abuso de la fuerza de trabajo y la carencia de apoyo social y familiar.

También empiezan a ser evidentes los efectos de la salud ocupacional sobre el binomio madre-hijo. En un estudio realizado en la ciudad de México (Cerón *et al.*, 1993) se encontró que 13% de las embarazadas trabajó hasta el noveno mes del embarazo y 38% hasta el octavo; 75% eran menores de 30 años y con más de 7 años de educación, y 11% de las mujeres eran las responsables económicas de la familia. El BPN fue más alto en las mujeres solas, en edades y paridades extremas, con baja escolaridad y baja talla. El estudio no desglosa los resultados sobre BPN y responsabilidad económica del hogar, pero sugiere, como lo hace la literatura en el tema, que la prevalencia fue mayor en este grupo.

Gracias a la incorporación de la mujer como mano de obra barata, el auge de la industria maquiladora empieza a revelar asociaciones entre el trabajo y la salud reproductiva que demandan un estudio más comprometido de los posibles riesgos. La industria de las maquiladoras ha dependido de la mano de obra femenina.

Alrededor de 60% de la mano de obra en las maquilas es femenina (Guendelman y Silberg, 1993: 37-44), por lo que es necesario evaluar si este tipo de trabajo mejora el estado de salud y el bienestar psicológico de la mujer y sus hijos, o más bien produce privaciones, angustias y enfermedad. Las razones por las que se emplea primordialmente a las mujeres se debe a que la maquila depende de los bajos costos del trabajo, la eficiencia y la estabilidad en la fuente de empleo. Se argumenta que las mujeres satisfacen estas necesidades mejor que los hombres, y que la mano de obra femenina es más barata porque se considera un medio de sustento secundario, suplementario o marginal de la familia (Welti y Rodríguez, 1993). Se piensa que las mujeres tienen más destreza manual y son menos inclinadas a generar o participar en disturbios laborales. Contratan mujeres jóvenes (85% menores de 25 años y 70-95% solteras) porque evitan el pago de beneficios de maternidad y se reduce el ausentismo derivado por el cuidado de los hijos. Las jóvenes y solteras son más eficientes, gozan de mejor salud, visión y reflejos que las mujeres adultas, además de resistir mejor los efectos de la doble jornada.

Entre los riesgos a la salud, se ha encontrado que las obreras de la maquila tienen tres veces más riesgos de tener hijos de BPN que las empleadas en servicios, aunque similares a las amas de casa. Es probable que la escolaridad en estos grupos juegue un papel importante en la marcación de tales diferencias. Otros estudios muestran que 13% de las obreras refirieron un aborto natural y 11% reportó tener niños con problemas de desarrollo (Guendelman, 1993). Los resultados no son del todo concluyentes, ya que todavía no se cuenta con estudios que aborden problemas de salud de latencia mayor ni se han elaborado estudios suficientes sobre la exposición a sustancias tóxicas que reflejen mejor el impacto sobre la salud reproductiva en la mujer (Guendelman, 1993).

Las mujeres económicamente productivas se enfrentan a una serie de desigualdades y obstáculos en los niveles doméstico y extradoméstico; tienden a trabajar jornadas más largas, se integran a la economía informal como empleadas domésticas, vendedoras ambulantes, etc., que son actividades que no se integran a las redes de beneficios sociales como el seguro médico, guarderías, licencias de maternidad y otras prestaciones integradas a un contrato colectivo de trabajo. Por otro lado, el trabajo las expone a situaciones de estrés y fatiga derivados del alargamiento de la jornada de labor, el

descuento de días, falta de vacaciones, el hostigamiento sexual, el abuso de la fuerza física de trabajo, la repetición, la falta de control sobre el ritmo de trabajo y los cambios de turnos (Ravelo, 1993).

EL ACCESO A LOS SERVICIOS Y LA SALUD INFANTIL

Se puede aceptar la premisa de que, mientras mejor acceso se tenga a los servicios médicos y mayor uso se haga de los mismos, la mortalidad infantil será menor. Sin embargo, todos los riesgos y desventajas se complican cuando se analiza el acceso, aunque sean las mujeres las que lo utilizan con mayor frecuencia que los hombres. La calidad y el nivel de utilización es limitado por su condición subordinada derivada de los patrones de género operantes. Por ejemplo, una mujer adolescente sin pareja, en situación de marginación, tiende a ocultar o no desear su embarazo y no hará uso oportuno o adecuado de los servicios de salud. Si el médico es hombre, la mujer no acude a los servicios, y si lo hace, limita la expresión de su malestar a patrones aceptables no personales. La falta de control sobre su cuerpo y la reproducción —derivado de los patrones culturales y sociales— limitan el acceso a servicios de planificación familiar y atención prenatal, mientras que los patrones de género imperantes retrasarán la consulta en caso de síntomas de enfermedades de transmisión sexual o problemas asociados a su sexualidad. Además, las mujeres que trabajan no tienen tiempo para ir a los servicios y, si no trabajan, no manejan los recursos de la casa para transportarse, comprar medicinas, pagar las cuotas por los servicios y, muchas veces, ni siquiera tienen la libertad social para alejarse de su casa (MacCormack, 1992).

En cuanto a la atención de la mujer, existe la contradicción en la sobreutilización de intervenciones tecnológicas de alto costo y poca efectividad, mientras se subutilizan las intervenciones altamente efectivas y de bajo costo como el control prenatal, los suplementos alimenticios, control del tabaquismo, etc. (Ruzek, 1993: 6-7). El control prenatal es una intervención efectiva y una forma de inversión social que facilita la educación sobre alimentación, lactancia, planificación familiar, y mejora el estado de salud de los infantes, siempre y cuando se realicen en forma oportuna y el acceso sea factible, sobre todo para las mujeres en mayor riesgo. El control prenatal promueve la identificación oportuna de enfer-

medades maternas (diabetes e hipertensión), y de riesgos como la desnutrición, la anemia, el abuso de tabaco y alcohol, que pueden influir en la salud del infante. Al incluir la vacunación contra el tétanos se previenen las muertes por tétanos neonatal (Wallace, 1992).

En los países industrializados europeos, el control prenatal goza de incentivos económicos que garantizan que la mayoría de las mujeres acudan a sus consultas prenatales, lo que se refleja en las bajas tasas de mortalidad infantil y el alto peso al nacer. Aunque en México 84% de las mujeres embarazadas visitaron por lo menos en una ocasión la consulta prenatal (Buekens *et al.*, 1993: 31-36), la Encuesta Nacional de Salud (ENS, 1988) reveló que 14.2% de los nacimientos ocurridos presentaron patología perinatal: prematuridad (23%), hipoxia al nacer (21%), bajo peso (14.4%) e infecciones (12.1%), eventos que serían prevenibles, en su mayoría, de haberse atendido de manera oportuna y con calidad.

El estudio de Bobadilla (1990) realizado en hospitales públicos y privados en el área metropolitana de la ciudad de México en 1984, reveló que 12% de las muertes perinatales fueron de mujeres que no recibieron atención prenatal alguna; que 18% de las mujeres recibieron atención prenatal deficiente, de acuerdo con el contenido de la atención, y que se definió por los criterios de medición de la presión arterial, toma de muestras de sangre y orina, examen vaginal y medición de peso y talla. La atención prenatal de buena calidad se dio en 47% de las mujeres atendidas en la SSA, en 58% de las derechohabientes del ISSSTE y 68% de las mujeres atendidas por el IMSS. De acuerdo con la oportunidad de la atención, definida por el momento de la primera consulta y el número total de consultas, se encontró que 29% de las mujeres recibieron una atención prenatal inadecuada y que, por institución, se reflejó en una atención inadecuada en 50% en la Secretaría de Salud, en 20% de las atendidas por el ISSSTE y en 30% en el IMSS.

El espaciamiento de los embarazos y el tamaño de la familia influyen sobre la nutrición de los hijos al permitir una mejor distribución de los recursos domésticos. La incorporación a programas de planificación familiar, lactancia, control prenatal, detección oportuna de cáncer, son beneficios a los que se tiene acceso diferencial de acuerdo al nivel socioeconómico de las mujeres, con sus indeseables consecuencias cuando no se es partícipe de dichos programas. La fecundidad es muy sensible a los niveles de ingreso

en las mujeres: a mayor ingreso y más trabajo, se tiene menos tiempo para criar hijos pero más recursos para atenderlos; ello también promueve el mayor uso de anticonceptivos para poder seguir trabajando, con lo que se tienen menos embarazos no deseados. Por otro lado, el mayor ingreso en los hombres tiende a aumentar la fecundidad por lo menos en las sociedades agrícolas.

En el caso particular de la planificación familiar se presenta un círculo vicioso, donde las mujeres pobres son las más necesitadas y las que menos acceso tienen al programa, sea por falta de servicios o distancia en las zonas rurales, patrones de género, cultura local, ignorancia, marginación, represión masculina, etc. Son estas mismas mujeres las que padecen los riesgos por practicar el aborto en forma clandestina y en condiciones inaceptables, que la mayoría de las veces ponen en peligro su vida. La situación socio-económica de las mujeres que abortan en México es muy clara: 65% son casadas, 70% madres con 8 a 9 embarazos previos, 86% católicas, 76% de bajo nivel económico, 27% viven en situación precaria. Entre las razones para tomar la decisión de abortar destaca el número excesivo de hijos (52-70%) y los bajos recursos económicos (52-76%). Son las mujeres pobres las que mueren al abortar, ya que sólo 3.7% abortó por legrado uterino, 48.7% utilizó automaniobras y 27.6% los procedimientos empíricos (Belausteguioitia, 1991: 77-81).

Por otro lado, los niños no deseados (NND) tienen como consecuencia un mal desarrollo en la niñez, en la adolescencia y en la vida adulta. Los estudios en Suecia demuestran que 60% de los NND tuvieron una infancia insegura: 23% requirió de atención psiquiátrica, 18% se reportaron como delincuentes y sólo 14% recibieron educación superior. En Checoslovaquia estos niños fueron amantados durante un periodo más corto, recibieron más atención médica, menor desarrollo en la escuela y sufrieron el rechazo de sus compañeros. Cuando se niega el derecho a decidir y controlar la reproducción y se limita el acceso al aborto, se condena al hijo a nacer y crecer en condiciones de desventaja (Woldenberg, 1992).

Para que se den cambios definitivos e irreversibles en la fecundidad, estos deben surgir del cambio en las mentalidades y la cultura. Este nuevo comportamiento no puede ser adoptado por las parejas individuales de acuerdo a las circunstancias económicas, tiene que ser masivo y producto de nuevas normas compartidas y transmitidas. Para que se den los cambios en las motivaciones

para tener hijos, se necesitan tres precondiciones. Primero, que las decisiones reproductivas se encuentren dentro del ámbito de la elección consciente y voluntaria; segundo, que la reducción de la fertilidad proporcione ventajas, y tercero, que las técnicas para disminuir la fertilidad estén disponibles (Van de Walle, 1992: 487-502). Es decir, los servicios de planificación familiar no cumplirán su cometido hasta que satisfagan la demanda de toda aquella persona que lo requiera. Cerca de 23% de todas las mujeres en edad reproductiva y casadas en el mundo en desarrollo han sido esterilizadas, y cerca de 50% de las que usan algún tipo de anticonceptivo están protegidas por la esterilización quirúrgica (Mumford y Kessel, 1992: 1203-1207). Las ventajas de controlar la fecundidad no están bien establecidas o no son bien conocidas, y más bien se manejan dentro del campo de la imposición. En México, por ejemplo, ha existido un descenso marcado en la fecundidad, pero debe mencionarse que dicho descenso no ha sido homogéneo en todos los sectores de la sociedad, aunque menos dramático en los sectores populares y rurales.

Los cambios en la adopción de métodos anticonceptivos en México se ilustran cuando, a finales de 1973, poco menos de 12% de parejas en edad fértil regulaba su fecundidad y en 1982 aumentó a 47.7%. Si en 1976 16% de las mujeres en comunidades rurales y 46% en áreas urbanas eran usuarias del algún método anticonceptivo, para 1982 aumentó a 38 y 58%, respectivamente (Soberón *et al.*, 1988: 138-156). Las cifras ilustran avances sustantivos al aumentar de 1 435 322 usuarias activas en 1980 a 6 045 666 en 1990 (Sistema Nacional de Salud, 1991). La Encuesta Mexicana de Fecundidad (1976) reveló que 30.2% de mujeres unidas eran usuarias activas, situación que aumentó 47.7% de acuerdo a la Encuesta Nacional Demográfica (1982). Por su parte, la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (1987) confirma la tendencia ascendente al identificar a 52.7% de las mujeres unidas como usuarias activas.

Datos muy importantes sobre el impacto del programa se observan al analizar que 34% de todas las mujeres son usuarias activas, mientras que entre las unidas sólo 30.2% de aquellas entre 15 y 19 años y 47% entre las de 20 y 24 lo son de algún tipo de método (Secretaría de Salud, 1989). Es aquí donde los efectos deseables del programa se esperarían con mayor claridad, ya que son los grupos con mayor necesidad de espaciar sus hijos para brindarles una mejor atención. Cada año, cerca de 400 000 naci-

mientos, es decir 15% del total, ocurren en mujeres menores de 20 años, y se sabe que una gran proporción son no deseados, y que el riesgo de muerte materna e infantil también es mayor en mujeres de este grupo etáreo, comparado con las madres de 20 a 35 años. A pesar de los programas, la disminución de la fecundidad específica, para las edades entre 15 y 25 años, ha sido menor a la comparada con mujeres mayores (Kumate, 1989: 18-21). Otros datos que magnifican la importancia de la baja utilización anticonceptiva de las poblaciones jóvenes se ilustra con el hecho de que 22% de las mujeres entre los 15 y 24 años y casadas, concibieron su primer hijo premaritalmente; de las mujeres solteras que declararon haber tenido por lo menos un embarazo en la ciudad de México, cerca de 50% lo señalaron como no deseado. La proporción de mujeres entre los 15 y 19 años con relaciones premaritales fluctúa entre 12 y 26%, y la edad promedio para las relaciones premaritales fue entre 15.6 y 17.9 años, y el método más común en la primera relación es el ritmo, reconocido como poco eficaz (Morris, 1989: 74-81). A esta realidad hay que sumarle el hecho de que 11% de las mujeres unidas en 1987 estaban embarazadas, de las cuales 29% eran adolescentes entre 15 y 19 años.

En muchos países de Latinoamérica, el problema de la fecundidad en adolescentes no es tan grave como en las madres solteras jóvenes. En el periodo 1970-1985, la tasa total de fecundidad disminuyó en 28% pero sólo 12% entre mujeres adolescentes. Mientras la proporción de nacimientos en mujeres adolescentes disminuyó de 17 a 14% en relación a todos los nacimientos ocurridos entre 1980 a 1989, la proporción de nacimientos en madres solteras jóvenes aumentó de 29% en 1960 a 46% en 1980 y 60% en 1989 (Buvinic *et al.*, 1992). En Chile, 60% de los primeros hijos nacidos vivos fueron concebidos antes de contraer matrimonio. En este país, 35% de las mujeres y 65% de los hombres tuvieron relaciones premaritales, y menos de 20% usaron algún método anticonceptivo (Valenzuela *et al.*, 1992: 19-30). En Argentina se observó que, a pesar del alto grado de medicación en la vida cotidiana, el acceso a los métodos anticonceptivos modernos estuvo limitado por la oferta restringida e irregular y por la ineficiencia de los servicios, y esto originó una alta tasa de embarazos no deseados. En este grupo, la información y el uso se da de manera precaria, confusa y equívoca, lo que provoca un estado de inseguridad cognoscitiva, y constituye el principal obstáculo para la adopción de un compor-

tamiento anticonceptivo eficiente, porque el miedo y la indiferencia acompañan las decisiones sobre la anticoncepción (Balán y Ramos, 1990).

A nadie escapa que la educación sexual y la información es contradictoria y confusa: mientras amplios grupos de la sociedad mantengan la postura de la imagen de la mujer virgen, el sexo como riesgo y peligro, la sexualidad limitada a la procreación y la negación del placer femenino en el sexo, nos enfrentamos a la comunicación masiva que avasalla con imágenes de la mujer joven y sexy, provocativa, atrevida y "feliz". La epístola de Melchor Ocampo resume la opinión social de dominio del hombre sobre la mujer, y establece las leyes de control para asegurar pasividad, obediencia y fidelidad (Atkin, 1993).

Las políticas de salud enfocadas hacia la mujer definen recursos para abatir la mortalidad, aumentar la atención prenatal y, de manera poco eficiente, la detección oportuna de cáncer (DOC). Si en 1991 la meta de DOC en el IMSS fue la de cubrir a 80% de las mujeres y sólo llegó a 14%, no se puede hablar de falta de recursos sino de las barreras sociales, administrativas, económicas y culturales para que las mujeres accedan a los servicios. Es bien sabido que las mujeres cuyo nivel económico es mayor tienen una mayor probabilidad de ser monitoreadas para la detección oportuna de cáncer, sea de mama o cérvicouterino (Coleman y Feuer, 1992: 961-966). El monitoreo se hace a las de menor riesgo, las más educadas, más jóvenes, con acceso a los servicios de planificación familiar, control prenatal o atención ginecobstétrica (Herrero *et al.*, 1992: 1050-1056). Cuando los servicios de detección oportuna atienden a las mujeres, es notable el nivel de deserción que se encuentra, por lo que se pierde la eficacia potencial del servicio. Por ejemplo, en Argentina se encontró que 70% de las mujeres atendidas habían desertado siendo éstas las más jóvenes, las de menos educación escolar, las del mayor número de hijos, con acceso problemático al hospital, con menos y menor calidad de la información sobre la utilidad e importancia del examen para la detección oportuna del cáncer (Ramos y Pantelides, 1990: 37-50).

Es evidente que los ejemplos señalados tratan de destacar que la condición de la mujer en la sociedad es todavía una marcada por la subordinación, la carencia y una franca desigualdad en las oportunidades de salud, empleo, educación y movilidad social. Esta condición de desventaja tiene implicaciones muy serias para

su salud y, de manera directa, influye sobre el desarrollo, el crecimiento y la salud de sus hijos. En cuanto a la salud infantil, la condición de la mujer emerge como un factor determinante aunque poco abordado o reconocido.

REFLEXIONES FINALES

Lo que nos queda muy claro es que la información necesaria para conocer la magnitud e importancia de un problema es muy diferente de la que se necesita para implantar las acciones. Mientras la información sobre morbilidad de las mujeres es insuficiente o incompleta debido al acceso limitado a los servicios, la elaboración de estudios más a fondo sobre condición de la mujer y la salud infantil se vuelven imperativos. La salud de la mujer se conceptúa como un estado caracterizado por manifestaciones físicas —más que sociales o mentales— y limitadas al periodo del embarazo, el parto y el puerperio. Además, la anticoncepción se plantea como un problema demográfico y no como un problema de salud y de decisión personal. La muerte es la manifestación final y más dramática de la vida reproductiva de las mujeres, y el prevenir las muertes relacionadas con el embarazo, ni es sólo cuestión de mejorar la salud materna ni el único indicador sobre el cual se deba trabajar la solución: hay más mujeres que enferman que las que mueren, y las muertes maternas no son las cifras más prácticas y definitivas sobre las cuales argumentar en favor de la salud de la mujer (Graham y Campbell, 1992).

La salud de la mujer debe contextualizarse en la realidad que en este trabajo intentamos delinear: las condiciones desfavorables en las que se desenvuelve la mujer en la sociedad contemporánea tienen repercusiones sociales mucho más severas que las contabilizadas por cualquier otra enfermedad o grupo. A su vez, las condicionantes de la salud de las mujeres no pueden abordarse como un problema exclusivamente médico ni atenderse desde la perspectiva clínica u hospitalaria. La situación de desventaja social en la que se encuentra la mujer en México —desigualdad, marginación, desvaloración, explotación, etc.— es determinante sustancial de su estado de salud físico, mental y reproductivo. El impacto de su condición sobre la salud infantil está íntimamente ligado a la supervivencia infantil y a su adecuado desarrollo y crecimiento,

por lo que es necesario reconocer y actuar sobre los aspectos sociales determinantes de la situación de la mujer para mejorar las condiciones de salud de los hijos.

Para abordar el problema de la salud infantil, el modelo médico hegemónico se sustenta en la participación de la mujer como un eje primordial para abatir las dificultades de cobertura y atención. Algunos autores señalan que dicha estrategia se utiliza para perpetuar la mala calidad de cuidados a los que menos tienen, favoreciendo con la atención especializada a los que pueden pagarla. Sin embargo, las conexiones entre la condición femenina y la salud infantil deben ser manejadas desde el punto de vista de las más involucradas: las mujeres. De ahí que en la definición de prioridades y la forma en que se practiquen las soluciones al problema, la perspectiva de la mujer y su participación en el diseño de las estrategias sea un imperativo (Rodríguez-Trias, 1992).

Sorprende el reciente editorial del *New England Journal of Medicine*, en el que se hace una reflexión sobre la salud de la mujer y las razones por las que no se ha investigado en el campo clínico. La conclusión a la que se llega es que hasta que la mujer no se apropie de los escenarios académicos y centros de investigación no habrá posibilidades de que su salud tenga la atención que merece (Angell, 1993: 271-272). Y es muy probable que la salud infantil tenga que esperar un cambio en esa dirección para que se radica-lice la estadística de los grupos marginados y desprotegidos.

Lo que se puede desprender del análisis realizado es que la condición de la mujer, como un valor fundamental en la generación de salud, ha sido ignorada y desvinculada de los programas y acciones específicos para la atención y prevención de su salud y la salud infantil.

Acelerar las tendencias descendentes en la mortalidad infantil, materna y de las mujeres en general, no puede ser una tarea tecnológica ni de los servicios de atención. Es evidente que, mientras exista y persista un acceso diferencial al campo laboral, educativo, político y social para las mujeres, dicha desigualdad socioeconómica y de género mantendrá un papel predominante en la génesis del patrón de morbilidad infantil y de la mujer.

Por otro lado, la exclusión de las mujeres del análisis de su problemática y la de su familia, de la definición de opciones y estrategias para atender sus necesidades, tiende a convertir los programas de prevención y atención de estos grupos en espejos

institucionales de la desigualdad, la subordinación y devaluación que la sociedad mantiene hacia la mujer. Por ello, se requiere de un esfuerzo integrado y sostenido para incorporar la visión de género a la interpretación de los problemas de salud, y contribuir a definir estrategias integrales de atención y prevención que respondan con mayor claridad a las necesidades de los grupos más marginados y vulnerables de la sociedad: las mujeres y sus hijos.

BIBLIOGRAFÍA

- Adair, S. L., M.B. Popkin y K. D. Guilkey (1993), "The Duration of Breast-feeding: How is it Affected by Biological, Sociodemographic, Health-Sector and Food Industry Factors?", *Demography*, vol.30, núm. 1, pp. 63-80.
- Angell, M. (1993), "Caring for Women's Health—What is the Problem?", *New England Journal of Medicine*, 329, pp.271-272.
- Atkin, C. L. (1993), "La investigación social como recurso para promover la maternidad sin riesgos", en María del Carmen Elu y Ana Langer (eds.), *Maternidad sin riesgos en México*, México, IMES, pp. 202-220.
- Balan, J. y S. Ramos (1990), "Las decisiones anticonceptivas en un contexto restrictivo: el caso de los sectores populares de Buenos Aires", *International Union for Scientific Study of Population, Seminar on Fertility Transition in Latin America*, Buenos Aires.
- Beauvoir, Simone (1970), *The Second Sex*, Nueva York, Alfred A. Knopf.
- Belausteguigoitia, M. (1991), "El aborto en México", *Debate Feminista*, año 2, vol. 3, marzo, pp. 76-81.
- Bobadilla Fernández, J. L., P. L. Schlaepfer y C.J. Alagon (1990), *Perfil de reproducción y mortalidad infantil en México*, INSP, SE-16/90.
- (1990), *Cantidad, contenido y oportunidad de la atención prenatal y sus beneficios en la sobrevivencia perinatal*, INSP, SE-2/86.
- , Ana Langer, L. Schlaepfer, Irma Coria y Susana Cerón (1990), "Epidemiología de la salud perinatal en México", *Ciencia*, número especial, septiembre, pp. 27-43.
- Brachet Márquez, V. (1992), "¿Basta con sobrevivir? Los retos de la integración de la salud y el bienestar en el Tercer Mundo", *Salud Pública de México*, vol. 34, suplemento, pp. 65-73.
- Bronfman, Mario (1992), "Infant Mortality and Crisis in Mexico", *International Journal of Health Services*, vol. 22, núm. 1, pp.157-167.
- Buekens, P., M. Kotelchuck M. y B. Blondel *et al.* (1993), "A Comparison of Prenatal Care Use in the United States and Europe", *American Journal of Public Health*, 83, pp.31-36.

- Buvinic, M., J. P. Valenzuela, T. Molina y E. González (1992), "The Fortunes of Adolescent Mothers and their Children: The Transmission of Poverty in Santiago, Chile", *Population and Development Review*, vol. 18, núm. 2, junio, pp. 269-297.
- Camposortega, C. S. (1992), *Análisis demográfico de la mortalidad en México, 1940-1980*, El Colegio de México, pp. 355-402.
- Cardaci, Dora (1989), *Pensando como mujeres. Propuestas educativas en salud de los colectivos y redes de mujeres*, informe final, MIM, El Colegio de México.
- Catalano, R. y S. Serxner S. (1992), "Neonatal Mortality and the Economy Revisited", *International Journal of Health Services*, vol. 22, núm. 2, pp. 275-286.
- Cerón, M. S., C. C. Sánchez y D.S. Harlow (1993), "Efecto del trabajo materno sobre el peso al nacimiento", trabajo presentado en el *Foro sobre Mujer, Trabajo, Salud y Pobreza*, El Colegio de México.
- Coleman, E. A. y E. J. Feuer (1992), "Breast Cancer Screening among Women from 65 to 74 years of age in 1987-1988 y 1991", *Annals of Internal Medicine*, vol. 117, núm. 11, pp. 961-966.
- Coria, S. I. y J. L. Bobadilla Fernández (1990), *Determinantes próximos del bajo peso al nacer en el Distrito Federal*, INSP, SE-17/90.
- Curtis, L. S., I. Diamond y W.J. McDonald (1993), "Birth interval and Family Effects on Postneonatal Mortality in Brazil", *Demography*, vol.30, núm. 1, febrero, pp. 33-43.
- Daltabuit, G. M. (1993), "Mujer rural, pobreza y medio ambiente", trabajo presentado en el *Foro sobre Mujer, Trabajo, Salud y Pobreza*, El Colegio de México.
- Desai, S. (1992), "Children at Risk, the Role of Family Structure in Latin America and West Africa", *Population and Development Review*, vol. 18, núm. 4, diciembre, pp. 689-717.
- Fraser, N. (1991), "La lucha por las necesidades: esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío", *Debate Feminista*, año 3, vol. 3, marzo, pp. 3-40.
- Garrido, F., V. Cárdenas, J. Ibarra, G. Borges y J.L. Bobadilla (1990), *Factores de riesgo en la mortalidad infantil por diarreas*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, Síntesis Ejecutiva, 18/90.
- Gómez Dantés, Héctor, M. E. Garnica, J. Sepúlveda et al. (1989), "Patrones de lactancia y ablactación en México. Encuesta Nacional de Salud, 1986", *Salud Pública de México*, vol. 31, núm. 6, noviembre-diciembre, pp. 725-734.
- Graham, J. W. y R. M. O. Campbell (1992), "Maternal Health and the Measurement Trap", *Social Science and Medicine*, vol. 35, núm. 8, octubre, pp. 967-977.

- Guendelman, S. (1993), "Mujeres trabajadoras y la industria maquiladora", trabajo presentado en el simposio *Bases para el Futuro, La Salud de la familia en la Frontera Mexicano-Estadounidense*, El Paso, Texas.
- y J.M. Silberg (1993), "The health consequences of maquiladora work, women on the US-Mexican border", *American Journal of Public Health*, vol. 83, núm. 1, enero, pp. 37-44.
- Herrero, R., L. Brinton, W. Reeves, M. Brenes, Rosa C. de Britton, E. Gaitán y F. Tenorio (1992), "Screening for Cervical Cancer in Latin America: a Case-control Study", *International Journal of Epidemiology*, vol. 21, núm. 6, diciembre, pp. 1050-1056.
- Hogue, R. C. y A. Hargraves (1993), "Class, Race and Infant Mortality in the United States", *American Journal of Public Health*, vol. 83, núm. 1, enero, pp. 9-12.
- Hooffman, D. S., E. M. Foster, y F.F. Furstenberg (1993), "Reevaluating the Costs of Teenage Childbearing", *Demography*, vol. 30, núm. 1, febrero, pp. 1-13.
- Keller, F. E. (1992), "De los secretos de vida a los secretos de muerte", *Debate Feminista*, año 3, vol. 6, pp. 44-62.
- Kumate, Jesús (1989), "La fecundidad en los adolescentes de México", en *Memorias de la Conferencia Internacional sobre Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe*, Oaxaca, México/The Population Council, pp. 18-21.
- Kusin, A. J., S. Kardjati, M. J. Houtkooper, y H. U. Renqvist (1992), "Energy supplementation during Pregnancy and Postnatal Growth", *Lancet*, 340, pp.623-26.
- Larroque, B. (1990), "Alcohol and the Fetus", *International Journal of Epidemiology*, vol. 21, núm. 4, suplemento 1, S8-S16.
- Last, M. (1992), "The Importance of Extremes: The Social Implications of Intra-household Variation in Child Mortality", *Social Science and Medicine*, vol. 35, núm. 6, septiembre, pp. 799-810.
- Lehew, L. W. (1992), "Teenage Pregnancy Prevention: The Vital Importance of the Medical Community's Involvement", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 167, pp. 299-302.
- López, R., S. Pérez Gil y M. Guerrero (1992), "Alimentación y nutrición", *La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud*, México, Dirección General de Salud Materno-Infantil, Secretaría de Salud, pp. 61-76.
- Lozano, R., C. C. Infante, P. L. Schlaepfer, y J. Frenk (1992), *Desigualdad, pobreza y salud*, México, INSP.
- MacCormack, C. (1992), "Planning y Evaluating Women's Participation In Primary Health Care", *Social Science and Medicine*, vol. 35, núm. 6, septiembre, pp. 831-837.

- Mallen, A. (1992), "Morbilidad", *La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud*, México, Dirección General de Salud Materno-Infantil, Secretaría de Salud, pp. 77-147.
- Morris, L. (1989), "La experiencia sexual y el uso de anticonceptivos entre jóvenes adultos en América Latina", *Memorias de la Conferencia Internacional sobre Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe*, Oaxaca, México, pp. 74-81.
- Mumford, D. S. y E. Kessel (1992), "Sterilization Needs in the 1990s: The Case for Quinacrine Nonsurgical Female Sterilization", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 167, pp. 1203-1207.
- Organización Panamericana de la Salud (1993), "La mortalidad materna en las Américas", *Boletín Epidemiológico*, vol. 14, núm. 1.
- (1990), *La condición de la salud en las Américas*, vol. 1, Publicación Científica, núm. 524.
- Paim, S. J. y N. M. Costa (1993), "Decline and Unevenness of infant Mortality in Salvador, Brazil, 1980-1988", *Bull PAHO* 27(1), pp. 1-14.
- Pérez, E. R. (1993), "Breast-feeding Patterns in Nine Latin American and Caribbean Countries", *Bull PAHO* 27(1), pp. 32-42.
- Ramos, S., y E. A. Pantelides, (1990), "Prevención secundaria del cáncer de cuello de útero: determinantes de la deserción de pacientes", *Cuadernos Médicos Sociales*, núm. 53, pp. 37-50.
- Ravelo, B. P. (1993), "Consideraciones en torno al estudio de la salud del trabajo femenino", ponencia presentada en el *Foro sobre Mujer, Trabajo, Salud y Pobreza*, El Colegio de México.
- Riquer, F. F. (s/f), *La identidad femenina en la frontera ante la conciencia y el mundo de la interacción social*, El Colegio de México.
- Rodríguez-Trias H. (1992), "Women's Health, Women's Lives, Women's Rights", *American Journal of Public Health*, vol. 82, núm. 5, mayo, pp. 663-664.
- Rosenfield, A. (1992), "Maternal mortality: community-based interventions", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, suplemento, S17-S22.
- Ruzek, S. (1993), "Towards a More Inclusive Model of Women's Health", *American Journal of Public Health*, vol. 83, núm. 1, enero, pp. 6-7.
- Salazar, H. H. (1993), "Mortalidad de la mujer en México o la culminación de una vida de mala calidad", trabajo presentado en el *Coloquio sobre Género y Salud Femenina, Enfoques y Perspectivas*, México, Casa Chata.
- Salgado-Synder, N. (1993), "Family Life across the Border, Mexican Wives Left Behind", *Hispanic Journal of Behavioural Sciences*, agosto (en prensa).
- Secretaría de Salud (1988), Encuesta Nacional de Salud, Resultados Nacionales, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Epidemiología, México.

- (1992), Encuesta Nacional de Adicciones, Alcohol y Tabaco, Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología/Instituto Mexicano de Psiquiatría, México.
- (1993a), "Salud Materno-Infantil", *Perfiles de Salud*, núm. 1, México, Dirección General de Estadística e Informática, SSA.
- (1993b), *Encuesta sobre el Manejo Efectivo de Casos de Diarrea en el Hogar*, México, Conaced, SSA.
- (1989), *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud*, Secretaría de Salud/Macro International.
- Sidel, R. (1992), "Women and Children First: Towards a US Family Policy", *American Journal of Public Health*, vol. 82, núm. 5, mayo, pp. 664-665.
- Sistema Nacional de Salud (1991), *Breviario Estadístico Sectorial 1980-1990*, México.
- Soberón, G., J. Kumate y J. Laguna (comps.) (1988), *La salud en México, testimonios 1988*, tomo II, "Problemas y programas de salud", Biblioteca de la Salud, FCE, pp. 138-156.
- Sotelo, J.M. (1993), "El enfoque de riesgo y la mortalidad materna, una perspectiva latinoamericana", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 114, núm. 4, abril, pp. 289-301.
- Umberson, D. Gender (1992), "Marital Status and the Social Control of Health Behavior", *Social Science and Medicine*, vol. 34, núm. 8, abril, pp. 907-917.
- United Nations (1985), *Socioeconomic Differentials in Child Mortality in Developing Countries*, Nueva York, ST/ESA/SER.A/97, pp. 286-291.
- Valenzuela, M., J. Herold, L. Morris e I. López (1992), "Encuesta de salud reproductiva en adultos jóvenes del Gran Santiago", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 112, núm. 1, noviembre, pp. 19-30.
- Van De Walle, E. (1992), "Fertility Transition, Conscious Choice y Numeracy", *Demography*, vol. 29, núm. 4, noviembre, pp. 487-502.
- Vega, M.G. y G. González Pérez (1993), "Factores maternos asociados a la duración de la lactancia en áreas periféricas de Guadalajara, México", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 115, núm. 2, agosto, pp. 118-127.
- Wallace, H. (1992), "Maternal Health Antecedents of Infant and Early Childhood Mortality and Morbidity", *Journal of Tropical Pediatrics*, vol. 38, pp. 4-6.
- Welti, C. y B. Rodríguez (1993), "La investigación en México sobre participación de la mujer en la actividad económica en áreas urbanas y los efectos en su condición social", en J. Alatorre, G. Careaga, C. Jusidman, V. Salles, C. Talamantes y J. Townsend (coords.), *Las mujeres en la pobreza*, México, Gimtrap, El Colegio de México, pp. 121-177.

- Winkvist, A., M. K. Rasmussen, y J. P. Habicht (1992), "A New Definition of Maternal Depletion Syndrome", *American Journal of Public Health*, vol. 82, núm. 5, mayo, pp. 691-694.
- Woldenberg, J. (1992), "Aborto e hijos no deseados", *Debate Feminista*, septiembre, año 3, vol. 6, pp. 332-340.
- Wolf, N. (1992), "El mito de la belleza", *Debate Feminista*, año 3, núm. 5, pp. 209-219.
- World Development Report (1993), *Investing in Health*, World Bank Report 11778, abril, cuadro A. 10.
- Zapata, C., A. Rebolledo, E. Atalah, B. Newman y M.C. King (1992), "The Influence of Social and Political Violence on the Risk of Pregnancy Complications", *American Journal of Public Health*, vol. 82, núm. 5, mayo, pp. 685-690.

IV. COMENTARIO AL TRABAJO “LA CONDICIÓN DE LA MUJER Y LA SALUD INFANTIL”

PILAR MURIEDAS*

Por asociar en esta ocasión la condición de la mujer y la salud materno infantil, desde una perspectiva de género, deseamos salutar este esfuerzo para convocarnos de la Dirección de Planificación Familiar. Nosotras, como parte del Movimiento Amplio de Mujeres, hemos insistido desde hace varios años en la necesidad de incorporar los programas de planificación familiar a una concepción político-administrativa de salud sexual y reproductiva, y no a lineamientos demográficos dados por las políticas de población. Por ser ésta hoy una pretensión más generalizada, nos sentimos muy honradas de estar aquí y contribuir modestamente, desde nuestra experiencia de trabajo por la salud de las mujeres, con algunos comentarios al excelente documento elaborado por Mario Bronfman y Héctor Gómez Dantés.

Leímos con detenimiento el mencionado trabajo, conocimos nuevos datos sobre las condiciones de vida de millones de mexicanas y su impacto negativo en la salud de sus hijos e hijas; nos sorprendió un poco que siendo hombres los autores del documento, no mencionaran las consecuencias que arroja la identidad asignada al género masculino en esta sociedad, que también presumimos repercute en la salud infantil. Sería importante empezar a explorar esta problemática.

A medida que seguíamos leyendo el documento, se nos fue despertando el interés, como en las buenas novelas, de conocer el desenlace final. El contenido que estábamos leyendo era tan enriquecedor para seguir conociendo la realidad que andamos transformando, que nos encantaba la idea de conocer qué planteaban los autores para cambiar el rumbo de esa historia de mujeres, tan

* Salud Integral para la Mujer.

trágica, llena de desigualdades y sufrimientos. Y así fue como llegamos al final de la lectura.

Aquí queremos detenernos en nuestro comentario. Son tres las ideas que se manejan en las conclusiones: 1) Que la perspectiva de la mujer y su participación en el diseño de estrategias es un imperativo para definir prioridades. 2) Que hasta que las mujeres no se apropien de los escenarios académicos y centros de investigación, no habrá posibilidades de que su salud tenga la atención que merece y por ende también la salud infantil. 3) Que hay que adecuar la sugerencia de Virginia Wolf, en cuanto a la no colaboración de las mujeres en acciones en las que ellas no han tomado las decisiones para iniciarlas.¹

Sobre la primera, nos parece que efectivamente es una necesidad urgente incorporar la perspectiva de género en las políticas educativas y de salud, si lo que se busca es modificar las condiciones de desigualdad y mejorar los proyectos de vida de millones de mexicanas y mexicanos. Este es un reclamo que empieza a estar presente en el discurso de los políticos y funcionarios pero que, sin embargo, todavía no vemos hecho realidad. Seguiremos insistiendo en que no basta incorporar mujeres, lo cual por supuesto ya es un avance; lo que también necesita nuestro país es incorporar las propuestas emanadas, tanto de las organizaciones de mujeres que trabajan —desde una perspectiva de género (o feminista, que para nosotras es lo mismo)— como también los resultados de investigaciones que con mucha seriedad y compromiso elaboran un número cada vez mayor de académicos y académicas de México. Sobre esto último es que damos pie al comentario de la siguiente idea manejada por Bronfman y Gómez Dantés.

Es ya conocido que la separación entre la academia y quienes toman las decisiones de gobierno es un fenómeno cotidiano en este país. La falta de interés —del actual proyecto neoliberal— de apoyar a las instituciones públicas de educación superior es una muestra de ello y se sigue pensando que la luz vendrá de fuera. Por ello creemos que no es suficiente que las mujeres nos apropiemos de los escenarios académicos (las universidades se empiezan a feminizar); eso podría funcionar muy bien en los países europeos. Es necesario que desde dentro y fuera hagamos un frente común con las y los investigadores de este país para que realmente sus aportes

¹ La referencia a Virginia Wolf aparecía en la primera versión del trabajo de Mario Bronfman y Héctor Gómez Dantés.

y propuestas se traduzcan en políticas públicas, científicas y tecnológicas que respondan a las grandes necesidades de los hombres y mujeres de México. Indudablemente que en este accionar conjunto deberán integrarse también los resultados de los trabajos directos y de análisis que realizamos las organizaciones no gubernamentales de mujeres.

Con respecto a la participación y colaboración o no de las mujeres en los espacios públicos donde se toman las decisiones, quisiéramos recordar que desde el resurgimiento del movimiento feminista en los años setenta, éste ha sido un debate que ha tenido distintas etapas. En sus primeros años, las acciones se concentraban en dar a conocer la existencia de grupos organizados de mujeres, por el derecho básicamente de la apropiación del cuerpo y la maternidad voluntaria, haciendo un claro deslinde de todo lo que representara el poder del Estado y sus políticas públicas. Su expresión se caracterizaba por una clara resistencia y beligerancia a lo establecido. No era posible, en aquellos años, pensar en sostener algún diálogo ni mucho menos acuerdos con el gobierno ni con los organismos políticos del Estado. Nos parece que esta posición era comprensible, ya que el movimiento no contaba con fuerza para generar una interlocución favorable a las causas de las mujeres.

Más tarde, con la integración creciente de la fuerza de trabajo femenina en el mercado laboral (aclaramos que estamos hablando desde lo urbano), cuando muchas expresiones feministas abandonaron los pequeños círculos de autorreflexión para emprender nuevas tareas de organización en diversos sectores de la clase trabajadora, se dio la necesidad de entablar relaciones con las instancias de poder en aras de negociar sus demandas como asalariadas. El cómo y desde dónde establecer estas relaciones fue motivo de debate. La experiencia de interlocución se hizo más cotidiana con la multiplicación de organizaciones del movimiento urbano-popular, en particular con la participación masiva de las mujeres quienes buscaban respuestas de emergencia a sus demandas. Allí el protagonismo femenino empezó a incluir en sus demandas de clase la perspectiva de género.

El tema de la salud de las mujeres (con excepción de la preocupación de engendrar hijos sanos) seguía quedando en segundo plano. Fue con el surgimiento de las llamadas organizaciones no gubernamentales (ONG) de mujeres, que se empezó a marcar una clara necesidad de incluir la lucha por la salud como una

demanda fundamental del movimiento social y, junto con ello, la necesidad de elaborar propuestas de modificación a las políticas públicas sanitarias.

En los últimos años, las ONG de las feministas y diversas organizaciones sociales salieron de la marginalidad, tomaron su lugar en la mirada pública y aceptaron el desafío de ejercer sus derechos de ciudadanía. Como dijera De Souza, salen de lo micro a lo macro, de lo privado a lo público, de la resistencia a la propuesta, de lo anti a lo pro.

Hoy, la propuesta de muchas organizaciones feministas es que, sin perder autonomía, se delimite un nuevo marco de actuación de éstas en la definición e implantación de las políticas públicas. Nuestra experiencia y años de trabajo nos indican que ha llegado el momento de pasar a la construcción de opciones sociales de gran magnitud, hacedoras de futuro y de escenarios posibles sin abandonar las utopías. Es esta parte de la sociedad civil una de las que puede emprender de manera organizada esta tarea, contribuir a ella, poner sus conocimientos al servicio del cúmulo de organizaciones, partidos y gobierno que puedan y quieran ingresar a esta iniciativa común, colectiva, sin exclusivismos.

Por último, estas breves reflexiones también tienen un final, y quisiéramos que fuera feliz porque no podemos estar todo el tiempo quejándonos, criticando y presentándonos siempre como víctimas. También en esa historia amarga de las mujeres de la que tanto nos hablan Mario Bronfman y Héctor Gómez, ha habido grandes momentos de destello que nos animan a no decaer.

Por ello, para terminar, y como una síntesis del quehacer y renacer de la lucha de las mujeres, como una expresión de los avances del movimiento feminista, le damos la voz, en esta ocasión, a las indígenas zapatistas que con su sencillez y sabiduría plantearon los ideales de millones de mujeres a los soldados de su ejército y al mundo entero:

“Queremos que no nos obliguen a casarnos con el que no queremos. Queremos tener los hijos que queremos y podemos cuidar. Queremos derecho a decir nuestra palabra y que se respete. Queremos tener cargo en la comunidad. Queremos derecho a estudiar y hasta de ser choferes.” (Carta aparecida en *La Jornada*, 1994). Ese fue el primer alzamiento, dicen, del Ejército Zapatista de Liberación Nacional en marzo de 1993 y lo encabezaron mujeres indígenas. No hubo bajas y ganaron.

V. INVESTIGACIÓN SOBRE TRABAJO FEMENINO Y SALUD: AVANCES Y PROPUESTAS

MARÍA ASUNCIÓN LARA*

La salud de las mujeres que realizan trabajo extradoméstico se ve afectada por múltiples factores. En primera instancia, por aquellos que atañen a las mujeres en general, y que son detalladamente analizados en los trabajos de Ana Langer y Rafael Lozano y de Mario Bronfman y Héctor Gómez. Su creciente incorporación al trabajo remunerado las expone a riesgos adicionales, que provienen de procesos socioeconómicos globales, de condiciones laborales y domésticas; condiciones socioeconómicas como la crisis de los últimos años, los cambios en los mercados laborales, la industrialización del país, etc.; condiciones laborales relacionadas con las características del empleo femenino, la exposición a nuevos agentes que contribuyen a enfermedades de trabajo y que afectan su salud reproductiva, entre otras, y condiciones domésticas, que se refieren a la distribución del trabajo entre los géneros, que asigna a las mujeres las tareas de la reproducción, lo que deriva en una doble jornada laboral, y ésta, en exceso de trabajo y conflicto entre demandas incompatibles.

El presente trabajo pretende incorporar las perspectivas sociológica y psicológica de las condiciones que afectan la salud de las mujeres trabajadoras. Se consideró tanto la dimensión física como emocional de la salud, ya que el efecto es sobre ambas y, además, porque teóricamente es cada vez más insostenible considerarlas como aspectos independientes. Se partió de los estudios realizados en México en población femenina, que han incluido dentro de sus variables de investigación tanto el aspecto de trabajo como el de

* División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Quisiera agradecer a la licenciada Maricarmen Acevedo C. por su valiosa colaboración.

salud y, además, han sido publicados a partir de 1980; posteriormente se incorporaron investigaciones realizadas en otros países sobre el tema de la salud de las mujeres trabajadoras y, finalmente, se aventuraron hipótesis sobre nuevas relaciones salud-trabajo, con base en un análisis de las condiciones de género en que se da la incorporación económica de las mujeres. Pensamos que no podía concluirse el trabajo sin hacer un cuestionamiento sobre el modelo médico prevaleciente.

LAS CONDICIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS

La crisis económica de la última década, si bien ha afectado a todos los trabajadores, vía niveles de ocupación e ingreso disminuidos y reducción en los programas de prestaciones, ha sido un factor determinante sobre la condición de las mujeres. Un examen crítico de los datos acumulados en la década de 1975 a 1985, muestra que en lugar de mejorar, el estatus socioeconómico de la gran mayoría de las mujeres del Tercer Mundo empeoró considerablemente: "Con pocas excepciones, el acceso relativo de las mujeres a los recursos económicos, a los ingresos y al empleo se ha deteriorado, sus cargas de trabajo han aumentado, su salud relativa y hasta absoluta, y su estado alimenticio y educativo han declinado" (Sen y Grown, 1988, p.13).

Entre las causas de dicho deterioro se encuentran la prevalencia de ideologías y prácticas sociales que se sustentan en la dominación masculina, lo que niega o limita la participación económica de la mujer y, por lo tanto, limita su acceso a los recursos económicos y a la participación política; la relega a los trabajos de menor estatus y mal remunerados. Asimismo, la construcción social de género que las concibe como débiles, menos valiosas, y equipara sus habilidades con simples virtudes femeninas, lleva a que se les dé menor capacitación y remuneración. Por otro lado, mantiene la división sexual del trabajo, imponiéndole las tareas domésticas y de la reproducción. Su condición reproductiva también dificulta su estatus laboral, ya que en el sistema las ganancias son el factor determinante, y no se considera rentable proveer a las mujeres de condiciones laborales óptimas (Córdova *et al.*, 1989).

El modelo de desarrollo que precedió a la crisis de los años ochenta, "partió del supuesto de que el crecimiento económico se

desparramaría automáticamente bajo las formas de niveles de vida mejorados hacia los sectores más pobres de la población" (Sen y Grown, 1988: 14). La evidencia contundente es que el crecimiento económico no se derrama de la manera esperada.

Si bien en lo que va de la década se ha logrado una cierta reversión de estas condiciones, la recesión continúa y el mayor desarrollo observado no se ha reflejado en una mejor distribución del ingreso. Aún más, la creciente globalización de la economía ha tenido un efecto importante en el desempleo y el abaratamiento del trabajo.

Se observan también limitaciones de los planes nacionales, de la legislación y normas sobre la promoción de la salud y la prevención de las lesiones relacionadas con el trabajo, así como una ineficiente cobertura por las estructuras de salud actualmente disponibles y deficiente coordinación de éstas (Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1992).

La crisis ha sido enfrentada por las familias más pobres con muy variadas estrategias de sobrevivencia, entre ellas por una amplia utilización de mano de obra femenina, lo que se ha reflejado en un aumento en la incorporación económica de las mujeres (García y Oliveira, 1992). Las autoras observan que, a diferencia de lo que ocurrió en años anteriores, las mujeres de mayor edad y con hijos se incorporaron en mayor número. La mayor participación económica correspondió a mujeres de sectores bajos, mientras que las mujeres de los sectores medios, unidas y con hijos, mostraron menores niveles de participación económica, muy posiblemente debido a dificultades de ellas para mantener sus empleos asalariados más calificados o para entrar a trabajar en un contexto de crisis. Es posible que otras estrategias utilizadas por los sectores medios hayan consistido en recortes de gastos, no recurrir al empleo de trabajadoras domésticas y que, como consecuencia, las madres se hayan tenido que dedicar mayormente al cuidado de los hijos (García y Oliveira, 1992). Consecuentemente, la organización de la vida cotidiana de muchos hogares en el país se ha visto modificada en los últimos años, y en esta reorganización las responsabilidades de las mujeres han aumentado y las posibilidades de ayuda se han visto sustancialmente disminuidas.

Un factor adicional, que ha influido en el incremento de la participación económica de la mujer, es la ampliación de oportunidades que ha traído aparejada la urbanización e industrialización del país.

Las condiciones globales sociales y económicas impactan la salud de la población en general. Es necesario documentar de manera más detallada cómo se da este proceso y la magnitud del mismo. En la comprensión de la salud de las mujeres trabajadoras, es importante mantener estas condiciones en mente, ya que conforman el marco general dentro del que se dan otras situaciones más específicas.

EL ÁMBITO LABORAL

Pese a la mayor participación económica femenina, el número absoluto de mujeres en actividades productivas es mucho menor al de hombres. Las condiciones que caracterizan su trabajo también son muy diferentes a las de ellos, como se verá más adelante.

La participación económica femenina es mayoritaria en el sector terciario, ésta es más clara en los servicios tales como los comunitarios y los sociales, además de su presencia tradicional en el trabajo doméstico. Dentro de este sector, un grupo importante de mujeres se dedica al comercio por cuenta propia (Oliveira, 1989).

En el sector industrial, la participación femenina se ubica en segundo lugar, después del sector de servicios, y es sólo un poco menor, en términos porcentuales, a la población masculina. Sin embargo, hay grandes diferencias entre los tipos de actividades de unas y otros en cuanto ingresos, accesibilidad a puestos calificados, oportunidades de capacitación y ascensos, etc. La mano de obra femenina se ubica primordialmente en la industria tradicional o en la industria maquiladora de exportación (IME), con bajos salarios, puestos temporales, trabajo a destajo o por tiempo parcial (Oliveira, 1989), en industrias con menos desarrollo tecnológico en las que hay menos inversión de capital y en trabajos poco calificados (Luna, 1986). Encontramos en la IME una preferencia por la contratación de mujeres jóvenes, por considerarlas mano de obra diestra, eficiente, dócil y sin experiencia en organización sindical.

Es de suponer que estas condiciones derivan en factores de riesgo para la salud de las mujeres trabajadoras. Una serie de investigaciones han documentado diversas enfermedades laborales muy estrechamente ligadas a condiciones de altas cuotas de productividad, restricción de movimiento, posturas incómodas,

falta de higiene y de instrumental de trabajo adecuado, etc. Entre éstas se encuentran los trabajos de Carlesso y Rodríguez (1985), Márquez y Romero (1988) y Barrera (1990), en mujeres de las maquilas; de Garduño y Rodríguez (1990), sobre empleadas del metro, y de Alvear, Ríos y Villegas (1991), en costureras. En resumen, se reporta la presencia frecuente de traumatismos laborales, dermatitis de contacto, enfermedades articulares de índole reumático e insuficiencia vascular periférica, patologías respiratoria y ginecobstétrica, así como síntomas emocionales tales como nerviosismo, desesperación, histeria, cansancio, agotamiento, neuritis y dolor de cabeza.

Ahumada (1993), en un trabajo similar sobre obreras, calcula el riesgo relativo según condiciones laborales de estrés. Encuentra en 51% niveles moderados de tensión asociados a la situación económica, 43.8% a la situación laboral y 40.8% con la salud. Uribe, Ramírez, Romero y Gutiérrez de la Torre (1991), por su parte, encuentran que las enfermedades laborales¹ son la queja más común en su muestra de maestras, enfermeras y secretarias, sobre todo en las primeras. Las afecciones físicas y emocionales fueron frecuentes en todas las trabajadoras.

Los efectos sobre la salud reproductiva también han sido estudiados. Denman (s/f, a) toma como indicador de salud el peso al nacer de los hijos, y reporta un mayor riesgo de bajo peso y de prematuridad antes de la semana 37 entre las maquiladoras, en comparación con trabajadoras en el área de los servicios. La autora propone que las deficiencias nutricionales, aunadas a riesgos del proceso de trabajo durante el embarazo, pueden relacionarse con este problema. Por otro lado, Cerón, Sánchez y Harlow (1993), en un estudio epidemiológico en trabajadoras de las áreas de servicios, industria de la transformación y comercio, encuentran bajo peso en los hijos recién nacidos, cuando las condiciones laborales se caracterizan por un alto número de horas de trabajo a la semana, por horarios rotatorios y por no gozar de licencia de maternidad.

Guendelman y Silberg (1993) estudian el efecto de algunas variables domésticas y extradomésticas, sobre la salud física y emocional de mujeres de la industria maquiladora de exportación

¹ Definidas como "toda afección a la salud cuya relación con el trabajo es percibida y referida por la persona encuestada y no determinada institucionalmente"; p. 103.

(IME) y del área de servicios. Entre sus resultados se encuentra que todas las trabajadoras tienen sentimientos de ejercer poco control, mas no identifican diferencias entre mujeres de la IME y las trabajadoras de servicios en las variables estudiadas: incapacidades físicas y síntomas emocionales (depresión y nerviosismo), pese a que las primeras tienen menor escolaridad, ganan menos, trabajaban más horas y se perciben a sí mismas con menor control en sus actividades. La insatisfacción con el trabajo se relacionó con las mediciones de salud y bienestar. Hovell *et al.*, (1988) tampoco encontraron diferencias importantes entre grupos de maquiladoras y otras empleadas.

De manera similar, Lara, Acevedo, López y Fernández (1993) intentan relacionar algunas condiciones domésticas y extradomésticas con el malestar emocional en enfermeras. Las condiciones laborales que se asociaron con síntomas depresivos fueron la tensión ocupacional (ambiente nocivo, escasez de personal, recompensas inadecuadas), el trabajar en el turno vespertino (probablemente relacionado con la dificultad de cuidado para los hijos) y laborar en un área crítica (cirugía, terapia intensiva). El trabajo en un área crítica también se asoció con síntomas somáticos.

La falta de seguridad social es otro aspecto que repercute sobre la salud de las mujeres. Hay que considerar que debido a que el mayor porcentaje de mujeres ingresa al sector informal, pocas son las que tienen derecho a la seguridad social. A este respecto, Schlaepfer e Infante (1993) encontraron la mayor morbilidad y la menor utilización de servicios de salud en las trabajadoras no derecho-habientes que, a la vez, provienen de numerosos hogares, con baja escolaridad y que viven en viviendas con regulares o malas condiciones de salubridad.

Pueden observarse a partir de estos trabajos diversas formas de relación entre el trabajo y la salud. A continuación se mencionarán aquellas que se han estudiado en México y se señalarán otras sobre las que habrá que poner atención en el futuro.

En primer lugar, tenemos enfermedades laborales relacionadas con sistemas de producción caracterizados por elevadas exigencias, trabajos repetitivos, posturas incómodas, inmuebles inadecuados, etc. Se considera que estas patologías relacionadas con cargas psíquicas y fisiológicas las comparten todos los procesos tayloristas. Si bien es cierto que estas condiciones afectan de igual

manera a hombres que a mujeres, encontramos que las mujeres son más numerosas en ocupaciones con estas características. Dada la limitada información sobre estos daños a la salud, es necesario ampliar, en este sentido, la investigación.

En el caso anterior, encontramos que ha habido poco interés por relacionar los efectos sobre la salud de condiciones de trabajo ya identificadas como potencialmente dañinas. Tal es el caso de obreras de muy diversas industrias, pero en particular de la industria textil, cuya situación ha sido documentada por Leñero (1984) y Sheridan (1991), el de las mujeres en actividades por cuenta propia en la manufactura (Beneria y Roldán, 1992; Alonso, 1981), el de las trabajadoras domésticas (Goldsmith, 1990 y 1984) y el de las vendedoras ambulantes (Hernández y Zetina, 1992).

Otro tipo de efecto de las condiciones de trabajo y el sistema de producción es el que atañe a la salud reproductiva. Un ejemplo, casi único, es el trabajo de Denman. Sus resultados son suficientemente alarmantes como para sugerir la necesidad de mayor profundización.

En algunos de estos estudios se hace alusión a la exposición a agentes químicos, como solventes, polvo, etc., que afectan la salud en general. Sin embargo, ha sido poco analizada la manera como la exposición a agentes químicos, físicos y biológicos, afecta la salud de las trabajadoras. La exposición a estos agentes es una segunda forma como la incorporación de la mujer a la actividad productiva afecta su salud, y que ha sido particularmente documentada en otros países en relación a la salud reproductiva.

En un trabajo anterior hemos mencionado diversos riesgos laborales para las mujeres gestantes. En él se hace mención a la casi total ausencia de investigación en nuestro país y a las omisiones respectivas en la legislación (Lara y Acevedo, 1996). Se han identificado los solventes industriales del plástico y hule —a los que con frecuencia están expuestas laboratoristas, médicas, trabajadoras de la industria de la piel—; los ya conocidos efectos de las radiaciones sobre el producto y sobre los senos de la madre; el ruido exagerado; la exposición a monitores de computadoras; la contaminación por plomo y otros metales; la exposición a agentes biológicos, en el caso de enfermeras y médicas, por mencionar sólo algunos (Lara y Acevedo, 1996).

Una tercera forma de abordar la relación proceso laboral-salud es a través del aislamiento de condiciones de trabajo más específi-

cas como son los horarios, turnos, áreas, jornadas y descansos, con síntomas físicos y emocionales específicos y con efectos sobre la salud. La revisión que hacen Repetti, Mattheus y Waldron (1989) sobre estos aspectos en la literatura norteamericana, señala que las altas demandas de trabajo, aunadas a la poca claridad en las expectativas y en la retroalimentación, aumentan el riesgo de enfermedades coronarias; que el trabajo monótono y aburrido se asocia con mayores tasas de hospitalización por infarto al miocardio, enfermedades gastrointestinales y problemas de alcoholismo; trabajar jornadas mayores a las esperadas se relaciona con presión arterial alta; la presión derivada del exceso de trabajo, la despersonalización y las recompensas inadecuadas se asocian con aumento de depresión.

La reproducción de valores patriarcales, dentro del ámbito laboral, sienta las bases para una relación de subordinación de las mujeres hacia los hombres. Esto es, de la subordinación en la familia se pasa a la subordinación en el trabajo. Esto parece ser más grave en el caso de las trabajadoras más jóvenes quienes, como hemos visto, son la mano de obra predilecta de algunos sectores de la industria. Los factores genéricos constituyen un cuarto factor adverso sobre la salud de las mujeres trabajadoras.

La ideología hegemónica también funciona en la configuración de ocupaciones "femeninas" en las que las mujeres son mayoría, y ocupaciones "masculinas" en las que son minoría. En las primeras se da una devaluación del trabajo por considerarlo "de mujeres" y en las segundas, aparte del rechazo de los varones, las posibilidades de ascenso, capacitación y desempeño de labores de las trabajadoras pueden verse seriamente obstaculizadas (González-Salazar, 1986). Suponemos que esta condición tiene efectos sobre la salud de las mujeres, vía menores ingresos, mayores presiones y frustraciones, pero también por una autoestima disminuida.

En las situaciones donde numéricamente un sexo domina a otro se da con más frecuencia el hostigamiento sexual (Gutek y Morasch, 1982). Éste es un ejemplo más de relación genérica y un fenómeno poco estudiado en nuestro país (García, 1987; Bedolla y García, 1985; Valle, 1984). Los efectos del acoso sexual van desde leves repercusiones psicológicas y sociales, hasta perjuicios graves como la pérdida del empleo; desde efectos sobre la autoestima, sentimientos de enojo, impotencia y angustia hasta depresión severa (Gosselin, 1984).

La decisión sobre el embarazo lleva apareada consecuencias laborales para la mujer en cuanto a contratación, ascensos, despidos, etc., siempre en un sentido negativo. Es común (28%), por otro lado, que las mujeres que se insertan en el sector formal de la economía se vean limitadas en su función reproductiva, ya que tienen que comprobar el no embarazo al inicio de la relación laboral (García-Cardona *et al.*, 1990). Esta es una condición más de género que afecta la salud.

La igualdad que la ley le confiere a la mujer y particularmente la ley laboral, aunada a la igualdad observada en niveles de educación hasta el nivel medio superior,² no es tal mientras persistan diferencias genéricas que la colocan en desventaja laboral respecto al varón. Además de las ya mencionadas —como la discriminación, menores oportunidades y puestos de menor categoría y remuneración pese a una mejor escolaridad— están otras menos estudiadas. Éstas se refieren a diferencias en expectativas respecto al significado del trabajo para los hombres y para las mujeres, que llevan a que el trabajo forme parte de la identidad masculina mientras que la maternidad forme la femenina. En función de esto, se socializa a la mujer en formas de pensar, de comportarse y en habilidades femeninas que poco tienen que ver con las destrezas necesarias en el desempeño laboral; mientras tanto, los hombres son tempranamente socializados para desempeñarse en este campo.

La mujer construye una identidad a partir de una ideología que la define como débil, pasiva, insegura, menos valiosa que el varón; no competitiva, complaciente, maternal, con poca habilidad para actividades mecánicas, racionales y matemáticas; cuyo ámbito es el doméstico y su única posibilidad de acceso a un estatus social: el matrimonio. Las mujeres consideran que el cuidado de la casa y de los hijos son parte de su función vital, y el trabajo sólo se justifica por ausencia del cónyuge o por circunstancias críticas.

Esta identidad las conduce a que muchas no valoren sus propios logros y habilidades, a que no luchen por un mejor puesto o empleo, a que se autolimiten en el despliegue de sus potencialidades y a que vivan con un sinnúmero de contradicciones y conflictos. En otros países, este problema constituyó una línea de

² Según cifras del INEGI las diferencias más marcadas entre hombres y mujeres se observan en el nivel superior y de posgrado en 4 y 5% en favor de los hombres, respectivamente.

investigación que se identificó como miedo al éxito, y sus resultados pusieron de manifiesto que éste impide a las mujeres el éxito que pudieran tener, y tiene efectos adversos sobre su desempeño laboral. Los trabajos de Cook (1993), Orlofsky (1981) y Mokosky (1976) son algunos ejemplos.

Burin (1993) ha utilizado el concepto de *techo de cristal* para referirse a una posición similar a la antes mencionada. El techo de cristal se refiere a la condición que experimentan mujeres de más de 45 años —con buenas oportunidades educativas y ocupacionales— en su situación laboral. Ésta consiste en una limitante invisible ubicada como plano superior, más allá del cual no pueden pasar. Entre las condiciones que contribuyen a ello, Burin menciona a las responsabilidades domésticas, el mayor nivel de exigencia que se tiene sobre ellas que sobre los varones, los estereotipos sociales y las percepciones que tienen de sí mismas las propias mujeres. Burin considera que éste es un agente depresivo para ellas.

El trabajo de García y Oliveira (1992) señala que las mujeres mantienen diversos grados de compromiso con el trabajo extradoméstico y perciben la maternidad con distintos niveles de involucramiento. Sería interesante la formulación de hipótesis respecto a estas discrepancias en relación a la salud, ya que éstas, en su significación, se reflejan en diferencias en sus estrategias y relaciones familiares. Las autoras señalan que son las mujeres de sectores medios y aquellas que consideran que su trabajo es una contribución monetaria central al hogar, las que con mayor frecuencia tratan activamente de incorporar al marido a las tareas de la casa, intensifican las estrategias para el cuidado de los hijos, cuestionan la autoridad del cónyuge como el jefe único del hogar y llevan a cabo mayor número de acciones concretas para intentar cambiar el dominio masculino. Mientras, en sectores populares y cuando el trabajo se considera como suplementario, no se plantean cambios fundamentales en la división del trabajo por géneros en el seno de la familia. Finalmente, habría un grupo de mujeres que preferirían no trabajar, como es el caso de algunas jefas económicas (García y Oliveira, 1992) y cabría preguntarse cómo se ve afectada la salud bajo esta condición.

La investigación de García y Oliveira nos introduce a la valoración subjetiva del trabajo, que podemos considerar como una quinta relación entre el trabajo extradoméstico y la salud. Algunos estudios han reportado que la actitud favorable hacia el empleo o

el deseo de trabajar se relaciona positivamente con el bienestar y la salud (Repetti *et al.*, 1989). Con anterioridad habíamos hecho alusión a otro aspecto subjetivo, que es la insatisfacción con el trabajo, también relacionado con la salud (Guendelman y Silberg, 1993).

Entre otros aspectos psicológicos³ asociados con la salud, se ha identificado la personalidad como un factor importante. Por ejemplo, en algunos países se ha observado que las mujeres en altos puestos empresariales y en la academia, caracterizados por alta competitividad, comienzan a adoptar lo que se llama patrón A de conducta, más típico de los varones, que se caracteriza por una excesiva sensación de urgencia de tiempo e impaciencia, hostilidad, ambición extrema, competitividad y motivación elevada del logro. Se ha visto que este tipo de conducta tiene efectos adversos sobre la salud (Repetti *et al.*, 1989). Otra variable de personalidad asociada con un incremento en los niveles de estrés es el exceso de atención dirigida hacia sí misma (Frone *et al.*, 1991). La autoestima también se ha relacionado con niveles de estrés y depresión (Salgado de Snyder y Maldonado, 1993).

Se ha visto que el apoyo social en el ambiente laboral —de supervisores o compañeros— protege de la presencia de síntomas depresivos, hospitalizaciones, quejas físicas e incidencia de enfermedades cardíacas (Repetti *et al.*, 1989). Las formas de apoyo social efectivas no pueden generalizarse para todas las poblaciones, sino que son específicas a las condiciones que se presentan (Frone *et al.*, 1991). Por ejemplo, en Suecia, el apoyo social en el trabajo no se relacionó con bienestar en las mujeres, más bien el permiso para ausentarse con cierta autonomía influyó en una reducción de la presión laboral y del agotamiento físico (Moen y Forest, 1990).

Otras relaciones entre salud y trabajo, derivadas de la participación de la mujer en la actividad productiva, también pueden ser observadas en relación con eventos reproductivos tales como la fecundidad, la menstruación, la menopausia y la lactancia. Estas relaciones tocan muy diversos planos: el biológico, psicológico, social y de género. No hablaremos de ellos, ya que han sido tratados en un trabajo anterior (Lara y Acevedo, 1996).

Finalmente, la salud de las trabajadoras puede verse afectada a través de cambios en conductas y hábitos que se asocian con la

³ Dentro de éstos consideramos los aspectos subjetivos, arriba mencionados.

incorporación a la fuerza de trabajo, por ejemplo, por la mayor exposición a contaminantes ambientales al estar más tiempo fuera del hogar, por cambios en la dieta, en beber, fumar, etcétera.

EL ÁMBITO DOMÉSTICO

La división del trabajo por géneros atribuye a las mujeres las responsabilidades en el ámbito doméstico: el cuidado físico, la socialización y el apoyo emocional de los hijos; las relaciones afectivas que garanticen la integridad del núcleo familiar, así como la atención a los ancianos y enfermos.⁴

La división genérica del trabajo ha restringido, no obstante la creciente inserción de la mujer en la actividad productiva, la participación de la sociedad y del compañero en los trabajos domésticos y el cuidado de los hijos. Como menciona Sheridan (1991), el empleo femenino no se explica como el resultado de una generación de estrategias de sobrevivencia que se aplican, de manera colectiva, dentro de los hogares. Sino más bien dicha estrategia se desprende de una opción individual sustentada en el recurso de la mano de obra femenina, en el óptimo uso del tiempo y trabajo de las mujeres, madres y esposas y, cabría agregar, de las hijas.

La salud de las mujeres trabajadoras se ve afectada por una ideología inequitativa respecto a cargas y responsabilidades productivas y reproductivas entre los géneros, que de manera más concreta se traduce en: jornadas de trabajo (doméstico más extra-doméstico) intensas y extensas, conflictos entre las demandas de los distintos escenarios en los que participa, reducción en el tiempo de descanso y contradicciones entre demandas que, con frecuencia, rebasan los recursos limitados de las mujeres y las llevan a enfermar.

En nuestro país, ha sido poco el trabajo de investigación dedicado a las repercusiones de la inequidad en la distribución de tareas sobre la salud de las trabajadoras. Es por ello que en esta

⁴ Es por lo tanto que la doble jornada se refiere sobre todo a las mujeres trabajadoras en unión con hijos, ya que las trabajadoras solteras y sin hijos, por lo general, no realizan tareas domésticas, y tienen un estatus privilegiado dentro de la familia (Luna, 1986; Lailson, 1990).

sección no se hará un análisis por separado de lo producido local e internacionalmente.

Una gran línea de investigación que se antoja congruente con lo antes dicho versa sobre los efectos de la ideología respecto a la división del trabajo y sobre la salud de las trabajadoras. Esto es, como ésta se traduce en una falta de políticas de apoyo social —como pueden ser guarderías—, en una carencia de políticas laborales congruentes con el doble papel de la mujer, en falta de responsabilidad del compañero —por considerar que un gran número de tareas relacionadas con el hogar, la familia y los hijos no le atañen—, y en que las mismas mujeres no se sientan con derecho a reclamar una mayor participación de todos —por considerar que tales son sus funciones propias—, es evidente que la ideología se traduce en sistemas de creencias y en comportamientos que limitan el cambio hacia una distribución más igualitaria del trabajo.

Un modesto ejemplo es el trabajo de Lara *et al.*, (1993) sobre la relación entre el apego a la ideología tradicional sobre la maternidad y los síntomas emocionales en mujeres trabajadoras. Las autoras no pudieron encontrar una relación entre ambas, ya que casi ninguna de las mujeres entrevistadas se atrevió a expresar desapego a dicha ideología. Al estudiar la misma muestra, por medio de técnicas proyectivas, las autoras encontraron que las mujeres se resisten al cumplimiento del “ideal materno” solamente de manera inconsciente, y perciben gran conflicto interno entre las múltiples demandas⁵ (Lara *et al.*, en prensa).

En cuanto a los efectos más inmediatos de las excesivas cargas de trabajo que recaen sobre las madres, está el trabajo de Cerón *et al.* (1993), quienes estudian los efectos de la doble jornada sobre el peso al nacer de los recién nacidos de madres empleadas y reportan, entre las variables relacionadas con el bajo peso al nacer, el que las mujeres estén solas, que los quehaceres domésticos los últimos tres meses sean pesados y que las mujeres no tomen descansos. Garduño y Rodríguez (1990) también ponen el énfasis en los efectos de la jornada doméstica sobre la salud, y reportan una tendencia a enfermarse más a mayor intensidad de la misma. Se necesita profundizar mucho más sobre este aspecto.

⁵ Cabe señalar que esta situación fue muy similar para mujeres trabajadoras y no trabajadoras.

El cuidado de los hijos constituye la mayor carga y una de las fuentes más importantes de tensión para las madres trabajadoras, según ha sido documentado, tanto en la literatura nacional (Lara *et al.*, 1993; Garduño y Rodríguez, 1990; Márquez y Romero, 1988) como en la internacional (Hoffman, 1989; Aneshensel y Pearlin, 1987). Lara *et al.* (1993) observaron una alta correlación entre la tensión en el rol materno, la tensión con la pareja, la tensión ocupacional y el conflicto entre el papel de madre y trabajadora.

En diversos trabajos se ha reportado que las trabajadoras se sentirían con menor carga, culpas y conflicto entre papeles, si supieran que sus hijos están bien cuidados (Genevie y Margolies, 1987). La ayuda que en nuestro país se proporciona en forma de guarderías es insuficiente ya que no cubre ni siquiera al total de las asalariadas. Además, las mujeres trabajadoras que tienen acceso a ellas reportan con frecuencia que no les tienen confianza, y que los horarios no se adecuan a los de su trabajo (Denman, s/f, b; Garduño y Rodríguez, 1990; Lara *et al.*, en prensa), de tal manera que las mujeres recurren con frecuencia a la ayuda de familiares, por lo general la madre, suegra o una hermana. Lara *et al.*, (1993) encontraron que cuando la ayuda en el hogar provenía de un familiar (madre, suegra, etc.), las trabajadoras reportaban mayor presencia de síntomas somáticos que cuando provenía de un no familiar. Esto lo interpretaron como resultado de dificultades para exigirle mayor colaboración a una persona con la que ya se tiene y se va a seguir teniendo un patrón de relación, y quien posiblemente ayuda sin demandar una paga, lo que lleva a la trabajadora a realizar muchos de los trabajos que no puede exigir de ese familiar.

La relación de pareja es una variable mediadora de mayor importancia, entre el empleo y la salud de las mujeres.⁶ Por un lado, las madres empleadas parecen ser menos vulnerables cuando hay dificultades en la relación de pareja que las no empleadas, en tanto que reportan menos violencia, menos consumo de alcohol y más respeto. Sin embargo, se ven más afectadas por la falta de apoyo del compañero en las tareas del hogar, que las amas de casa (Lara y Acevedo, 1995).

El empleo de la mujer trae otros problemas a la relación de pareja, entre los que están la oposición del cónyuge al empleo de

⁶ Este hecho ha sido ampliamente documentado en otros países (Scarr, Phillips y McCartney, 1989).

la mujer, la negociación de actividades tomando en cuenta la participación económica de ella, el manejo de la relación a partir de una situación de mayor poder de ella y que amenaza el autoconcepto del compañero.

Los efectos del apoyo que reciben las trabajadoras sobre su salud es un área que requiere de mayor atención. Debería profundizarse sobre la efectividad de diversos tipos de apoyo: emocional y pragmático, y las fuentes de apoyo social, del cónyuge, de otros miembros de la familia, incluyendo los hijos y de otras mujeres.

Las mujeres que trabajan, y que además fungen como jefes de familia, componen hogares que han sido caracterizados como más vulnerables (Acosta, 1994). Las mujeres jefas, en comparación con los varones, tienen menos educación y acceso a recursos productivos, obtienen menores ingresos, son discriminadas en el mercado de trabajo, y sus ocupaciones domésticas y maternas limitan su participación económica. Estas condiciones se han encontrado asociadas con mayor pobreza, por un lado, pero por el otro, con una mejor distribución de los ingresos familiares, una mayor contribución de los hijos y ausencia de violencia (Acosta, 1994). Será de gran relevancia el estudio de las condiciones de salud de las mujeres jefas de familia.

Las mujeres trabajadoras que pertenecen a sectores pobres tienen viviendas precarias, carecen de servicios mínimos como agua potable, drenaje, transporte, etc., no pueden ejercer un control directo sobre los medios para satisfacer los propios deseos y necesidades, y tienen mayor dependencia de las instituciones sociales. La asociación entre salud y pobreza ha sido bien documentada y es tratada por Langer y Lozano en este mismo volumen. A continuación sólo mostramos algunos ejemplos de los efectos sobre la salud de mujeres trabajadoras en condiciones de pobreza.

Guendelman y Silberg (1993) reportan entre las trabajadoras de las maquilas, niveles moderados de tensión, asociados con el gasto de la casa y efectos sobre la salud y bienestar, derivados de una actitud negativa ante la adversidad económica y los sentimientos de limitación por no poder lograr sus metas. Por su parte, Lara *et al.* (1993) encuentran mayor frecuencia de síntomas depresivos, cuando las trabajadoras tienen una casa más pequeña, lo que habla de menos recursos y mayor hacinamiento.

Estas autoras observan una tendencia muy persistente de las trabajadoras a autodenigrarse (Guendelman y Silberg, 1993), y

encuentran que esto se debe, en gran medida, a que las mujeres asumen como suya la incapacidad para proporcionar los satisfactores y el nivel de vida que ansiaron para sus familias, no siendo capaces de identificar el origen social de esta incapacidad (Lara *et al.*, en prensa).

Como ya se ha mencionado, la crisis económica ha forzado a las familias a adoptar diversas estrategias de sobrevivencia, principalmente a través de intensificar y diversificar la mano de obra. Los mecanismos para enfrentar la pobreza parten, en gran medida, de las propias mujeres. La consecuencia directa de éstas sobre la salud ha sido poco documentada. Entre los pocos trabajos, el de Martínez (1993), sobre mujeres rurales, reporta efectos negativos. Es de gran importancia analizar esta situación.

Otro tipo de estrategias de enfrentamiento, en el campo psicológico, se refiere a la manera en que un individuo enfrenta situaciones que le producen estrés. Estas estrategias son efectivas en la medida en que están orientadas a resolver problemas,⁷ pero no cuando pretenden evadir, negar o simplemente reaccionar emocionalmente ante las situaciones adversas. La relación entre estrategias de enfrentamiento y salud ha sido ampliamente documentada (Weiner y Fawzy, 1989; Eysenck, 1988; Kiecolt-Glaser y Glaser, 1988). Salgado de Snyder y Maldonado (1992) las han estudiado en mujeres rurales, pero resulta evidente que ésta es otra área que requiere de estudio para comprender la salud de las mujeres con trabajo extradoméstico.

LAS MUJERES DEL CAMPO

Aunque se dice que la proporción más baja de ocupación femenina se encuentra en el sector rural, se ha hecho evidente que el trabajo femenino en este sector ha sido consistentemente subestimado. Son también escasos los datos sobre la salud de las mujeres rurales.

Además de la generalizada pobreza, desnutrición, marginación y carencia de servicios, la imposibilidad de las familias campesinas de sobrevivir con base en una economía de autoconsumo, las

⁷ De alguna manera Uribe *et al.* (1991), dentro de otro contexto, se refieren a ellas cuando hablan de que las mujeres con trabajo extradoméstico no relegan ninguna de sus actividades domésticas, sino que realizan las mismas que las amas de casa, pero en menor tiempo y disminuyendo las horas de descanso.

llevó a diversificar las estrategias de sobrevivencia. En este proceso de reorganización, las mujeres incrementaron sustancialmente su participación, incorporándose al trabajo remunerado o intensificando el que ya realizaban. En ambos casos, el fortalecimiento de la participación de la mujer rural en las actividades agrícolas y su integración al empleo, se han dado en condiciones más precarias que las del hombre (Robles, Aranda y Botey, 1993).

La diversificación de las estrategias de sobrevivencia ha convertido a la población rural en un grupo muy heterogéneo. Las mujeres se han incorporado a la agroindustria y a la mediana agricultura comercial, para lo cual migran temporalmente; venden su mano de obra a las industrias y maquilas rurales o laboran en la maquila domiciliaria; migran a las ciudades para trabajar en el servicio doméstico o en el comercio ambulante, o a los estados del norte incorporándose a la IME.

Cada una de estas condiciones lleva consigo problemas distintos: cuando son muy jóvenes, a mayor riesgo de explotación, hostigamiento, etc.; sobre el cuidado de los hijos, sobre todo en el caso de las familias nucleares con hijos pequeños, cuando las madres migran temporalmente a las agroindustrias, cuando se dedican al comercio ambulante, y en el caso de las madres solteras, por mencionar sólo algunas.

La proletarianización tan acentuada ha llevado a otros problemas. La estructura familiar, basada exclusivamente en el autoabastecimiento y en el trabajo familiar no remunerado, pierde funcionalidad, lo que conduce a otra distribución del trabajo en la familia, sobre todo en el caso de la salida de las mujeres jóvenes (Díaz, 1986). En cuanto a la salud de las mujeres, la diversificación laboral representa la exposición a nuevos agentes de toda índole y a un desgaste adicional aunado a las enfermedades ya tradicionales derivadas de las condiciones sanitarias precarias, la desnutrición, la fuerte presión reproductiva y la realización de tareas pesadas, como el acarreo de cargas de leña y agua y el lavado de ropa, etc., descritas por Daltabuit (1992)⁸ y Martínez (1993), entre otras.

Gougain (1984), por ejemplo, estudia las diferencias en síntomas físicos entre dos tipos de actividades: campesinos con tierra

⁸ Las principales enfermedades infecciosas reportadas se relacionan con los sistemas respiratorio y digestivo; otros síntomas frecuentes tienen que ver con enfermedades degenerativas —artritis y reumatismo— (Daltabuit, 1992).

de riego y jornaleros en la fabricación de tabique o ladrillo. Encuentra que las mujeres reportan diferencias en padecimientos y dolencias relacionadas con los diferentes trabajos que realizan; éstas son mayores en las mujeres de jornaleros quienes están sometidas a mayor desgaste.

Martínez (1993) explora los efectos que tienen las estrategias de sobrevivencia que utiliza la población rural sobre la salud. La autora encuentra que lejos de conducir a una mejoría, hay una mayor proporción de enfermos y presencia de enfermedad. Este problema se agudiza a menores niveles de escolaridad y en no asalariados.

La migración de los hombres deja a muchas mujeres campesinas a cargo de pesadas tareas y grandes responsabilidades. Y con frecuencia, siendo insuficiente o inconstante el dinero que mandan a sus hogares, las mujeres venden su mano de obra. Salgado de Snyder y Maldonado (1992, 1993) reportan que las esposas de migrantes hacia Estados Unidos se ven sometidas a grandes presiones, por tener que enfrentar solas problemas relacionados con los niños, la familia extensa, los quehaceres domésticos, los problemas financieros y los relacionados con el trabajo agrícola, y que manifiestan con frecuencia sentimientos de soledad, tristeza y falta de apoyo. Dadas las condiciones de inseguridad en las que se da la migración, una de sus grandes preocupaciones es el bienestar de su marido, y sienten temor ante la posibilidad de que las olviden a ellas, así como sus costumbres. Por lo general se apoyan en los hijos, de quienes valoran sobre todo su afecto, y el dinero que envía el marido es un apoyo fuertemente valorado. Las autoras también reportan la presencia de síntomas depresivos, aunque éstos no les impiden seguir con todas sus actividades.

En resumen, las condiciones de pobreza, desnutrición y falta de servicios, aunadas a la diversificación e intensificación laboral a que se han enfrentado las mujeres del campo, han venido a representar mayores cargas de trabajo, nuevos riesgos laborales, menor apoyo de los varones y de otros miembros de la familia, desarraigo de sus comunidades, etc. Estas condiciones, como menciona González (1993), no han resuelto su situación de pobreza y han sido, en los pocos casos estudiados, en detrimento de su salud. Algunas de las estrategias tradicionales para enfrentar la adversidad, como es la identidad cultural (Daltabuit, 1992), también se están viendo amenazadas por la extensiva migración a que se han

visto forzadas. Sobre esta situación se necesita con urgencia estudios que valoren la salud de las mujeres.

Serían de interés estudios respecto a la condición de género. Cabría indagar sobre la construcción de género que lleva normalmente a las mujeres a asumir tan grandes responsabilidades, y en circunstancias de sobrevivencia, y cómo se manejan las contradicciones respecto al rol tradicional.

UNA VISIÓN DE CONJUNTO

Paradójicamente, al evaluar la información acumulada sobre los efectos de la incorporación de la mujer al trabajo remunerado, los estudios internacionales reportan mejor salud en mujeres empleadas en comparación con las amas de casa, en cuanto a menos síntomas y menos enfermedades crónicas (Repetti *et al.*, 1989; Parry, 1986; Verbrugge, 1983), mayor satisfacción con sus vidas, mayor autoaceptación y menos síntomas depresivos (Trovato y Vos, 1992; Repetti *et al.*, 1989; Gore y Mangione, 1983). Algunos resultados nacionales también muestran una mejor salud física y mental en mujeres trabajadoras (Lara *et al.*, 1993; Uribe *et al.*, 1991).

Algunas de las hipótesis que se han propuesto para explicar esta situación son las siguientes: 1) las mujeres que se incorporan a la fuerza de trabajo lo hacen porque tienen una mejor salud (Kandel *et al.*, 1985; Verbrugge, 1983); 2) la participación en varios roles puede hacer que uno de ellos mitigue los efectos adversos de otros (Kandel *et al.*, 1985); 3) la incorporación al trabajo aumenta el apoyo social (Repetti *et al.*, 1989), mientras que el trabajo de ama de casa propicia el aislamiento social y tiene características depresivas (Gove y Geerken, 1977); 4) el involucramiento social puede reducir algunas enfermedades y daños (Verbrugge, 1983), y 5) las ganancias directas del ingreso más las ganancias secundarias como logros y reconocimientos pueden influir en una mejor salud (Trovato y Vos, 1992).

Si bien estas condiciones no pueden generalizarse a un grupo tan heterogéneo como es el de trabajadoras, lo que es importante señalar es que su salud se ve afectada, tanto por los efectos adversos como por los benéficos de su participación extradoméstica. Es importante considerar, en futuras investigaciones, la concurrencia de ambos aspectos en la salud de las trabajadoras.

EL MODELO MÉDICO Y LA SALUD DE LAS MUJERES

El modelo médico hegemónico presenta algunas limitaciones para la comprensión, tratamiento y asistencia de los problemas de salud de la población en general y de las mujeres en particular. Algunas de las críticas a éste señalan una tendencia mecanicista y biologicista, una excesiva valoración de las ciencias exactas que lleva al reduccionismo y simplificación en sus hipótesis y a que dé importancia, casi exclusiva, a los aspectos objetivos eliminando la participación de aquellos subjetivos.

Este modelo no considera la participación del medio psicosocial y cultural en la génesis de la enfermedad, e investiga la relación entre elementos aislados en lugar de abocarse al estudio de sistemas, tanto biológicos como sociales complejos (Weiner y Fawzy, 1989; Andreoli, 1986).

Desde una perspectiva de género, los problemas de salud de la mujer, bajo el modelo hegemónico, no sólo adolecen de un reduccionismo y simplificación biologicista, que omite su condición genérica en el proceso salud-enfermedad sino que, además, éstos quedan definidos por el sexo dominante.

El modelo médico actual, desarrollado dentro de la ideología patriarcal, vino estructurándose hasta nuestros días a partir del siglo XIII. Anteriormente, las mujeres eran las encargadas de curar y podían ejercer libremente la medicina doméstica (Achterberg, 1991). A partir de entonces, no sólo las mujeres vinieron a ser excluidas de la práctica médica, sino toda una forma de conocimiento y de relación con el mundo cayó en desuso.

La mayor presencia en años recientes de mujeres en el campo de la salud —como médicas y en puestos directivos— no ha redundado en un cambio en la comprensión, tratamientos o atención de las mujeres. Las reflexiones de Achterberg (1991) hacen pensar que estos cambios no se han dado por varias razones: que una mujer en un puesto en el que pueda tomar decisiones, no necesariamente tiene el estatus para hacerlo, ya que generalmente se encuentra sometida al poder masculino; a que a las mujeres en el campo de la medicina (así como en otros) se les exige más, y tienen que ser más ortodoxas en el ejercicio de la profesión que los hombres, para que se les permita ejercer y mantenerse en sus puestos; a que la mayoría de las mujeres viven inmersas en la ideología hegemónica, y tienen pocas posibilidades de reflexionar desde una posición feminista, de

género o femenina; y, derivado de lo anterior, las mujeres se han visto limitadas a ejercer su profesión al estilo masculino, dejando al margen su creatividad y sus propias necesidades.

El modelo de tratamiento, derivado del modelo médico, consiste en intervenciones que van dirigidas a modificar el origen bioquímico o biofísico de las enfermedades, y el modelo de atención se basa en la relación entre un profesionista que sabe y un paciente ignorante, en una relación vertical y autoritaria. A esta relación hay que añadirle la relación genérica que comúnmente se da entre un médico varón y una paciente mujer.

Desde las políticas públicas, las mujeres son consideradas como un medio para lograr el bienestar de otros, por lo general de su familia. Al revisar el reporte del Banco Mundial (World Development Report, 1993) sobre salud, encontramos que, derivado de los datos recientes sobre los grandes beneficios sociales en términos de salud para los hijos que representa el ingreso y la escolaridad de las mujeres, recomienda establecer políticas que favorezcan ambos aspectos, como una medida de mejorar la salud de los hijos, y parece que aún no cae en la cuenta de las numerosas responsabilidades que de por sí recaen sobre las mujeres. La ideología dominante impide ver, a quien esto recomienda, que una solución de mayor equidad entre los géneros sería comenzar a educar a los adolescentes y no sólo a las adolescentes en cuestiones de salud, como es que propone. Tampoco se le ocurre que sería más equitativo comenzar a educar a los hombres respecto a sus responsabilidades de proveedores, en lugar de también dejarle este papel a las mujeres ya que, como se sabe, ellas gastan la mayor parte de su sueldo en comida, medicinas y otros insumos básicos para la familia y, por lo general, no se desentienden de su prole.

Parece innecesario hacer explícitas las muchas limitaciones que un modelo de esta índole significa para la comprensión y manejo de la salud de las mujeres, en este caso de las trabajadoras. El considerar a la salud de una manera más amplia, esto es, como un proceso en el que la salud no se defina sólo como la ausencia de enfermedad, que considere la participación de sistemas (no sólo de elementos) biológicos, psicológicos, sociales y de género, en el proceso salud-enfermedad; que dé importancia a los aspectos subjetivos, y que considere las conclusiones a las que llegue como supuestos tentativos y no como verdades, puede hacer avanzar la comprensión del área que estamos tratando.

CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo se han destacado factores que a diferentes niveles afectan la salud de las mujeres trabajadoras. Estos se han ubicado en el contexto socioeconómico global, en el ámbito laboral y en el ámbito doméstico. Entre los primeros, se hizo hincapié sobre la crisis económica y sus efectos sobre: la ocupación, el ingreso, la adopción de estrategias de sobrevivencia y la incorporación femenina a la actividad productiva. Se mencionaron asimismo los efectos de la división del trabajo por géneros, y se hizo palpable la necesidad de documentar más detalladamente la influencia de estos efectos sobre la salud de las mujeres trabajadoras.

En los niveles laboral y doméstico, se hizo un esfuerzo por incluir tanto los aspectos sociales como psicológicos. Se llevó a cabo un recuento sobre las características de los mercados de trabajo femeninos y las condiciones en las que se da la ocupación de las mujeres, condiciones de trabajo que son potencialmente nocivas para su salud. Existen investigaciones que reportan daños a la salud general de las mujeres y daños a su salud reproductiva, derivados de dichas condiciones. Los turnos, las cargas de trabajo, la falta de reconocimiento, etc., también se encontraron relacionados con padecimientos específicos. Se propusieron algunos tópicos de interés para la comprensión de la salud de las trabajadoras relacionadas con el ámbito laboral: las discrepancias del estatus derivadas de diferencias genéricas en el trabajo, el miedo al éxito generado por la construcción de la identidad femenina alrededor del matrimonio y la maternidad, el significado del trabajo y sus efectos en actitudes y conductas alrededor de éste y la influencia de las características de la personalidad y de los apoyos sociales dentro del trabajo.

Entre los aspectos ligados al ámbito doméstico, se revisó el origen de la doble jornada laboral a partir de la división sexual del trabajo. En este sentido, la ideología subyacente impide un cambio hacia una división más equitativa de las tareas productivas y reproductivas, y una mayor participación por parte de la sociedad. De esta manera, los eventos que más influyen sobre la salud de las mujeres son: la intensidad y extensión de la jornada total de trabajo, el conflicto entre actividades, la falta de descanso, la carga que implica el cuidado de los hijos y la falta de apoyo del compañero y de otras instancias sociales. La pobreza y la jefatura femeni-

na de familia se identificaron como aspectos que agravan las presiones sobre las trabajadoras. Se sugirió abrir el campo de estudio a aspectos que median la relación trabajo-salud, y que han sido poco estudiados. Tales son la relación con la pareja, la eficacia del apoyo que reciben las trabajadoras y las estrategias sociales y psicológicas que utilizan las mujeres para hacer frente a las demandas económicas y a las derivadas de la doble jornada.

Paradójicamente, los datos acumulados, mayoritariamente en otros países, dan evidencia de una mejor salud de las mujeres en actividades extradomésticas, en comparación con las de amas de casa. Si bien estos resultados no pueden generalizarse a todas las trabajadoras, plantean la necesidad de investigar aspectos como las diferencias de salud entre las mujeres que deciden participar en actividades económicas y las que no, los efectos directos del trabajo (ingreso) e indirectos (logros, redes sociales) sobre la salud, así como el efecto final de la participación económica al considerar los factores nocivos y los benéficos.

En cuanto al concepto tradicional de salud, se hizo hincapié en la necesidad de incorporar modelos más amplios que, en la práctica, incluyan a los factores psicosociales, culturales y de género, como una vía para comprender de manera integral los problemas de salud de las mujeres.

Al ir efectuando esta revisión, fueron haciéndose evidentes algunos elementos que deberían considerarse al planear futuras investigaciones y que no se mencionaron: 1) al evaluar las cargas y presiones que recaen sobre las trabajadoras se debería de considerar simultáneamente el aspecto doméstico y extradoméstico, ya que la salud se ve afectada por la acción acumulativa del desempeño en ambos ambientes; 2) definir variables tales como, la edad de la trabajadora y el tiempo que lleva trabajando; el ciclo doméstico, el estatus marital, la presencia y edad de los hijos, la composición familiar y la jefatura de familia, y 3) realizar estudios longitudinales en los que se puedan distinguir los efectos de la salud sobre el trabajo y del trabajo sobre la salud.

Esta revisión también nos llevó a pensar en unas cuantas estrategias que podrían incidir positivamente sobre la salud de dichas mujeres: 1) tomar en cuenta a las mujeres trabajadoras en el diseño de políticas públicas que tengan que ver con el empleo, los servicios y la evaluación de su salud; 2) desarrollar estrategias que permitan a la mujer adquirir un mayor grado de conciencia

respecto a su papel como mujer y como trabajadora, y 3) difundir los resultados científicos sobre los efectos del cuidado alternativo para los hijos cuando las mujeres trabajan.

BIBLIOGRAFÍA

- Achterberg, J. (1991), *Woman as healer*, Boston, Shambhala.
- Acosta, F. (1994), "Los estudios sobre jefatura de hogar femenina y pobreza en México y América Latina", en J. Alatorre, G. Careaga, C. Jusidman, V. Salles, C. Talamantes y J. Townsend (coords.), *Las mujeres en la pobreza*, México, Gimtrap, El Colegio de México, pp. 91-117.
- Ahumada, T. (1993), "Exposición a condiciones estresantes laborales y efectos en la salud de un grupo de trabajadoras y trabajadores", *IV Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública*, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, enero, pp. 25-27.
- Alonso, J. (1981), "El trabajo remunerado de la mujer en áreas urbanas marginadas. Las costureras domésticas de Nezahualcóyotl", ponencia, Foro UAM-Azcapotzalco, abril.
- Alvear, G., V. Ríos y J. Villegas (1991), "El sector informal. El caso de las costureras", en B. I. Almada, *Salud y crisis en México. Más textos para el debate*, Cuadernos del CIIH, Serie: Seminarios 2, México, UNAM.
- Andreoli, V. (1986), *La tercera vía de la psiquiatría. Locura: individuo, ambiente, historia*, México, FCE.
- Aneshensel, C. y L. Pearlin (1987) "Structural Contexts of Sex Differences in Stress", en Barnett, Biener y Burch, *Gender and Stress*, Nueva York, The Free Press.
- Barrera, D. (1990), "Condiciones de trabajo en las maquiladoras de Cd. Juárez. El punto de vista obrero", *Serie Antropología Social*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Bedolla, P. y B. García (1985), "El hostigamiento sexual en la mujer que trabaja", *El Día*, 28 de octubre.
- Beneria, L. y M. Roldán (1992), *Las encrucijadas de clase y género. Trabajo a domicilio, subcontratación y dinámica de la unidad doméstica en la Ciudad de México*, México, El Colegio de México/ Fondo de Cultura Económica/Economía Latinoamericana.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (1992), *Declaración sobre la salud de los trabajadores*, 113(4), pp. 354-355.
- Burin, M. (1993), "Subjetividad femenina y salud mental", conferencia presentada en el coloquio *Género y Salud Femenina*, CIESAS, México, junio.

- Carlesso, M. y J. Rodríguez (1985), *Proceso laboral y desgaste obrero: caso maquiladora de procesamiento de mariscos en Matamoros*, tesis de maestría en medicina social, UAM-Xochimilco.
- Carreras, M. (1989), "Las profesoras universitarias", en Patricia Galeana de Valadés (comp.), *Seminario sobre la participación de la mujer en la vida nacional*, Universidad Nacional Autónoma de México, Dirección General de Intercambio Académico, pp. 353-378.
- Cerón, S., C. Sánchez y S. Harlow (1993), "Efecto del trabajo materno sobre el peso al nacimiento", ponencia presentada en el *Foro sobre Mujer, Trabajo, Salud y Pobreza*, El Colegio de México, 12 de Mayo.
- Cook, E. (1993), "The Gendered Context of Life: Implications of Women's and Men's Career-life Plans", *Career Development Quarterly*, 4(3), pp. 227-237.
- Córdova, A., G. Leal y C. Martínez (1989), "Cambios demográficos y sus repercusiones sobre los problemas de salud de la población trabajadora femenina urbana", en J. Cooper, T. de Barbieri, T. Rendón, E. Suárez y E. Tuñón (comps.), *Fuerza de trabajo femenina urbana en México*, vol. 2, *Participación económica y política*, México, UNAM/Porrúa, pp. 219-253.
- Coutts, J. (1987), "Masculinity-Feminity of Self-Concept: Its Effect on the Achievement Behavior of Women", *Sex Roles*, 16, núms. 1/2, pp. 9-17.
- Cruz, R. y R. Zenteno (1989), "Algunas características sociodemográficas de la población económicamente activa femenina en Tijuana", en J. Cooper, T. de Barbieri, T. Rendón, E. Suárez y E. Tuñón (comps.), *Fuerza de trabajo femenina urbana en México*, vol. 1, *Características y tendencias*, México, UNAM/ Miguel Ángel Porrúa, pp. 67-90.
- Daltabuit, M. (1992), *Mujeres mayas. Trabajo, nutrición y fecundidad*, México, Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM.
- Denman, C. (s/f)a, "Industrialización y maternidad en el noroeste de México", *Gaceta de El Colegio de Sonora*, publicación trimestral, Cuaderno de Trabajo núm. 2, documento mimeografiado.
- (s/f)b, "Madres y maquiladoras en Nogales, Sonora", *Informe de investigación para el PIEM*, El Colegio de México.
- Díaz, L. (1986), "Mujeres asalariadas en los cultivos de exportación, El caso del municipio de Ensenada, B.C.", *La mujer y el trabajo en México* (antología), Cuadernos laborales 31, México, Secretaría de Trabajo y Previsión Social, pp. 239-262.
- Estrada, M. (1990), *Heterogeneidad y calificación de los obreros en Azcapotzalco*, México, CIESAS/SEP.
- Eysenck, H. J. (1988), "Personality, Stress and Cancer: Prediction and Prophylaxis", *British Journal of Medical Psychology*, 61, pp. 57-75.
- Fernández Kelly, P. (1989), "Tecnología y empleo femenino en la frontera México-Estados Unidos", en J. Cooper, T. de Barbieri, T. Rendón, E.

- Suárez y E. Tuñón (comps.), *Fuerza de trabajo femenina urbana en México*, vol. 1, *Características y tendencias*, México, UNAM/ Miguel Ángel Porrúa, pp. 361-392.
- (1986), “Maquiladoras y mujeres en Ciudad Juárez, México: paradojas de la industrialización bajo el capitalismo integral”, *La mujer y el trabajo mexicano* (antología), Cuadernos laborales 31, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, pp. 303-336.
- Frone, M., M. Rusell, y M. Cooper (1991), “Relationship of Work and Family Stressors to Psychological Distress: The Independent Moderating Influence of Social Support, Mastery, Active Coping, and Self-Focused Attention”, *Journal of Social Behavior and Personality*, 6(7), pp. 227-250.
- García, B. (1987), “El hostigamiento sexual en la mujer trabajadora: un problema visto de soslayo”, *Revista Mexicana de Psicología*, 4(29), pp. 175-183.
- y Orlandina de Oliveira (1992), “El nuevo perfil del mercado de trabajo femenino 1976-1987”, en M. L. Tarrés (comp.), *La voluntad de ser. Mujeres en los noventa*, México, El Colegio de México, pp. 157-171.
- García-Cardona, M., H. Ávila-Rosas, E. Casanueva, A. Baca, V. Álvarez, S. Flores y S. Fuentes (1990), “Trabajo remunerado y maternidad”, *Perinatología y Reproducción Humana*, 4(1), pp. 17-22.
- García, V. y J. Saldaña (1989), “El trabajo de la mujer en las maquiladoras de la región fronteriza del norte de México”, en *Seminario sobre la Participación de la Mujer en la Vida Nacional*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Dirección General de Intercambio Académico, pp. 253-288.
- Garduño, M. A. y J. Rodríguez (1990), “Salud y doble jornada: taquilleras del metro”, *Salud Problema*, 20, pp. 41-45.
- Garro, N. y R. M. Barrientos (1990), “Profesoras universitarias, organización familiar y participación en el trabajo”, en E. Ramírez Bautista y H. Dávila (comps.), *Trabajo femenino y crisis en México. Tendencias y transformaciones actuales*, México, UAM-Xochimilco, pp. 195-255.
- Genevie, L. y E. Margolies (1987), *The Motherhood Report: How Women Feel about Being Mothers*, Nueva York, Macmillan.
- Goldsmith, M. (1990), “El servicio doméstico y la migración femenina”, en E. Ramírez Bautista y H. Dávila (comps.), *Trabajo femenino y crisis en México. Tendencias y transformaciones actuales*, México, UAM-Xochimilco, pp. 257-275.
- Goldsmith, M. (1984), “La salud entre las trabajadoras domésticas”, *Fem*, núm. 35, agosto-septiembre, pp. 8-9.
- González-Salazar, G. (1986), “La participación de la mujer en la actividad laboral en México”, *La mujer y el trabajo en México* (antología), Cuadernos laborales 31, México, Secretaría de Trabajo y Previsión Social.

- González, S. (1993), "Mujeres, trabajo y pobreza en el campo mexicano: una revisión crítica de la bibliografía reciente", en J. Alatorre, G. Careaga, C. Jusidman, V. Salles, C. Talamantes y J. Townsend (coords.), *Las mujeres en la pobreza*, México, Gimtrap, El Colegio de México, pp. 179-214.
- Gore, S. y T. Mangione (1983), "Social Roles, Sex Roles and Psychological Distress: Additive and Interactive Models of Sex Differences", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 24, núm. 4, diciembre, pp. 300-312.
- Gosselin, H. (1984), "Sexual Harassment on the Job: Psychological, Social and Economic Repercussions", *Canada's Mental Health*, pp. 21-24.
- Gougain, C. (1984), "Oaxaqueñas sin respiro de sol a sombra", *Fem*, núm. 35, agosto-septiembre, pp. 14-15.
- Gove, W. y M. Geerken (1977), "The Effect of Children and Employment on the Mental Health of Married Men and Women", *Social Forces*, vol. 56, núm. 1, septiembre, pp. 66-76.
- Guendelman, S. y J. M. Silberg (1993), "The Health Consequences of Maquiladora Work: Women on the US-Mexican Border", *American Journal of Public Health*, vol. 83, núm. 1, enero, pp. 37-44.
- Gutek, B. y B. Morasch (1982), "Sex-Ratios, Sex-role Spillover, and Sexual Harassment of Women at Work", *Journal of Social Issues*, 38 (4), pp. 55-74.
- Hernández, P. y A. Zetina (1992), "El cuidado infantil y la salud de los hijos en vendedoras ambulantes de la Cd. de México", (informe técnico), Instituto Nacional de Salud Pública, Escuela de Salud Pública de México, Dirección de Ciencias Sociales y Administrativas, Departamento de Economía.
- Hoffman, L. (1989), "Effects of Maternal Employment in the Two Parent Family", *American Psychologist*, 4(2), pp. 283-292.
- Hovell, M., C. Sipan, R. Hofstetter, B. Dubois, A. Krefft, J. Conusay, M. Jasis, y H. Isaacs (1988), "Occupational Health Risks for Mexican Women: The Case of the Maquiladora along the Mexican-United States Border", *International Journal of Health Services*, 18(4), pp. 617-627.
- Kandel, D., M. Davies, y V. Raveis (1985), "The Stressfulness of Daily Social Roles for Women: Marital, Occupational and Household Roles", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 26, núm. 1, marzo, pp. 64-78.
- Kiecolt-Glaser, J. y R. Glaser (1988), "Psychological Influences on Immunity, Implications for AIDS", *American Psychologist*, 43(11), pp. 892-989.
- Lailson, S. (1990), "Las obreras en sus hogares", en G. De la Peña, J. Duran, A. Escobar y J. García de Alba (comps.), *Crisis, conflicto y sobrevivencia, Estudio sobre la sociedad urbana en México*, Universidad de Guadalajara/CIESAS, pp. 339-413.

- Lara, M. A. y M. Acevedo (1996), "Incorporación de la mujer al trabajo remunerado: repercusiones para su salud reproductiva", en A. Langer, y K. Tolber (eds.), *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, México, El Colegio de México/Edamex, pp. 119-151.
- (1995), "Relación de pareja y bienestar emocional en mujeres y amas de casa", *Revista Psicopatología*, 15 (2), pp. 59-65.
- , E.K. López, y M. Fernández (1993), "La salud emocional y las tensiones asociadas con los papeles de género en las madres que trabajan y en las que no trabajan", *Salud Mental*, 16 (2), pp. 13-23.
- , "Síntomas emocionales y roles familiares en mujeres mexicanas: estudio proyectivo e interpretación de género", *Acta Psiquiátrica y Psicología de América Latina* (en prensa).
- Leñero, E. (1984), *El huso y el sexo. La mujer obrera en dos industrias de Tlaxcala*, Cuadernos de la Casa Chata 106, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Luna, A. (1986), "Algunas consideraciones sobre el proceso de proletarianización femenina en dos ramas de la zona industrial Toluca-Lerma", *La mujer y el trabajo en México* (antología), Cuadernos Laborales 31, México, Secretaría de Trabajo y Previsión Social, pp. 285-302.
- Márquez, M. y J. Romero (1988), "El desgaste en las obreras de la maquila eléctrico-electrónica", *Salud Problema*, 14, pp. 9-24.
- Martínez, C. (1993), *Sobrevivir en Malinalco. La salud al margen de la medicina*, México, El Colegio de México/UAM-Xochimilco.
- Moen, P. y K. Forest (1990), "Working Parents, Workplace Supports, and Well-Being: The Swedish Experience", *Social Psychology Quarterly*, vol. 53, núm. 2, junio, pp. 117-131.
- Mokosky, V. (1976), "Sex-role Compatibility of Task and of Competitor, and Fear of Success as Variables Affecting Women's Performance", *Sex Roles*, 2, pp. 237-248.
- Parry, G. (1986), "Paid Employment, Life Events, Social Support, and Mental Health in Working-Class Mothers", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 27, núm. 2, junio, pp. 193-208.
- Oliveira, Orlandina de (1989), "Empleo femenino en México en tiempos de recesión económica: tendencias recientes", en J. Cooper, T. de Barbieri, T. Rendón, E. Suárez y E. Tuñón (comps.), *Fuerza de trabajo femenina urbana en México*, vol. 1, *Características y tendencias*, México, UNAM/ Miguel Ángel Porrúa, pp. 29-66.
- Orlofsky, J. (1981), "A Comparison of Projective and Objective Fear of Success and Sex-Role Orientation Measures as Predictors of Women's Performance on Masculine and Feminine Tasks", *Sex Roles*, 7, pp. 999-1018.
- Reiko, M. (1987), *Influencia de variables familiares y laborales en la satisfacción de mujeres profesionistas con su trabajo*, tesis de maestría en psicología social, Facultad de Psicología, UNAM.

- Repetti, R., K. Matthews e I. Waldron (1989), "Employment and Women's Health, Effects of Paid Employment on Women's Mental and Physical Health", *American Psychologist*, vol. 44, núm. 11, noviembre, pp. 1394-1401.
- Robles, R., J. Aranda y C. Botey (1993), "La mujer campesina en la época de la modernización", *El Cotidiano*, 53 (9), UAM, pp. 25-32.
- Rodríguez, B. y C. Welti, "La investigación en México sobre la participación de la mujer en la actividad económica en áreas urbanas y los efectos en su condición social", en B. García (coord.), *Género y población en México*, El Colegio de México, Sociedad Mexicana de Demografía y Fondo de Población de las Naciones Unidas, México (en prensa).
- Salgado de Snyder, N. y M. Maldonado (1993), "Funcionamiento psicosocial en esposas de emigrantes mexicanos a los Estados Unidos", *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25 (2), pp. 167-180.
- (1992), "Respuestas de enfrentamiento e indicadores de salud mental en esposas de emigrantes a los Estados Unidos", *Salud Mental*, 15 (4), pp. 28-35.
- Scarr, S., D. Phillips y K. McCartney (1989), "Working Mothers and Their Families", *American Psychologist*, 44(11), pp. 1402-1409.
- Schlaepfer, L. y C. Infante (1993), "Mujeres jefes de hogar y su relación con la salud y utilización de servicios de salud", ponencia presentada en el *Foro sobre Mujer, Trabajo y Pobreza*, El Colegio de México, 12 de mayo.
- Sen, G., y K. Grown (1988), *Desarrollo, crisis y enfoques alternativos: perspectivas de la mujer en el tercer mundo*, El Colegio de México.
- Sheridan, C. (1991), "El trabajo femenino y la reproducción de la fuerza de trabajo", en C. Sheridan (ed.), *Espacios domésticos. Los trabajos de la reproducción*, México, Colección Miguel Othón de Mendizabal, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, pp. 9-92.
- Staudt, K. (1987), "Programming Women's Empowerment: a Case from Northern Mexico", en Vicki L. Ruiz y Susan Tiano, *Women on the US-Mexico Border. Responses to Change*, Boston, Allen and Unwin, Thematic Studies in Latin America, pp. 155-173.
- Trovato, F. y R. Vos (1992), "Married Female Labor Force Participation and Suicide in Canada, 1971 y 1981", *Sociological Forum*, 7(4), pp. 661-676.
- Uribe, G., J. C. Ramírez, L. Romero y N. Gutiérrez de la Torre (1991), "El trabajo femenino y la salud de cuatro grupos de mujeres en Guadalajara, México", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 111, núm. 2, agosto, pp. 101-110.
- Valle, M. (1984), *Estudio exploratorio sobre el asedio sexual y conflicto de roles en la mujer que trabaja*, tesis de licenciatura, México, UNAM.

- Verbrugge, L. (1983), "Multiple Roles and Physical Health of Women and Men", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 24, núm. 1, marzo, pp. 16-30.
- Weiner y Fawzy (1989), "An Integrative Model of Health, Disease, and Illness", en S. Cheren (ed.), *Psychosomatic Medicine: Theory, Physiology and Practice*, vol. 1, International University Press.
- World Development Report (1993), *Investing in Health. World Development indicators: Households and Health*, Oxford University Press (Publicado por el Banco Mundial).
- Young, G. (1987), "Gender Identification and Working-Class Solidarity Among Maquila Workers in Ciudad Juárez: Stereotypes and Realities", en Vicki L. Ruiz y Susan Tiano, *Women on the US-Mexico Border. Responses to change*, Boston, Allen and Unwin, Thematic Studies in Latin America, pp. 105-127.
- Zabludovsky, G. (1993), "Hacia un perfil de la mujer empresaria en México", *El Cotidiano*, 53, marzo-abril, pp. 54-59.

VI. COMENTARIOS AL TRABAJO “INVESTIGACIÓN SOBRE TRABAJO FEMENINO Y SALUD: AVANCES Y PROPUESTAS”

BRÍGIDA GARCÍA*

El trabajo de Asunción Lara, “Investigación sobre trabajo femenino y salud: avances y propuestas”, busca dar cuenta de las principales contribuciones y limitaciones de los estudios en el campo de referencia. Se trata de un documento interesante, bien estructurado, y donde se revisa gran cantidad de literatura con distintos ejes disciplinarios. Los comentarios que siguen buscan enriquecer el trabajo y al mismo tiempo hacerlo más accesible a distintos tipos de lectores.¹

Acerca del trabajo femenino doméstico y extradoméstico. Como es conocido, la división del trabajo por género, prevaleciente en muchas sociedades, atribuye casi exclusivamente a las mujeres la responsabilidad del trabajo doméstico. En cambio, se dan diferencias importantes entre hombres y mujeres en el desempeño del trabajo extradoméstico. En el caso de México, aproximadamente un tercio de las mujeres de 12 años y más participaba en el mercado de trabajo en actividades extradomésticas a principios de los años noventa. El estudio de Asunción Lara se basa principalmente en la relación entre trabajo extradoméstico y salud femenina, pero en él también se introduce la referencia al trabajo doméstico, ya sea como actividad que se desarrolla de manera conjunta con la extradoméstica, o como trabajo en sí mismo que potencialmente afecta la salud femenina.

* Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano. El Colegio de México.

¹ Algunos comentarios generaron una reestructuración importante del artículo originalmente presentado por Asunción Lara; de ahí las referencias a ciertos aspectos del mismo que ya no aparecen en la versión final.

El análisis ganaría en claridad y precisión si se estableciera de antemano la diferencia entre los distintos tipos de trabajo que llevan a cabo las mujeres, y los problemas que existen para que se reconozcan como tales y para captarlos y estudiarlos en su relación con la salud. Asimismo, es importante siempre tener presente que muchas mujeres trabajadoras no necesariamente son las principales responsables del trabajo doméstico (este es el caso de las hijas solteras, por ejemplo); son las jefas de hogar, madres y esposas las que se enfrentan a la doble jornada de trabajo, con todo lo que esto implica en términos de riesgo para su salud. Sería importante tener presentes estos elementos como telón de fondo a lo largo del desarrollo del trabajo.

Acerca de las tendencias generales sobre el trabajo femenino extradoméstico en México. El trabajo que comentamos busca presentar las últimas tendencias en los estudios sobre trabajo femenino y salud, pero necesariamente se apoya en el conocimiento acumulado sobre las transformaciones en la actividad económica femenina. Desde esta perspectiva, sería conveniente uniformar conceptos claves en la literatura sobre el mercado de trabajo, como serían los de actividad, ocupación, desocupación y otros. Asimismo, es importante afinar y actualizar las tendencias que se establecen sobre la participación económica de hombres y mujeres. Un punto de partida importante es que el número absoluto de mujeres con actividades extradomésticas es mucho menor que el de los hombres; por lo tanto, conviene revisar las comparaciones que se llevan a cabo entre géneros para asegurar que se hagan en términos relativos.

Es suficientemente conocido que la presencia de las mujeres en la actividad económica se ha incrementado en la década de los ochenta debido, en parte, a la necesidad que ellas tienen de completar los ingresos familiares en una época de crisis; de esta manera, se han multiplicado las estrategias generadoras de ingreso y las ocupaciones más precarias. Sin embargo, las mujeres también han elevado su participación económica a lo largo de las últimas décadas, como parte de la ampliación de oportunidades que ha traído aparejada la urbanización e industrialización del país. La participación económica femenina es mayoritaria en el sector terciario, y las mujeres ganan especial relevancia en servicios como los comunitarios y los sociales, además de su presencia tradicional en los servicios domésticos. Asimismo, como bien se señala en el trabajo de Asunción Lara, las mujeres también han visto ampliar

sus espacios económicos en la industria maquiladora, aunque en los últimos años los hombres hayan acelerado su entrada a estas industrias. Esto se debe al tipo de maquiladoras que se han puesto en marcha de forma reciente, el cual favorece también el empleo masculino. Por último, usualmente se sostiene que el trabajo femenino en el sector rural es menos importante cualitativamente hablando, y por lo tanto también son menos frecuentes los estudios que relacionan el trabajo femenino en áreas rurales y la salud de las mujeres. En la interpretación de este hecho, hay que hacer explícito que el trabajo agrícola femenino se encuentra sistemáticamente subestimado en las estadísticas laborales. Se trata de actividades que muchas veces se llevan a cabo de manera conjunta con las tareas domésticas y, por lo tanto, las mismas mujeres no las consideran como trabajo. Esto hace doblemente importante la necesidad de impulsar estudios en este sector de actividad.

Acerca de los modelos teórico-metodológicos presentes en diversas disciplinas. En el trabajo de Asunción Lara se revisan estudios socioeconómicos, antropológicos y psicosociales, que analizan la relación entre trabajo femenino y salud. El interés de la autora es mostrar los aportes y limitaciones de cada tipo de estudio y disciplina. Esta parte del trabajo es sumamente interesante y podría ser afinada y enriquecida. Es importante que el lector(a) cuente con un panorama más detallado e informativo de los puntos de partida teóricos en cada instancia, de las estrategias analíticas involucradas y de la manera en que se identifican las variables independientes y dependientes, cuando éste sea el modelo interpretativo subyacente. A veces se hace alusión a términos como el "modelo obrero" sin que se cuente con más información que permita identificar sus características; lo mismo sucede con las referencias a índices, escalas y variables provenientes de las instituciones de salud, las cuales podrían ser más específicas.

En breve, hay que tener en mente que el lector(a) de este documento no necesariamente proviene del área de la salud, y que se deben realizar mayores esfuerzos por hacer más accesible el material que se revisa. De esta manera, quedaría más clara la diferencia que buscan establecer los estudios antropológicos, que hacen hincapié en el ámbito comunitario y no necesariamente establecen relaciones entre variables, así como los estudios psicosociales con sus distintos niveles de análisis, a los cuales la autora ha hecho aportes relevantes.

Hacia una perspectiva de género en el estudio del trabajo femenino y su relación con la salud. Hacia el final del trabajo, Asunción Lara nos entrega algunas ideas sumamente sugerentes sobre los retos que supone una perspectiva de género en los estudios que analiza. En lo que respecta al ámbito laboral, la autora puntualiza que es poco estudiada la manera en que las relaciones patriarcales vigentes en este ámbito afectan la salud de las trabajadoras. Fenómenos como el hostigamiento sexual y la autodevaluación son sumamente importantes desde la perspectiva de la salud femenina física y mental. Por su parte, el desgaste de la doble jornada también ha sido poco investigado en relación con la salud. Desde mi punto de vista, éstos son los elementos centrales que otorgarían identidad a este campo sobre las relaciones entre el trabajo femenino y la salud. En muchas ocasiones a lo largo del texto, los análisis que reseña la autora parecen referirse a la salud de las mujeres trabajadoras, como si fueran seres humanos enfrentados a las mismas condiciones sociales que los hombres. Es muy importante entonces que se hagan explícitos, al final de este documento, los elementos centrales de la perspectiva de género que nos lleven a preguntarnos por las diferencias socialmente creadas entre hombres y mujeres, y cómo ellas afectan la relación entre trabajo femenino y salud.

SEGUNDA PARTE

**CUIDADOS INSTITUCIONALES
Y ALTERNATIVOS DE LA SALUD
DE LAS MUJERES**

I. MUJERES, SABERES MÉDICOS E INSTITUCIONALIZACIÓN

CARLOS ZOLLA*
ANA MARÍA CARRILLO**

LAS MUJERES CURADORAS EN MÉXICO

Cuando se analiza el papel de la mujer como depositaria de saberes médicos en el marco específico de la sociedad mexicana, se observa que los testimonios sobre sus funciones terapéuticas se remontan hasta el momento en que el tiempo histórico se confunde con el de los mitos de origen. Entre los mayas, Ixchel es diosa de la medicina (Landa, 1986), y para los nahuas, Cipactónal, patrona de la medicina herbolaria y de los procedimientos mágicos y terapéuticos ancestrales (López Austin, 1984).

Se comprueba también que la mujer ha desempeñado históricamente en el mundo médico una función pública y una privada; es decir, que ha sido, y es, terapeuta socialmente reconocida y agente anónima de la medicina doméstica. Dicen a Sahagún sus informantes que en la época prehispánica, la *ticitl* o partera era llamada “maestra y médica”, “persona honrada y digna de veneración”, “muy amada señora y madre nuestra espiritual” (Sahagún, 1985). Motolinía por su parte comenta: “Si alguna de estas indias está de parto, tiene muy cerca a la partera, porque todas lo son; y si es primeriza va a la primera vecina o parienta que la ayude, y esperando con paciencia a que la naturaleza obre, paren con menos trabajo y dolor que nuestras españolas” (Motolinía, 1990).

* Dirección de Investigación y Promoción Cultural, Instituto Nacional Indigenista.

** Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Pero casi desde el inicio de la colonia, los médicos universitarios pretendieron tener un control total de las actividades sanitarias, y acusaron de hechicería a los saberes médicos indígenas —lo mismo que a los saberes médicos populares, españoles, negros o mestizos—, en particular a los de las mujeres.

Aun antes de su establecimiento formal en 1571, la Inquisición juzgó y aplicó castigos públicos a estas médicas del pueblo, por delitos como echar suertes con granos de maíz para hacer el pronóstico de una enfermedad o rezar en el parto oraciones prohibidas (Greenleaf, 1988; Aguirre Beltrán, 1980a; Quezada, 1977). También en 1571, se fundó la cátedra de medicina en la Real y Pontificia Universidad a la que los indígenas —ni hablar de las mujeres— tuvieron vedado el acceso. Sólo eran aceptados “[...] españoles, hijos legítimos, de origen noble, y cristianos limpios de toda mala raza de moros, judíos u otra mala casta”.¹

Ante la reacción por los abusos cometidos contra los indios, y dentro de las medidas para protegerlos contra el exterminio, se les dejó fuera de la jurisdicción de la Inquisición (Aguirre Beltrán, 1980a), y se les excluyó, asimismo, de la ley de 1621 dictada por Felipe IV, que prohibía curar sin grados (*Recopilación...*, 1681).

Esto no impidió que los médicos y médicas indígenas fueran censurados por el Real Protomedicato. Creado en la primera mitad del siglo xvii, el Protomedicato se encargó del ejercicio de la medicina hasta 1831 (Carrillo y Zolla, 1993). Este organismo elaboraba las listas de los médicos y otros profesionistas habilitados por él para dar atención médica. En su lista del año 1764, por citar alguna, había dos médicos, seis cirujanos, un flebotomiano y un farmacéutico, y aunque no había parteras tituladas se amenazaba con castigar a las que “[...] sin examen ni inteligencia se dan a ese ejercicio”.²

Tampoco evitó que los médicos indígenas fueran juzgados y castigados por el clero regular y secular. Ya había comenzado la guerra de Independencia, cuando el cura de Yaxcabá, Yucatán, rindió un informe al Ministerio de Ultramar. En él aseguraba que los indios ya casi no recurrían a la superstición para interpretar o tratar la enfermedad “[...] después de los ejemplares castigos de

¹ Archivo General de la Nación (AGN), México, *Consejo Superior de Salubridad*, leg. 11, exp. 3, 1773, 8 f.

² Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA), México, *Salubridad pública*, ejercicio de la medicina, leg. 1, exp. 1, 1764, 1 f., y leg. 14, exp. 31, s/f, 1f.

azotes y penitencias que ejecuté en los delincuentes con arreglo a los superiores mandatos" (Granado Baeza, 1941: 228).

Esta política de monopolización de la profesión médica tenía fundamentos sexistas pero, sobre todo, clasistas y racistas: mostrar la superioridad de la medicina europea era un elemento más que justificaba la conquista.

Por lo que toca a las mujeres, muchas de las médicas del pueblo —las que conocían de plantas medicinales o de anatomía, por ejemplo—, fueron descalificadas por completo. Lo mismo sucedió con las madres de familia que, en su hogar, cumplían el papel de médicas.

Entre los coras de la sierra de Nayarit, que en la segunda mitad del siglo XVIII estaban bastante aislados, las mujeres tenían una importante actuación en la religión y la medicina: bautizaban a los párvulos y curaban a los enfermos, confesándolos, papel que fue después restringido por influencia de la religión católica.³

También, durante el siglo XVIII, el Protomedicato atribuía las epidemias, en parte, a la poca disposición de los pobladores para solicitar cuidados en hospitales, sus vicios en comidas y bebidas, su desnudez y su uso de remedios caseros. Se seguía, contra su voluntad, a las personas con manifestaciones de enfermedades, y se investigaba a los que compraban medicamentos en las boticas, para obligar a los enfermos a recibir atención médica.⁴

A la "negligencia de la población en acudir al médico" achacaron la alta mortalidad general e infantil algunos facultativos decimonónicos, y se dictaron leyes que legalizaron la intromisión de las autoridades sanitarias en los hogares, el "secuestro" de los enfermos y su "reclusión forzosa" en lazaretos (*Código...*, 1881; Carrillo, en prensa). Se establecía con esto una distancia emocional entre el enfermo y los responsables de su cuidado, y un cambio de las mujeres a los hombres como figuras principales en la atención de la enfermedad. Todo ello era parte de un proceso en que la salud se convertía en mercancía.⁵

Hay muchísimas muestras de que el proceso de profesionalización de la medicina, por el que el poder político concedió a los médicos el derecho a determinar quiénes podían legítimamente

³ Información del comandante Ponce de León (1768) citada en Hers, 1977.

⁴ AGN, *Epidemias*, citado en Cooper, 1980.

⁵ Para un análisis de este fenómeno en Estados Unidos véase Starr, 1991.

ejercer esa actividad y el modo de realizarla (Freidson, 1978), no se dio siempre por convicción de la población, sino muchas veces por sometimiento de ésta.⁶ En dicho proceso, la contradicción fundamental ha sido, y es, la que se da entre el saber médico académico y los saberes médicos populares, aunque en diferentes momentos de la historia del país los médicos universitarios han tenido también contradicciones con las instituciones religiosas, otras profesiones sanitarias reconocidas, médicos extranjeros o de provincia y el mismo Estado.

Una contradicción constante entre los médicos y el Estado se dio porque la Constitución liberal de 1857 planteaba, en su artículo 3, que el trabajo era libre y la ley determinaría qué profesiones necesitaban título para su ejercicio, pero ni durante el periodo de la república restaurada ni durante el porfiriato se expidió la ley orgánica de dicho artículo, lo que en opinión de los médicos dejaba “[...] al charlatán y al científico [...] cobijados por la misma ley [...] con perjuicio de los que no saben discurrir entre el verdadero y el falso saber” (Patiño, 1879: 7).

La Constitución de 1917 dejó a cada estado en libertad para determinar qué profesiones necesitaban título para su ejercicio, las condiciones que debían llenarse para obtenerlo y las autoridades que debían expedirlo (Constitución..., 1917). Hubo estados que legislaron y otros que no lo hicieron, pero en 1945 se publicó la ley reglamentaria de los artículos 4º y 5º constitucionales, relativos al ejercicio de profesiones, y se estableció que, entre otras, las de médico, enfermera, enfermera-partera y farmacéutico necesitaban estudios universitarios y título para su ejercicio, y que quienes ofrecieran públicamente sus servicios como profesionistas, sin serlo, incurrirían en delito; además, se concedió acción pública para denunciar a individuos sin título que ejercieran cualesquiera de esas profesiones,⁷ lo cual efectivamente sucedió.

⁶ El periódico veracruzano *El Reproductor*, del 24 de diciembre de 1903, por ejemplo, decía durante una epidemia de fiebre amarilla, que había que fiarse poco de la política de aislamiento, pues no bastaría un ejército para lograrla, ya que los enfermos se ocultaban de las autoridades sanitarias y de los médicos (p. 2). En el mismo periódico, el 31 de diciembre de ese año se propuso aislar a las personas pero no en hospitales, porque éstos eran aborrecibles a la población.

⁷ “Ley reglamentaria de los artículos 4º y 5º constitucionales, relativos al ejercicio de las profesiones en el Distrito y territorios federales”, *Diario Oficial*, México, 26 de mayo de 1945, pp. 1-9.

Actualmente, al artículo 4º constitucional se le ha adicionado el derecho de los pueblos indígenas a conservar su cultura, usos, costumbres y recursos, y existe una propuesta presidencial de incluir en la ley reglamentaria del artículo respectivo, el derecho de los médicos tradicionales a ejercer su profesión,⁸ con lo cual vuelve a abrirse un debate que tiene ya 500 años.

En el caso de la partería, que mostraba y muestra una gran capacidad de permanencia, el saber médico femenino ha sido sujeto a presiones institucionalizadoras que aún continúan. Durante la colonia se pretendió regular su práctica; en el siglo XIX y también en el presente siglo, sustituirlas por personal capacitado, en tanto se formaban en el país suficientes médicos; hoy se busca capacitar a las parteras tradicionales, limitando el tipo de embarazos que pueden atender, y despojando su práctica de los aspectos sociales y culturales.

Desde que en 1833 se creó el Establecimiento de Ciencias Médicas en lugar de la Antigua Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad, hubo una cátedra de obstetricia, pero los médicos no recibían en ella enseñanza práctica alguna. No fue sino a partir de 1867 que se inauguró la primera clínica de obstetricia (Flores, 1980). Es decir, que antes de esa época los médicos no tuvieron ninguna enseñanza práctica en la atención a embarazadas, parturientas y puérperas; sin embargo, se consideraron siempre superiores a las parteras, que si algo tenían era experiencia.

En el último tercio del siglo pasado se reconocía la poca experiencia práctica de los médicos en algunas materias relacionadas con la ginecología (Fenelon, 1882); la multitud de accidentes que provocaban, aun en manos de médicos de prestigio, la anestesia quirúrgica y la anestesia obstétrica, siendo esta última causa de muerte en algunos pacientes (Lobato, 1879), y la recurrencia a prácticas nocivas e irracionales para la madre y su producto, como oprimirles el vientre (Ramos, M., 1880a) o hacer exploraciones imprudentes y repetidas que llevaban a inutilizar las contracciones (Ramos, J., 1880).

Conforme fue creciendo la participación de los médicos en el embarazo y el parto, la obstetricia primero y la ginecología después

⁸ "Decreto que adiciona el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos", *Perspectivas para el desarrollo de los pueblos indígenas de México*, México, INI/Sedesol, 1992, pp. 99-106.

llegaron a ser especialidades de la medicina académica,⁹ la cual seguía estando reservada a los hombres. Con la finalidad de despojar a la mujer de su saber sobre la reproducción, ellos empezaron a tratar el embarazo y el parto como asuntos técnicos y especializados que, por lo tanto, eran propiedad exclusiva de los médicos. En sus manos, estos eventos se transformaron de fenómenos sociales en fenómenos biológicos —normales— primero, y médicos —patológicos— después (Oackley, 1984; Arms, 1975).

En el siglo XIX destacó el uso metódico y regular del fórceps. Decían los médicos que con él vencían las resistencias vulvo-vaginales, para ensanchar el cuello de la matriz, romper la bolsa de las aguas y tomar la cabeza del feto (León, 1910). También que: “Las ramas del fórceps son las manos del partero [...] Esto hace que se emplee diariamente. El fórceps nunca morirá; la preciosa pinza es inmortal”.¹⁰

Por esta época, se informaba del desarrollo casi cotidiano de casos de fiebre puerperal, con muertes, en la Casa de Maternidad de la ciudad de México, debido a que la ropa de cama que se entregaba a las enfermas estaba llena de manchas loquiales “[...] portadoras del miasma puerperal” (Ramos, M., 1880b), y de la escasez de camas, por lo que a veces dormían dos pacientes en una. Reconocían los médicos mexicanos —como sus colegas europeos— que las epidemias de fiebre puerperal no existieron en el mundo sino a partir de la fundación de las maternidades o de secciones en los hospitales dedicadas a ellas. En 1881 se propuso cerrar la Casa de Maternidad, debido a que todas las pacientes internadas en ella la padecían.¹¹

A pesar de lo anterior, en 1880 se decía que desde hacía 11 o 12 años, en México, el ramo de la obstetricia ostentaba el sello de la originalidad: “Su cuerpo de doctrina es *completo y perfecto*.” Esto se debía a que se había sacado a “[...] aquel nobilísimo arte del humillante polvo en que yacía, relegado como estaba entre *mujeres incapaces*” (Ramos, M., 1880a: 25).

⁹ Junto con la oftalmología y la bacteriología, la ginecología surgió como especialidad en México en 1888, y en 1893 se convirtió en materia obligatoria para todos los estudiantes de medicina. Archivo Histórico de la UNAM (AHUNAM), México, *Escuela Nacional de Medicina*, Dirección, Secretaría, programas de estudio, leg. 18, exps. 4 y 7, 1887 y 1893, ff. 13-23 y 31-275.

¹⁰ Juan María Rodríguez, citado en J. Ramos, 1880, p. 60.

¹¹ Isidro Díaz y otros; Juan María Rodríguez; Ignacio Capetillo y Eduardo Liceaga, citados en León, 1910.

Para estas mujeres, los médicos del xvi habían escrito una cartilla, y se elaboraron posteriormente otros reglamentos, para indicarles la forma en que debían realizar su trabajo.¹² Desde 1833 se les dictaron cursos teóricos, y a partir de 1867, también cursos prácticos. En 1874 se graduó una; en 1901, cinco; en 1905, dos.¹³ Se insistía siempre en demarcar las actividades que les eran permitidas a las parteras capacitadas.

A fines de los años setenta del siglo pasado, se aseguraba en una revista médica que las mujeres que estudiaban para parteras en escuelas superiores podían ser capaces hasta cierto punto, pero que en la prescripción y aplicación de medicamentos y en los trastornos dinámicos del parto, sólo debía intervenir el médico, pues: “La medicina[...] dígame lo que se quiera, siempre estará interdicta a la mujer.”¹⁴

Sin embargo, las mujeres comenzaron a solicitar su ingreso a las escuelas de medicina. Se enfrentaron entonces las posiciones de quienes opinaban que la medicina no iba de acuerdo con las inclinaciones naturales de su sexo, y que la débil organización femenina no podía dejar de quebrantarse ante profesión tan ardua, y los que consideraban que las ciencias eran también para ellas.¹⁵

En 1877, Matilde Montoya —partera titulada— se convirtió en la primera mujer que obtuvo en México título para ejercer la medicina, la cirugía y la obstetricia.¹⁶ Esto marcó el inicio de una inclusión creciente —aunque lenta al principio— de las mujeres en la medicina.

En 1905, precisamente cuando las mujeres tocaban a la puerta de las escuelas de medicina, a imitación de Inglaterra y Estados

¹² Véase por ejemplo, lo relativo a parteras en el “Reglamento de estudios médicos, de exámenes y del Consejo de Salubridad del Departamento de México”, Archivo Histórico del Ayuntamiento de México (AHAM), México, *Consejo de Salubridad*, leg. 3890, exp. 2, 1841. También, SSA “Reglamento de parteros empíricos capacitados”, *Diario Oficial*, México, 25 de octubre de 1976, pp. 15-16.

¹³ AHUNAM, *Escuela Nacional de Medicina*, Dirección, Secretaría, informes y memorias, leg. 30, exps. 1 y 3, 1874 y 1902, ff. 1-9 y 12-13; y alumnos, leg. 12, exp. 3, 1906, ff. 10-14.

¹⁴ Von-Siebold, citado en M. Ramos, 1879, p. 6.

¹⁵ José Ma. Vigil, citado en Rocha, 1991.

¹⁶ Archivo Histórico de la Escuela de Medicina (AHM), México, “Expediente académico de Matilde Montoya”, leg. 8, exp. 47, f. 56. El hecho era tan inusitado, que a su examen asistieron el presidente de la República y el secretario de Gobernación, y aunque para la sociedad no pasó inadvertido (*Monitor Republicano*, 27 de agosto de 1887), la prensa médica (*Gaceta Médica de México*, *La Escuela de Medicina...*) lo ignoró, a pesar de que era costumbre anunciar los exámenes aprobados por los nuevos médicos.

Unidos (Ehrendreich y English, 1984), se creó en México la carrera de enfermería. En 1911 ésta se unió con la de partera.¹⁷ Dicen Martínez Benítez *et al.* (1985) que la profesión de enfermera, al igual que la de partera profesional, nació con el doble carácter de práctica represora del trabajo de las parteras tradicionales, y actividad necesaria a la profesión médica y controlada por ella.

En 1912 se reportaba que la asistencia media anual en la Escuela de Medicina de la ciudad de México había sido de: 214 hombres y 4 mujeres en medicina, 2 hombres en farmacia, 18 hombres en especialidades médicas y 60 mujeres en enfermería.¹⁸ A las mujeres, que durante siglos habían ejercido la medicina como un trabajo autónomo y a las que la profesionalización les daba la oportunidad de hacerlo sin ser reprimidas, se les limitaba así a estas actividades subordinadas y de baja paga.

En las maternidades construidas a partir de la Revolución, aunque vigiladas por los médicos, las parteras profesionales y las enfermeras-parteras estaban encargadas del control del embarazo, el parto y la atención del recién nacido. La carrera de partera profesional se suspendió en la década de los cincuenta, y el ginecólogo, el pediatra y el anestesiólogo empezaron a desempeñar actividades que antes realizaban enfermeras y parteras (*ibid.*). Con frecuencia cada vez mayor, los obstetras fueron redefiniendo los procesos del embarazo y el parto como no naturales, y promoviendo, por lo mismo, interferencias en todos los nacimientos.

Más allá de los progresos de las mujeres para insertarse en el mundo médico profesional —actualmente representan la tercera parte de los médicos en México—, se mantiene hacia ellas una actitud discriminatoria, producto de “[...]la persistencia de mitos [como] el de que la forma de pensar y razonar es específica del sexo e inferior en la mujer” (ops, 1991). Entre ellas, es mayor el desempleo; los 350 integrantes de la Academia Mexicana de Cirugía son hombres; las mujeres están prácticamente ausentes de las especialidades a las que se atribuye mayor prestigio social y que son mejor remuneradas, como neurocirugía (5% de residentes en 1986) o cardiología (8%), y son minoría en los puestos directivos (González de León, 1990). Su participación en ginecobstetricia es mayor (28%

¹⁷ AHUNAM, *Escuela Nacional de Medicina*, Dirección, Secretaría, hospitales, leg. 34, exps. 8 y 10, 1912, ff. 25-28 y 34-36.

¹⁸ AHUNAM, *Escuela Nacional de Medicina*, Dirección, Secretaría, informes y memorias, leg. 30, exp. 11, 1912, ff. 61-62.

en ese año), pero en la atención al embarazo y el parto, ellas reproducen el comportamiento de la medicina hegemónica.

Los modelos doméstico y tradicional, en los que la mujer asume un papel fundamental, no son institucionales pero sí estructurados; tienen contradicciones con la medicina hegemónica, pero también interactúan con ella. Desconocer su existencia o no investigarlos sólo dificulta los propósitos democratizadores de la planificación, al punto de convertirse en obstáculo para el mejoramiento de la salud.

En las páginas que siguen intentaremos reflexionar sobre estos temas, apoyándonos en el examen del papel de la mujer en estos dos modelos de atención: el de la medicina doméstica y el de la medicina tradicional. Conscientes del grado de conocimiento que existe hoy sobre uno y otro, concederemos al estudio de la medicina doméstica un carácter mucho más exploratorio; al analizar la situación de la institucionalización del saber médico tradicional, ceñiremos casi exclusivamente nuestros ejemplos a las parteras tradicionales, apoyándonos en dos investigaciones en las que nos ha tocado participar (Mellado *et al.*, 1989; Carrillo, 1988).

Es preciso aclarar que, en buena medida, los ejemplos escogidos se refieren a las áreas rurales de México, a las parteras tradicionales de estas regiones y a la población campesina e indígena.

SISTEMA DE SALUD Y MODELOS MÉDICOS

En trabajos anteriores (Zolla *et al.*, 1988) hemos sostenido la existencia en México de un *sistema real de salud* —en contraste con el sistema formal, autodenominado nacional—, integrado por tres subsistemas o modelos: el de la medicina académica (MA), el de la medicina tradicional (MT) y el de la medicina doméstica o casera (MD). Hemos tratado también de probar que los agentes de la MA y la MT tienen en común, al menos, lo siguiente: 1) son terapeutas socialmente reconocidos (independientemente del estatus de ese reconocimiento), y 2) constituyen ofertas públicas de servicio. Quisiéramos destacar ahora —a propósito de las relaciones entre mujeres, saberes médicos e institucionalización— algunas de las características del modelo de la medicina doméstica, a sabiendas de que es un tema poco investigado. La razón para intentar su análisis aquí es, también, doble: 1) constituye la primera forma de

respuesta social estructurada ante la amenaza del desequilibrio, la enfermedad, el accidente o la muerte, y 2) la mujer desempeña en él un papel de primer orden, a tal grado que podría hablarse del saber médico doméstico como un saber esencialmente femenino.

El primer obstáculo que se encuentra en el camino del análisis de la medicina doméstica tiene que ver con la densidad de las imágenes inerciales que se han forjado, tanto sobre “lo femenino” como sobre “la salud en el hogar”, imágenes que es preciso desnaturalizar —en el sentido antropológico y no ético del término—, recuperando la densidad de sus contenidos culturales, su nada desdeñable eficacia y su función estructurante de comportamientos sociales. Estas imágenes hacen aparecer, así sea intuitivamente, a la medicina doméstica como una “respuesta natural al daño”, obviando los siglos de trabajo acumulado que han sido necesarios para generar una cultura médica casera, familiar y, predominantemente, femenina. Eduardo Menéndez —quien ha estudiado lo que él denomina el “modelo de la autoatención”— señala que este campo de conocimientos y de prácticas es consustancial a todo sistema de salud y, por extensión, a toda sociedad (Menéndez, 1990). En México se han registrado ejemplos de pueblos que no cuentan con médicos tradicionales —como figuras públicas reconocidas—, y en los que la respuesta a la amenaza de la enfermedad corre únicamente por cuenta de la medicina doméstica. Este es el caso de los lacandones de Chiapas, en los que todo adulto es depositario del saber médico ancestral, al punto de que no puede organizar una familia si previamente no conoce las formas de prevenir y tratar el mal. Pero, exceptuando estos ejemplos fronterizos, es posible afirmar que la medicina doméstica establece siempre relaciones complejas, asimétricas y sostenidas con los subsistemas académico y tradicional.

MEDICINA DOMÉSTICA

Antes de abordar el análisis más detallado del modelo, quisiéramos señalar que una tipología de las actuales unidades domésticas resulta de gran interés para guiar el estudio de la medicina doméstica, teniendo en cuenta que “[...] la estructura de los hogares, definida por las relaciones sociales y los lazos que existen entre sus miembros, es dinámica y experimenta cambios a lo largo del desarrollo del ciclo doméstico”, siendo también “propensa al cam-

bio como una respuesta a transformaciones externas al hogar” (González de la Rocha, 1993, p. 328). Es posible encontrar en el México actual “[...] hogares nucleares, formados por una pareja y su descendencia; hogares extensos, integrados por un hogar nuclear y algún o algunos miembros que no son parte del núcleo conyugal pero que no forman entre sí otro núcleo conyugal; hogares compuestos, integrados por más de un núcleo conyugal; hogares encabezados por mujeres, formados por una mujer y sus hijos, y hogares unipersonales” (*ibid.*, p. 329). Es posible que las diferencias en la configuración de los hogares —extensos, nucleares, etc.— den lugar a variaciones en algunos de los rasgos del modelo médico doméstico. Al menos, esto lo hemos observado en el caso de Morelos, en donde la migración ha propiciado la formación de hogares nucleares de parejas jóvenes, desapareciendo o atenuándose la función de asistencia y consejo que las mujeres maduras brindaban a las primigestas en las etapas del embarazo, el parto, el puerperio y las enfermedades de la madre y del niño (Mellado *et al.*, 1989). Naturalmente, la tipología de las unidades domésticas no permite agotar —ni explicar— las particularidades de las respuestas médicas; ayuda a situar la investigación que deberá, por fuerza, atender a la situación de los conjuntos sociales (como estratos o clases, en contextos económico-sociales, políticos y culturales específicos), en donde se dan procesos patológicos, respuestas curativas y daños a la salud de carácter diferencial.

Intentaremos ahora despejar algunos de los rasgos que nos parecen característicos de la medicina doméstica:

1) La unidad doméstica —y no los sistemas médicos especializados, se llamen tradicional o académico— constituye el primer ámbito social de percepción y evaluación del daño a la salud y, en general, de los niveles de bienestar. Como han señalado varios autores, la medicina que se forja en el seno de la unidad doméstica opera como un “primer nivel de atención” —valor que el modelo médico académico restringe a la medicina general— o como una suerte de “atención primaria de salud” (despojando a esta expresión del contenido técnico con que se la emplea en el nivel mundial desde 1978).¹⁹

¹⁹ “Es desde esta perspectiva estructural —dice Menéndez— que considero que la autoatención centrada en la mujer constituye el primer nivel real de atención” (Menéndez, 1990, pp. 178-179).

2) Como todo modelo de atención a la salud, el de la medicina doméstica está estructurado como un sistema de conceptos, creencias y prácticas relativos a los estados de desequilibrio, en general, y al proceso salud/enfermedad/curación, en particular. Una tipología de las unidades domésticas actuales permitiría apreciar las peculiaridades del modelo, así como los tipos y funciones de: *a)* los recursos humanos; *b)* los procedimientos y métodos diagnósticos y terapéuticos; *c)* las clasificaciones de las causas de demanda de atención (y, en particular, la nosotaxia doméstica); *d)* los recursos terapéuticos (materiales y simbólicos), y *e)* las relaciones con los otros modelos de atención y con otros ámbitos de la vida social: educativo, ecológico, laboral, religioso, recreativo, etcétera.

3) A diferencia de las medicinas tradicional y académica, el modelo doméstico no constituye una oferta pública de servicio, y sus agentes no son terapeutas socialmente reconocidos. Sus actividades se extienden al núcleo parental y, en ocasiones, vecinal.

4) La medicina doméstica es, simultáneamente, una estructura de servicios y un espacio para la toma de decisiones relativas a la atención casera o a la canalización del enfermo hacia los otros sistemas médicos. Estas decisiones reposan sobre estimaciones fundadas de carácter clínico, pero también sobre nociones de oferta y prestigio, respuesta a estímulos comunicativos (sea de las instituciones, de las empresas o de otros miembros del grupo doméstico), esquemas de percepción de los servicios y, naturalmente, necesidades de diversa índole.

5) En tanto modelo de atención, su quehacer no se constriñe al área médica (preventiva o curativa), sino que incluye y reelabora conceptos y prácticas relativas a la alimentación y la nutrición, la higiene y el saneamiento básico, la educación y la recreación, la sexualidad y la reproducción, la religiosidad y las normas sociales, el trabajo y la vivienda, etcétera.

6) Sus relaciones con los otros modelos de atención, y el hecho fundamental de atender y remitir a los miembros del grupo doméstico —incluidos los propios curadores domésticos en su calidad de demandantes de servicios—, lo sitúan como un agente de vinculación y de síntesis. Esto explica, en buena medida, la hibridez de muchos de sus conocimientos y prácticas, mayor que la apreciada en los sistemas académico y tradicional.

La estructuración de los saberes y las prácticas médicas domésticas presenta una doble complejidad relativa tanto a los sujetos y

sus redes de relaciones, como al contexto, dotado él también de funciones estructurantes: desde hace años, la sociología y la antropología han mostrado la complejidad de las relaciones de parentesco, la inserción femenina en distintos esquemas productivos (incluido, naturalmente, el trabajo doméstico), la naturaleza y jerarquía de papeles y funciones, e, incluso, la distribución del espacio físico doméstico, los mecanismos comunicativos, los ritos, mitos y tabúes que pautan la vida familiar y la conducta “normal” o “desviada” de los sujetos. Cada uno de estos aspectos repercute de modo diferente sobre las estrategias de supervivencia y, naturalmente, sobre los saberes y las prácticas médicas domésticas. En las últimas décadas se han desarrollado vigorosamente las historias de las mentalidades, de la familia, de la vida privada, de la mujer, de la niñez, de la alimentación, de la cocina e, incluso, de las prácticas anticonceptivas. El estudio de la medicina doméstica —sea sincrónico o diacrónico— constituye una empresa que confluye con esos esfuerzos.

Antes de analizar el papel de la mujer dentro del modelo de la medicina doméstica, quisiéramos mencionar que el sistema oficial de salud no se ha mostrado proclive a impulsar estudios que profundicen en el conocimiento de las estructuras de los modelos tradicional y doméstico. De allí que reine confusión en su percepción del papel de los médicos tradicionales, los promotores de salud y los agentes de la medicina doméstica, sumado esto a los mecanismos de control que el modelo impone —o pretende imponer— a los terapeutas de los otros modelos. La Ley de Salud del Estado de Chiapas, sancionada en la presente administración, y que reconoce a los terapeutas tradicionales como auxiliares de fomento a la salud y no como curanderos (*h'iloletik*), parteras o *hueseros*, constituye un ejemplo paradigmático de esta cuestión. Más aún, en México, sólo en fechas muy recientes (finales de 1992) se produjo el primer estudio sobre la salud de los indígenas aprovechando los datos del sector (Sepúlveda, 1993). La iniciativa del Instituto Mexicano del Seguro Social, para mantener una unidad dedicada al estudio de la medicina tradicional y sus recursos, cesó prácticamente en 1987, conservándose únicamente algunas áreas de estudios experimentales enfocadas a la química y la farmacología de las plantas medicinales. El libro sobre la investigación de la herbolaria medicinal de México, publicado en 1993 por la Secretaría de Salud, sólo constituyó un acto aislado, más ligado

a la celebración de sus 50 años de vida que a programas de investigación u operación en la materia (Juan *et al.*, 1993). Los principales trabajos sobre la medicina doméstica y, dentro de ella, la función de la mujer, son producidos fuera del sector.

Como tendremos ocasión de ver en el caso de las parteras, frente a la medicina doméstica, el sistema oficial de salud oscila constantemente entre una postura de desconocimiento y negación, y otra de institucionalización y control. Quisiéramos insistir en el hecho de que el modelo oficial no reconoce a la medicina doméstica como un conjunto estructurado, sino como un ámbito en el que acaece la enfermedad; en su boca, "salud en el hogar" es una expresión sociológicamente vacía, formulada desde una concepción que no reconoce roles ni reglas. ¿Cómo explicar, si no, la "sorpresa" producida por una investigación como la de Álvarez Cordero al comprobar en dos unidades de medicina familiar del IMSS del Distrito Federal que más de 50% de los derechohabientes —madres, en su gran mayoría— mantenía contacto permanente con terapeutas de la medicina tradicional para la atención de ciertas dolencias que los usuarios del servicio reconocían? Es decir, éstos poseían un saber sobre la mayor parte de los padecimientos que incluyó la encuesta: aire, susto, mal de ojo, caída de la mollera, empacho, etc., y consideraban que el servicio oficial no sabía tratarlas o las trataba incorrectamente. Se encontró también que estos usuarios operaban como un puente entre el modelo académico y el modelo tradicional (Álvarez Cordero *et al.*, 1984). Agreguemos, de paso, que este trabajo no ha tenido continuación.

Un reflejo de este desconocimiento o negación de los sistemas doméstico y tradicional lo constituye la estadística epidemiológica oficial, que, como es bien sabido, sólo registra la morbilidad padecida por aquellos que efectivamente han demandado el servicio. ¿Cuántos acontecimientos de enfermedad y curación tienen lugar fuera de los hospitales, clínicas, unidades médicas rurales y centros de salud oficiales o privados?

La afirmación de que la mujer constituye el eje de las actividades estructurantes del sistema de la medicina doméstica no es nueva. Una gran cantidad de textos etnográficos, antropológico-médicos, históricos, etnobotánicos e, incluso, de salud pública, ofrecen pruebas directas o indirectas de la existencia de este personaje y de este subsector. "La atención a la enfermedad constituye un trabajo que nunca se acaba, que opera en todos los

estratos sociales, que hace poner en juego los mecanismos de autoayuda y que está delegado básicamente en la mujer. Esta asunción de la mujer no ha sido modificada estructuralmente, aun en sociedades donde existe un estatus femenino elevado y movimientos feministas combativos" (Menéndez, 1990, p. 179).

El ámbito doméstico no sólo constituye la primera respuesta social organizada ante la enfermedad, con la mujer como motor de las acciones. También opera como productor de recursos humanos para la salud, ya sea del mismo hogar de origen, de los nuevos hogares que impulsa la reproducción o de la propia comunidad. Es el hogar, en la mayoría de los casos, el espacio germinal de los terapeutas tradicionales, y las redes de autoayuda el mecanismo básico que propicia el desarrollo del terapeuta. En la mayor encuesta realizada hasta el momento para determinar la existencia de recursos humanos no institucionales para la salud en zonas rurales, se pudo establecer la existencia de 13 034 terapeutas tradicionales en 3 025 sitios en donde se ubicaban, hacia 1983-1984, otras tantas unidades del Programa IMSS-Coplamar. De ese total, 66.4% era personal femenino (48%, parteras) (Zolla, 1986). Es bien sabido que, en la mayoría de los casos, ese recurso comienza a forjarse en el ámbito doméstico, en tareas como la asistencia ginecobstétrica parental e, incluso, en la autoatención del parto, y que luego desborda los límites de la atención casera para proyectarse como terapeuta comunitario.

Aunque importante, el saber médico de la mujer no se limita al ámbito de la ginecología, la obstetricia o la pediatría, por mucho que se haya enfatizado —con razón, por lo demás— en ello. La mujer organiza los labores médicos como parte de una estrategia más amplia de supervivencia, y es en ese marco donde se asocian la nutrición, la educación y la transmisión de las pautas de crianza, la higiene personal, el saneamiento básico, la religión, el trabajo, el comercio, la política y la medicina. Los reclamos de salud de las mujeres —cada vez más intensos y frecuentes— rara vez se constriñen al servicio médico, aunque se haya demostrado que ellas son grandes demandantes de consulta médica institucional y privada (Meerhoff y Rigoli, 1992). En el caso particular de la mujer campesina, un sinnúmero de tareas —desde la búsqueda de agua hasta el tratamiento de una enfermedad gastrointestinal— se inscriben directamente en la esfera de la salud, y es allí donde se estructuran los conocimientos y las prácticas. Por ejemplo, la arquitectura de

ciertas unidades domésticas rurales muestra aún la impronta de esta estructuración: en San Rafael Tepatlaxco, Puebla, la mayor parte de las viviendas cuenta con temazcal. Usado con fines terapéuticos, rituales e higiénicos, el temazcal revela esas asociaciones que la medicina doméstica traba con otras esferas de la vida social. Agreguemos, de paso, que el temazcal ha estado siempre bajo la advocación de deidades femeninas, tanto en tiempos prehispánicos y coloniales como en la actualidad.

La atención que las parteras brindan a las parturientas, asistiéndolas en el cuidado del hogar, el lavado de la ropa y la atención de los niños, constituye una prueba de esa “domesticación” del parto, opuesta a la “medicalización” persistente que impone el modelo académico.

Sería erróneo sostener que sólo el modelo médico académico instaure relaciones hegemónicas; existen numerosas evidencias del ejercicio de mecanismos de control social por parte de los curanderos, tanto sobre la población como sobre los terapeutas que emergen del ámbito doméstico. Pero es indudable que ha sido la medicina académica la que ha dado una forma más acabada y determinante a este proceso de exclusión, vigilancia o dominio de los otros sistemas y de medicalización de la vida cotidiana.

Al proponer formas de participación comunitaria y ampliar las políticas de salud hacia estrategias como las de la atención primaria, el sistema oficial de salud se enfrenta a nuevas y constantes contradicciones, visibles claramente en la situación de los estratos más bajos de la población. El Consejo Nacional para el Control de las Enfermedades Diarreicas (Conaced), instancia de coordinación interinstitucional de reciente creación, se ha propuesto disminuir en 50% las muertes por padecimientos hídricos. El centro del programa es la educación para la salud y el uso de los sobres de suero oral (Sro). Sin embargo, a pesar de la importancia indudable de la iniciativa, la carencia de agua entubada y de drenaje y la contaminación de las fuentes de aprovisionamiento siguen siendo los determinantes principales de la persistencia de los cuadros diarreicos en las comunidades de menores recursos. En el nivel nacional, sólo 38.1% de los hogares indígenas cuenta con agua entubada y 15.7% posee drenaje (Sepúlveda, 1993). ¿Cómo alentar el desarrollo de la higiene personal y la de los alimentos, y la rehidratación oral ante una población aquejada por las carencias de agua y drenaje? ¿Cómo pretender el cumplimiento de la meta de

siete consultas profesionales de control del embarazo, de los esquemas completos de inmunización, de la atención profesional oportuna en casos de cólera, en poblaciones que carecen del servicio médico? —para 1992, de las 1 135 localidades en las que había albergues escolares del INI, es decir, en sitios de concentración mayores que los poblados de origen de los niños, 50% de aquéllas no coincidía con ningún servicio médico. ¿Cómo impedir que las parteras capacitadas —como ocurrió en el MSS del estado de Morelos en 1986— no aspiren a atender sus partos en el hospital, cuando gran parte de su entrenamiento fue desarrollado en ese ámbito? ¿Cómo impulsar el uso de la cartilla de salud oral —que se propone actualmente, y que pretende no sólo el control de las piezas dentales, sino la curación odontológica— cuando el servicio estomatológico es prácticamente inaccesible para millones de mexicanos? ¿Cómo lograr la vuelta a la práctica del amamantamiento después de tantos años de impulsar el uso del biberón y de las leches integrales, y, sobre todo, ante la evidente inserción de las mujeres en un mercado de trabajo que las aleja del hogar? ¿Cómo impedir regular o moderar el consumo de alimentos de bajo valor nutricional, cuando se propone y se prestigia su ingesta a partir de una poderosa estructura industrial y publicitaria, y en donde la inserción de los mensajes institucionales de salud constituye una caricatura comunicativa? Es frente a estos hechos que la medicina doméstica responde —no siempre positivamente— como una estructura peculiar a las propuestas de institucionalización del sector. Mientras se mantengan ciertas condiciones que hacen que amplios sectores sociales (campesinos, indígenas, marginados urbanos, principalmente) presenten los más altos índices de marginación, la medicina doméstica seguirá cubriendo una amplia gama de necesidades de salud, viviendo contradictoriamente sus relaciones con un sistema que, hasta el momento, no se ha mostrado generoso, y apelando a aquellas modalidades de atención, como la medicina tradicional, con la que es mayor su cercanía cultural y material.

MEDICINA TRADICIONAL

El segundo subsistema de atención a la salud es el de la medicina tradicional. Trescientos años de persecución por supersticiosos, y doscientos más de acoso por irracionales y acientíficos, no han

logrado aniquilar los saberes médicos indígenas. Si bien, por un lado, sí fueron tasajeados, lo que impidió que fueran sistematizados teóricamente, y, por otro, se sincretizaron en un proceso que aún continúa, con otros saberes médicos académicos y no académicos.

Los médicos tradicionales se ocupan de síndromes de filiación cultural —que desde luego no están en los libros de medicina— como cáncer de muerto, corazón apretado, susto, espanto de agua, herida de ojo, empacho, caída de la mollera, mal de viento, pega triste, tiricia o quebradura de espíritu. En éstas y otras enfermedades —algunas no tradicionales—, no solamente conciben, sino también previenen, diagnostican, realizan el tratamiento y hacen el pronóstico de las enfermedades, de acuerdo con claves profundas de la cultura del grupo (Zolla, 1986).

Con respecto a las mujeres, si bien, como dijimos, destaca su papel en la atención al embarazo, el parto, el puerperio y los cuidados del recién nacido, del total de médicos tradicionales, 18.4% está representado por mujeres que cumplen otras funciones médicas: curanderas, adivinas, rezanderas, sobadoras, tizanteras, chanequeras y hueseras, cuya contribución a la salud de los pueblos indios aún no ha sido evaluada.²⁰ Estas médicas atienden, en ocasiones, a pacientes de ambos sexos y de todas las edades del mismo modo que las mujeres son atendidas tanto por médicas como por médicos tradicionales.

Numerosos estudios explican la persistencia de la medicina tradicional por el hecho, antes mencionado, de la existencia de una estructura común de pensamiento entre el terapeuta tradicional y la población a la que atiende; además de que aquél da importancia a aspectos psíquicos, y suele ver, no órganos enfermos, sino al paciente como un todo, interrelacionado con el cuerpo social y con el universo (Galinier, 1990; Anzures y Bolaños 1989; Aguirre Beltrán, 1980b; oms, 1978).

Hay también un buen número de trabajos que muestran que la medicina académica ha accedido hasta las comunidades más alejadas, y que es bien recibida por su eficacia y mayor cantidad de recursos (Antochiv, 1986), así como porque en las comunidades aparecen como resultado de la introducción de nuevas formas de trabajo y de vida, enfermedades contra las que no hay inmunidad

²⁰ Acerca de síndromes de filiación cultural y recursos materiales y humanos tradicionales, consultar Zolla (dir.) 1994a y b.

natural o que la medicina tradicional no sólo no puede curar, sino ni siquiera explicar (Menéndez, 1986). Afecciones cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades reumáticas y trastornos psicosociales, aparecen con frecuencia creciente en las comunidades, con diferencias por clase social y por género. La mortalidad femenina es menor, pero la mujer se enferma más y presenta más incapacidades (Restrepo, 1993).

Estos riesgos, sin embargo, son poco atendidos en las mujeres pobres, que casi nunca tienen acceso a servicios médicos especializados, debido a que “[...] se ha abordado la atención de salud de la mujer adulta en compartimentos determinados [...] por intereses médicos [donde] su relación o no con la función reproductiva es lo que ha primado” (*ibid.*, p. 87).

Esta atención a las mujeres, restringida prácticamente al marco de la reproducción —aunque como dicen ellas: “[...] obviamente nos enfermamos de mucha otras cosas” (INI, 1993)—, sin duda ha favorecido que el único terapeuta tradicional tolerado en la práctica por el Estado y la medicina académica sea la partera, a la que se considera indispensable capacitar.

En México hay muchísimas mujeres que prefieren a las parteras empíricas aun cuando cuentan con seguridad social o, por diferentes razones, han sido atendidas en alguna ocasión por profesionales de la salud. Coplamar reportaba en los años ochenta que 70% de los partos del país no era atendido por instituciones de salud (Coplamar, 1983). En 1993, de los 105 246 partos atendidos en unidades médicas y hospitales rurales del IMSS-Solidaridad en toda la República, 55 597 fueron atendidos por parteras (este dato no incluye los partos atendidos en casa de las parteras o las parturientas).²¹ Por otro lado, el Programa Nacional de Parteras Tradicionales tenía registradas entre 1990 y 1991, 23 976 de estas terapeutas, y 23 845 para 1994;²² y las que habían sido encuestadas —que eran aproximadamente la mitad—²³ atendían, en promedio, tres partos al mes.²⁴ La cifra de parteras censadas es notable,

²¹ Coordinación general del Programa IMSS-Solidaridad, SUI, Población y servicios otorgados, anual, 1993.

²² Directorio interinstitucional nacional de parteras (1990-1991), IMSS, Directorio Nacional de Parteras Rurales IMSS/SSA, México, 1994.

²³ Encuesta nacional de parteras, SSA, (1990-1993).

²⁴ “Los índices de mortalidad materno-infantil disminuyen”, *Excelsior*, 16 de mayo de 1994.

máxime considerando que el número de unidades médicas de primer nivel en toda la República no sobrepasaba las 15 000.

Para algunos esto puede explicarse porque, como ha revelado un buen número de estudios etnográficos, los métodos tradicionales de atención al parto y al recién nacido poseen valores sociales, religiosos, psicológicos y culturales para los grupos donde se practican; las parteras empíricas cumplen funciones de control de la ansiedad psicológica, que provocan ciertos miedos relacionados con la posibilidad de que nazcan niños hechizados; siguen preceptos mágicos y religiosos que se piensa facilitan el parto, son consultadas en cuanto a la crianza del niño más allá del mes de vida, se ocupan de rituales, oraciones y obligaciones sociales y, en general, reflejan en su trabajo las costumbres y creencias de la comunidad donde realizan su práctica.

Pero otros pensamos que también puede entenderse como una resistencia de las mujeres indígenas y campesinas al creciente proceso de medicalización del parto en los hospitales. Entendemos que gracias a los avances de la ginec obstetricia moderna —registro del ritmo cardíaco fetal, ultrasonografía, amniocentesis, entre otros—, en nuestros días es posible detectar anomalías morfológicas y cromosómicas en el feto, evaluar la maduración pulmonar y controlar la integridad anatómica de cualquier órgano, lograr que sobrevivan recién nacidos de un kilo y medio, prevenir problemas por incompatibilidad sanguínea, hacer mucho más seguros el embarazo y el parto para las mujeres con diabetes o hipertensión arterial y, en general, disminuir la mortalidad materna y perinatal.

Sin embargo, hay una contradicción entre esta seguridad y el carácter natural y familiar del nacimiento. Como el método científico da valor a lo que puede reproducirse en condiciones iguales o similares, a lo que puede ser medido, a lo generalizable, la asistencia materno-infantil fundada en el saber científico lleva a cabo rutinas que en ocasiones provocan iatrogenias, entre ellas: inducción del parto, tricotomía, tactos continuos, separación de madre e hijo y alimentación de éste con sucedáneos de leche materna.²⁵ Así, los ginec obstetras convierten el proceso del nacimiento en un procedimiento en el que, al parecer, el niño no nace por el trabajo

²⁵ Si bien se han promovido los hospitales "amigos del niño y de la madre", que favorecen la lactancia natural, existen 706 de ellos, de los cuales 450 están consolidados; es decir, cumplen todos los requisitos.

de parto sino por la asistencia médica, y a las parturientas las convierte en pacientes enfermas.

Hay choques, también, entre la confiscación de la maternidad por parte de la profesión médica —que ejerce un control rígido, como si el embarazo y el parto fueran anomalías—, y la tradición de las mujeres de enseñarse generación tras generación las unas a las otras.

Las parteras han conservado al parto como un acto natural y familiar, donde padre y madre tienen un papel activo en el nacimiento de su hijo, aunque están imposibilitadas para salvar la vida de madre o niño en partos con complicaciones graves, y, con frecuencia, no hacen uso de todos los recursos —como la higiene— que aun en sus contextos podrían emplear.

En los cursos para ellas se busca combatir prácticas nocivas, así como la utilización de instrumental no esterilizado para cortar el cordón umbilical o el vendaje del mismo con material sucio. Se pretende, asimismo, enseñar a las parteras a identificar los partos complicados y referirlos a centros de salud u hospitales, y convertirlas en promotoras de los métodos modernos de planificación familiar.

Los objetivos manifiestos de la capacitación son reducir la morbilidad y mortalidad materno-infantil, lograr el descenso de las tasas de crecimiento de la población e incorporarlas a los servicios sanitario asistenciales (Du Gas *et al.*, 1979).

En cuanto al objetivo de reducir la mortalidad materno-infantil, es importante aclarar que no existe ningún estudio que pruebe que hay una relación causal entre la práctica de las parteras empíricas y la mortalidad materna y perinatal. En cambio, la anemia sí se considera como una de sus principales causas. La desnutrición materna durante el embarazo tiene como resultado, entre otros, el bajo peso al nacer de su producto. La investigación latinoamericana sobre el bajo peso al nacer, conducida por el CLAP, encontró que 78% de las muertes neonatales precoces se asoció con los nacidos de bajo peso (2 500 g), y de éste, 47% —casi la mitad—, con los de muy bajo peso (1 550 g) (CLAP, 1983).

Acorde con lo anterior, una investigación interamericana de mortalidad en la niñez encontró que la partera tradicional sería impotente para luchar, en una notable proporción de defunciones, contra la causa subyacente de la muerte, a saber: el retardo en el crecimiento fetal, la inmadurez y la deficiencia nutricional. Sostuvo

que incluso los servicios médicos modernos de salud estarían incapacitados para evitar la muerte en la mayoría de dichos casos, y encontró que de los niños que murieron en el periodo neonatal, 67% nació y falleció en el hospital, y otro 18.5% recibió tratamiento hospitalario (Puffer y Serrano, 1973).

En 1992, en México, las deficiencias en la nutrición y las anemias aparecían dentro de las primeras 15 causas de muerte en todos los grupos de edad. Esta situación es especialmente grave en las mujeres. En un estudio realizado en 1992 en albergues escolares indígenas, se encontró que al egreso escolar la normalidad nutricional entre las niñas —las futuras madres indígenas— era igual a cero (Hernández Murillo y Thacker, 1992).

Por otro lado, y al parecer por influencia de los cursos de capacitación de parteras, en los últimos años ha venido descendiendo el número de casos y la tasa de tétanos neonatal (135 casos por 10 000 nacidos vivos registrados, con una tasa de 0.27 en 1992; y 92 casos por los mismos 10 000, con una tasa de 0.19 en 1993). Aun así, todavía se presentan episodios (21 con una tasa de 0.03 hasta la semana epidemiológica 17 de 1994), de los que en 43.5%, el parto fue atendido por parteras tradicionales; en 8.7%, por parteras capacitadas, y en 17.4%, por médicos (el resto fue atendido por familiar, otros o se ignora) (Dirección General de Epidemiología, 1994a y 1994b). No hay un estudio que muestre qué papel desempeñó la atención y cuál es el peso de los cuidados en el hogar.

Por lo que toca a la referencia de pacientes, tanto a las parteras como a las madres les da tranquilidad saber que pueden acudir a un centro de salud o a un hospital en caso de complicaciones. Se presentan, sin embargo, tres problemas principales: el rechazo de los médicos hacia las mujeres que envían las parteras tradicionales (Zittle Ferro y Camarena García, 1985); la falta de carreteras, ambulancias y medios de transporte que comuniquen a las zonas aisladas con los centros de salud, y la poca capacidad institucional para atender los casos que se les envían (Townsend, 1985).

La mayoría de los programas de capacitación de parteras incluyen contenidos sobre anticoncepción, con lo que se busca que esta terapeuta tradicional, con prestigio en la comunidad, promueva métodos de planificación familiar entre las mujeres que no tienen acceso a otros programas (Chávez Cernas, 1985; Reyes Castillo y González, 1985).

Figueroa-Perea ha cuestionado lo que él denomina la expropiación de la reproducción por parte de los programas institucionales de planificación familiar. Señala que es contradictorio que dichos programas se justifiquen por la salud materno-infantil y se basen en el concepto de paternidad responsable, y, sin embargo, se fijen metas demográficas y de cobertura, con base en las cuales se evalúa su eficacia. Proporciona los resultados de una encuesta sobre riesgo y efectos colaterales asociados con el uso de métodos anticonceptivos, que muestran que las usuarias no habían sido seleccionadas de acuerdo con las normas institucionales establecidas. Sugiere que el programa se encargó a los médicos para que fuese aceptado por la población, y alerta contra el posible desajuste que esto puede causar en dicha población (Figueroa-Perea, 1991).

Estos mismos cuestionamientos surgen en el caso de las parteras. A partir de 1960, la Federación Internacional de Planificación Familiar comenzó a estudiar el uso de las parteras tradicionales en los programas de control natal. Se realizaron reuniones regionales en varios países, México entre ellos (World Health Organization Secretariat, 1979) y, a partir de entonces, la Agencia Estadunidense para el Desarrollo Internacional y otras instituciones han colaborado en proyectos de planificación familiar que incluyen a las parteras (Population Information Program, 1980). Es decir, se ha cambiado el énfasis de programas que se apoyaban en hospitales o clínicas a otros con base en la comunidad, en los que las parteras capacitadas envían a los centros de salud a mujeres dispuestas a emplear algún método de anticoncepción, realizan varios procedimientos ellas mismas y venden o distribuyen gratuitamente anticonceptivos (*ibid.*).

En el Estado de México se realizó un programa piloto de planificación familiar con parteras y otros promotores de salud que regalaban píldoras y preservativos, y aplicaban métodos anticonceptivos inyectables. Los promotores, además, colocaban dispositivos, y todos referían a mujeres a esterilización voluntaria. El uso de anticonceptivos entre las mujeres casadas de entre 15 y 19 años aumentó de 6.6 a 34%.²⁶

Así, las parteras tradicionales no sólo permiten que los programas de control de la población lleguen a sectores de otro modo

²⁶ United States Agency for International Development, citado en *Population Information Program*, 1980.

difícilmente accesibles, sino, además, lo hacen con un bajo costo. Se calculaba que cuando reclutar a un nuevo usuario de anticonceptivos costaba 8.50 dólares estadounidenses si se hacía a través del programa nacional, y requería sólo 0.60 centavos si lo lograba una partera.²⁷

Esta política conlleva problemas para las parteras, porque la comunidad no siempre acepta los métodos modernos de planificación familiar como parte de la atención tradicional que ellas proporcionan, y, además, porque han tenido que enfrentarse a quejas, tanto por la ineffectividad de los mismos, algunas veces, como por los efectos colaterales de los dispositivos intrauterinos, los anticonceptivos orales y los inyectables (Population Information Program, 1980). Y es que se promueven más aquellos anticonceptivos que requieren menor conciencia de la mujer y poca o nula participación de su pareja (Cardaci y Álvarez, 1980), independientemente de sus posibles efectos secundarios. Las parteras tradicionales debieran ser informadas de los riesgos de las elevadas tasas de fecundidad, pero también de los posibles efectos colaterales de los anticonceptivos que van a distribuir. Las usuarias tienen, igualmente, derecho a esa información.

De cualquier manera, no es posible ignorar que la alta tasa de nacimientos es una manera que tienen las clases populares de mantener o acrecentar la población, frente a los, también altos, niveles de mortalidad, sobre todo infantil. Por eso UNICEF afirma que las mujeres recurrirán con más confianza a los métodos modernos de planificación familiar sólo cuando sepan que sus hijos tienen más posibilidades de sobrevivir.

Por último, con los cursos se busca evitar algunas prácticas de las parteras como poner hierbas en la vagina de la parturienta o presionar su vientre, pero un problema ha sido que por influencia de los cursos de capacitación de parteras, muchas de ellas recurren hoy a prácticas que se ha demostrado que son dañinas y, en cambio, han abandonado otras benéficas.

Actualmente hay estudios que muestran que la asistencia, durante el parto, del compañero o de otras personas conocidas de la madre, hace que disminuyan la tensión y el dolor,²⁸ cuando en

²⁷ D. E. Morisky *et al.*, citado en Population Information Program, 1980.

²⁸ J. J. Poseiro *et al.*, citados en Caldeyro-Barcia, 1979.

los hospitales esto se permite sólo en un pequeño número de casos. En cambio, en la atención tradicional al parto, el hombre continúa participando como lo hacía en la época prehispánica. Por ejemplo, entre los tzotziles, la partera se coloca de pie por detrás de la mujer, mientras su esposo está sentado en una silla baja, frente a ella, reconfortándola. Incluso, si la partera no está, el marido toma su lugar (Guiteras Holmes, 1983); entre los lacandones, la parturienta y su esposo van con la partera a algún lugar privado de la selva donde puede realizarse el nacimiento (Villa Rojas, 1985), y para los triquis el nacimiento es un acontecimiento importante al que acuden familiares de la mujer y del marido para apoyar moralmente a la madre (Huerta Ríos, 1981).

La posición supina o de decúbito dorsal quizás se llama ginecológica porque es la más adecuada para la vigilancia y la intervención médica en el proceso del parto, pero no es natural. Por ello, los músculos perineales pueden ser forzados y desgarrarse, además de tener otros efectos como ineffectividad de contracciones y palpitations por hipertensión, debidos a la opresión de la vena cava inferior, lo que también puede ocasionar hipoxia fetal (Husson y Yanotti, 1980).

Estudios hechos en hospitales de América Latina, en 324 partos de bajo riesgo, mostraron que en posición vertical la duración del periodo de dilatación se reducía en 25%, en la totalidad de las mujeres, y en 36% en el caso de las primíparas (Caldeyro-Barcia, 1979).

Las posiciones verticales o inclinadas que favorecen las parteras son más efectivas pues, entre otras muchas consecuencias, tienen un efecto ocitócico que aumenta de manera natural la intensidad de las contracciones uterinas, y también más lógicas pues aprovechan la ley de la gravedad. Entre los tlapanecas, la mujer pare de rodillas sosteniéndose del respaldo de una silla, o el marido la sostiene tomándole por debajo de los brazos (Oettinger, 1980); las mujeres kiliwas y las huicholas paren en cucullas (Mata Torres, 1982; Ochoa Zazueta, 1978), y las mujeres tzotziles se agarran a una cuerda que cuelga de una viga para no desperdiciar sus esfuerzos (Guiteras Holmes, 1983).

Con estas posiciones que la mujer toma instintivamente, ella puede pujar de manera adecuada, el feto tiene la posibilidad de rotar más fácilmente, y su cabeza, con la ayuda de la ley de la gravedad ya mencionada, distiende mejor los músculos perineales

y evita la necesidad de muchas episiotomías, que en la medicina oficial también se hacen en casi 100% de los casos. Además, la partera suele detener con sus manos la coronilla, lo que le da fuerza al tejido y evita que el niño salga demasiado de prisa.

En forma rutinaria también se emplean en el hospital ocitócicos que, ciertamente, pueden ser muy útiles cuando el útero de la mujer no responde porque la cantidad de ocitocina en la sangre es pequeña o no la produce en cantidad adecuada, pero que, muchas veces, si bien se dice que se les emplea para "conducir" el parto, en realidad cumplen la función de inducirlo y acelerarlo.

La inducción puede ser peligrosa porque reduce la cantidad de oxígeno disponible para el feto, y provoca desaceleración del ritmo cardíaco fetal. Es posible que esto cause lesiones cerebrales y deje secuelas neurológicas. Es importante notar que no hay una dosis de ocitocina estándar segura, pues la única manera de saber la cantidad de ella que un útero o un feto es capaz de tolerar es administrándola. Unas mujeres requieren 2 miliunidades, otras 30 (Kitzinger y Davis, 1978). El encarcelamiento de placenta o placenta retenida es otra de las posibles consecuencias de la inducción, pues la contracción no es natural (*ibid.*).

El desencadenamiento y desarrollo del parto son casi siempre espontáneos, pues éste es un proceso natural e ininterrumpido. El útero mismo libera prostaglandinas que inducen y mantienen las contracciones, de modo que el niño nace, no por la intervención médica, sino por el trabajo de parto (Dick-Read, 1972). La inducción del parto, en algunos casos, estará indicada, pero si éste no es el caso podrá provocar contracciones a tal velocidad que dejen de ser útiles.

Cualquier intervención obstétrica, a menos de ser inteligente y moderada, tiende a producir una situación en que se requerirá otra intervención posterior; por eso, la norma oficial vigente de atención a la mujer en embarazo, parto y puerperio, determina limitarlas a las estrictamente necesarias.²⁹ A pesar de esto, las instituciones de salud siguen recurriendo a ellas, y muchas parteras en la actualidad emplean ocitócicos, acuestan a la mujer o no

²⁹ "Norma oficial mexicana de emergencia. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido", *Diario Oficial*, México, 23 de octubre de 1993, pp. 92-109.

la dejan caminar, como resultado de su contacto con la obstetricia occidental que nunca tomó en cuenta lo que ellas podrían enseñar, por lo que es necesaria una revisión de ambos saberes médicos.

CONCLUSIONES

A lo largo de estas páginas hemos tratado de aportar datos que pueden ordenarse al menos en dos conjuntos: uno, el que trata de mostrar que, independientemente de las orientaciones políticas dominantes en materia de salud en cualquier momento de la historia de México, existen saberes y prácticas dotados de una estructuración propia, que cumplen una función esencial en materia de servicios de salud, y que en esas actividades —muchas veces consideradas subalternas— la mujer ha jugado un papel fundamental, sea como agente público (partera o curandera), o como agente doméstico; el otro, indicativo de contradicciones y de disputas por el poder médico, visible en nuestro país al menos desde el momento de la conquista, y en el que los aparatos institucionales han actuado y actúan con criterios de hegemonía, suplencia o exclusión de otras prácticas. En ambos casos, la tríada mujeres, saberes médicos e institucionalización constituye un referente básico, no sólo para hacer inteligible el campo general de la atención a la salud, sino para acentuar o atenuar el predominio de un modelo sobre los otros. Es claro que los datos acumulados por las investigaciones resultan mucho más abundantes para el modelo médico tradicional que para el doméstico, y que nuevos estudios deberán aportar elementos para la comprensión del fenómeno. Pero, independientemente de la situación actual de los conocimientos y prácticas, la perspectiva de la institucionalización de los saberes es un campo en el que se confrontan y se deciden los mecanismos básicos de una nueva —y, confiamos, más democrática— relación entre los sujetos y entre los modelos que los sujetos animan.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre Beltrán, G. (1980a), *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*, México, SEP/INI.
- (1980b), *Programas de salud en la situación intercultural*, México, IMSS.

- Álvarez Cordero, R. *et al.* (1984), "Estudio sobre uso y conocimiento de medicina herbolaria en población derechohabiente del IMSS en el DF", *Cuestión Social*, México, IMSS, vol. II, núm. 7, junio-agosto, pp. 49-56.
- Antochiv, M. (1986), "La medicina indígena", *México Indígena*, núm. 9, marzo-abril, pp. 8-9.
- Anzures y Bolaños, Ma. del C. (1989), *La medicina tradicional en México. Proceso histórico, sincretismos y conflictos*, México, IIA-UNAM.
- Arms, S. (1975), *Inmaculate Deception*, Nueva York, Benton Books.
- Caldeyro Barcia (1979), *Bases fisiológicas para el manejo humanizado del parto normal*, Montevideo, OPS/OMS/CLAP (publicación científica núm. 858).
- Cardaci, D. y L. Álvarez (1980), "Introducción", en D. Cardaci y L. Álvarez (comps.), *De cómo fuimos perdiendo nuestros cuerpos*, México, UAM-X, pp. i-xxxii.
- Carrillo, A. María (1988), *Parirás con alegría... Un estudio sobre la persistencia de las parteras tradicionales en México*, México, Ciencias Políticas-UNAM (tesis).
- , "Reglamentarismo y vida cotidiana. La salud pública en el Porfiriato", en Viesca (comp.), *Historia general de la medicina en México. Siglo XIX*, México, UNAM/Academia Nacional de Medicina (en prensa).
- y C. Zolla (1993), "Del Tribunal del Protomedicato al Consejo de Salubridad General", *Boletín del Consejo de Salubridad General*, vol. III, núm. 4, julio-agosto, pp. 8-10.
- CLAP (1983), *El bajo peso al nacer y la mortalidad perinatal*, Montevideo, CLAP (publicación científica núm. 75).
- Código..., (1881), *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*, México, Imprenta del Gobierno Federal.
- Constitución... (1917), "Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos" (1917), en Felipe Tena Ramírez (comp.), *Leyes fundamentales de México 1808-1885*, México, Porrúa.
- Cooper, D. B. (1980), *Las epidemias en la ciudad de México 1761-1913*, México, IMSS.
- Coplamar (1983), *Necesidades esenciales de México. Salud, situación y perspectivas al año 2000*, México, Siglo XXI.
- Chávez Cernas, T. (1985), "Incorporación de la partera empírica al programa de salud rural en el estado de Guerrero", en SSA/UNICEF, *La partera empírica y su participación en la atención primaria de salud*, Tepoztlán, noviembre 6-9, pp. 7-10.
- Dick-Read, G. (1972), *Childbirth without Fear*, Nueva York, Harper Colophon.
- Dirección General de Epidemiología (1994a), *Vigilancia epidemiológica de tétanos neonatal 1993*, hasta la semana 1 de 1994, México, SSA.
- (1994b), *Vigilancia epidemiológica de tétanos neonatal 1994*, hasta la semana 17 de 1994, México, SSA.

- Du Gas, B. *et al.* (1979), *Parteras tradicionales*, Suiza, OMS (publicación en offset núm. 44).
- Ehrendreich, B. y D. English (1984), *Witches, Midwives and Nurses. A History of Women Healers*, Nueva York, Writers and Readers.
- Fenelon, J. (1882), "Apuntes sobre ginecología", *Gaceta Médica de México*, vol. XVII, núm. 5, primero de marzo, pp. 70-72.
- Figueroa-Perea, J. G. (1991), "Comportamiento reproductivo y salud: reflexiones a partir de la prestación de servicios", *Salud Pública de México*, vol. XXXIII, núm. 6, noviembre-diciembre, pp. 590-601.
- Flores, F. (1980), *Historia de la medicina en México, desde la época de los indios hasta la presente*, primera edición 1886-1888, 3 vols., México, IMSS, vol. III.
- Freidson, E. (1978), *La profesión médica*, Barcelona, Península.
- Galinier, J. (1990), *La mitad del mundo. Cuerpo y cosmos en los rituales otomíes*, México, UNAM/CEMC/INI.
- González de la Rocha, M. (1993), "Respuestas domésticas, respuestas femeninas: la organización social de la pobreza y la reproducción", en L. Arizpe (coord.), *Antropología breve de México*, México, Academia de la Investigación Científica, pp. 328-329.
- González de León, D. (1990), "Las mujeres médicas", *Las profesiones en México. Medicina*, núm. 3, pp. 107-115.
- Granado Baeza, B. de (1941), "Los indios de Yucatán", informe de 1813, *Boletín del Archivo General de la Nación*, vol. XII, pp. 223-230.
- Greenleaf, R. E. (1988), *Zumárraga y la Inquisición mexicana, 1536-1543*, México, FCE.
- Guiteras Holmes, C. (1983), "El ciclo de la vida", en Lozoya y Zolla (comps.), *La medicina invisible*, México, Folios, pp. 223-233.
- Hernández Murillo, R. y M. Thacker (1992), *Diagnóstico de salud y nutrición en albergues escolares para niños indígenas. Primer reporte, indicadores nutricionales*, México, Fisanim.
- Hers, M. A. (1977), "Los coras en la época de la expulsión jesuita", *Historia Mexicana*, vol. XXVII, núm. 1, julio-septiembre, pp. 17-48.
- Huerta Ríos, C. (1981), *Organización sociopolítica de una minoría nacional. Los triquis de Oaxaca*, México, INI (Serie de antropología social núm. 62).
- Husson, J. F. y S. Yanotti (1980), "Y a-t-il un obstétricien dans la salle?", en Rapport (comp.), *Corps de mère. Corps d'enfant*, Francia, Stock, pp. 31-35.
- INI (1993), *La mujer y los derechos fundamentales de los pueblos indígenas* (memoria), Oaxaca, julio, INI.
- Juan, M. *et al.* (comps.) (1993), *La investigación científica de la herbolaria medicinal mexicana*, México, SSA.
- Kitzinger, S. y J. Davis (eds.) (1978), *The Place of Birth*, Gran Bretaña, Oxford University Press.
- Landa, fray D. de (1986), *Relación de las cosas de Yucatán*, primera edición 1864, México, Porrúa.

- León, N. (1910), *La obstetricia en México*, México, Vda. de F. Díaz de León.
- Lobato, (1879), "Los anestésicos en la República Mexicana y en el extranjero", *La Escuela de Medicina*, vol. I, núm. 9, 15 de noviembre, pp. 4-7.
- López Austin, A. (1984), *Cuerpo humano e ideología*, México, UNAM.
- Martínez Benítez, María M. et al. (1985), *Sociología de una profesión. El caso de la enfermería*, México, Nuevomar.
- Mata Torres, R. (1982), *Matrimonio huichol. Integración y cultura*, México, Universidad de Guadalajara.
- Meerhoff, R. y F. Rigoli (1992), "Demanda y costos de atención médica según edad y sexo en los asegurados del centro de asistencia del sindicato médico del Uruguay", *Boletín de la Organización Panamericana de Salud*, vol. CXII, núm. 4, abril, pp. 306-318.
- Mellado, V. et al. (1989), *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*, México, CIESS.
- Menéndez, E. L. (1990), "Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes", *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, Cuadernos de la Casa Chata, núm. 179, México, CIESAS.
- (1986), *Clases subalternas y el problema de la medicina denominada tradicional*, México, CIESAS.
- Motolinía o Benavente, fray T. de (1990), *Historia de los indios de la Nueva España*, primera edición 1858, México, Porrúa.
- Oackley, A. (1984), *The Captured Womb*, Londres, Blackwell.
- Ochoa Zazueta, J. A. (1978), *Los kiliwa y el mundo se hizo así*, México, INI (Serie de antropología social núm. 57).
- Oettinger, M. (1980), *Una comunidad tlapaneca. Sus linderos sociales y territoriales*, México, INI (Serie de antropología social núm. 61).
- OMS (1978), *Promoción y desarrollo de la medicina tradicional*, Ginebra, OMS (Documento de trabajo núm. 622).
- OPS (1991), "La situación de la mujer en el campo de la medicina", *Boletín de la Organización Panamericana de Salud*, vol. CXI, núm. 4, octubre, pp. 354-355.
- Patiño, F. (1879), "La libertad de profesiones", *La Escuela de Medicina*, vol. I, núm. 11, 15 de diciembre, pp. 6-7.
- Population Information Program (1980), "Traditional Midwives and Family Planning", *Population Reports*, series J, 22 de noviembre, Maryland, The Johns Hopkins University.
- Poseiro, J. J. et al. (1979), citados en Caldeyro-Barcia, *Bases fisiológicas para el manejo humanizado del parto normal*, Montevideo, OPS/OMS/CLAP (publicación científica núm. 858).
- Puffer, R. R. y C. V. Serrano (1973), *Características de la mortalidad en la niñez*, Washington, OPS (publicación científica núm. 262).

- Quezada, N. (1977), "Creencias tradicionales sobre embarazo y parto", *Anales de Antropología*, vol. XIV, pp. 307-326.
- Ramos, J. (1880), "Indicaciones del fórceps", *La Escuela de Medicina*, vol. II, núm. 1, primero de julio, pp. 6-8.
- Ramos, M. (1880a), "Brevísimas consideraciones sobre el parto por la extremidad pelviana", *La Escuela de Medicina*, vol. I, núm. 17, 15 de marzo, pp. 25-31.
- (1880b), "Clínica de obstetricia" (última parte), *La Escuela de Medicina*, vol. I, núm. 21, primero de junio, pp. 5-9.
- (1879), "De las relaciones que deben mediar entre el médico y las parteras", *La Escuela de Medicina*, vol. I, núm. 5, primero de septiembre, pp. 4-6.
- Recopilación... (1681), *Recopilación de las leyes de los reynos de Indias*, Madrid, Julián de Paredes.
- Restrepo, H. E. (1993), "Notas para la discusión sobre la atención y la promoción a la salud de la mujer adulta en las Américas", en Elsa Gómez Gómez (ed.), *Género, mujer y salud en las Américas*, Washington, OPS, pp. 87-88.
- Reyes Castillo, M. y L. R. González (1985), "El modelo de atención integral a la salud del Programa IMSS-Coplamar y la partera empírica (IMSS)", en SSA/UNICEF, *La partera tradicional y su participación en la atención primaria de salud*, Tepoztlán, noviembre 6-9, pp. 20-23.
- Rocha, M. E. (1991), *El álbum de la mujer. El Porfiriato y la Revolución*, 4 volúmenes, México, INAH, vol. IV, pp. 137-139.
- Sahagún, fray B. de (1985), *Historia general de las cosas de la Nueva España*, México, Porrúa.
- Sepúlveda, J. (coord.) (1993), *La salud de los pueblos indígenas de México*, México, SSA/INI.
- Starr, P. (1991), *La transformación social de la medicina en Estados Unidos*, México, FCE.
- Townsend, J. (relator) (1985), "Conclusiones de la reunión técnica", en SSA/UNICEF, *La partera empírica y su participación en la atención primaria de salud*, Tepoztlán, noviembre 6-9, pp. 52-72.
- Villa Rojas, A. (1985), *Estudio etnológico: los mayas*, México, Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM.
- World Health Organization Secretariat (1979), *Traditional Birth Attendants: Activities, Problems and Prospects for the Future*, México, diciembre, pp. 10-14.
- Zittle Ferro, E. y R. Camarena García (1985), "Incorporación de la partera empírica al programa de salud rural a nivel nacional", en SSA/UNICEF, *La partera empírica y su participación en la atención primaria de salud*, Tepoztlán, noviembre 6-9, pp. 11-12.

- Zolla, C. (dir.) (1994a), *Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana*, 2 vols., México, INI.
- (1994b), *La medicina tradicional de los pueblos indígenas de México*, 3 vols., México, INI.
- et al. (1988), *Medicina tradicional y enfermedad*, México, CIESS.
- (1986), “Terapeutas, enfermedades y recursos vegetales”, *México Indígena*, núm. 9, marzo-abril, pp. 16-19.

II. REFLEXIONES SOBRE EL TRABAJO “MUJERES, SABERES MÉDICOS E INSTITUCIONALIZACIÓN”

DAVID SILVA*

Los trabajos que abordan el papel de la medicina institucional con el propósito de analizar su relación con las medicinas tradicional y doméstica necesariamente pasan por el replanteamiento de los papeles público y privado de la mujer, ya que íntimamente ligada a los fenómenos de la vida y de la muerte, la mujer ha desempeñado ancestralmente, el oficio público de partera y el papel privado de esposa y madre, situación que le ha valido significarse como el principal agente sanitario del ámbito doméstico.

En la actualidad, asistimos a una polarización de la medicina en la cual la vertiente institucionalizada se caracteriza por su marcado biologismo, mientras que la medicina tradicional o comunitaria se singulariza por el manejo de los fenómenos sociales, psicológicos y culturales del proceso salud-enfermedad. En este sentido, tratar de explicar la razón, los procesos y consecuencias, así como el momento en el que aparece esta división en la medicina, excede con mucho los alcances de este trabajo. A pesar de ello, se puede decir que la medicina, como otras tantas disciplinas que han sido incapaces de zanjar la brecha que separa a las clases sociales y a los sexos, ha tenido que recurrir a la creación de espacios en los cuales tales diferencias son menos ostensibles, de tal forma que, aun cuando en el cuerpo humano y su psiquismo se inscriben las huellas de las diferencias sociales, económicas, políticas y de género que sufre la población, el mundo de lo biológico ha podido apartarse con “cierta eficacia” de esos contextos para crear un saber y una práctica terapéutica eficientes.

* Dirección General de Planificación Familiar, Secretaría de Salud.

Por otra parte, el conocimiento de la enfermedad muestra que ésta es consustancial a los ambientes comunitario y del hogar, pues reconoce en ellos tanto a sus principales factores etiológicos como a sus más inmediatos agentes terapéuticos. De esta manera, se podría decir que la coresidencia de las medicinas tradicional y doméstica con los eventos de salud-enfermedad, supera con mucho las posibilidades de la medicina institucional, al grado que sería altamente beneficiosa para la salud de la población, si a cada evento morbooso siguiera un replanteamiento de las formas de vida familiar y comunitaria. Es decir, si al conocimiento de la etiología biológica de los procesos morbosos —que con tanta precisión maneja la medicina institucionalizada— se adicionaran los factores culturales, sociales y psicológicos —que tan hábilmente maneja la medicina no institucional— se tendría, probablemente, no sólo un proceso médico-terapéutico, sino un instrumento subversivo y reivindicatorio que redundaría quizá en un desarrollo socioeconómico y una mayor justicia social.

En apoyo de lo anterior —quizá en forma muy resumida y probablemente mecánica—, se puede decir que para la medicina institucional las enfermedades son respuestas del organismo contra agentes o mecanismos fundamentalmente biológicos, de tal forma que los padecimientos se analizan biogénicamente hasta sus últimas consecuencias, pero se descontextúan de su correspondiente etiopatogenia social, ambiental y psicológica.

Para ejemplificar, en la medicina institucional las enfermedades infectocontagiosas son fundamentalmente el resultado de la acción de microorganismos, y secundariamente —por la vía de la salud pública— el de la insalubridad, la desnutrición, la pobreza y la falta de educación. Así, la medicina institucional busca el aislamiento del enfermo o la cuarentena de los contactos, con el consecuente tratamiento con antibióticos o antiparasitarios, para lograr la curación de estos padecimientos, pero sólo para volver a encontrarlos al cabo de algún tiempo, en el cual el individuo regresa a su ambiente de insalubridad social, mental y ambiental.

De manera similar, para la medicina institucional las enfermedades crónico-degenerativas como la hipertensión, la diabetes, la nefropatía y el cáncer, significan procesos fundamentalmente endógenos en los cuales participan de manera secundaria, las “formas cotidianas de vida”. Éstas, catalogadas como factores exógenos, involucran el trabajo, la alimentación, el ejercicio, el

sedentarismo, el estrés y la contaminación ambiental. Su papel etiopatogénico es el de desarrollar tendencias patógenas presentes en el individuo, desenmascarar enfermedades subclínicas y agravar o complicar las enfermedades crónico-degenerativas ya existentes. De esta forma dichos padecimientos, generalmente incurables, tienen en el control quizá su aspecto más trascendente, de tal manera que el manejo hospitalario sólo controla temporalmente las complicaciones, pero es ineficaz para prevenirlas.

En lo relativo a los accidentes, los homicidios, las violencias y las toxicomanías, la mirada médica muestra quizá su visión más reduccionista, pues para su clasificación y manejo utiliza el criterio anatómico del órgano afectado o del agente externo que los produjo, quedando muy lejana la posibilidad de cuestionar el orden social existente, el modelo económico de desarrollo, el urbanismo y la publicidad o propaganda que condicionan dichos eventos. Así, los servicios quirúrgicos de la medicina institucional resultan “eficaces” para restaurar los daños, pero están prácticamente incapacitados para prevenirlos y rehabilitarlos.

Los trabajos que de alguna manera pretenden avanzar en la integración de la medicina institucional, tradicional y doméstica, requieren atender tanto a los procesos de antagonismo, negación, exclusión y control que las escinden, como a aquellos en los cuales se hacen sinérgicos y crean saberes y prácticas técnicamente eficaces. Los análisis extremos que muestran una medicina institucional altamente tecnificada y deshumanizada en contraposición con la medicina no institucional profundamente humanista y contextualizada, resultan un tanto “maniqueos”, debido a que con cierta frecuencia recurren al expediente de presentar los aciertos de una medicina en contraposición con los defectos de la otra.

Algo que conviene evitar es que, por su naturaleza, la medicina no institucionalizada, con su ámbito valorativo, de creencias, tradiciones y grupos de referencia —como la familia, la pareja o la comunidad— remite a visiones del proceso salud-enfermedad que fácilmente resultan un tanto mitificadoras e idealizadas. Por el contrario, algo que también se requiere evitar es mostrar a la medicina institucional como la portadora acrítica de valores occidentales y retraída en ínsulas de poder representadas por las unidades médicas, donde reina el autoritarismo, la iatrogenia, la ineficiencia y la medicación del proceso salud-enfermedad. De cualquier forma, son estas posiciones extremas, que descalifican a

su correspondiente contraparte, las que, de alguna manera, contribuyen a incrementar la brecha entre las medicinas por la vía del conocimiento técnico, incurriendo posiblemente en el error metodológico de olvidar el carácter dialéctico de la realidad.

Con lo anteriormente expuesto, y para no crear una visión un tanto esquemática de la realidad, se requieren investigaciones contextuales que aborden los puntos en que la medicina institucional contacta con la tradicional y la doméstica, pero a partir de padecimientos concretos, con el fin de profundizar en sus esquemas conceptuales y en las prácticas que la medicina y sus agentes realizan en esos ambientes de convergencia. Tal contextualización superaría los análisis de tipo excluyente que se realizan separadamente en el contexto correspondiente de cada una de las medicinas.

Por otra parte, y aun cuando no es fácil establecer una clara separación de las diferentes formas de practicar la medicina, se puede decir que la medicina institucional no resulta directamente comparable con la no institucional. La medicina institucional se concentra en zonas urbanas, donde su eficacia y legitimidad se ve favorecida porque atiende a poblaciones con un mejor nivel de vida, donde son más infrecuentes las enfermedades infectocontagiosas, al grado que es posible que la población alcance las edades en las cuales son más frecuentes las enfermedades crónico-degenerativas y los accidentes, para los cuales los servicios hospitalarios, quirúrgicos y de medicina especializada son más eficaces.

Por el contrario, en el ambiente rural, donde son frecuentes la medicina tradicional y doméstica, privan las enfermedades infectocontagiosas y la patología materno infantil, favorecidas por una conducta reproductiva cercana a la fecundidad natural. Es en este medio donde el argumento de falta de recursos médicos institucionales dificulta el interaccionar con la medicina doméstica y tradicional, relacionándose a través de las llamadas estrategias de extensión de cobertura, que incluyen a las campañas preventivas, la acción comunitaria de los trabajadores de la salud, la participación activa de la población y la capacitación a empíricos. Es en estas acciones donde es preciso analizar la interacción de la medicina institucional, doméstica y tradicional, con el fin de conocer sus determinantes, procesos y resultados, tanto en la salud como en la reproducción social, sin olvidar que la medicina doméstica se incluye —como probablemente ninguna otra— en las estrategias de

supervivencia y de reproducción de la fuerza de trabajo, mientras que la medicina tradicional y doméstica se acercan más a un aspecto laboral del trabajador de la salud.

Más difícil aún que lo anterior, es tratar de analizar las luchas y los enfrentamientos de los diferentes agentes de la medicina, tanto al interior de los grupos en sí, como entre ellos y otros grupos sociales, ya que es en este terreno donde resultan más esclarecedoras las contradicciones que experimentan las diferentes visiones del proceso salud-enfermedad.

Parece necesario, por otra parte, superar los enfoques que, a partir de la medicina institucionalizada, tratan de mostrar a la doméstica y tradicional como formas desestructuradas o desviadas a las que es necesario "reencausar". El análisis contextual ha permitido reconocer las formas en que la medicina institucionalizada se apropia primero y expropia después, aquellos saberes médicos que la comunidad utiliza para el manejo de sus procesos de salud y enfermedad.

Por otra parte, la investigación, a partir de procesos específicos de salud y enfermedad en los ambientes en que se generan, ha sabido dar cuenta de las formas en que se superan, sustituyen, alteran o simplemente fracasan las diferentes acciones médicas, consideren o no la participación de la población en el autocuidado y autogestión de su salud.

Uno de los muchos papeles de la medicina institucionalizada, como agente ideológico y socializador del Estado, ha sido el de utilizar a los agentes de la medicina tradicional y doméstica con el propósito de abatir costos en la atención de los grupos subalternos. El mecanismo empleado consiste muchas veces en responsabilizar a la mujer de las tareas de educación, detección, atención y control de la salud infantil y familiar, incrementando con ello su carga de trabajo y en especial su "doble jornada", así como su papel genérico.

Se puede decir que a un retraimiento del Estado en su papel educativo, asistencial y de salubridad general, ha correspondido una mayor responsabilidad de los individuos y, en particular, de la mujer, para la solución de los problemas de origen colectivo como la insalubridad, el crecimiento de la población, la desnutrición y los accidentes.

De esta forma, las estrategias de extensión de cobertura, con el "argumento" de que los escasos recursos médicos calificados

requieren ser concentrados en las ciudades para abatir costos de operación, dan una muestra clara de cómo esta ideología instrumental resulta muy difícil de modificar y, en ocasiones, es hasta criticable solicitar que la medicina institucional brinde un mayor “reconocimiento” de la medicina tradicional y doméstica, si antes no se modifican sustancialmente las tendencias hacia una mayor participación democrática, de justicia social y auténtico desarrollo socioeconómico.

Por todo lo anterior, es posible que ambas medicinas estén un tanto “atrapadas” en sus propias determinaciones, de tal manera que resulta necesario interrogarse cabalmente acerca de la necesidad histórica de que la medicina institucional se retrajera a un espacio biológico, con el fin de crear un saber y una práctica médica altamente tecnificada pero social y ambientalmente descontextuada. De igual forma parece impostergable documentar y plantear fórmulas para revertir este proceso.

Finalmente, sin olvidar el análisis macrosocial que pretenda ver el efecto del Estado en los individuos, pero donde se eliminen las explicaciones un tanto maquiavélicas como la “confabulación” del Estado y sus instituciones para la expropiación de la salud y el ejercicio del autoritarismo sanitario, se requiere conocer los espacios ideológicos y de poder creados por la dinámica de las medicinas institucional, tradicional y doméstica, ya que serán estos espacios los que más tarde han de ser aprovechados por el Estado para “regular” las reivindicaciones de la población en general y de los prestadores de servicios de salud en particular. Es, en fin, realizar una búsqueda más de lo “micro” hacia lo macrosocial con el objeto de aprovechar los análisis contextuales tan esclarecedores de los procesos de salud-enfermedad, en donde los actores resulten más protagónicos de las condiciones sociales, pero sin soslayar el papel del Estado.

III. TEORÍA FEMINISTA Y SOCIOLOGÍA MÉDICA: BASES PARA UNA DISCUSIÓN¹

ROBERTO CASTRO*
MARIO BRONFMAN**

Este capítulo constituye una aproximación inicial a la teoría feminista en su aplicación al campo de la sociología médica. El abordaje que realizamos de este tema tiene lugar necesariamente a través de las herramientas conceptuales que poseemos, esto es, a través de un diálogo crítico con el feminismo.

La primera parte está dedicada a analizar sucintamente algunos de los principales conceptos de la teoría feminista. Ahí se discuten las categorías de patriarcado, género y sistema de sexo/género, y se explora la manera en que estos conceptos se articulan lógicamente entre sí. La segunda parte aborda la discusión contemporánea sobre las posibilidades de una ciencia feminista y de una teoría feminista del conocimiento. La tercera parte está dedicada a discutir algunas de las aplicaciones de la perspectiva feminista al campo de la sociología médica. Aunque la literatura en este sentido es muy amplia, nuestra discusión es inevitablemente limitada y su objetivo es simplemente proveer algunos ejemplos de los avances feministas obtenidos en este campo del conocimiento. La intención es discutir hasta qué punto se ha logrado construir un nuevo tipo de conocimiento (feminista) dentro del ámbito de la sociología médica. El capítulo finaliza con la presentación de una breve conclusión derivada de este análisis.

* Dirección de Ciencias Sociales, Instituto Nacional de Salud Pública.

** Dirección General de Coordinación Intersectorial, Secretaría de Salud.

¹ Publicado originalmente en *Cuadernos de Salud Pública*, Río de Janeiro, vol. 9, núm. 3, pp. 375-394, 1993; se publica aquí con la autorización de la Escuela Nacional de Salud Pública, Fundación Oswaldo Cruz.

CONCEPTOS FUNDAMENTALES

Durante los últimos 25 años,² una nueva corriente de pensamiento ha cobrado creciente importancia, sobre todo en los países occidentales: el pensamiento feminista. Desde esta perspectiva, resulta evidente que a lo largo de la historia han prevalecido formas de organización social que suponen la virtual exclusión de la mujer de muchas de las esferas de la vida (arte, ciencia, política, trabajo, etc.) y su confinamiento dentro de los límites de la vida doméstica. En sus comienzos, el movimiento feminista se concentró en el desarrollo de una agenda política consecuente con este esclarecimiento: la completa transformación del estatus y la creación de una sociedad sin sexismo. Más recientemente, la búsqueda de este objetivo ha sido enriquecida con el desarrollo de una teoría social feminista que cuestiona de un modo fundamental la tradicional forma (masculina) de hacer ciencia. Como es el caso en otras teorías sociales, existen dentro del feminismo diversas corrientes (feminismo liberal, feminismo socialista, feminismo radical, etc.), que se debaten entre sí con variadas coincidencias y divergencias. En lo que sigue concentraremos nuestro análisis en algunos aspectos cruciales de este debate.

Patriarcado y género

La teoría feminista es una teoría del poder. Como tal, su objetivo es la explicación del “origen de la opresión, supresión y represión” de la mujer (Bart y Budinger, 1984: 3). El punto de partida de esta teoría es el señalamiento del dominio masculino sobre las mujeres en prácticamente todos los periodos de la historia. Este dominio se ha reflejado incluso en la selección de los temas que los científicos sociales consideran relevantes para su estudio. Como han señalado Rosaldo y Lamphere (1974), por muchos años la antropología asumió la subordinación de las mujeres en todas las sociedades como algo “dado”, no problemático y, por lo tanto, sin mayor interés teórico. En los últimos 20 años, no obstante, el

² No ignoramos la importancia del pensamiento feminista en otros periodos históricos. Durante el Iluminismo, por ejemplo, las voces de Mary Wollstonecraft, Olyme de Gouges y Judith Sargent Murray fueron particularmente relevantes. Sin embargo, para los efectos de este trabajo, nos concentraremos en el feminismo de los años recientes.

problema de la mujer ha sido desplazado de la periferia al centro mismo de la discusión académica.

Desde una perspectiva antropológica, Ortner (1974) ha propuesto que la explicación de esa “constante universal” que es la subordinación de las mujeres puede apoyarse en el doble hecho de que éstas, debido a su papel en la reproducción, son vistas normalmente como más cercanas que el hombre a la “naturaleza”. Los seres humanos, sin embargo, han sido conscientes de que el rasgo central que los diferencia de las demás especies es su capacidad de crear cultura, es decir, su aptitud para trascender lo meramente natural. Al atribuir un valor especial a lo que les es único (la cultura), algunas sociedades han atribuido sólo un valor secundario a “lo natural”. De acuerdo a Ortner, la posición secundaria de las mujeres en la sociedad ha sido justamente el resultado de su construcción social como seres más cercanos a la naturaleza que los hombres.

Uno de los conceptos centrales usados por la teoría feminista para explicar “la derrota histórica mundial del sexo femenino” (Engels, 1942: 50) es el de patriarcado. Como ha señalado Fox, el concepto de patriarcado es ya parte del vocabulario de las ciencias sociales, pese a que sobre su significado se ha debatido extensamente sin que se haya alcanzado aún un consenso (Fox, 1988: 163). La discusión se ha centrado principalmente en torno a los alcances teóricos del concepto, esto es, alrededor de su verdadera capacidad analítica. En 1970, Millet sugirió que patriarcado puede ser entendido como una forma de poder universal —tanto en términos geográficos como históricos— que resulta en la subyugación de las mujeres por los hombres (Millet, 1970: 82). Esta definición ha sido ampliamente criticada, tanto por su carácter histórico como porque implícitamente sugiere la existencia de un deseo innato de poder por parte de los hombres, deseo que a su vez explicaría la dominación a la que hacemos referencia.

El uso de conceptos ahistóricos (conceptos válidos para todas las épocas en todos los lugares) para explicar un fenómeno que se observa uniformemente en los diversos periodos de la historia, da lugar a análisis en los que el problema estudiado se construye como si se tratase de un fenómeno “natural”. Los conceptos ahistóricos “naturalizan” el problema que se busca explicar, esto es, despojan al objeto de estudio de sus particularidades histórico-sociales, lo cual, obviamente, socava la capacidad científica de tales explicacio-

nes. Así, proponer como Mitchell que, respecto al patriarcado “las diferentes sociedades nunca han ofrecido opciones reales”, y que “el patriarcado persiste porque persiste”, contribuye muy poco a explicar la verdadera naturaleza de este problema (Mitchell, 1981: 65).

La reciente teoría social feminista ha jugado un papel particularmente relevante en la crítica de estas definiciones. Desde esta perspectiva, se ha convenido en que las explicaciones más apropiadas son aquellas que utilizan conceptos de la misma naturaleza del fenómeno que se busca explicar, tal como lo han propuesto diversos epistemólogos (por ejemplo, Nagel, 1961). Así, para explicar un fenómeno sociológico es necesario utilizar conceptos asimismo sociológicos. Una hipótesis que se basa en un “innato deseo de poder” hace referencia más bien a conceptos biopsicológicos que se utilizan para explicar un fenómeno histórico-sociológico como la opresión de las mujeres. No constituye, por lo tanto, una explicación adecuada desde el punto de vista de la teoría social. Una explicación sociológica debe ubicar este fenómeno dentro de la estructura social y explicarlo en conexión con las principales características de ésta.

En oposición a estas formas genéricas de dar cuenta de la dominación masculina, desde el propio feminismo se ha señalado que “una de las tareas más importantes de la Historiografía de la Mujer es delinear con precisión las variadas formas y modos en que el patriarcado aparece históricamente, las variaciones y los cambios en su estructura y funcionamiento, así como las adaptaciones que hace a las presiones y demandas de la mujer” (Lerner, 1986: 239). La importancia de alcanzar especificidad histórica en la explicación de un fenómeno aparentemente universal como la dominación de los hombres sobre las mujeres, puede ser ilustrada desde una perspectiva marxista. Como se sabe, la teoría marxista también ha señalado la existencia de desigualdades sociales en los diversos modos de producción, y ha propuesto el concepto de “clase social” para hacer referencia a este fenómeno. La capacidad analítica de este concepto descansa en la manera en que el mismo está construido: “clase social” hace referencia a la distribución diferencial de la propiedad y los bienes, así como a las relaciones sociales dominantes que determinan la forma en que la distribución de la propiedad y los bienes tiene lugar. Estas diferencias son históricamente específicas para cada modo de producción. Así, cuando

hablamos del modo de producción esclavista, el concepto de clase social hace referencia a esclavos y amos, e implica un sistema basado en la esclavitud. De la misma manera, cuando hablamos del modo de producción capitalista, "clase social" hace referencia a la burguesía y el proletariado, así como a un sistema económico basado en el intercambio de mercancías. En resumen, el significado del concepto "clase social" es históricamente específico al mismo tiempo que, al nivel de abstracción más general, hace referencia a un fenómeno universal (la desigualdad social) presente en cada época histórica. Es preciso un desarrollo equivalente, en términos de refinamiento conceptual, respecto a la noción de patriarcado.

Una de las contribuciones más significativas en este sentido ha sido la de Rubin, quien ha propuesto el concepto de sistema de sexo/género para dar cuenta, a un nivel de abstracción general, del fenómeno de dominación que estamos discutiendo. De acuerdo a esta autora, "un sistema de sexo-género es el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas" (Rubin, 1986: 97). Según esta propuesta, toda sociedad tiene un sistema de sexo/género específico que es necesario caracterizar para cada periodo histórico. Rubin propone que el patriarcado es la forma específica de dominación masculina que corresponde a las sociedades de pastores nómadas descritas en el Antiguo Testamento. La autora señala la importancia de realizar un análisis que revele las especificidades históricas de los sistemas de sexo/género a través de los diversos periodos de la historia. Otras autoras coinciden con la tesis de que la dominación masculina presenta un carácter histórico que requiere de una mayor especificidad teórica pero, a diferencia de Rubin, proponen que patriarcado es el concepto adecuado para hacer referencia a la dominación del hombre sobre la mujer en el capitalismo (Eisenstein, 1979).

Los conceptos de modo de producción, por un lado, y de sistema de sexo/género por otro, han dado lugar a una visión que postula que ambos conceptos hacen referencia a sistemas de dominación (uno económico, otro sexual) relativamente independientes. Esta conceptualización, a su vez, ha sido criticada por otras autoras, que señalan que la teoría de los dos sistemas deja insuficientemente explorada la naturaleza de la vinculación que existe entre ambos.

Durante un tiempo, una solución al problema de la vinculación de los dos sistemas consistió en confinar el concepto de patriarcado a la esfera de la ideología, manteniendo el concepto de clase estrechamente vinculado a la esfera material (Marshall, 1988, p. 210). Debido a los limitados resultados que dio esta alternativa, la tendencia reciente ha sido desechar la teoría de los dos sistemas. Así por ejemplo, Mies (1989) coincide con quienes proponen que el concepto de patriarcado es el adecuado para hacer referencia a la dominación sobre las mujeres en nuestros días, pero difiere en lo relativo a la existencia de dos sistemas de dominación autónomos. Por el contrario, propone que el capitalismo no puede funcionar sin patriarcado y que, consecuentemente, el análisis marxista del capitalismo debe dar paso al análisis marxista-feminista del capitalismo-patriarcado.

Género es otro término clave dentro de la teoría feminista. Su conceptualización también ha evolucionado desde una perspectiva puramente biológica hasta otra mucho más sociológica. La actual diferenciación entre sexo y género, que desde hace tiempo también forma parte del acervo teórico de las ciencias sociales, fue quizás la primera contribución significativa de la teoría feminista al estudio del fenómeno de la dominación masculina. Género es una construcción social sistemática de lo que se asume como “lo masculino” y “lo femenino”. Precisamente porque se trata de una construcción social, el género no está determinado por la biología (por el sexo), está presente en todas las sociedades, y permea todas las dimensiones de la vida social y privada (Harding, 1987, p. 26). Con este concepto ha sido posible comenzar a estudiar las diferentes fuerzas que existen dentro de la familia y la sociedad que determinan, de manera crucial, las formas masculina y femenina de ser en un periodo histórico determinado. Género es una definición cultural que se traduce, entre otras cosas, en una identidad —la identidad genérica— que los individuos adquieren a través de la socialización, y que determina la forma en que se relacionan con la naturaleza y el mundo social que los rodea (Lerner, 1986; Lamas, 1986). Se trata de una categoría situada en el centro mismo de la teoría feminista, tanto por su capacidad analítica como por su contenido crítico respecto de la forma genérica predominantemente masculina en que está organizada nuestra sociedad.

La importancia de este concepto queda de manifiesto en la reciente propuesta de Fox en el sentido de que cualquier intento

de conceptualizar patriarcado debe tomar en consideración, tanto la estructura social como la subjetividad e ideología genérica³ de los individuos (Fox, 1988). La subjetividad e ideología genérica es una construcción históricamente específica que da cuenta de la manera en que las conductas, sentimientos, percepciones y concepciones de los individuos son moldeados en nuestra sociedad. Siguiendo a Chodorow, Fox propone que la conceptualización de patriarcado debe incluir, tanto la producción de la subjetividad genérica como la subjetividad genérica misma.

El debate no ha concluido, si bien las principales direcciones en las que es necesario un mayor desarrollo teórico han sido ya identificadas. Por ello es previsible que en un futuro cercano surgirán definiciones más precisas sobre estos conceptos. Lo que es claro es que tanto patriarcado como sistema de sexo/género se refieren a una forma de dominación específica a la que no hacen referencia los conceptos de modo de producción y clase social. No es que aquellos conceptos sustituyan a estos últimos, ni que se excluyan mutuamente. Tampoco implica necesariamente la existencia empírica de dos sistemas autónomos de dominación. El problema, de naturaleza teórica, consiste en desarrollar los conceptos que mejor den cuenta de la manera en que estas formas de dominación se interrelacionan en la realidad. Se trata de proveer a los conceptos de patriarcado y de sistema de sexo/género de la especificidad histórica de la que aún carecen.

Desde esta perspectiva, resultan cuestionables aquellas posturas que sostienen que la dominación clasista puede ser subsumida dentro del concepto de la dominación sexista, y que, consecuentemente, "el feminismo es al marxismo lo que el marxismo es a la economía política clásica: su conclusión final y su última crítica" (Mackinnon, 1982: 30). Como se verá más adelante, la teoría marxista, bien interpretada, puede hacer importantes contribuciones para la clarificación de algunos de los problemas teóricos que enfrenta la teoría feminista.

A través de conceptos como patriarcado y género ha sido posible comenzar a documentar sistemáticamente formas de dominación en ámbitos de la vida social donde hasta recientemente era poco previsible observarlas. Es precisamente en el desarrollo de

³ *Gendered subjectivity/ideology.*

este tipo de conocimiento “insospechado” donde, a nuestro juicio, radica una de las mayores promesas de la teoría feminista.

TEORÍA FEMINISTA DEL CONOCIMIENTO

Crítica feminista de la ciencia, ciencia femenina y teoría feminista de la ciencia

Un desarrollo prometedor dentro de la teoría social feminista es el que hace referencia a la posibilidad de una forma alternativa de conocimiento. La idea central es que el conocimiento sociológico actual, en el mejor de los casos, es “parcial porque no toma en cuenta a la mitad de la población: las mujeres” (Abbot y Wallace, 1990: 225). En otras palabras, hasta antes del surgimiento de la sociología feminista, las ciencias sociales no habían “descubierto” la dominación de los hombres sobre las mujeres como un problema relevante a estudiar. Como resultado de este sesgo, la sociología convencional no había considerado el monopolio masculino en la producción de conocimiento científico como un hecho problemático que cuestiona la supuesta validez universal de los diversos hallazgos científicos. Sin embargo, ahora que la opresión de la mujer se ha convertido en un problema de importancia evidente, es preciso preguntarse cómo fue posible que este fenómeno no fuera “observado”, en términos académicos, con anterioridad. Una explicación científica de este problema debe partir del análisis de las condiciones sociales que hacen posible el surgimiento de ciertos tipos de conocimiento al mismo tiempo que imposibilitan el desarrollo de otros. En un memorable pasaje de *El Capital*, Marx mostró cómo Aristóteles estaba históricamente imposibilitado para descubrir la relación entre trabajo y valor, debido al hecho de que su sociedad se fundaba sobre la esclavitud, y por lo tanto, consideraba la desigualdad de los hombres y de sus capacidades de trabajo como su base natural (Marx, 1978: 73). Aristóteles no podía concluir que a iguales cantidades de trabajo corresponden iguales cantidades de valor simplemente porque esto no era cierto en su sociedad. Allí, el trabajo de 20 esclavos no era equiparable, en términos de valor, con el trabajo de un hombre libre. Este último sería siempre, por definición, más valioso que el de aquellos. Llevando este razonamiento hasta sus últimas consecuencias,

Smith ha sugerido que Marx, a su vez, estaba históricamente limitado para teorizar sobre la opresión de las mujeres debido a que, como hombre, “pertenecía a una sociedad fundada en la opresión de las mujeres, teniendo como su base natural la desigualdad entre las mujeres y los hombres” (Smith, 1990: 40). La posibilidad de teorizar sobre las desigualdades de género surgió en este siglo, sólo después de que algunas mujeres pudieron acceder a condiciones de mayor educación y —en algunos casos— de mayor igualdad, lo cual a su vez constituyó las precondiciones necesarias para dar paso a esta nueva conciencia académica (Lerner, 1986: 231).

Esta explicación ha estado también sujeta a debate, en ocasiones desde puntos de vista que no necesariamente coinciden con el anterior. Por ejemplo, a diferencia de lo propuesto por Smith, se ha sugerido que fueron las “limitaciones autoimpuestas de las epistemologías marxistas, funcionalistas/relativistas y empiristas, lo que impidió el ‘descubrimiento’ de estos asuntos” (Harding, 1983: 311). En consecuencia, lo que se hace necesario —de acuerdo a Harding— es una revolución epistemológica que nos permita desechar tales limitaciones. La autora critica a aquéllas epistemologías y señala que se necesita de un mayor análisis histórico para desarrollar la epistemología feminista que, en sus propias palabras, deberá ser “analíticamente imparcial y epistémicamente no-relativista” (Harding, 1983: 321).

La producción de la nueva forma feminista de conocer y pensar no se refiere únicamente a la idea de teorizar acerca de las desigualdades de género (Smith, 1990: 13). Lejos de ello, la idea central es que la actual racionalidad científica está completamente sesgada genéricamente, dominada por una perspectiva y un modo de pensar masculino. Esto es, todos los conceptos existentes, las categorías y los métodos científicos reflejan primariamente una manera masculina de mirar y entender el mundo (Durán, 1991). Como ha señalado Fee, “cabe esperar que una sociedad sexista produzca una ciencia sexista” (Fee, 1982, citada por Rosser, 1986: 4). De acuerdo a este punto de vista, junto con el movimiento de liberación de las mujeres deberá surgir una manera alternativa de pensar, observar y explicar el mundo. Esta idea constituye una extensión lógica de la sociología marxista del conocimiento tal como la esbozamos anteriormente. En otras palabras, si la producción del conocimiento científico está tan estrechamente vinculada

con la estructura social predominante, un cambio en la estructura social de una en la que las mujeres son oprimidas a otra en que no lo son —podría, en última instancia, resultar en la emergencia de un nuevo tipo de conocimiento. En este punto es necesario clarificar el sentido de algunos conceptos utilizados en este debate. Cuando se habla de la posibilidad de una nueva ciencia feminista, no se hace referencia a un tipo de conocimiento que sólo las mujeres, por ser mujeres, pueden producir. Es decir, el análisis de este problema no debe centrarse al nivel de los individuos sino al nivel de la estructura social. En el fondo, lo que se está proponiendo es que una nueva estructura social, sin dominación de género, dará lugar a formas de conocimiento, aquí llamadas feministas, que antes permanecían suprimidas o reprimidas, pues tal supresión es una condición esencial de la dominación de género. En síntesis, se presume que el nuevo conocimiento feminista será resultado, no del sexo de los académicos, sino del orden social prevaleciente, y de la consecuente perspectiva epistemológica que los académicos puedan adoptar, independientemente de que se trate de hombres o mujeres.

El debate feminista en torno a la posibilidad de desarrollar una ciencia feminista es extremadamente rico y diverso. Por una parte, hay algunos llamados a renunciar a las categorías analíticas y científicas establecidas por la ciencia masculina y a dejar de justificar la teoría y la práctica feminista ante la ciencia convencional, que es una ciencia dominada por una perspectiva masculina (Flax, 1981, citada por Bart y Budinger, 1984: 11). Por otra parte, autoras como Marshall han sugerido que “si al rechazar el relativismo, también queremos evitar el dogmatismo, una preocupación central debe ser la articulación de la fundamentación normativa de la teoría feminista como una estrategia para establecer criterios de verdad (criterios de validez). Es en este nivel donde la distinción de Habermas entre racionalidad instrumental y comunicativa puede resultar muy útil” (Marshall, 1988: 222). Sin embargo, la concepción de Habermas sobre estos problemas ha sido caracterizada como androcéntrica e ideológica por otras autoras (Fraser, 1987), debido a la escasa o nula atención que este autor concede a los temas feministas.

Más prudentemente, Smith ha afirmado que el objetivo no es “una inmediata y radical transformación de la materia y los métodos de la disciplina (sociología) ni de enviar al basurero todo lo que

se ha alcanzado hasta ahora" (Smith, 1990: 22). Lo que ella propone, por el contrario, es "desacreditar aquellos reclamos de la sociología de constituir un conocimiento objetivo independientemente de la situación del sociólogo" (Smith, 1990: 21). Más aún, otras autoras han señalado que no se trata de rechazar de una vez y para siempre conceptos como "objetividad" y "racionalidad" porque en tal caso la causa de las mujeres iría de una posición marginal, en el desarrollo científico contemporáneo, a otra aún peor, a una "no-posición" (McCormack, 1989: 27; Keller, 1982).

Lerner ha señalado que inevitablemente "las mujeres hemos tenido que expresarnos a través del pensamiento patriarcal que se refleja en el mismo lenguaje que hemos tenido que usar" (Lerner, 1986: 232). La autora afirma que la opción que queda a las mujeres es reclamar ese lenguaje, re-definirlo, recrearlo, de tal manera que "al hacerlo, transformemos el pensamiento y la práctica a modo de crear un nuevo lenguaje común, libre de género" (Lerner, 1986: 233).

Subyacente a este debate está la cuestión de si de hecho es posible desarrollar un nuevo conocimiento feminista, "con su coherencia interna y su propia Gestalt" (McCormack, 1989: 20). El debate gira en torno a cuál sería la naturaleza de este conocimiento. McCormack, por ejemplo, señala que "la manera feminista de hacer investigación feminista [sic] debe comenzar con el problema del sujeto que conoce (*knower*). Un modelo de este sujeto se basa en una teoría sobre el modo de cognición de las mujeres. El otro se basa en la posición de la mujer en la estructura y organización de la ciencia" (McCormack, 1989: 22). En otras palabras, se propone problematizar cuál sería la base del nuevo modo feminista de conocer. Este nuevo conocimiento podría tener sus fundamentos en una base psicológica (esto es, que por el hecho de poseer una identidad genérica masculina o femenina los individuos piensan y perciben —conocen— de manera diferente), o sociológica (es decir, que dependiendo de la composición particular de la estructura social —quién oprime a quién— emergerán diferentes tipos de conocimiento). Existen varios intentos de documentar a fondo la hipótesis psicológica (Belenky *et al.*, 1986; Melamed y Devine, 1988). Otras autoras apoyan la hipótesis sociológica argumentando que hacer ciencia feminista es en principio posible pero en la práctica difícil, al menos hasta que las actuales condiciones sociales sean transformadas (Longino, 1989). El debate ha alcanzado tal complejidad que algunas autoras han señalado que es tiempo de

revisar el significado del concepto de "verdad": ¿se trata de una construcción social genérica o se trata de un algo "absoluto" existente en forma objetiva más allá del sujeto cognocente, y que puede ser aprehendido intelectualmente? En cualquiera de los dos casos, la clarificación del concepto "verdad" debe ser el primer paso en la construcción del conocimiento feminista (Alcoff, 1989: 93-96).

Como se señaló más arriba, la complejidad de esta discusión deriva también del hecho de que, al debatir la posibilidad de una ciencia feminista, con frecuencia se tienden a equiparar en forma automática (y errónea) las cuestiones de género con las cuestiones de sexo, esto es, se tiende a pensar que sólo las mujeres pueden desarrollar una ciencia feminista y que los hombres, por ser tales, están necesariamente excluidos de esta empresa. Por lo tanto, se asume "que lo que está en juego no es la fuerza del género sino la fuerza del sexo" (Keller, 1989: 39).

Un artículo clarificador a este respecto, que aborda las diversas dimensiones de este problema, ha sido publicado por Rosser. La autora señala que la discusión en torno a este tema debe considerar por lo menos tres niveles.⁴ Primero, la crítica feminista de la ciencia, que básicamente ilustra la manera en que la dominación masculina ha sido reproducida en la ciencia a través de diferentes mecanismos. Segundo, la ciencia femenina, que explora la posibilidad de que las mujeres hagan una ciencia diferente a la de los hombres. En este nivel, los ejemplos históricos de mujeres científicas resultan de particular relevancia. Y tercero, la teoría feminista de la ciencia, "que plantea la pregunta de si los métodos y las teorías científicas están determinadas genéricamente" (Rosser, 1989: 9) o si, por el contrario, cualquier desarrollo científico de calidad tiene que ser libre de género.

Finalmente, independientemente del origen (psicológico o sociológico) de este nuevo conocimiento, algunas autoras han comenzado a especular acerca de cómo podría ser esta nueva forma de conocer. Por ejemplo, se ha señalado que la ciencia

⁴ La autora señala que la discusión que, desde una perspectiva feminista, se ha dado en torno a la ciencia puede dividirse en seis categorías: a) enseñanza y transformación del currículum en la ciencia, b) historia de la mujer en la ciencia, c) estatus actual de la mujer en la ciencia, d) crítica feminista de la ciencia, e) ciencia feminista y f) teoría feminista de la ciencia. En este trabajo nos concentraremos en los últimos tres, que son los más relevantes para los efectos de esta revisión.

feminista deberá rechazar dicotomías tales como subjetividad/objetividad, racional/emocional, naturaleza/cultura, etc. (Bleier, 1984, citada por Rosser, 1989: 10). Otras, sin embargo, han sugerido que la clave para desarrollar el nuevo conocimiento feminista radica en los métodos que se utilicen. Este es el contenido de la siguiente sección.

Método feminista y metodología feminista

El debate en torno a la posibilidad de desarrollar un nuevo tipo de conocimiento se relaciona estrechamente con la cuestión de si es necesario crear nuevos métodos o si los actualmente existentes pueden ser utilizados para este fin. Al nivel más general, la discusión se refiere a todas las ciencias en su conjunto. En este capítulo, sin embargo, nos centraremos en lo que se refiere a las ciencias sociales.

Existe una particular preocupación, dentro del pensamiento feminista, contra la naturaleza empírica y cuantitativa de la tradición sociológica positivista. Esta postura es lógicamente consecuente con uno de los principales reclamos del feminismo: las voces de las mujeres, el punto de vista de la mujer, no han sido escuchados en la ciencia. La mayoría de los testimonios históricos provienen de los hombres y están escritos por éstos. La mayoría de los datos sociológicos han sido provistos o interpretados por hombres, y así sucesivamente. La perspectiva feminista busca recuperar el punto de vista femenino, la experiencia femenina del mundo.

Varias distinciones han sido propuestas con el fin de organizar de una manera más provechosa este debate. La primera se refiere a la distinción entre métodos para el feminismo, y métodos para la investigación feminista (Harding, 1987: 19). En este caso, la segunda categoría es la relevante para la ciencia feminista, mientras que la primera posee una perspectiva más amplia: se refiere a los métodos útiles en el desarrollo de la agenda política feminista. La misma autora ha sugerido una segunda distinción conceptual entre métodos, metodología y epistemología. La pregunta de fondo es si el pensamiento feminista propone innovaciones en cualquiera de estos tres dominios, con el fin de desarrollar un nuevo tipo de conocimiento. El concepto de epistemología se refiere a la discusión previa en torno a la teoría feminista del conocimiento.

Por lo tanto, en lo que sigue lo dejaremos de lado y nos centraremos en los otros dos aspectos.

En cuanto a lo que se refiere a los métodos, a primera vista parece haber una enorme coincidencia entre el énfasis del feminismo por los métodos cualitativos y la estrategia metodológica propuesta por la sociología interpretativa (interaccionismo simbólico, etnometodología, fenomenología, etc.). Como se sabe, esta tradición sociológica surgió como reacción en contra de la rigidez de los paradigmas “objetivos” (estructural funcionalismo, algunas versiones del materialismo histórico y diversos abordajes empiristas con poca elaboración teórica). En oposición a estos modelos “objetivos” (que buscan explicar la conducta como resultado de influencias externas que se ejercen sobre los individuos), la tradición interpretativa enfatiza la importancia de recuperar el punto de vista de los actores, así como su definición de la situación en la que están involucrados. De hecho, algunas autoras han sugerido que la perspectiva metodológica de esta tradición es la que mejor se puede adaptar a los requerimientos de la teoría feminista (Smith, 1990; Driscoll y McFarland, 1989; Deegan y Hill, 1987).

Si la propuesta feminista se limitara a recuperar estos métodos de investigación, estaríamos obligados a concluir que el feminismo no ha propuesto nada nuevo en relación a los métodos. Sin embargo, existen intentos importantes de ir más allá de este punto. Por ejemplo, Oakley ha argumentado que las técnicas modelo, recomendadas en los libros de texto para realizar una entrevista “exitosa”, son en realidad una proyección de la manera masculina de entender el mundo. Los libros de texto caracterizan a la situación de entrevista como una relación jerárquica entre el entrevistador (que con frecuencia se asume que es un hombre) y el o la entrevistada. Esta relación se presume dominada por el primero, cuyo objetivo es obtener (no proveer) información de la segunda (Oakley, 1981). La autora critica las recomendaciones de los libros de texto, escritos desde una perspectiva masculina, para esquivar las preguntas de la entrevistada y seguir adelante con la entrevista. Tales textos suelen ignorar que con frecuencia el tema de la entrevista es altamente significativo para la entrevistada quien ve en el o la entrevistadora a una potencial confidente con quien se pueden discutir dudas, angustias e incertidumbres que la entrevistada hasta ese momento ha guardado sólo para ella. Más aún, la autora cuestiona la manera “objetiva” convencionalmente reco-

mendada para entrevistar, en la que se supone que el entrevistador no se debe involucrar emocionalmente con la entrevistada a efecto de no menoscabar la "validez" y la "calidad" de la información. Sugiere, por el contrario, que la entrevista feminista debe ser una relación igualitaria en la que se asuma que ambos participantes tienen algo que aprender. Oakley formula esta propuesta a partir de un profundo cuestionamiento de lo que convencionalmente se ha entendido por "validez" y "objetividad". De acuerdo a la autora, las recomendaciones de los textos de metodología, en el sentido de evitar involucrarse emocionalmente o de no responder las preguntas de las entrevistadas "para no sesgar sus respuestas", dan lugar a resultados de muy dudosa validez, pues son obtenidos en un contexto totalmente anti-natural (un contexto en el que el interlocutor no contesta o evade las preguntas), con el que las entrevistadas no se identifican. Oakley sugiere que es éticamente insostenible realizar entrevistas de acuerdo a lo establecido en los textos, a menos que el entrevistador esté dispuesto a "explotar" a la entrevistada, esto es, a centrarse en sus propias necesidades (obtener información para su estudio) e ignorar las necesidades que la propia entrevista genera o hace evidentes de parte de la entrevistada. Más aún, Oakley sostiene que cuando se trata de estudiar la situación subjetiva de la mujer (como era el caso en la mayor parte de sus estudios) las preguntas de las entrevistadas y su tendencia a involucrar a la entrevistadora constituyen un "dato" central de su investigación, cuya represión mediante los mecanismos convencionalmente recomendados sólo redundaría en detrimento de su propio estudio.

El cuestionamiento que desde la perspectiva feminista se ha planteado en torno a la pretendida objetividad de ciertas técnicas y métodos resulta altamente esclarecedor. Por otro lado, el énfasis que el feminismo ha puesto en los métodos cualitativos constituye una potencial contradicción con respecto al alcance de esta teoría. Si la teoría feminista es una teoría totalizadora "porque las mujeres y el género están en todas partes" (Harding, 1987: 287), la variedad de los métodos disponibles para esta teoría debería ser también muy amplia. Tal como lo ha sugerido Harding, si la teoría social feminista se limita al uso de métodos cualitativos, una enorme cantidad de fenómenos sociales (como cambios macrosociales, tendencias demográficas y económicas, etc.) pasarán inadvertidos por este abordaje (Harding, 1989: 19).

En cuanto a la metodología, de acuerdo con la misma autora, es en este nivel —más que en el de los métodos—, donde cabe esperar las verdaderas innovaciones feministas. Citando a Caws, define la metodología como la teoría y el análisis de “las formas especiales en que la estructura general de una teoría encuentra su aplicación en las disciplinas científicas particulares” (Caws, 1976, citada por Harding, 1987: 22). De acuerdo a esto, es en la transformación feminista del psicoanálisis, de la teoría marxista, de la fenomenología, etc., donde surgirán las más relevantes contribuciones del feminismo. Ello debido a que esas teorías han sido aplicadas en el estudio de la mujer de una manera sesgada, lo cual ha dificultado una verdadera comprensión de su papel en la vida social.

Lerner ha sugerido dos pasos metodológicos para favorecer este proceso de concientización, esto es, para apoyar el desarrollo del nuevo conocimiento feminista: 1) ser *ginocéntrico* (*woman-centered*), lo cuál significa re-pensar todo argumento y preguntarse cómo sería definido si la mujer fuera central en él, y 2) diferir del pensamiento patriarcal, lo que propone cuestionar sistemáticamente cualquier método de pensamiento pues es altamente probable que dicho sistema reflejará ante todo la tradición patriarcal dentro de ese argumento (Lerner, 1986: 228-229). Posiblemente es en la esencia de estas dos proposiciones donde pueden encontrarse algunas de las características potencialmente más creativas de la teoría feminista.

El debate en torno a una nueva ciencia feminista se extiende, por supuesto, más allá de las ciencias sociales, y se refiere de hecho al conjunto de las ciencias, incluyendo la medicina, la biología, la química y otras (Langland y Glove, 1981; Rosser, 1988; Farnham, 1987). La discusión apunta hacia la búsqueda de nuevos supuestos metateóricos que eventualmente podrían transformar el significado mismo de la palabra “ciencia” (Gergen, 1988). Quizás el aspecto más fascinante de este debate es la posibilidad de desarrollar un nuevo paradigma de conocimiento científico, completamente insospechado, en términos de Kuhn (1982). Este nuevo paradigma feminista nos forzaría a reinterpretar todo nuestro conocimiento actual en otros términos, y nos permitiría dirigir nuestra atención hacia dominios del todo inexplorados desde el punto de vista de la ciencia masculina. Desde el punto de vista de la teoría feminista del conocimiento, esa es la promesa y la esperanza.

TEORÍA FEMINISTA Y SOCIOLOGÍA MÉDICA

Al aplicar la teoría feminista al campo de la sociología médica, ¿qué aprendemos? ¿qué es aquello que antes pasaba desapercibido y que ahora entendemos o al menos visualizamos? ¿De qué manera la aplicación de esta perspectiva produce un nuevo tipo de conocimiento, o una nueva forma de conocer que antes no concebíamos?

De acuerdo a McCormack, la primera generación del pensamiento académico feminista se concentra principalmente en torno a dos objetivos: 1) documentar la discriminación contra las mujeres en organizaciones educativas y de investigación, y 2) evidenciar el sesgo masculino de la literatura científica que se presenta a sí misma como objetivo y con validez universal. La segunda generación, sugiere la autora, se está concentrando en la construcción de un nuevo tipo de conocimiento, esto es, en el desarrollo de una ciencia feminista. En nuestra opinión, la teoría feminista aplicada en el campo de la sociología médica ha alcanzado un grado de desarrollo equivalente al logrado en otros espacios del conocimiento. En otras palabras, la mayor parte de las contribuciones feministas en este campo corresponden a lo que McCormack caracteriza como la primera generación, mientras que la tarea de reconceptuación del conocimiento actual, necesaria para dar paso a un nuevo tipo de conocimiento específicamente feminista, no ha llegado aún muy lejos.

Para realizar una revisión somera de algunas de estas contribuciones, conviene retomar la división por áreas específicas que comúnmente se utiliza dentro del ámbito de la sociología médica. Convencionalmente se distinguen tres áreas: 1) proceso salud-enfermedad (que se refiere al estudio sociológico de los determinantes de la salud-enfermedad en la población); 2) práctica médica (que se refiere al estudio sociológico de la respuesta social organizada frente a la enfermedad), y 3) saber médico (que se refiere al estudio sociológico de la manera en que la enfermedad es percibida y conceptualizada, tanto en términos científicos como profanos). Como se verá, sin embargo, una de las contribuciones centrales de la teoría feminista, en este campo, es la insistencia en problematizar los conceptos mismos de salud y enfermedad, de tal manera que la diferenciación de estas tres áreas no resulta tan nítida como en primera instancia podría parecer.

Proceso salud-enfermedad

Diversas fuentes han documentado que en promedio las mujeres viven más que los hombres, pero también que ellas enferman y utilizan más los servicios de salud que los hombres, incluso si se excluyen los servicios relacionados con la maternidad (Trypuc, 1988; Clarke, 1990; Camposortega, 1990). Aunque no existen explicaciones concluyentes sobre estas diferencias, desde una perspectiva feminista se han propuesto diversas hipótesis para dar cuenta de este fenómeno. Por ejemplo, Verbrugge ha propuesto que las hipótesis pueden agruparse en cuatro categorías: 1) discrepancias debidas a una exposición diferencial a los riesgos, esto es, debido a la forma en que hombres y mujeres son socializados: los primeros están más expuestos a accidentes y muertes violentas que las segundas y, las mujeres, a su vez, están más expuestas a los riesgos derivados del contacto con niños y de tensiones emocionales, pero también debido a su proceso de socialización tienen una mayor predisposición para adoptar medidas preventivas y a mantener lazos afectivos más fuertes que los hombres; 2) diferencias debidas a factores psicosociales, esto es, que las mujeres están mejor orientadas que los hombres a percibir los síntomas de una enfermedad, a evaluarlos y reportarlos y, en su caso, a adoptar el papel del enfermo así como a cumplir más estrictamente con el tratamiento médico; 3) diferencias debidas a un sesgo sexista de parte de los médicos, que tienden a ver en la mujer a una persona más "frágil" que el hombre y, por lo tanto, más dispuesta a enfermar física o psicológicamente, pues de acuerdo a esta hipótesis, los médicos diagnostican enfermedad más fácilmente en las mujeres que en los hombres, y 4) desigualdades de orden biológico, esto es, diferencias debidas a una distinta composición genética de las mujeres y los hombres (Verbrugge, 1985). En relación con esta última hipótesis, sin embargo, la evidencia es muy escasa, de manera que desde una perspectiva feminista las hipótesis relevantes son las tres primeras.

Verbrugge sugiere que la mayor morbilidad de las mujeres está influida por factores sociales derivados de la manera en que se integran al mercado de trabajo, así como de un mayor estrés e infelicidad que derivan de sus condiciones objetivas de vida, y que resultan en una mayor sensación de vulnerabilidad ante la enfermedad (Verbrugge, 1989).

La relación entre trabajo femenino y salud también está siendo explorada por autores latinoamericanos. Uno de los puntos de partida de estas investigaciones ha sido el hecho de que, durante los últimos años aumentaron tanto el empleo femenino como la morbilidad infantil. En estos proyectos se insiste en la importancia de trascender análisis estadísticos espúreos o simplistas, que atribuirían a la variable independiente "trabajo femenino" parte del aumento detectado en la variable independiente "morbilidad infantil". Las propuestas van desde problematizar las condiciones en que se da la inserción de las mujeres en el mercado laboral, hasta explorar con más detalle las variables intervinientes que modifican el efecto del empleo de la mujer en el bienestar de los niños, con el fin de lograr una explicación más comprensiva de este fenómeno (Riquer, 1991; Ixtacuy *et al.*, 1991; Mendoza y Rábago, 1991).

Otras investigaciones han mostrado cómo el mito de la maternidad, en tanto cometido fundamental de las mujeres, está en realidad condicionado por diversos factores sociales. En una investigación cualitativa, García y de Oliveira construyeron varios tipos ideales para explorar diferentes "grados de compromiso" de la mujer frente al trabajo y su relación con "las concepciones y percepciones sobre la maternidad, la planificación familiar y el significado de las experiencias de madres trabajadoras en cada uno de los casos" (García y de Oliveira, 1991). Uno de los hallazgos centrales de este estudio se refiere a que las concepciones y percepciones exploradas varían en función del grado de compromiso frente al trabajo. En el caso de las mujeres de estratos socioeconómicos medios, se advierten diversos grados de ambivalencia frente a la maternidad, y una tendencia más clara a defender el compromiso con el trabajo en comparación con las mujeres de estratos socioeconómicos bajos.

Dentro de esta línea de investigación, otros estudios han mostrado que el trabajo de la mujer no constituye por sí mismo un riesgo para el producto del embarazo (bajo peso al nacer). Al estudiar procesos de industrialización y maternidad en el noroeste de México, Denman encontró que son las amas de casa las que presentan productos con el mayor índice de bajo peso al nacer en comparación con las asalariadas. Si se considera sólo a las asalariadas, la autora observó también que las obreras presentan este riesgo tres veces mayor que las empleadas, lo cual le permite concluir

que más que el empleo en sí, son las condiciones específicas de trabajo lo que constituye un factor de riesgo (Denman, 1990).

Un tema que ha sido abordado con particular interés desde una perspectiva feminista es el que se refiere a la salud mental. También en este campo las estadísticas muestran que las mujeres presentan un índice más alto de trastornos mentales que los hombres. Para explicar esta diferencia se han propuesto varias hipótesis: por una parte, se ha señalado que las estadísticas de enfermedad mental son un indicador de la opresión a la que están sujetas las mujeres; esto es, que las mujeres sufren más padecimientos mentales que los hombres precisamente porque están sujetas a condiciones de vida más opresivas que derivan, en última instancia, en tales trastornos (Stoppard, 1988; Chesler, 1972). Por ejemplo, durante los últimos 15 años se ha acumulado evidencia científica muy significativa que muestra que la salud física y mental se relacionan directamente con la cantidad y calidad de apoyo psicosocial de que disponen los individuos (Cassel, 1976; Cobb, 1976).⁵ Esta sociedad, sin embargo, socializa a las mujeres para que brinden atención y a los hombres para que la reciban, tal como lo han documentado diversas investigaciones feministas (Derber, 1983; Fishman, 1978). La interpretación de estos hallazgos, sin embargo, no deja de ser ambivalente. Por una parte, se ha propuesto que es el “costo de hacerse cargo de los demás” (*cost of caring*) lo que se refleja en las estadísticas de salud. Esto es, las mujeres se enferman con mayor frecuencia porque más que *recibir* apoyo psicosocial ellas lo *brindan*; el caso de los hombres sería el inverso. Por otra parte, también se ha sugerido que es precisamente la capacidad de las mujeres (socialmente adquirida) para establecer vínculos afectivos lo que a la larga se refleja en la mayor esperanza de vida con que ellas cuentan.

Sin descartar estas hipótesis, otras autoras han propuesto que la diferencia en las estadísticas refleja también la predisposición de la sociedad patriarcal para clasificar a las mujeres como enfermas mentales. Este sesgo se refleja en varios niveles: a un nivel micro, en el que los médicos psiquiatras están predispuestos a diagnosticar depresión, histeria o esquizofrenia en sus pacientes

⁵ Citamos sólo a los dos autores a quienes se reconoce como los iniciadores del tema del apoyo psicosocial y su relación con la salud. Sin embargo, la cantidad de literatura producida al respecto es enorme. Durante los últimos diez años, el *Journal of Health and Social Behaviour* ha prestado particular atención a este tema.

femeninos, con mucha mayor facilidad que en sus pacientes masculinos. A un nivel intermedio, Smith ha sugerido recuperar las contribuciones de la teoría de la etiquetación para explicar estas diferencias, y propone, en consecuencia, revertir los términos de la explicación convencional: no es que las mujeres sean atendidas en instituciones psiquiátricas porque padecen enfermedades mentales, sino que, por el contrario, padecen de trastornos mentales porque son sometidas a un sistema de desintegración de la personalidad, que comienza en la casa y termina en el hospital psiquiátrico, que etiqueta como anormal cualquier intento de independencia de parte de ellas (Smith, 1990). Finalmente, se ha propuesto que, a un nivel macro, es necesario problematizar el concepto mismo de salud mental, pues en la forma en que dicho concepto ha sido construido radica la clave para explicar las diferencias observadas. ¿Por qué, por ejemplo, el concepto de depresión no siempre incluye a los bebedores excesivos, cuando el alcoholismo puede ser una forma en que los hombres manifiestan su depresión? (Murphy, 1988) ¿Por qué la mayor predisposición a la violencia de parte de los hombres no es clasificada como enfermedad mental?

La violencia contra las mujeres constituye otra de las preocupaciones centrales de los estudios feministas. Desde esta perspectiva se ha propuesto desconstruir la manera en que el tema es convencionalmente tratado en esta sociedad. Desde el discurso patriarcal se asume que el problema de la violencia doméstica contra las mujeres es un asunto privado de cada familia dado que tiene lugar en el ámbito del hogar. El hogar es considerado el recinto íntimo, exclusivo de la jurisdicción del “jefe” del mismo, que normalmente es un hombre. Lo que ocurre dentro de él es considerado un asunto personal, en el que las instancias públicas no tienen derecho a inmiscuirse. Esta delimitación entre lo público y lo privado impidió durante mucho tiempo la reflexión colectiva sobre un problema —como la violencia doméstica— aparentemente privado que en realidad es colectivo. La teoría feminista ha señalado que las relaciones sociales dentro del hogar son un reflejo del ordenamiento jerárquico entre los géneros que se observa en toda la sociedad. Como respuesta y como crítica a la definición patriarcal de las cosas, la teoría feminista ha propuesto que “lo personal es político”, y ha impulsado toda una línea de investigación sobre este tema, con miras a desentrañar los mecanismos específicos que

generan y perpetúan la violencia contra las mujeres. Esta reflexión, por supuesto, ha trascendido el ámbito doméstico, para abordar el tema de la violencia contra la mujer como un problema social en el que la violencia doméstica es sólo una de sus manifestaciones (Bedregal *et al.*, 1991; Stark *et al.*, 1983).

Saber médico

Como quedó claro en el apartado anterior, el estudio de los determinantes de la salud no puede hacerse al margen del análisis de la forma en que los conceptos de salud y enfermedad son contruidos socialmente. Es en el análisis del saber médico donde la capacidad analítica de la teoría feminista resulta más prometedora, toda vez que dichos análisis tienden a desenmascarar el papel que la ideología y el conocimiento juegan en la creación y recreación de las estructuras de dominación que oprimen a las mujeres. Así por ejemplo, Oakley ha analizado el proceso histórico a través del cual el embarazo y el parto dejaron de ser una forma común de conducta social para constituirse en fenómenos médicos. De acuerdo a la autora, en el transcurso de los últimos ochenta años el embarazo y el parto fueron gradualmente definidos como un fenómeno biológico, lo cual a su vez creó las condiciones para justificar el dominio médico en este campo (Oakley, 1984).

Treichler ha estudiado el significado del parto en el discurso norteamericano actual. La autora sostiene que no es posible mirar a través del discurso para determinar lo que es realmente un parto, “porque es el discurso mismo el lugar donde tal determinación está inscrita” (Treichler, 1990: 132). La autora señala que en el discurso médico norteamericano el parto es definido como un evento en el que el papel activo es jugado por los médicos obstetras, y el pasivo por la mujer que pare. Por ejemplo, algunos diccionarios médicos definen el parto como “la completa expulsión o extracción de la madre, de un feto que pese 500 gramos o más” (Treichler, 1990: 117). De acuerdo a la autora, este tipo de definiciones implícitamente incluyen la presencia de un médico, tal como la palabra extracción lo supone. En otras palabras, un conjunto de eventos, como el parto, otrora del dominio propio de la mujer, ha sido expropiado y redefinido por la ciencia médica masculina, con implicaciones directas en la manera en que las mujeres de hoy interpretan y viven estos fenómenos.

Siguiendo el *dictum* de Thomas, Rothman ha señalado que “si las situaciones definidas como reales son reales en sus consecuencias, entonces aquellos que definen, controlan” (Rothman, 1978: 124). La autora ilustra esta aserción mostrando cómo el discurso médico define el parto como algo en lo que los médicos son los principales actores: así se explica que ellos presentan el bebé recién nacido a la madre. De la misma manera, aunque una mujer puede sospechar que está embarazada, no es sino hasta que tiene lugar una evaluación médica que esta sospecha puede verificarse. Algo semejante ocurre con el trabajo de parto y, en general, con todo el proceso de la reproducción humana. La autora señala que la medicina masculina considera que una mujer, en trabajo de parto, está bajo control si es capaz de reprimir sus sentimientos y dolores durante esa etapa. Por el contrario, si una mujer decide enfrentar el trabajo de parto con llanto y gritos, pierde por completo su derecho a ser tomada en cuenta para las decisiones que haya que tomar, pues se le considera fuera de control. Se trata, obviamente, de una definición masculina del concepto de control que es impuesta a las mujeres en estas circunstancias.

Por otra parte, Martin ha analizado el sesgo masculino que prevalece en los textos de medicina, en particular respecto a la manera aparentemente “objetiva” y “científica” con que es abordado el tema de la reproducción humana (Martin, 1987). Tales textos se encuentran en realidad repletos de metáforas ideológicas que cumplen la función de perpetuar una manera masculina de mirar el mundo, el cuerpo humano y el proceso de reproducción. Por ejemplo, en tales textos, el cuerpo femenino es descrito como un sistema burocrático de control organizado jerárquicamente, lo cual tiene implicaciones directas en la forma en que diversas funciones son percibidas. Así, la menopausia es entendida como una falla general del sistema central, a consecuencia de la cual los ovarios “dejan de responder” y el hipotálamo comienza a “dar órdenes inapropiadas”. El cuerpo femenino es percibido como un organismo orientado fundamentalmente hacia la reproducción. Por ello, la ovulación es descrita como un proceso en el que todos los cambios del organismo tienen lugar con miras a preparar el ambiente adecuado para la fertilización del óvulo. Martin señala que esta descripción teleológica del organismo femenino tiene consecuencias directas en la manera en que es percibida la menstruación. Esta es descrita como un propósito fracasado, como un

proceso de construcción malogrado. Y cita diversos textos de medicina actuales en los que el lector encuentra que la menstruación es descrita con términos negativos: “degeneración” del *corpus luteum*, “declinación” de los niveles de estrógenos y progesterona, “suspensión” de los efectos estimulantes de aquellas hormonas, “espasmos” de los vasos sanguíneos del endometrio, “degeneración” del endometrio como consecuencia de la “carencia” de irrigación sanguínea, “debilitamiento” de los vasos capilares, que resulta en una “fuga o escurrimiento” de la sangre, y “descarga” de la misma (Martin, 1987: 47). Frente a estas descripciones, la autora contrasta los términos con que se describe la espermatogénesis: se trata de un proceso “extraordinario”, “sorprendente”, de “magníficas” proporciones. Martin señala que no existen términos neutrales en los textos científicos, y que este tipo de análisis muestra la valoración diferencial —hecha desde una perspectiva patriarcal— que subyace al discurso médico científico contemporáneo.

Junto a la crítica del discurso patriarcal, desde la perspectiva feminista se ha impulsado toda una línea de investigación tendiente a rescatar otros saberes, otras formas alternativas de pensar y vivir los fenómenos de la salud y la enfermedad. Este esfuerzo incluye un cuestionamiento al énfasis que nuestra cultura pone en la observación, en lo que se puede ver, y un impulso a lo que se puede oír, a la facultad de escuchar como modo privilegiado de percepción (Martin, 1990: 69). En este sentido, Valdés ha estudiado las construcciones significativas que realizan las mujeres en relación a los diversos aspectos de la reproducción humana (Valdés, 1988). De acuerdo a la autora, “ser madre” y “ser dueña de casa” son formas de identidad social que brindan mayores espacios de poder frente a los hombres. “Ser esposa”, por el contrario, supone una relación de sometimiento ante ellos. La alta fecundidad que se observa en muchas mujeres se asocia con las reducidas opciones de acción de que disponen las mujeres en tanto madres. Sin embargo, sometidas como están a una doble dominación (patriarcal y de clase), las mujeres tienden a reproducir las mismas relaciones sociales que las oprimen, generando en sus hijas “el mismo ciclo que ellas vivieron y que muchas rechazan: necesitan que sirvan de dueñas de casa y que cuiden a los hermanos menores cuando salen a trabajar” (Valdés, 1988: 287). Mediante la construcción de varios “tipos ideales”, la autora explora la multiplicidad de construcciones significativas con que las mujeres explican

los papeles que les son impuestos socialmente. Estas construcciones de sentido sirven también para cambiar sus proyectos de comportamiento reproductivo, que con frecuencia deben efectuar como consecuencia de las condiciones objetivas de vida con que cuentan (de pobreza y desamparo). En suma, Valdés ha mostrado la pertinencia de este tipo de investigaciones para el estudio, tanto de las experiencias vividas por los actores sociales (en este caso las mujeres) en relación con ciertos temas significativos (en este caso la reproducción humana), como la interpretación que ellas mismas proveen respecto de tales vivencias (véase también Ramos, 1983).

Práctica médica

Desde una perspectiva feminista, también se ha producido una cantidad significativa de literatura dentro del campo de la práctica médica. Tood, por ejemplo, ha investigado el tipo de interacción cara-a-cara que tiene lugar entre doctores (generalmente hombres) y pacientes mujeres que acuden a consulta ginecológica o de planificación familiar (Tood, 1989). La autora se propone analizar esa interacción en su relación con la estructura social más general que enmarca dichos encuentros. De acuerdo a sus observaciones, las pacientes tienden a presentar sus casos relacionando sus síntomas con diversos aspectos de su vida diaria, así como con sus propias opiniones y creencias a propósito de lo que les pasa. Los médicos, por el contrario, entrenados bajo un modelo masculino de ciencia, que enfatiza la objetividad y la separación entre el sujeto que conoce y los objetos que son conocidos, tienden a dirigir autoritariamente la conversación en términos estrictamente clínicos, sin permitir que las mujeres se expresen como ellas lo desean. En ese marco, ellos deciden qué temas son apropiados y cuáles no para manejarse en el contexto de la entrevista. Esta relación jerárquica se agudiza en el caso de mujeres de color o de estratos sociales bajos. La autora propone que la explicación de fondo de este fenómeno —que incluye también a doctores y pacientes que actúan “de buena fe”— radica en los fundamentos epistemológicos de la visión del mundo que poseemos —visión permeada del discurso científico— que, con su sesgo masculino, fuerzan a los actores a dar por sentadas ciertas cosas, por ejemplo que el cometido fundamental de las mujeres es la reproducción, que desde una perspectiva racional y no emocional se logra un mejor entendi-

miento de las cosas; que con su entrenamiento clínico los médicos están mejor preparados para entender lo que las pacientes sienten y temen, de modo que ellos pueden incluso reinterpretar apropiadamente las explicaciones de ellas y decirles lo que en realidad sienten. Es una epistemología que asocia los conceptos de naturaleza, cuerpo, subjetividad, dominio privado, sentimientos, emociones y reproducción bajo la identidad genérica femenina, y los conceptos de cultura, mente, objetividad, dominio público, pensamiento, racionalidad y producción, bajo la identidad genérica masculina. Así, el mundo queda dividido entre el sujeto que conoce (científico, mente, masculino) y el objeto que es conocido (naturaleza, cuerpo, femenino). Esta epistemología adquiere concreción en los encuentros médicos que la autora analiza, y distingue el mundo natural del social. Confina el primero a las ciencias biológicas y médicas, y el segundo a las ciencias políticas y sociales. La reproducción humana es categorizada como un evento biológico, lo cual establece las bases para excluir los aspectos sociales en su tratamiento. Por ello, aunque la reproducción incluye tanto los aspectos biológicos como los sociales y emocionales de la mujer, los médicos se centran sólo en los primeros y desechan los segundos como irrelevantes o sobre los que resulta inapropiado hablar.

En esta misma línea de investigación, Fisher y Groce han estudiado la manera en que los estereotipos existentes en torno a la condición de la mujer emergen, en el transcurso de una entrevista médica, en detrimento de las pacientes mujeres (Fisher y Groce, 1985). Al analizar el interrogatorio que realizan los médicos, pueden apreciarse con claridad los supuestos a partir de los cuales los médicos abordan a las pacientes. Por ejemplo, en el caso de una mujer que se presenta con varias heridas porque acaba de caerse de una motocicleta, el médico pregunta también por el conductor, asumiendo que esta mujer, por ser mujer, iba en la parte de atrás de la motocicleta. El análisis muestra que el médico necesita reciclar varias veces la información que le da la paciente para finalmente comprender que se trata de un caso en el que sus supuestos no se cumplen, pues era la paciente la que iba manejando. Otros ejemplos muestran al médico con dificultades para asimilar la información de una paciente mujer, que señala que en su matrimonio ella no tiene relaciones sexuales con su pareja sin que ello signifique ningún problema (el médico asume que las mujeres deberían tener relaciones sexuales con sus esposos y que,

en caso contrario, debería haber problemas en el matrimonio), o de otra mujer que dice contar con alto grado de tolerancia al dolor físico (el médico asume que las mujeres no aguantan mucho dolor). Las autoras muestran que el grado de adecuación de las pacientes a los supuestos culturales que maneja el médico se relaciona directamente con la calidad de la atención que reciben.

Otras investigaciones han explorado el tipo de interacción que tiene lugar cuando el médico es una mujer y el paciente un hombre. West ha demostrado que en estos casos los pacientes tienden a interrumpir a la doctora con mucha mayor frecuencia que cuando los papeles están invertidos, esto es, cuando el médico es un hombre y la paciente una mujer (West, 1984). La frecuencia de las interrupciones es considerada un indicador de la dinámica del poder que tiene lugar en la interacción entre dos personas (Derber, 1983). Tanto Fisher y Groce como West, retoman el concepto de *master status*, que se refiere al estatus dominante de una persona, estatus que tiende a supeditar bajo sí mismo cualquier otra característica de los individuos (Hughes, 1971: 147). Las autoras concluyen que en los encuentros médicos mixtos (es decir, en donde los actores son de diferente sexo), el *master status* de las mujeres (sean médicos o pacientes) es su condición de mujer, mientras que el de los hombres es su condición de médicos o de pacientes, según el papel que jueguen. Se trata de una asimetría fundamental que explica muchas de las características concretas de los encuentros médicos.

Otras investigaciones feministas dentro de este campo se han concentrado en las profesiones de la salud. En algunos casos, el objetivo ha sido ilustrar cómo también dentro de las profesiones el lugar de la "otredad" ha sido asignado a las mujeres. El concepto de "otredad" ha sido propuesto para referir el hecho de que en la sociedad contemporánea la realidad se juzga desde una perspectiva que presupone un punto de vista occidental (europeo), masculino y de raza blanca. Lo "otro" es todo aquello que no pertenece a dicho punto de vista, que en consecuencia no se da por sentado, y que hay que nombrar. Así, se habla de la medicina para referirse a la medicina moderna, y de otras medicinas, o de medicinas alternativas para referirse a las prácticas médicas que son diferentes de la medicina moderna. De igual modo, la profesionalización de la medicina ha significado, entre otras cosas, el monopolio masculino de la misma (Hearn, 1982; Roberts, 1981). Cuando se

habla de profesionales médicos, se asume que se habla de médicos-hombres. Si este supuesto no se cumple, es necesario especificar que se habla de médicas-mujeres. Las “otras”, las diferentes a lo implicado en el punto de vista normalmente asumido son las mujeres. Simultáneamente, las ocupaciones dominadas por mujeres (como la enfermería y la partería) han sido definidas como “semiprofesionales”, esto es, han sido definidas como “otras” ocupaciones, —diferentes de la profesión médica, que se asume masculina, y se utiliza como punto de vista para definir a las demás—, o han sido descalificadas como “brujería” (Storch y Stinson, 1988; Crompton, 1987; Ehrenreich y English, 1976). En otros casos, se ha argumentado que la creciente conciencia feminista ha influido, por lo menos parcialmente, en la composición por sexos de las profesiones relacionadas con la salud pública y la educación para la salud (Kronenfeld, 1988).

Por último, la educación para la salud constituye uno de los campos donde se ha dado mayor activismo feminista. Durante los últimos años se han multiplicado los grupos de mujeres que se reúnen para discutir —en los términos de sus propias interpretaciones— sus vivencias relacionadas con la salud y la enfermedad. Sin embargo, poco se ha documentado académicamente sobre los avances y logros de estos grupos, sobre todo en términos del nuevo conocimiento feminista eventualmente producido a través de esos encuentros (Cardaci, 1989).

CONCLUSIÓN

La teoría feminista constituye una de las teorías sociales más prometedoras en la actualidad. Como esfuerzo académico, ha demostrado que existe toda una realidad de dominación sobre la mujer⁶ que había sido totalmente ignorada por la historia oficial (masculina) de la ciencia. Kuhn ha señalado que los nuevos paradigmas científicos se abren paso, más que en base a las realizacio-

⁶ Un desarrollo paralelo reciente se refiere a los estudios sobre *masculinidad*. La condición social de los hombres es también objeto de análisis desde una perspectiva de género. Desde este punto de vista, resulta evidente que muchas de las características socialmente atribuidas a los hombres (su supuesta racionalidad, o su supuesto mayor dominio sobre sus emociones, por citar sólo unos ejemplos) son en realidad instancias de opresión de los hombres que impiden un pleno y cabal desenvolvimiento de los mismos (Hearn y Morgan, 1990; Kimmel, 1992).

nes pasadas, en base a las promesas futuras en cuanto a la resolución de problemas de conocimiento (Kuhn, 1982: 244). Este es exactamente el rasgo central de la teoría feminista contemporánea: en cuanto teoría, constituye una promesa de desarrollo de una nueva forma de conocimiento, una nueva ciencia, una completa reconceptuación de nuestro conocimiento actual. En consecuencia, bien puede ser que en el mediano plazo se convierta en el nuevo paradigma dominante, que permearía toda la estructura del pensamiento científico y de la vida social.

Sin embargo, como paradigma en ascenso, la teoría feminista enfrenta problemas teóricos que es preciso resolver. Por ejemplo, como hemos señalado en este trabajo, el concepto de patriarcado puede explicar la exclusión de las mujeres de la ciencia médica, así como la conceptualización masculina y la medicalización de ámbitos otrora bajo el dominio de las mujeres, como la reproducción y la sexualidad femenina, pero el concepto mismo de patriarcado aún requiere ser explicado. En consecuencia, el riesgo de caer en argumentaciones tautológicas no ha desaparecido. Como ha señalado Pirie, un procedimiento tautológico sería "inferir conceptos abstractos tales como patriarcado[...] de la observación de los fenómenos sociales, y luego imponerlos de vuelta, como explicaciones de los fenómenos de los cuales aquellos conceptos fueron inferidos en primera instancia" (Pirie, 1988: 636). Los desarrollos más recientes en este campo permiten suponer, con esperanza razonable, que estos dilemas serán resueltos en un futuro próximo.

¿Es viable pensar en una sociedad sin dominación de géneros y donde, en virtud de esta igualdad, sea posible formular preguntas de investigación hasta ahora insospechadas, y desarrollar respuestas inimaginables (en el más creativo de los sentidos) para esas preguntas? En tiempos de teoría posmodernista el reto es enorme, pero fascinante.

BIBLIOGRAFÍA

- Abbot, P. y C. Wallace (1990), *An Introduction to Sociology: Feminist Perspectives*, Nueva York, Routledge.
- Alcoff, L. (1989), "Justifying Feminist Social Science", en Nancy Tuana (ed.), *Feminism and Science*, Bloomington e Indianapolis, Indiana University Press, pp. 85-103.

- Bart, P. B. y J. Budinger (1984), *Feminist Theories* (borrador).
- Bedregal, X., I. Saucedo y F. Riquer (1991), *Hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia las mujeres*, México, CICAM.
- Belenky, M. F., B. Mcvicker, N. Rule y J. Mattuck (1986), *Women's Ways of Knowing: The Development of Self, Voice, and Mind*, Nueva York, Basic Books.
- Camposortega, S. (1990), "La mortalidad en los años ochenta", *Revista Mexicana de Sociología* 52(1).
- Cardaci, D. (1989), "*Pensando como mujeres...*" (*Propuestas Educativas en Salud de los "colectivos" y "redes" de mujeres*), Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM), El Colegio de México (mimeografiado).
- Cassel, L. (1976), "The Contribution of the Social Environment to the Host Resistance", *American Journal of Epidemiology*: 102(2), pp. 107-123.
- Chesler, P. (1972), *Women and Madness*, Nueva York, Double Day.
- Clarke, J. N. (1990), *Health, Illness, and Medicine in Canada*, Toronto, McClelland and Stewart.
- Cobb, S. (1976), "Social Support as a Moderator of Life Stress", *Psychosomatic Medicine*: 38(5), pp. 300-314.
- Crompton, R. (1987), "Gender, Status, and Professionalism", *Sociology* 21(3), pp. 413-428.
- Deegan, M. J. y M. Hill (eds.) (1987), *Women and Symbolic Interaction*, Boston, Allen Unwin.
- Denman, C. (1990), *Industrialización y maternidad en el noroeste de México*, IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, El Colegio de Sonora (mimeografiado).
- Derber, C. (1983), *The Pursuit of Attention*, Nueva York, Oxford University Press.
- Driscoll, K. y J. McFarland (1989), "The Impact of a Feminist Perspective on Research Methodologies: Social Sciences", en Winnie Tomm (ed.), *The Effects of Feminist Approaches on Research Methodologies*, The Calgary Institute for the Humanities, Wilfrid Laurier, University Press.
- Durán, J. (1991), *Toward a Feminist Epistemology*, Santa Barbara, Rowan and Littlefield Publishers.
- Ehrenreich, B. y D. English (1976), *Witches, Midwives and Nurses*, Londres, Writers and Readers.
- Eisenstein, Z. (1979), *Capitalist Patriarchy and the Case for Socialist Feminism*, Nueva York, Monthly Review Press.
- Engels, F. (1942), *The Origin of the Family, Private Property, and the State*, Nueva York, International Publishers.
- Farnham, C. (ed.) (1987), *The Impact of Feminist Research in the Academy*, Bloomington e Indianapolis, Indiana University Press.
- Fisher, S. y S. B. Groce (1985), "Doctor-Patient Negotiation of Cultural Assumptions", *Sociology of Health and Illness* 7(3), pp. 342-374.

- Fishman, P. M. (1978), "Interaction: The Work Women Do", *Social Problems* 25(4), pp. 397-406.
- Fox, B. J. (1988), "Conceptualizing Patriarchy", *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, vol. 25, núm. 2, mayo, pp. 163-182.
- Fraser, N. (1987), "What's Critical about Critical Theory? The Case of Habermas and Gender", en Seyla Benhabib y Drucilla Cornell (eds.), *Feminism as Critique. On the Politics of Gender*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- García, B. y O. de Oliveira (1991), *Maternidad y trabajo en México: una aproximación microsocial*, El Colegio de México (mimeografiado).
- Gergen, M. M. (1988), "Toward a Feminist Metatheory and Methodology in the Social Sciences", en Mary McCanney Gergen (ed.), *Feminist Thought and the Structure of Knowledge*, Nueva York, New York University Press.
- Harding, S. (1987), "Is There a Feminist Method?", en Nancy Tuana (ed.), *Feminism & Science*, Bloomington e Indianapolis, Indiana University Press.
- (1983), "Why Has the Sex/Gender System Become Visible Only Now?", en Sandra Harding y Merrill B. Hintikka (eds.), *Discovering Reality, Feminist Perspectives on Epistemology, Metaphysics, Methodology, and Philosophy of Science*, Boston, D. Reidel Publishing Company.
- Hearn, J. (1982), "Notes on Patriarchy, Professionalization and the Semi-Professions", *Sociology* 16(2), pp. 184-202.
- y D. Morgan (eds.) (1990), *Men, Masculinities & Social Theory*, Londres, Unwin Hyman.
- Hughes, E.C. (1971), *The Sociological Eye, Selected Papers*, Chicago y Nueva York, Aldine and Atherton.
- Ixtacuy, O., T. Misawa y C. Ordoñez (1991), "Relación entre trabajo femenino y salud en la infancia: el caso de las madres que trabajan en la producción platanera de la región Tapachula, Chiapas", proyecto presentado al Population Council en México (mimeografiado).
- Keller, E. F. (1989), "The Gender/Science System: Or, Is Sex to Gender as Nature is to Science?", en Nancy Tuana (ed.), *Feminism & Science*, Bloomington e Indianapolis, Indiana University Press.
- (1982), "Feminism and Science", en Nannerl O. Keohane, Michelle Z. Rosaldo, y Barbara C. Gelpi (eds.), *Feminist Theory: A Critique of Ideology*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Kimmel, M. (1992), "La producción teórica sobre masculinidad: nuevos aportes", *Isis Internacional* 17, pp. 129-138.
- Kronenfeld, J. J. (1988), "Women in Public Health: Changes in a Profession", en Sue V. Rosser, *Feminism within the Science & Health Care Professions: Overcoming Resistance*, Nueva York, Pergamon Press.
- Kuhn, T. (1982), *La estructura de las revoluciones científicas*, México, Fondo de Cultura Económica, Breviarios 213.

- Lamas, M. (1986), "La antropología feminista y la categoría de género", *Nueva Antropología* 8(30), pp. 173-198.
- Langland, E. y Walter Glove (eds.) (1981), *A Feminist Perspective in the Academy: The Difference It Makes*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Lerner, G. (1986), *The Creation of Patriarchy*, Nueva York, Oxford University Press.
- Longino, H. E. (1989), "Can There Be a Feminist Science?", en Nancy Tuana (ed.), *Feminism & Science*, Bloomington e Indianapolis, Indiana University Press.
- Mackinnon, C. A. (1982), "Feminism, Marxism, Method, and the State: An Agenda for Theory", en Nannerl O. Keohane, Michelle Z. Rosaldo y Barbara C. Gelpi (eds.), *Feminist Theory: A Critique of Ideology*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Marshall, B. L. (1988), "Feminist Theory and Critical Theory", *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, vol. 25, núm. 2, mayo, pp. 208-230.
- Martin, E. (1990), "Science and Women's Bodies: Forms of Anthropological Knowledge", en M. Jacobus, E.F. Feller y S. Shuttleworth (eds.), *Body/Politics, Women and the Discourse of Science*, Nueva York y Londres, Routledge.
- (1987), *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*, Boston, Beacon Press.
- Martin, S., R. Arnold y R. Parker (1988), "Gender and Medical Socialization", *Journal of Health and Social Behaviour*, vol. 29, núm. 4, diciembre, pp. 333-343.
- Marx, K. (1978), *El Capital*, tomo I, vol.1, México, Siglo XXI.
- McCormack, T. (1989), "Feminism and the New Crisis in Methodology", en Winnie Tomm (ed.), *The Effects of Feminist Approaches on Research Methodologies*, The Calgary Institute for the Humanities, Wilfred Laurier University Press.
- Melamed, L. e I. Devine (1988), "Women and Learning Style: An Exploratory Study", en Peta Tancred Sheriff, *Feminist Research*, Montreal, The Canadian Research Institute for the Advancement of Women.
- Mendoza, D. y A. Rábago, (1991), "Trabajo femenino y salud de la niñez en México", proyecto de investigación, Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica (mimeografiado).
- Mies, M. (1989), *Patriarchy and Accumulation on a World Scale. Women in the International Division of Labour*, Londres, Zed Books.
- Millet, K. (1970), *Sexual Politics*, Nueva York, Doubleday.
- Mitchell, J. (1981), *Woman's Estate*, Londres, Penguin Books.
- Murphy, M. (1988), "Women and Mental Health", en N. Worcester y M. H. Whatley, *Women's Health. Readings on Social, Economic, and Political Issues*, Dubuke, Iowa, Kendall/Hunt Publishing Company.

- Nagel, E. (1961), *The Structure of Science: Problems in the Logic of Scientific Explanation*, Nueva York, Harcourt, Brace and World.
- Oakley, A. (1984), *The Captured Womb: A History of the Medical Care of Pregnant Women*, Oxford, Basil Blackwell Publisher.
- (1981), "Interviewing Woman: A Contradiction in Terms", en Helen Roberts (ed.), *Doing Feminist Research*, Londres, Routledge and Kegan Paul.
- Ortner, S. (1974), "Is Female to Male as Nature Is to Culture?", en M. Rosaldo y L. Lamphere (eds.), *Woman, Culture and Society*, Stanford, Stanford University Press.
- Pirie, M. (1988), "Women and the Illness Role: Re-thinking Feminist Theory", *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, vol. 25, núm. 4, noviembre, pp. 628-648.
- Ramos, S. (1983), "Maternidad en Buenos Aires: la experiencia popular", *Estudios CEDES* 4(6).
- Riquer, F. (1991), "Madres trabajadoras y salud infantil en el sector popular de la Ciudad de México: una aproximación cualitativa", proyecto presentado al Population Council en México (mimeografiado).
- Roberts, H. (1981), "Male Hegemony in Family Planning", en H. Roberts (ed.) *Women, Health, and Reproduction*, Boston, Routledge and Kegan Paul.
- Rosaldo, M. y L. Lamphere (eds.) (1974), *Woman, Culture and Society*, Stanford, Stanford University Press.
- Rosser, S. V. (1989), "Feminist Scholarship in the Sciences: Where Are We Now and When Can We Expect a Theoretical Breakthrough?", en Nancy Tuana, *Feminism & Science*, Bloomington e Indianapolis, Indiana University Press.
- (1988), "Women in Science and Health Care: A Gender at Risk", en Sue V. Rosser (ed.), *Feminism within the Science and Health Care Professions: Overcoming Resistance*, Nueva York, Pergamon Press.
- (1986), *Teaching Science and Health from a Feminist Perspective*, Nueva York, Pergamon Press.
- Rothman, B. K. (1978), "Childbirth As Negotiated Reality", *Symbolic Interaction* 1 (2), pp. 124-137.
- Rubin, G. (1986), "El tráfico de mujeres: notas sobre la 'economía política' del sexo", *Nueva Antropología* 8(30).
- Smith, D.E. (1990), *The Conceptual Practices of Power*, Toronto, University of Toronto Press.
- Stark, E., A. Flitcraft y W. Frazier (1983), "Medicine and Patriarchal Violence: The Social Construction of a 'Private' Vent", en E. Fee (ed.), *Women and Health: The Politics of Sex in Medicine*, Policy, Politics, Health and Medicine Series, Farmingdale, Nueva York, Baywood Publishing Company.

- Stoppard, J. M. (1988), "Depression in Women: Psychological Disorder or Social Problem?", en Peta Tancred-Sheriff (ed.), *Feminist Research*, Montreal, The Canadian Research Institute for the Advancement of Women.
- Storch, J. L. y S. M. Stinson (1988), "Concepts of Deprofessionalization with Application to Nursing", en R. White, *Political Issues in Nursing* 3 (John Wiley).
- Tood, A. D. (1989), *Intimate Adversaries. Cultural Conflict between Doctors and Women Patients*, Philadelphia, University of Philadelphia Press.
- Treichler, P. (1990), "Feminism, Medicine and the Meaning of Childbirth", en M. Jacobus, E.F. Feller y S. Shuttleworth (eds.), *Body/Politics, Women and the Discourse of Science*, Nueva York y Londres, Routledge.
- Trypuc, J. M. (1988), "Women's Health", en B. Singh Bolaria y Harley D. Dickinson (eds.), *Sociology of Health Care in Canada*, Toronto, Harcourt, Brace, Jovanovich.
- Valdés, T. (1988), *Venid benditas de mi padre, las pobladoras, sus rutinas y sus sueños*, Santiago, FLACSO.
- Verbrugge, L. M. (1989), "The Twain Meet: Empirical Explanations of Sex Differences in Health and Mortality", *Journal of Health and Social Behaviour*, vol. 30, septiembre, pp. 282-304.
- (1985), "Gender and Health: An Update on Hypothesis and Evidence", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 26, núm. 3, septiembre, pp. 156-182.
- West, C. (1984), "When the Doctor is a 'Lady': Power, Status, and Gender in Physician-Patient Encounters", *Symbolic Interactionism* 7(1), pp. 87-106.

IV. COMENTARIOS A LA PONENCIA “TEORÍA FEMINISTA Y SOCIOLOGÍA MÉDICA: BASES PARA UNA DISCUSIÓN”

TERESITA DE BARBIERI*

Resulta estimulante que dos varones dediquen esfuerzos a sistematizar “[...]algunos productos de investigación” realizados por las mujeres durante los últimos veinte años, para dar cuenta, comprender y explicar la condición de las mujeres, así como para analizar las herramientas conceptuales y “[...]discutir hasta qué punto se ha logrado construir un nuevo tipo de conocimiento”.

Este intento de “[...]diálogo crítico con el feminismo” se estructura en tres apartados —los conceptos fundamentales, la teoría feminista del conocimiento y teoría feminista y sociología médica— y se centra en la llamada “teoría feminista”, vertiente anglosajona con gran impacto en los estudios sobre las mujeres y los géneros, aunque no la única.

En la primera sección, los autores dirigen su atención a dos categorías: patriarcado y sistemas de sexo/género. En la segunda, se acercan a los debates sobre las especificidades del conocimiento “feminista”. Y en la tercera sección revisan los grandes bloques de temas y cuestiones debatidas por la perspectiva feminista en la sociología médica.

En general, el tipo de materiales bibliográficos sobre los que basan la ponencia son de carácter teórico, aunque no faltan los estudios empíricos que analizan la información. No obstante, no dirigen el análisis sobre estos últimos. Estoy de acuerdo con los autores que la producción en torno a estos temas es enorme, y lleva un buen tiempo la comprensión de las categorías, las distinciones

* Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.

a veces muy sutiles de las distintas posiciones de las autoras. Se trata de un pensamiento en construcción. De ahí que se presenten algunas cuestiones que me interesa destacar.

En primer lugar, toda esta avalancha de conocimientos es producto de la emergencia de un movimiento social, el movimiento feminista, que requirió de herramientas conceptuales y propuestas teórico-metodológicas que dieran cuenta de las jerarquías, subordinaciones y exclusiones de las mujeres, en tanto mujeres, es decir, más allá de otras dimensiones de la diferenciación social.

Ahora bien, una cosa es un movimiento social —y por lo tanto político—, y otra es la construcción de un cuerpo de conocimientos sobre la materia que se quiere superar. Y si bien hoy en día pocos son quienes creen en la posibilidad de producir conocimientos “objetivos”, y que no tengan los sesgos de su productor/a, es indudable que surgen problemas diversos. Por ejemplo, ¿qué sucede cuando en el análisis aparece información consistente que contradice (o por lo menos no apoya) las posturas o demandas políticas del movimiento? ¿cómo ubicar a investigadoras que no se definen como feministas, aunque los productos de sus investigaciones sean imprescindibles para comprender la condición de subordinación de las mujeres?

Por otra parte, ni la producción sobre las mujeres, ni aun la denominada investigación feminista, puede considerarse un bloque homogéneo. Hay distintas posiciones en él, muchas veces ligadas a los avatares del movimiento, a la formación académica de las autoras, a las posturas disciplinarias, a los paradigmas teórico-metodológicos desde donde cada autora construye su objeto de estudio y su reflexión.

Lo anterior es particularmente relevante para entender los debates acerca del método, la “metodología feminista” y el privilegio otorgado a los procedimientos de investigación cualitativos, y desde donde se han recreado las formas de la investigación-acción, tan del gusto de las agencias donantes, principalmente para las mujeres terciaristas.

El campo de conocimiento abierto por las mujeres —feministas o no— tiene ya más de veinte años. Hay una historicidad en los productos del conocimiento que es necesario tomar en cuenta. Así, dos de las categorías centrales —patriarcado y género— han tenido, a lo largo de estos años, precisiones producto de fuertes confrontaciones, pero sobre todo por las evidencias que arrojan la investi-

gación histórica y el análisis conceptual. Por estas dos vías, la categoría patriarcado se ha acotado en el tiempo y el espacio. Por ejemplo, algunas investigadoras latinoamericanas nos preguntamos ¿dónde está el patriarcado en nuestra región? ¿Existen patriarcas en nuestros países? ¿Qué es el machismo, al que autores de indudable prosapia intelectual dedicaron importantes análisis hace unas décadas?

Pero también hay que tomar en cuenta la historicidad de las construcciones sociales en torno a los cuerpos sexuados. Y sobre estos temas las historiadoras, las sociólogas y las politólogas han hecho contribuciones que arrojan muchas luces, sustantivas y metodológicas, en particular para quienes, como los autores, están interesados en la sociología médica. Hay abundante evidencia empírica acerca de la construcción burguesa de la feminidad, paralela y articulada a la institucionalización de la medicina científica a lo largo del siglo XIX, que no debería dejarse de lado.

Asimismo, es necesario preguntarse: si la categoría género da cuenta de la construcción de “lo femenino y lo masculino” en cada sociedad, ¿por qué no seguir usando sexo? ¿No será que “género” permite descubrir que en ciertas sociedades (o tal vez en todas) existe algo más que dos?

Como socióloga, colega de los autores, me llama la atención la cita de Harding, acerca de que las categorías feministas “deberían ser inestables, pues las teorías consistentes y estables en un mundo incoherente e inestable son obstáculos tanto para la comprensión de este mundo como para la práctica social”. Nuestra ciencia, esa que practicamos, ¿no surgió de la inestabilidad del mundo? Nuestros tres grandes clásicos —Marx, Durkheim, Weber— ¿crearon y escribieron en mundos estables o, por el contrario, fueron las inestabilidades de sus tiempos y de sus sociedades las que los movió a investigar? Cuando Marx investigó, el capitalismo no era aún la forma de producción dominante; a Durkheim lo acechaba la pérdida de los valores compartidos de la sociedad francesa, y Weber temía que la burocratización creciente en su tiempo, dominara la vida social y coartara la libertad y la creatividad de los seres humanos.

Finalmente, quiero reiterar, me da mucho gusto que dos colegas varones tomen con seriedad la producción académica de las mujeres. Nuestro esfuerzo nos ha costado. Pero no hay que olvidar que la categoría género es relacional. Si existen mujeres o “lo

femenino”, es porque también existen varones y “lo masculino” (mejor, los varios femeninos y masculinos). Hasta ahora, género se ha usado para dar cuenta de las mujeres, porque son las subordinadas y excluidas que se alzaron políticamente y no tuvieron empacho en hablar de su malestar. Pero ya es tiempo de conocer a esa otra población que son los varones, en tanto que varones, es decir, en las dimensiones que las mujeres hemos ido concretando en nuestros análisis, o tal vez en otras nuevas que la investigación rigurosa mostrará en pocos años más, porque una pregunta gira en nuestro ambiente, ¿cuál es hoy por hoy el malestar de los varones? ¿Están ellos dispuestos a hacerlo público, es decir, a rasgarse en la aventura de producir conocimientos?, o ¿el género seguirá siendo sólo para conocer mejor a las mujeres? Si éste fuera el caso ¿no se estaría haciendo otra cosa que mejorar la dominación sobre las excluidas? Espero que no lo sea.

V. NUEVOS ENTRAMADOS: FAMILIA, SALUD Y ORGANIZACIONES DE MUJERES

DORA CARDACI*

La familia afloja su entramado [...]. La familia se fue acercando a ciertas coreografías menos centralizadas que podríamos llamar femeninas, lo cual no significa que otorguen mayor o mejor espacio a las mujeres. Femenino y Mujer no son sinónimos.

GRACIELA RAHMAN

En los últimos años se ha venido destacando con creciente interés la necesidad de realizar análisis que tomen en cuenta la problemática de los géneros. Se ha señalado además, que las formulaciones que postulan la posibilidad de mantenerse al margen de esta perspectiva y se presentan como “neutrales” estarían reproduciendo, en última instancia, la ficción social de que existe igualdad entre hombres y mujeres (Walters *et al.*, 1991).

Uno de los sectores que ha asumido con más vehemencia la necesidad de incorporar al género¹ como elemento explicativo es el compuesto por los denominados “colectivos” y “redes” latinoamericanos que trabajan con mujeres y que se autodefinen como independientes del aparato de gobierno.

* Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

¹ Una perspectiva sensible al género “es una forma de mirar el mundo que nos permite ver la estructura y la extensión que alcanzan las jerarquías genéricas. Hace posible además, que examinemos cómo las construcciones sociales de la femineidad y la masculinidad configuran nuestras formas de pensar y conocer y cómo las vidas de los hombres y las de las mujeres responden a patrones distintos como consecuencia de procesos de socialización diferenciados” (Peterson y Sisson, 1993, p. 190).

En un ensayo crítico dirigido a caracterizar e inventariar las organizaciones no gubernamentales (ONG) que existen en México, se señala que la cifra de las que se encontraban trabajando en el país, a mediados de la década pasada, asciende a más de doscientas, de las cuales 60% tiene su sede en el Distrito Federal.

En lo que respecta a su origen, aproximadamente la mitad de las ONG surgieron del sector Iglesia aunque “muchas han evolucionado hacia posiciones totalmente autónomas y en ocasiones anti-ecclesiales” (Promoción del Desarrollo Popular, 1988: 37). Desde un modelo asistencialista de acción, las primeras ONG se crearon en los años cincuenta, y es en la década siguiente y bajo el impulso de las políticas desarrollistas que se constituyó un gran número de organizaciones, muchas de las cuales permanecen en la actualidad.

Algunos de estos hitos son comunes a la trayectoria recorrida por ONG en numerosos países del cono sur y centroamericanos, organizaciones que cumplen, desde la década de los años setenta, la función de mantener y reconstruir el tejido social alterado por las políticas represivas ejercidas por diversos gobiernos autoritarios (tanto militares como seudodemocráticos). Dentro de esta caracterización se ubican las numerosas redes y colectivos feministas que se organizaron en nuestro subcontinente latinoamericano en las décadas de los años setenta y ochenta. La configuración de este panorama se inscribe en el contexto general de la época, es decir, responde en buena medida a las políticas internacionales impulsadas durante la denominada Década de las Naciones Unidas para la Mujer (1975-1985), dirigidas a mejorar la posición política y social de este sector. El trabajo se ha venido desarrollando en diversos frentes: educación popular feminista, construcción de cooperativas, asesoría en la organización para la demanda de servicios y en el apoyo a necesidades populares diversas, entre las cuales la salud, tema del que nos ocuparemos en especial, tiene enorme importancia.

Las organizaciones autónomas de mujeres y los movimientos sociales o redes de salud en los que éstas se inscriben, no pueden sujetarse fácilmente a sistemas clasificadores únicos pues son complejos, cambiantes, inestables y se construyen en la periferia, en conexión estrecha con o desafiando a los sistemas de salud existentes. Mientras la organización de coaliciones o frentes es tan antigua como el mismo hecho de hacer política, el funcionamiento en colectivos vinculados a redes es relativamente reciente. Estas for-

mas de articulación surgen como opciones a los modelos de organización tradicionales que refuerzan las jerarquías y una visión piramidal de la distribución del poder.

Como señala Noemia Viezzer: "al hablar de 'redes' podemos utilizar la comparación con el material para pescar: cada hilo, que individualmente sólo puede alzar un pescado de determinado peso a la vez, cuando va tejido en una red en que cada uno refuerza al todo y es reforzado por aquél, tiene muchas veces aumentada su capacidad de articulación. Al mismo tiempo no hay, en una red de pescar, una jerarquía entre los nudos y cada agujero, que pueda ocurrir, podría arreglarse individualmente sin comprometer al todo" (Viezzer, 1987).

La organización de redes, que establecen un vínculo e intercambian información entre diversos núcleos que comparten una misma problemática, no es un recurso exclusivo de las mujeres. Sin embargo, esta forma de generar lazos entre grupos distintos y lejanos para fortalecerse sin perder por ello autonomía, ha venido resultando funcional a un movimiento que busca tanto la construcción de vínculos más horizontales entre sus integrantes como la socialización del conocimiento en salud.

Isis Internacional, surgida en 1974, con sede en Roma y Ginebra, ha sido posiblemente una de las primeras redes orientadas a la transformación de la situación de las mujeres que ha tenido mayor influencia en nuestro subcontinente. Una de sus actividades principales ha sido el centralizar recursos y documentación, y vincular a los grupos a través del envío de un boletín que estructure un programa de intercambio entre mujeres: Isis/WICE.

A partir de 1984, Isis Internacional tiene una sede que coordina los programas para América Latina desde Santiago de Chile. En ese año y con sede en esa misma ciudad se creó la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, que cuenta aproximadamente con 1 400 contactos en los distintos países, y con una coordinación central destinada a informar, comunicar y educar sobre salud de la mujer a través de los diversos grupos que la integran. La visión feminista de esta red se expresa fundamentalmente en la revista que publica, elemento de educación e información, tanto para las mujeres como para los médicos y las enfermeras.²

² Información proporcionada por Amparo Claro, coordinadora de la red en noviembre de 1991.

También ha sido muy importante el contacto mantenido entre numerosos grupos y la Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos (RMMDR), surgida en Europa en 1978, con la participación de latinoamericanas residentes en ese continente. Esta red, que se inició como una campaña de acción por el aborto seguro y legal, extendió posteriormente su interés a los derechos reproductivos en el marco de la salud general de la mujer.

La RMMDR, con más de 1 500 integrantes y una oficina coordinadora para América Latina, se define como una red feminista, política, que busca a través de la denuncia, la acción y la propuesta, impactar las políticas de salud de las mujeres.³

El National Women's Health Network con sede en Washington, Health Action International (HAI) —formada en 1981 para promover el uso seguro y racional de los fármacos en diversos países del mundo—, Católicas por el Derecho a Decidir, la Federación de Clínicas de Salud Feministas de Estados Unidos (Federation of Feminist Health Centers) y el Colectivo de Salud de las Mujeres de Boston, son otras de las diversas organizaciones que extendieron sus contactos en forma importante hacia América Latina y con las que se articulan ONG que trabajan en salud de la mujer.

Las redes permiten a los colectivos no perder su autonomía y ganar en información, intercambio, solidaridad y energías en torno a objetivos precisos. Permiten trascender el ámbito local de las experiencias al compartirlas, revisarlas y multiplicarlas, ya sea por medio de intercambios de correspondencia, visitas personales o programas de entrenamiento. El bagaje de información sobre ciertos aspectos se va acumulando y socializando de una manera tal, que los nuevos grupos que comienzan a trabajar en un área determinada y que establecen contacto con la red, cuentan, desde el inicio, con paquetes didácticos, materiales bibliográficos y recursos audiovisuales que son enviados directamente o facilitados a través de otro centro local.

Los beneficios que este intercambio y la ampliación de su radio de acción ofrecen a los grupos locales han sido señalados por diversas autoras (Jacobson, 1993; Cardaci, 1990; Rose, 1990; Rose-ro, 1987; Tudiver, 1986). Cabe señalar, sin embargo, que es muy

³ Información proporcionada por Martha de la Fuente, coordinadora de Campañas y Solidaridad, febrero de 1991.

escasa la producción dirigida a definir y estudiar estos beneficios, en conjunción con los problemas y contradicciones que genera en los grupos latinoamericanos esta “exposición” a temas y prioridades de países altamente industrializados, y a debates propios de los diversos feminismos que coexisten en el mundo actualmente. El presente trabajo intenta reflexionar “en voz alta” sobre ciertos lugares conocidos y seguros, sobre frases construidas que se repiten automáticamente, y sobre adhesiones emocionales a cuerpos de conocimiento que se asumen como “propios” de las mujeres, y que definen cursos de acción específicos respecto a su salud y la de los niños y niñas.

PUNTO DE VISTA DE LAS MUJERES; FEMINISMO Y MATERNALISMO

Una de las demandas por las que hoy abogan casi unánimemente los colectivos feministas latinoamericanos es la recuperación del control sobre el propio cuerpo. Más de veinte años después de la publicación de *Nuestros cuerpos, nuestras vidas* del Colectivo de Boston, numerosos grupos siguen teniendo a este texto como una de sus principales referencias, y continúan considerando que la educación corporal es fuente de poder y punto de partida para la liberación de las mujeres.⁴

Para la mujer, tener control sobre el propio cuerpo significaría tener control sobre sí misma. Este enunciado, sin embargo, difícilmente se convierte en pregunta —¿alguien puede tener control sobre su propio cuerpo?—, y al funcionar siempre como afirmación obtura la posibilidad de interrogarse sobre éste y otros temas colaterales a él. Dichos temas se organizan generalmente como “paquete” de demandas que toman la forma de oposiciones fijas (parto en casa *vs.* parto institucional, lactancia materna *vs.* lactancia artificial, etc.), y ocultan el grado en el cual opciones presentadas como antagónicas son, de hecho, interdependientes. La construcción dicotómica como vía para la toma de decisiones lleva implícita la existencia de una única perspectiva o punto de vista de las mujeres.

⁴ Libro del Colectivo de Salud de las Mujeres de Boston, *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*, Massachusetts, Boston Women's Health Collective, 1977, p. 12. La primera edición en inglés de este libro se hizo en 1971.

La antropóloga inglesa, Henrietta Moore, refiriéndose a su especialidad señala, en un conocido trabajo traducido a nuestro idioma, que “la dificultad estriba, en parte, en decidir qué es el punto de vista feminista”, ya que una solución muy usual ha consistido en afirmar que el feminismo refleja la percepción de las cosas desde el punto de vista de la mujer. Sin embargo, esta respuesta se convierte en tautológica en la medida en que la antropología feminista no puede definirse por el género de las personas que se dedican a ella ni tampoco por el género de las personas que son su objeto de estudio (Moore, 1992).

El “separatismo”⁵ de numerosas organizaciones que trabajan en salud, y la incapacidad para poner en entredicho ciertas afirmaciones y prácticas usuales, nos llevan a pensar que la dificultad y la tautología que señala Moore están vinculadas —al menos en este caso— con dos aspectos: 1) La adhesión (deliberada o no) a teorías que replantean las bases tradicionales del desarrollo cognoscitivo y privilegian el papel de los factores endógenos en la construcción de la subjetividad, y 2) la influencia en el discurso y en la práctica del denominado feminismo “maternalista”.

En relación al primer punto y siguiendo a M. López, cabe señalar que la mayoría de los textos de psicología de antes de la década de los años setenta presentaban un cuadro relativamente uniforme respecto al desarrollo cognoscitivo diferenciado por género. Era una verdad “socialmente reconocida” que las niñas aventajaban a los niños en cuanto a su capacidad lingüística, y que los varones desplegaban una mayor capacidad para las relaciones espaciales y aquellos índices que supusieran el uso de la lógica formal extraverbal (López, 1992).

Este enfoque se volvió relativo gracias a diversos hallazgos, como el caso de estudios longitudinales con niños de ambos sexos que mostraban niveles de ejecución similares en las matemáticas en los grados elementales, y señalaban que a medida que las niñas ingresaban en la preadolescencia, quedaban rezagadas en esa área, lo que iba estableciendo una paulatina diferenciación por género. Esta situación fue interpretada como evidencia de que en la medida en que las niñas se van inscribiendo en su papel de mujeres,

⁵ El separatismo como instrumento de fuerza política busca “dar al pensamiento femenino principio en sí y no más fuera de sí, no más en la voluntad y en el pensamiento de los hombres sobre las mujeres” (Ipazia, 1989, p. 3).

abandonan su interés por aquello socialmente definido como masculino. De allí que autoras como Wheterell señalen que la masculinidad y la femineidad son prácticas ideológicas tanto más efectivas cuanto más naturales parecen en la medida en que más son entendidas como el resultado de la biología. Desde esta interpretación, la masculinidad y la femineidad se reducen a un conjunto de códigos, convenciones o mecanismos diseñados para producir diferencias categóricas. El género, dentro de esta perspectiva, no es asunto de una identidad singular, unitaria o consistente llamada masculina o femenina, sino que “se compone de pedazos contradictorios y frecuentemente fragmentados de discursos, repertorios y sistemas explicativos disponibles para los individuos, para lograr ‘hacer sentido’ de su situación y que a su vez han devenido histórica y contingentemente conductas masculinas y femeninas” (Wheterell, 1986). Este planteamiento suscribe una noción predominantemente social de la construcción de la subjetividad humana. Los esencialismos son desplazados por la noción de “sujetos en proceso”. No es ésta, sin embargo, una posición generalizada respecto al papel que se otorga a los factores exógenos en la constitución de la subjetividad. Este aspecto, que define en buena medida el curso de numerosas acciones y propuestas que se hacen en el campo de la salud, ha sido insuficientemente analizado, por lo que se suscriben (explícitamente o no) perspectivas que privilegian los factores endógenos sobre los exógenos. Esto es así en la medida en que se insinúa (o propone abiertamente) la existencia de una suerte de superioridad moral o virtud propia de las mujeres que radica en su capacidad para el sentimiento, la empatía, el amor por la vida, la colaboración y el pensamiento comprensivo. En contraposición se atribuye a los hombres una lógica racionalista, individualista y alejada de la naturaleza.⁶

⁶ En este sentido es significativo el señalamiento de Alessandra Bochetti en relación al desastre de Chernobyl: “Si hoy todos estamos enfrentados a interrogarnos sobre la sobrevivencia de la vida en nuestro planeta, los defectos de mi sexo se transforman milagrosamente en valores [...]. Mi atención a la *cotidianidad*, se opone a quien, en nombre de un futuro siempre más maravilloso, destruye su posibilidad de existencia [...]. Si hoy es necesario y urgente hacer hablar a la historia de las mujeres es porque en esta historia se localizan la medida y la atención que darían la posibilidad de construir un mundo más decente y menos idiota donde no existan riesgos de confundir la vida con la muerte y la búsqueda de bienestar con el suicidio” (Bochetti, 1987).

Un segundo elemento que entra en juego en el discurso y la práctica de numerosos grupos es la influencia del denominado feminismo “maternalista”. Dos líneas principales han sido claves en la reinterpretación del trabajo de la mujer: su lugar en el ámbito familiar y su responsabilidad frente a los hijos. La primera ha sido aquella que ha contribuido a dar visibilidad a las actividades de las mujeres que no se realizan en la esfera del mercado, definiéndolas como *trabajo* que debe ser mencionado y contabilizado como parte de la producción social. Quienes actúan con base en estos principios buscan el reordenamiento del trabajo productivo y reproductivo, y van más allá del liberalismo, pues se persigue el fin de la división sexual del trabajo. La segunda línea a destacar es la llamada feminismo “maternalista” (Ireland, 1993), que se inscribe en la tradición crítica a los valores individualistas del liberalismo al definirlos como opuestos al conjunto de valores basados en la experiencia de las “mujeres como mujeres”, es decir, la experiencia de la maternidad y del cuidado hacia los demás que se llevan a cabo en el ámbito privado de la familia.

La conciencia política femenina se asentaría en las virtudes de la esfera privada de las mujeres, primordialmente en la maternidad. De esta manera se establece la primacía moral de la familia, partiendo de repensar la rígida distinción liberal entre los ámbitos público y privado, e invitando a considerar que lo “privado” es el lugar de una posible moralidad pública y un modelo político. Partiendo de una crítica a la política “estatista”, se propone otra inspirada en las virtudes del ámbito privado y la construcción de una individualidad comprometida con la capacidad de relación con los demás, con el amor y con el cuidado de otros. Al reconocer la experiencia de las mujeres como madres en el ámbito privado, se las considera portadoras de una especial capacidad y de un “imperativo moral” que pueden contrarrestar, tanto la concepción individualista del mundo masculino y liberal como su noción masculinista de ciudadanía (Mouffe, 1993).

Algunas autoras (Chorodow y Contratto, 1992) han señalado que esta revalorización de las “especiales capacidades de las mujeres” refuerza visiones omnipotentes respecto a la maternidad, que tienen como base una madre “todopoderosa” que configuraría la totalidad de la experiencia psicosocial de sus hijos. Se presentan, como complementarias, dos versiones de esta línea de pensamiento. La primera de ellas, al subrayar que la sociedad hace totalmente

responsable a la mujer-madre del proceso de cuidado y crianza de sus hijos, y la culparía implícitamente también por sus resultados, particularmente por la opresión que perpetúa en sus hijas y en otras mujeres.⁷

La segunda versión pone el énfasis en la idealización de la madre y de las posibilidades de la maternidad en circunstancias “no patriarcales”. Las condiciones en que la “mala” maternidad tiene lugar, así como las circunstancias que producen la “expropiación” del cuerpo de las mujeres y las hacen víctimas y reproductoras del victimismo, podrían ser transformadas y la maternidad llegaría a ser un estado perfecto. Por lo tanto, son dos las cuestiones en juego: un modelo para la transformación de las condiciones patriarcales, y un ideal de maternidad perfecta que funcionaría como horizonte para todas las mujeres.

¿Desde dónde se plantea la “remoción” de las imposiciones patriarcales? Como algunas autoras han señalado recientemente (Rosas, 1990), numerosos grupos han explicado desde un modelo lineal de causa-efecto, víctima-victimario, la opresión de la mujer, que la coloca como sujeto pasivo de la dominación del hombre, y concluyen que se debe a la manipulación de su conciencia el que no se rebelar, el que no “despierte” y luche por sus necesidades como mujer.

De acuerdo con esta perspectiva, un lado de la oposición es superior al otro; mujeres históricamente caracterizables se convierten en entidades universales y sujetas a relaciones de poder en las que prima la represión. Esta visión deja de lado el hecho de que las relaciones de poder son multiformes, que “todo poder de dominación se afianza en la violencia pero también en el consentimiento, componentes que no son de ninguna manera excluyentes y cuya proporción varía según las circunstancias” (Rosas, 1990: 307).

Al ideal de “maternidad perfecta” subyace un principio de “semejanza” que nos remitiría a afirmaciones como “las mujeres somos...”, “las mujeres necesitamos...”. Estas afirmaciones funcionan como categorías aglutinadoras que generan una mística alrededor de la cual se puede lograr más fácilmente la organización de

⁷ “La amplitud del poder de la madre, como reproductora del orden opresivo en el que la sumisión de la mujer es fundamental, se deja sentir de una manera bastante intensa en su relación con la nuera; ésta debe comportarse de acuerdo con la tradición de sometimiento y reverencia hacia el hombre” (Grupo Mujer y Sociedad, 1991).

un movimiento. La contradicción reside en que esa categoría aglutinadora es al mismo tiempo el eje que articula el cuestionamiento de los colectivos y redes feministas. La demostración de que la categoría “mujer” ha sido social e históricamente construida, y la afirmación de que las mujeres no son de una sola manera en particular, han ocupado un lugar importante en la lucha de estos grupos y obligaría, por tanto, a apartarse de todo tipo de “esencialismos”. Un horizonte para todas las mujeres supone la hegemonía del género sobre cualquier otro tipo de diferencia (racial, de clase, etc.). Si prejuizamos la importancia de un tipo concreto de diferencia nos exponemos automáticamente a ignorar los demás. La experiencia de las diversas formas de desigualdad es simultánea y en ningún caso secuencial o sucesiva (Moore, 1992).

El caso de la violencia familiar es ilustrativo de algunos de los rasgos que se han venido señalando. Este problema es definido frecuentemente como un producto del patriarcado que afecta a las mujeres y a sus hijos, sin que esta caracterización signifique realizar un análisis histórico específico de los cambios en las relaciones de poder entre clases, sexos y generaciones.⁸ Se aborda como si se tratara de un problema con una historia muy imprecisa o sin historia: un problema nuevo. Aunque este tipo de violencia ha estado presente en todas las épocas, no se revisan sus antecedentes. No se pone en evidencia que lo que cambia es la visibilidad de esta problemática y que, para entenderla, los periodos de silencio son tan significativos como los periodos en los que se habla de ella.

“La violencia, y nada indica lo contrario, es una categoría sustantiva y un componente sustancial y trans-histórico que como tal, atraviesa todas las formaciones sociales conocidas hasta la fecha. Se inserta, asimismo, en los diferentes ámbitos de la vida colectiva y se ejerce, con modalidades peculiares, en cada relación de poder que se establece en los intercambios sociales. Habría pues, una historicidad de la violencia más que un acrecentamiento de sus manifestaciones” (Piccini, 1987).

Es importante subrayar los diversos ángulos de este problema, pues el atribuir las respuestas violentas a las aspiraciones personales de poder, de uno solo de los integrantes de la familia, responde

⁸ “La violencia contra la mujer no viene con un Hitler, un Sendero Luminoso no con una crisis económica. No depende de una clase u otro contexto social: brota en nuestra vida más íntima entre el hombre y la mujer en su forma más básica” (CENDOC, 1988).

al mismo tipo de explicación lineal que se utiliza en el caso de la opresión de la mujer. La situación de cada miembro de la familia, tomada aisladamente y presentando los problemas en términos de causa-efecto, lleva a recortar arbitrariamente una situación que es de por sí relacional. La exploración de las relaciones interpersonales y de las normas que regulan la dinámica de las familias, particularmente de las que se alejan del modelo patriarcal clásico (parejas que integran los hijos de él o de ella con sus excónyuges, madres que sostienen solas a sus hijos, complejas redes de parentesco que surgen de la convivencia de familia extensas), son tan importantes como la confrontación de los diversos modos de definir el problema por parte de los directamente implicados en el mismo.

Esto es significativo, por ejemplo, en el caso de los efectos de la violencia doméstica en el comportamiento de los niños. Investigaciones recientes señalan que para realizar esta valoración, la madre es generalmente la única persona que consultan los profesionales de la salud y las agencias especializadas y que, en general, reportan consecuencias de este tipo de violencia solamente cuando ellas mismas han sido objeto de maltrato (Sternberg *et al.*, 1993). La importancia de los aportes que puedan realizar otros informantes (sobre todo el propio niño) son por ello centrales, ya que no hay acuerdo sobre qué es un “castigo justo” ni sobre sus consecuencias, ni se acepta hoy el mismo monto de agresión hacia los niños que se aceptaba en otras épocas (Gordon, 1992).

Las nuevas estructuras familiares que hacen relativa la función totalizadora y centralizadora encarnada en un padre proveedor y garante, un hijo salvador y una gran madre (Rahman, 1993), conducen a que numerosos estudios actuales consideren el conflicto familiar (antes que la composición de la unidad doméstica) como variable determinante del ajuste emocional infantil (Nelson *et al.*, 1993; Denham, 1993; Grych y Fincham, 1993). Esta línea de análisis nos enfrenta a preguntas que ponen en evidencia la complejidad del problema. ¿Qué constituye exactamente un conflicto familiar? ¿En qué momento un conflicto se transforma en “poco saludable”? ¿Hasta qué punto observar la resolución de los desacuerdos de los adultos puede resultar beneficioso para los niños?

La dificultad que existe en reconocer la violencia doméstica como un problema de salud pública que necesita de soluciones que trasciendan el espacio familiar o la pareja, constituye otro ángulo

de este asunto, sobre el que han alertado insistentemente los colectivos feministas.

A partir de establecer una distinción entre ámbito público y ámbito privado,⁹ y denunciar como hecho “naturalizado” la reclusión de las mujeres en la esfera de lo doméstico, se caracteriza a la violencia intrafamiliar como un problema de incumbencia y responsabilidad social y pública.

La convicción generalizada acerca del carácter privado de la violencia en el seno de la familia da lugar a que exista un amplio consenso sobre el derecho de padres y madres a “educar” a sus hijos en la forma en que crean conveniente. Esto incluye castigos físicos.

Algunos estudios arrojan datos importantes sobre el género de las víctimas de maltrato infantil. Así, se señala que en la temprana infancia más niños son objeto de agresión y abandono desde los dos años, y después de los doce años nuevamente se encuentran más víctimas entre las niñas, las que son objeto generalmente de abuso físico, emocional y sexual (Gordon, 1992).

Es difícil hacer conjeturas sobre la incidencia del maltrato infantil a lo largo del tiempo, ya que justamente por ser tratado como una cuestión “privada” sólo se sabe de aquellos casos que fueron motivo de denuncia a las autoridades, pero se ignora completamente cuál es la incidencia de casos de niños que estuvieron en esta situación y nunca fueron descubiertos.

Estimaciones hechas por médicos que llevan a cabo actividades de investigación y asistencia con mujeres golpeadas en Costa Rica (Kaminsky y Carcedo, 1991), conducen a afirmar que en ese país, de cada cuatro mujeres que mantienen una relación de pareja, por lo menos una sufre alguna forma de abuso físico con vinculación o no con su vida sexual, y que en un altísimo porcentaje “detrás de cada niño agredido hay una mujer agredida”. Esto es así pues encuentran que una alta proporción de los niños que son hospitalizados por lesiones físicas, fueron agredidos por sus madres las que, a su vez, son o han sido agredidas ellas mismas por

⁹ “Existen un afuera y un adentro delimitados por nítidas y estrictas fronteras. El afuera es todo aquello que está más allá de la intimidad, más allá de lo privado, más allá de los afectos. En lo que se conoce como ámbito público [...] El otro ámbito cuyos límites se topan y agolpan donde comienza el ámbito público [...] es el ámbito que nuestra cultura ha destinado para la gestación y crianza de los hijos considerándola como actividad esencial. Es el ámbito donde el trabajo se vuelve invisible, el tiempo una cinta sin fin y donde las individualidades se desdibujan[...] Es el ámbito privado” (Coria, 1987, p. 108).

alguien más, generalmente esposo, compañero o padre. Por otra parte hallaron que los golpes que reciben mujeres embarazadas son la causa de numerosos abortos “espontáneos”, partos prematuros y malformaciones congénitas.

Un estudio de Valdez y Shrader citado por Heise (1993) señala que una encuesta aplicada a una muestra de 342 de mujeres en la ciudad de México, reveló que 25% de las entrevistadas declaró haber tenido una relación abusiva con algún hombre que fue o no en ese momento su pareja, 66% señaló haber sido objeto de violencia física y se encontró además, que 20% había recibido golpes en el estómago durante el embarazo. La condición general de la mujer agredida lleva a que su embarazo sea de alto riesgo y, por consiguiente, debería buscarse que así sea declarado y tratado por los profesionales del área de la salud.

MODO DE CONOCIMIENTO FEMENINO Y TERAPIAS ALTERNATIVAS

La década de los años noventa nos encuentra enfrentando la aparición de nuevas enfermedades y el resurgimiento de otras que considerábamos erradicadas definitivamente. Como señala Lazcano:

“A las incertidumbres políticas y sociales con las que finalice el siglo, tenemos que agregar ahora la desesperanza colectiva ante la aparente incapacidad de la ciencia para prever y enfrentar problemas de salud que parecen surgidos de una pesadilla [...]. Existe un número creciente de hombres y mujeres de toda condición social y antecedentes ideológicos que creen, con mayor fe y beligerancia que nunca, en las curas milagrosas y en las terapias alternativas” (Lazcano, 1993).

A una medicina biologicista, impersonal, y basada en una tecnología excesivamente compleja, se le oponen desde cuerpos de conocimiento y terapéuticas altamente desarrolladas y ensayadas en otras épocas y culturas históricas —como es el caso de la acupuntura y la homeopatía— hasta medidas aisladas del contexto que les dio origen y que pueden obedecer a lógicas diversas y hasta opuestas (“limpias”, magia, masajes, etcétera).

En el caso de las organizaciones de mujeres, la adhesión a medicinas no alopáticas se asocia generalmente a modelos de atención que buscan contrarrestar el desconocimiento sobre el propio cuerpo, la excesiva medicalización y el poder de los labora-

torios farmacéuticos.¹⁰ Una de las expresiones de esta perspectiva puede encontrarse en la descripción que realiza una integrante de Isis/WICE, programa que ha venido ofreciendo residencias de entrenamiento a un gran número de mujeres de nuestros países: “De acuerdo con la filosofía de la autoayuda, hablamos de los problemas de la medicina moderna y de una forma alternativa de ver la enfermedad tanto médica como psicológicamente. Por ejemplo, para nosotras un tumor es un intento del cuerpo por compensar un desbalance (una forma de eliminar toxinas, por lo cual lo llamamos el ‘segundo hígado’). Quitarlo del cuerpo por medio de la cirugía crea un desbalance nuevamente, y el cuerpo tratará de compensarlo (la mayoría de las veces generando más tumores, tal vez, malignos) [...]. Psicológicamente, aun cuando la indicación de cirugía fuera correcta, existe el problema de que una mujer tiene escasas posibilidades de decisión respecto a cómo esa cirugía afecta su propio cuerpo y su percepción de sí misma como mujer” (Isis/WICE, 1985, p. 29).

Al examinar más detenidamente este planteamiento, surge la interrogante de si la decisión de la paciente respecto a la valoración de los síntomas y a su propio tratamiento siempre es legítima (y debe respetarse) o si el o la profesional tiene que establecer límites al respecto.¹¹

Esta pregunta es significativa, además, en la medida en que la mujer también interviene activamente en el diagnóstico y atención de otros integrantes de la familia, particularmente los niños.

Es indudable que numerosos centros latinoamericanos han buscado establecer un vínculo más humano con los pacientes, generando nuevos modelos de entrevista e historia clínica para

¹⁰ “Nosotras podemos preparar la medicina con las plantas que conocemos y, en seguida, manos a la obra con jarabes, pomadas, tinturas, microdosis, jabones. ¡Ay, si los magnates de las compañías farmacéuticas nos descubren!” (Colectivo Mujer y Salud, 1985).

¹¹ Es ilustrativo el siguiente caso: “En el parto de X que fue muy largo, en que se debilitó y tuvo que ir finalmente al hospital, lo importante fue la toma de decisiones. Ella lo decidió todo, aunque luego algunas cosas le crearon problemas. Fue un parto largo y complicado por el hecho de que ya tiene 35 años y a esa edad cuesta trabajo que se dilate la matriz [...]. Ella aguantó conmigo tres días de parto, que ningún médico hubiera aguantado y por eso les hacen cesárea. Pero si ella lo quiere, eso es lo que después da placer” (1988), entrevista con Lupe Mainero, ginecóloga del dispensario Flora Tristán de CIDHAL, Cuernavaca, CIDHAL Noticias, pp. 13-15.

lograr que éstos sean más largos que los tradicionales e imprimiéndoles otra calidad y otros objetivos.

Guadalupe Mainero, médica de CIDHAL, señala en este sentido que en la consulta se hace un estudio profundo que parte de una acción hacia el conocimiento del propio cuerpo, del autoexamen, del análisis conjunto, de las molestias o de las secreciones. No se trata de ver una única causa inmediata de los padecimientos para seguir un tratamiento, quitar el síntoma y con eso concluir, sino que se busca explorar en qué condiciones se presenta y se repite una “molestia”, qué modificaciones le produce a la persona en su estado de ánimo, en su vida social, sexual, etc. Al ver cómo ese problema de salud se reitera y al analizar las circunstancias emotivas, metabólicas, etc., en que aparece, se trata de ir integrando los fragmentos de la vida en un todo, reconocer las necesidades que se expresan en un cuadro determinado y seleccionar con los pacientes las medidas terapéuticas a adoptar. “En el consultorio también se ven niños y se trata de crear un concepto desde el niño: tú te diriges al niño, tú le das consulta a él, le preguntas a él cómo está viviendo su enfermedad. No se acepta que llegue la madre, diga un discurso y se le recete según lo que ella dice.”¹²

¿Cómo se genera en los grupos de mujeres la convicción de que la participación activa en el diagnóstico y en la toma de decisiones, respecto a la terapéutica a adoptar, solamente pueden lograrse trabajando al margen de la medicina alopática? Un elemento que juega un papel importante en esta elección es el hecho de que la medicina alopática se asocia con el poder y la racionalidad “masculina”, y las terapias alternativas con un cierto “antilogos” que sería visto como más cercano a lo “femenino”. La preferencia de ciertos colectivos y redes por recursos terapéuticos utilizados desde tiempos ancestrales por empíricas y brujas, responde frecuentemente a una reconstrucción de la historia de las mujeres que recupera este tipo de conocimientos, considerándolos como un saber propiamente femenino que ha sido silenciado, reprimido e ignorado por la “ciencia oficial”. En algunos casos, se hace un traslado automático de las reivindicaciones del feminismo europeo al contexto latinoamericano. Así, se señala: “La presente lucha del movimiento feminista en el terreno de la medicina y la salud de la mujer tiene sus raíces en las reuniones de brujas medievales. El

¹² Guadalupe Mainero, entrevista realizada en 1991.

despiadado exterminio de estas mujeres obedeció a las mismas causas que hoy nos mantienen bajo la más antigua forma de opresión" (Colectivo Mujer y Salud, 1984).

La ecuación ciencia occidental = pensamiento masculino deriva en la adhesión a otros tipos de saber, que estarían ligados a otras formas de aproximación al conocimiento y se considerarían como más afines a las características de la mujer. Pero si lo característico de la mujer, lo "femenino", es hoy un conjunto de valores, aptitudes y formas de comportamiento, que el propio feminismo ha venido caracterizando como imposiciones socioculturales a "desconstruir", ¿cuáles son esos rasgos de todas las mujeres a los que serían más "afines" el misticismo, la herbolaria o las filosofías orientales?, ¿desde qué definición de su "naturaleza" se decide su renuncia a los avances de la medicina occidental?, y ¿cuál es el instrumento con el que se medirá la autenticidad de la serie de fragmentos dispersos de ese supuesto saber femenino, para hacer de esos retazos un tejido coherente y terapéuticamente eficaz?

En 1990, M. Lamas señalaba, en relación al extenso debate feminista sobre la "igualdad" y la "diferencia" que se ha venido dando en Europa y América del Norte, que "en México conocemos parcialmente estas posiciones teóricas pero no hemos analizado ni investigado lo que cada una supone (como toma de posición) para orientar nuestras acciones" (Lamas, 1990: vi). No es arriesgado decir que este señalamiento puede hacerse extensivo a mucho del trabajo latinoamericano que se ha venido desarrollando en salud.

Fragmentos del feminismo radical anglosajón coexisten con planteamientos "esencialistas" y con otros discursos que, sin ser analizados en profundidad, han venido permeando estilos de pensar y operar. Se recomienda el regreso a las medicinas "naturales" y al parto en casa, presentándolos como parte del repertorio de vías necesarias por las que deben transitar las mujeres para volver a tomar contacto con sus capacidades y sensaciones corporales perdidas. ¿Es también válido este planteamiento para los amplios y heterogéneos sectores de mujeres y niños de nuestros países, que no han experimentado la excesiva medicación que se cuestiona porque no tienen acceso a la seguridad social ni a un parto institucional? Tal vez es tiempo de preguntas, tiempo de, preguntando, poner distancia respecto a las prescripciones totalizadoras y universalistas sobre *las* mujeres, *los* niños y *las* niñas.

GÉNERO, SALUD MATERNO-INFANTIL Y ORGANIZACIONES DE MUJERES:
LOGROS, SIMPLIFICACIONES Y EQUÍVOCOS

Los grupos de mujeres que explícita o implícitamente se adhieren al feminismo han comenzado a hacer, desde una perspectiva de género, una contribución importante a la titánica tarea de desmontar los mecanismos que generan un saber y una práctica sexista en salud. Para ello han buscado nuevas formas de trabajo y de organización articulándose con redes internacionales que, en la mayoría de los casos, tienen su oficina central en países europeos o norteamericanos.

Estos nexos han permitido que cobraran una gran visibilidad algunas problemáticas sobre las que se venía trabajando sistemáticamente en esos países, y que eran altamente “sentidas” en América Latina. El caso de la violencia intrafamiliar es claro ejemplo de ello. Existen actualmente 379 programas contra la violencia (Heise, 1993: 187), muchos de los cuales sobreviven con escaso o ningún apoyo de los gobiernos y con la colaboración técnica y financiera de redes mundiales.

Las mujeres no se han mantenido pasivas frente a la violencia. Un gran número de ONG han puesto en evidencia la complejidad de esta problemática, y se dedican simultáneamente a cambiar las actitudes públicas y la legislación, al tiempo que prestan servicios a las víctimas de abusos tanto físicos como psicológicos. Estos servicios —paralelos a los que otorgan las instituciones de salud— surgieron porque éstas sólo excepcionalmente han revisado el modelo desde el que realizan la identificación y asistencia de las víctimas de violencia, ya que el personal de salud no cuenta generalmente con una clara y adecuada postura respecto al problema de la violencia familiar. La ausencia de una revisión crítica de los prejuicios personales y sociales, desde una perspectiva de género, lleva a intervenciones permeadas por actitudes defensivas, acusadoras o desconfiadas.

Al respecto, Ferreira (1989) señala acertadamente que los médicos no identifican el síndrome de la mujer maltratada, y atienden las urgencias sin levantar la mirada ni registrar el clima en el que se presentan la hemorragia, las lesiones o la fractura. Se limitan a lo anatómico y a “calmar” a la paciente a través de la indicación de psicofármacos. Igual actitud adoptan los psicólogos que desconocen los riesgos de la violencia doméstica, y se defien-

den de la angustia distanciándose y desconectándose emocionalmente. Tanto los encuadres despersonalizantes, como la prescripción de sedantes, dejan a las pacientes sin lucidez y sin recursos para enfrentar nuevos episodios de violencia en su familia y actuar acertadamente frente al peligro que corren ella y sus hijos.

Una adecuada capacitación y entrenamiento de los integrantes del equipo de salud debería tomar muy en cuenta no sólo la información sino, muy particularmente, la sensibilización sobre este tipo de problemas, revisando actitudes prejuiciosas y estereotipos individuales y colectivos. El trabajo alrededor de la socialización diferenciada de hombres y mujeres no puede quedarse a un nivel expositivo, verbal. Lo que se trata de señalar es que la relación entre los géneros no se “desconstruye” exclusivamente hablando de ella. El discurso se pone a prueba en la propia actuación y en la observación crítica de cómo otros actúan.

No es posible sensibilizar a través de clases o conferencias en las que el verbalismo domine. Los integrantes del equipo de salud deben trabajar, alrededor del tema de la violencia, recuperando abordajes y recursos metodológicos usuales en otros campos del conocimiento. Estaríamos hablando, por ejemplo, de los métodos de formación que utilizan los terapeutas familiares. Esto es, el rescate y adaptación de determinado instrumental pedagógico en el que se incluyen videos sobre familias interactuando, observación directa de la atención a casos a través de una cámara Gesell y la filmación de estas situaciones para su análisis colectivo posterior. Es importante subrayar la idea de que la enfermera, médico, trabajadora social, son ellos mismos instrumentos terapéuticos y que el “estilo terapéutico”, que emerge en la entrevista a las mujeres, niños u otros integrantes de la familia, debe ser examinado y rectificado en aquellos aspectos en que se considere necesario.

Por otra parte, la violencia familiar debería incorporarse a la agenda de aquellos programas que buscan la sobrevivencia de los niños y mejorar su calidad de vida. Los niños que son testigos de maltrato hacia sus madres u otros integrantes de la familia se encuentran en riesgo de ser objeto de violencia ellos mismos, durante la infancia y adolescencia. Esto tiene que ver, tanto con su seguridad como con las consecuencias futuras para su personalidad en formación. No se presta suficiente atención a la percepción e interpretación que tienen los niños sobre los conflictos familiares ni a las estrategias que desarrollan para hacerles frente. Ciertas

características de los conflictos, particularmente el contenido de los asuntos que se dirimen, aumentan la posibilidad de que los niños se involucren más directamente en estas situaciones y sufran consecuencias graves.

Algunas investigaciones señalan que los hijos que presencian disputas sistemáticas relacionadas con ellos mismos intervienen más frecuentemente. Existe además, una alta posibilidad de que los que continúan “rumiando” sobre el asunto mucho tiempo después de concluidos estos episodios, sin tener la posibilidad de explicaciones sobre su culpabilidad, desarrollen posteriormente cuadros depresivos (Yama *et al.*, 1993). En el caso de las niñas, su socialización en valores que acentúan la dependencia, la sensación de desamparo y desprotección y la responsabilidad por el cuidado de los demás, funciona como un factor agregado que aumenta el riesgo de sufrir depresiones futuras.

Cuando los niños experimentan agresión, irritabilidad, pesadillas, depresión, un rendimiento escolar deficiente o problemas psicosomáticos, la violencia familiar debe ser considerada una hipótesis central. Esto tiene que tomarse en cuenta, tanto en el caso de familias “incompletas” como “completas”. ¿Por qué esta advertencia? La entrevista clásica para completar una historia clínica se elabora generalmente tomando como un hecho que toda “alteración” en la estructura familiar produce, necesariamente, un desajuste emocional permanente en los hijos. Esta convicción se mantiene a pesar de que, desde la década de los años cincuenta, se ha venido afirmando que el factor crucial en el equilibrio emocional de los infantes es el fracaso o éxito psicosocial de las familias antes que el pasar la infancia en una estructura familiar completa, es decir, con padre y madre biológicos o adoptivos (Nye, 1975). Cuando se pone el acento en el conflicto familiar, como variable clave para la comprensión de los problemas emocionales de niños y adolescentes, se hace evidente que la convivencia ininterrumpida de los padres “naturales” con los hijos no garantiza bajos niveles de agresión y violencia intrafamiliar (Nelson *et al.*, 1993).

Por qué es tan difícil plantear: “¿proviene este niño de un hogar desorganizado por los conflictos?”, en lugar de ¿proviene este niño de un hogar desorganizado por el divorcio, la separación o la muerte de uno de los padres?

Una mirada desde el género nos muestra que el modelo de familia “armoniosa” que se tiene internalizado es aquél en el cual

el padre funciona como jefe de familia y sostén económico, en tanto que la madre es la reina del mundo doméstico, compañera de su esposo y encargada de velar por su bienestar y el de sus hijos. El hecho de que el número de familias que funcionan "armoniosa" o "normalmente" bajo esta modalidad no sea muy alto carece de importancia para quienes tienen tal convicción, pues ésta se afianza en el terreno de lo ideológico. Por lo tanto, un corolario de esta ideología de lo "armonioso" es que cualquier otra forma de organización familiar se estigmatiza como "no armoniosa", "conflictiva" y "anormal".

El análisis de las diferencias genéricas nos sitúa, por tanto, en otro ángulo de observación desde el cual se tambalean verdades absolutas y se constata cómo el significado de "ser mujer" varía en diferentes momentos históricos y culturas. No hay una identidad o esencia oculta, compartida por todas las mujeres, que busque ser rescatada. Es importante recordarlo porque los equívocos y simplificaciones, respecto al género, son tan usuales como su incorporación superficial al discurso.

BIBLIOGRAFÍA

- Bartra, E. (1992), "Mujeres y política en México. Aborto, violación y mujeres golpeadas", *Política y Cultura*, núm. 1, pp. 23-32.
- Bochetti, A. (1987), "¿A quién toca limpiar el mundo?", *Fem*, año II, núm. 50, febrero, pp. 22-25.
- Cardaci, Dora (1990), "Proposte educative dei 'colletivi' e 'reti' di donne in América Latina", *Educazione Sanitaria e Promozione della Salute*, vol. 13, núm. 2, pp. 77-85.
- CENDOC (1988), *Boletín CENDOC-Mujer*, año 3, núm. 3, p.1.
- Colectivo de Salud de las Mujeres de Boston (1977), *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*, Massachusetts, Boston Women's Health Collective.
- Colectivo Mujer y Salud (1985), "Plan de talleres populares: salud y sexualidad de la mujer", *Boletín número 2*, República Dominicana.
- (1984), "Historia de brujas y comadronas", *Boletín número 1*, julio, República Dominicana.
- Coria, C. (1987), *El sexo oculto del dinero*, Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano.
- Chorodow, N. y S. Contratto (1992), "The Fantasy of the Perfect Mother", en B. Thorne y M. Yalom, *Rethinking the Family, Some Feminist Questions*, Boston, Northeastern University Press.

- Denham, S. (1993), "Maternal Emotional Responsiveness and Toddler's Social-emotional Competence", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 34, núm. 5 pp. 715-728.
- Ferreira, G. (1989), *La mujer maltratada. Un estudio sobre las mujeres víctimas de la violencia doméstica*, Buenos Aires, Sudamericana.
- Gordon, L. (1992), "Family Violence, Feminism and Social Control", en B. Thorne y M. Yalom, *Rethinking the Family, Some Feminist Questions*, Boston, Northeastern University Press.
- Grupo Mujer y Sociedad (1991), *Mujer, amor y violencia*, Bogotá, Tercer Mundo Ediciones.
- Grych, J. y F. Fincham (1993), "Children's Appraisals of Marital Conflict: Initial Investigations of the Cognitive-Contextual Framework", *Child Development*, núm. 64, febrero, pp. 215-230.
- Heise, L. (1993), "Violence Against Women: The Missing Agenda", en M. Koblinsky, J. Timayan y J. Gay (eds.), *The Health of Women, A Global Perspective*, Boulder/Oxford, Westview Press, pp. 171-195.
- Ipazia (1989), "L'interesse che noi portiamo alla filosofia", *Quattrogiovedì e un venerdì per la filosofia*, Milán, Colana "Vida Dogana" della Libreria delle donne.
- Ireland, M. (1993), *Reconceiving Women, Separating Motherhood from Female Identity*, Nueva York/Londres, The Guilford Press.
- Isis-WICE (1985), "Support through Self-help", *Women's World*, núm. 8, Ginebra.
- Jacobson, J. (1993), "Women's Health: The Price of Poverty", en M. Koblinsky, J. Timayan y J. Gay (eds.), *The Health of Women, A Global Perspective*, Boulder/Oxford, Westview Press, pp. 3-33.
- Kaminsky, N. y A. Carcedo (1991), *Violencia familiar contra la mujer: un problema de salud pública*, San José, CEFEMINA.
- Lamas, M. (1990), "Editorial", *Debate Feminista*, año I, vol. 2.
- Lazcano, A. (1993), "Tlacote", *La Jornada Semanal*, pp. 25-27.
- López, M. (1992), "La retórica sobre las diferencias por género", trabajo presentado en el V Congreso Internacional de la Mujer, Costa Rica.
- Minuchin, S. y H. Fishman (1985), *Técnicas de terapia familiar*, México, Paidós.
- Moore, E. (1992), "Antropología feminista, nuevas aportaciones", *Especios y travesías, antropología y mujer en los 90*, Santiago de Chile, Isis Internacional, Ediciones de las Mujeres, núm. 16, pp. 11-25.
- Mouffe, CH. (1993), "Feminismo, ciudadanía y política democrática radical", *Debate Feminista*, año 4, vol. 7, marzo, pp. 3-22.
- Nelson, W., H. Hughes, P. Handal, B. Katz y H. Russel (1993), "The Relationship of Family Structure and Family Conflict to Adjustment", *Adolescence*, vol. 28, núm. 109, pp. 29-39.
- Nye, F. (1975), "Child Adjustment in Broken and in Unhappy Unbroken Homes", *Marriage and Family Living*, núm. 19, pp. 356-361, citado por

- W. Nelson, H. Hughes, P. Handal, B. Katz y H. Ruseel (1993), "The Relationship of Family Structure and Family Conflict to Adjustment", *Adolescence*, vol. 28, núm. 109, pp. 29-39.
- Peterson, V. S. y A. Sisson (1993), *Global Gender Issues*, Boulder, Westview Press.
- Piccini, M. (1987), "Reflexiones sobre la violencia", trabajo presentado en el II Foro Internacional de Comunicación Social, Comunicación y Violencia, Lima, Perú.
- Portugal, A. (ed.) (1980), *Mujeres e iglesia, sexualidad y aborto en América Latina*, EUA, Fontarama.
- Promoción del Desarrollo Popular (1988), *Sociedad civil y pueblos emergentes. Las organizaciones autónomas de promoción social y desarrollo*. México, ILET/PDP.
- Rahman, G. (1993), "La magia de la decadencia. Mujer y familia", en I. Maldonado, *Familias: una historia siempre nueva*, México, CIAH, Porrúa.
- Rosas, A. (1990), "Hacia una teoría de las transacciones desiguales", *Debate Feminista*, año 1, vol. 2, septiembre, pp. 304-311.
- Rose, H. (1990), "Activists, Gender and the Community Health Movement", *Health Promotion Internacional*, vol. 5, núm. 3, pp. 209-219.
- Rosero, R. (1987), "Feminismo y educación popular", *Crecer juntas: mujeres, feminismo y educación popular*, Isis/CEAAL, Ediciones de las Mujeres, núm. 8.
- Rossanda, R. (1990), "Nuestras perlas escondidas", *Debate Feminista*, año I, vol. 2, septiembre, pp. 123-145.
- Singer, E. (1992), *Child-care and the Psychology of Development*, Londres/Nueva York, Routledge.
- Sternberg, K., M. Lamb, Ch. Greenbaum, D. Cichetti, S. Dawud, R. Cortés, O. Krispin y F. Lorey (1993), "Effects of Domestic Violence on Children's Behavior Problems and Depression", *Developmental Psychology*, vol. 29, núm. 1, pp. 44-52.
- Tudiver, S. (1986), "The Strength of Links: International Women's Health Networks in the Eighties", en K. McDonnel (ed.), *Adverse Effects, Women and the Pharmaceutical Industry*, Malasia, IOCU, pp. 187-215.
- Valdéz S. R. y E. Shrader (1991), "Violencia doméstica: características y alternativas de solución en México", ponencia presentada en la Conferencia Internacional sobre Violencia contra la Mujer organizada por el Global Fund for Women, Menlo Park, California, citado por Heise, L., (1993), "Violence Against Women: The Missing Agenda", en M. Koblinsky, J. Timayan y J. Gay (eds.), *The Health of Women, A Global Perspective*, Boulder, Westview Press, pp. 171-195.
- Viezzar, M. (1987), "Educación popular y movimiento de mujeres", *Crecer juntas: Mujeres, Feminismo y educación popular*, Isis/CEAAL, Ediciones de las Mujeres, núm. 8.

- Walters, M., B. Carter, P. Papp y D. Silverstein (1991), *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*, Buenos Aires, Paidós.
- Wheterell, M. (1986), "Linguistic Repertories and Literary Criticism", tesis de doctorado (fotocopiado).
- Yama, M., S. Tovey y B. Fogas (1993), "Childhood Family Environment and Sexual Abuse as Predictors of Anxiety and Depression in Adult Women", *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 63, núm. 1, pp. 136-141.

VI. COMENTARIOS AL DOCUMENTO “NUEVOS ENTRAMADOS: FAMILIA, SALUD Y ORGANIZACIONES DE MUJERES”

IRMA SAUCEDO GONZÁLEZ*

El artículo de Dora Cardaci presenta claramente cómo la emergencia del discurso y la acción feminista, así como la elaboración de nuevos cuerpos de conocimiento nos llevan a problematizar y reconocer lo complejo del discurso que subyace a las diferentes prácticas de atención a la salud de las mujeres. En este comentario quiero enfatizar, primero, lo que desde mi punto de vista son las temáticas centrales que nos presenta este trabajo, para desde ahí elaborar algunos comentarios más específicos respecto de los mismos.

Creo que, acertadamente, la autora nos sitúa en el creciente interés por realizar análisis que tomen en cuenta la problemática de los géneros, y cómo uno de los sectores que más ha asumido esta necesidad es el compuesto por los colectivos y redes latinoamericanas que trabajan con mujeres y se definen independientes del aparato de gobierno. El término *problemática de los géneros* complica la comprensión de la visión de género, desde la que estas “problemáticas” son analizadas como fenómenos sociales, donde lo que se pone en el centro del análisis es cómo la diferencia sexual y los aspectos simbólicos asociados a ésta determinan la elaboración de políticas públicas, las formas de atención a problemáticas específicas y la misma acción de los grupos que reivindican a las mujeres. Creo que es necesario hacer explícita la visión de género como un cuerpo de conocimiento desarrollado precisamente para dar cuenta de la dinámica que representa la diferencia sexual en un contexto sociohistórico.

* Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México.

De una manera sucinta Cardaci nos describe la amplitud de estos grupos, sus redes y las funciones que éstas han tenido en Latinoamérica. Señala, como parte de su importancia, mantener o reconstruir el tejido social alterado por procesos sociales, enfatizando la heterogeneidad de los mismos tanto en su organización interna como en su relación con los sistemas de salud.

Para el caso de México creo que se hace necesario dar más información respecto a las características de los grupos, ya que pareciera ser que se homogenizan grupos de mujeres que trabajan con salud y grupos feministas que desarrollan aspectos de atención o difusión sobre la salud. Considero necesario este aspecto pues la misma discusión apunta principalmente al discurso feminista sobre la salud de las mujeres, lo cual sabemos que no existe en la gran mayoría de los grupos que trabajan con salud en este país.

Aunque, por otro lado, es importante señalar que en México éstos han cumplido una función determinante para proveer de servicios a una población empobrecida, la cual no siempre tiene acceso a los servicios de salud, y atienden principalmente aspectos preventivos y de cuidado básico de la salud de las mujeres y sus dependientes.

El trabajo señala también algunos de los beneficios que las redes proveen a sus integrantes, como son el acceso a la información, el intercambio y la posibilidad de visitar diferentes grupos. Entre sus problemáticas encontraríamos la imposibilidad de evaluar el propio trabajo y el impacto de éste. Dentro de esta área, apunta acertadamente a la necesidad de analizar los beneficios que puede tener el adherirse a problemas y contradicciones que generen temáticas y prioridades de países industrializados y los diversos feminismos. Considero que es importante enfatizar este punto porque entre las características de atención de los grupos de mujeres que trabajan con la salud está precisamente la relación que establecen con las comunidades donde lo hacen, de tal manera que existe una forma de proveer información de salud más allá de la persona que se atiende.

Esto se puede detectar de dos maneras: por un lado, el énfasis en capacitar promotoras de las comunidades que en general son líderes de opinión, las que adquieren conocimientos elementales tanto de cuidado básico como de patrones de alimentación y otros. Por otro, la posibilidad que la práctica de estos grupos ha desarrollado respecto a la educación informal sobre cuidados de salud está

aún por ser examinada y evaluada. Creo que necesitamos más investigaciones en esta área.

La reflexión sobre frases conocidas y adhesiones a cuerpos de conocimiento que se asumen propios de las mujeres, y que definen cursos de acción específica respecto a la salud de ellas y de los niños, es un punto central del trabajo. Sobre él creo que también es necesario profundizar más, ya que ésta ha sido una crítica hecha desde los grupos a la salud institucional. Quizá la pregunta que queda por hacer es cuál es el nivel de avance que existe sobre la propia concepción de salud, la cual ha sido centrada en el bienestar físico, dejando de lado aspectos importantes de la salud mental que pueden tener efectos determinantes en síntomas y enfermedades tradicionalmente medicalizadas.

Un punto importante que problematiza es el supuesto básico del feminismo del control del cuerpo. Muestra cómo esta posición —al ser producto de un objetivo político, “fuente de poder y punto de partida para la liberación”— se vuelve inoperante cuando se confronta con su uso en relación, tanto con la concepción del cuerpo, como con oposiciones fijas que generan dicotomías en la toma de decisiones, como es el caso de la imposibilidad de decidir qué es el punto de vista femenino, pues la antropología feminista ha mostrado que éste no puede definirse por el género de las personas que se dedican a ella ni tampoco por el género de las personas que son su objeto de estudio.

Como mencioné en el punto anterior, la falta de elaboración teórica también se extiende a este aspecto: sabemos relativamente poco acerca de cómo el cuerpo y la percepción del mismo —concebido como un producto social— influyen sobre la manera en que los individuos conciben la propia salud y el curso que toma tanto la investigación como la atención de la misma. Creo que en esta área aún queda mucho por reflexionar.

La tautología —que la autora señala—, derivada de concebir lo femenino y lo masculino como sinónimos de cuerpos sexuados, abarca dos aspectos: uno, la adhesión deliberada a teorías que replantean las bases tradicionales del desarrollo cognoscitivo y la influencia en el discurso y la práctica del feminismo “maternalista”; otro, que es un marco de poder desde el que se regula en última instancia la salud de los individuos. Siguiendo este hilo, Cardaci apunta a la forma como se reduce a la mujer a una esencia desde cualquiera de estos discursos. De ahí que una de las contra-

dicciones que surgen en los colectivos y redes feministas sea su adhesión a una categoría aglutinadora que homogeniza a las mujeres.

La homogenización de los sujetos sobre los cuales se orientan acciones específicas plantea un punto nodal a la atención y al acercamiento a las prácticas de salud. ¿Cómo elaborar programas de acción que incluyan en su diseño la realidad de las comunidades en donde se realiza su práctica? Creo que este punto subraya la necesidad de abrir un espacio poco discutido: el nivel de conocimiento de las personas que implantan, a nivel operativo, cualquier tipo de programa que tenga como énfasis modificar las condiciones de salud de sectores específicos de la población.

Tanto para sectores institucionalizados como para los grupos de mujeres, éste debería ser un tema prioritario de investigación y análisis. Entre otras cosas, aquí se tiene que ver la capacitación que tienen o reciben las personas que realizan la atención directa, la manera en que conciben su relación con el paciente, etcétera.

Al hacer explícito en su documento que la feminidad y masculinidad son prácticas ideológicas que tienen un conjunto de códigos y convenciones necesarios que producen diferencias categóricas, y que el género no es una identidad singular, unitaria o consistente, llamado masculino o femenino, sino fragmentado y contradictorio, problematiza la posibilidad real de tener una “visión de las mujeres”.

Al hablar de la visión maternalista que enfatiza los mismos supuestos tradicionales sobre la maternidad y su función, y que presupone una búsqueda por una “maternidad ideal”, y al suponer el género como una desigualdad que tiene hegemonía sobre cualquier otro tipo de diferencia —como puede ser la etnia o la clase— creo que Cardaci propone una práctica constructiva del acercamiento a la salud que debe ser analizada, tanto por los servicios institucionalizados como por los grupos de mujeres que trabajan en salud. Por ejemplo, cuando analiza el problema de la violencia familiar como tema que cuestiona la visión tradicional de la familia como el entorno de cuidado a que hace referencia el discurso tradicional, muestra la necesidad de retomar otros aspectos del poder, y lo conflictivo en el discurso mismo y el análisis sobre la salud.

Finalmente, al analizar la adhesión de las organizaciones de mujeres a medicinas no alopáticas, muestra cómo el eje aglutinador “opositor” de la práctica de atención desde los grupos de mujeres

presenta contradicciones que tienen que ver con la elección del tipo de tratamiento y la posibilidad real de participación, por parte de los pacientes, en la toma de decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento.

Creo que este punto finaliza el trabajo en otra área de discusión, la cual tiene que ver con los derechos de los y las pacientes en cuanto a su salud y con el aspecto ético de los servicios existentes y accesibles a la población en general. Considero que en el centro de la discusión está la posibilidad de la elección libre e informada en una área donde va de por medio la integridad física del individuo. Si aún falta un gran trecho para poder comprender aspectos fundamentales de la salud de las mujeres, estamos en el inicio de la reflexión sobre la libertad individual en esta área.

Considero que en este punto tenemos temas tan importantes como la información sobre la salud accesible a la población en general, el nivel de injerencia y efectividad que las políticas pueden tener en el espacio de interacción especialista-paciente, etc., temas que podrían hacernos reflexionar, tomando como punto de partida el trabajo de Dora Cardaci.

Para concluir quiero mencionar tres puntos que yo subrayaría en esta área: 1) Existe suficiente información, y el trabajo de las redes de salud es tan extendido como para pensar en que es o debe ser un servicio paralelo al institucionalizado. Hay suficientes aportes para reconocer cómo no deben ser considerados como autoexcluyentes y sí como complementarios. 2) Las organizaciones de mujeres han logrado traer a la luz la práctica y recuperación de formas tradicionales de atención a la salud que coexisten con diversos discursos y prácticas institucionalizadas. Creo que este aporte debe ser revalorizado en un país que, como el nuestro, tiene una gran heterogeneidad de prácticas y condiciones de vida coexistiendo aun en los centros urbanos más desarrollados. 3) El tipo de atención que dentro de los grupos de mujeres se percibe como trato "humano", cuando se caracteriza específicamente tiene gran similitud con la atención personalizada que se demanda en los servicios de los países desarrollados. Esto tiene que ver con la gran contradicción que significa la masificación de la atención en salud. Si subrayamos este aspecto de las formas de atención de los grupos, probablemente podamos encontrar propuestas innovadoras en cuanto a la calidad de servicio.

TERCERA PARTE

**OPCIONES METODOLÓGICAS
PARA EL ESTUDIO DE LA SALUD
DE LAS MUJERES**

I. MATERNIDAD, SEXUALIDAD Y COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO: APUNTES SOBRE LA IDENTIDAD DE LAS MUJERES

ALMA GLORIA NÁJERA AHUMADA*
MARÍA BLANCA LÓPEZ ARELLANO*
ANGÉLICA AREMY EVANGELISTA GARCÍA*
ÚRSULA ZURITA RIVERA*
ISAURA ORTIZ ÁLVAREZ*
BERTHA APARICIO JIMÉNEZ*

En el presente artículo se pretende esbozar algunas reflexiones sobre cómo las mujeres valoran la maternidad y cómo perciben el ejercicio sexual, por juzgar que son dos elementos fundamentales para que una mujer decida hacer uso o no de la metodología anticonceptiva, es decir, para que regule su fecundidad, y además por considerar que estos dos mismos elementos son centrales en la construcción de la identidad genérica de la mujer.

El trabajo que se presenta forma parte del proyecto "Valoración de la maternidad, ejercicio sexual y comportamiento reproductivo en tres áreas rurales de México", que se lleva a cabo en la Dirección de Estudios de Población de la Dirección General de Planificación Familiar, como parte de sus actividades de investigación; el proyecto es financiado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), si bien la etapa en que se encuentra en estos momentos no permite hacer una discusión de sus resultados; sin embargo, los periodos que anteceden al procesamiento y análisis de la información, así como el mismo trabajo de campo, nos permiten presentar algunas reflexiones en torno a los siguientes aspectos.

* Dirección General de Planificación Familiar, Secretaría de Salud. Las autoras agradecen a Juan Guillermo Figueroa Perea sus comentarios y aportaciones al presente artículo.

En primera instancia, se discute la relación entre las tres dimensiones centrales del proyecto desde la perspectiva de género, que se propone como la que mayores elementos puede proporcionar al estudiar dimensiones que parecen centrales en la identidad genérica de las mujeres, como son su maternidad, el ejercicio sexual y la regulación de la fecundidad. Como un segundo apartado, presentamos la estrategia para abordar la problemática a estudiar a través de una entrevista de profundidad, cuyos ejes centrales son la unidad doméstica y el ciclo de vida, y argumentamos por qué, al estudiar esas dimensiones, consideramos que son fundamentales si lo que pretendemos es incursionar en la vida de las mujeres, intentando reconstruir parte de su identidad genérica, entendida esta última como el proceso mediante el que cualquier ser humano asume su ser. En este proceso, es esencial el aporte del entorno cultural en el que se desenvuelve, en oposición al hecho biológico de haber nacido con un sexo; en este sentido estamos privilegiando ese proceso de construcción social que se inicia desde el nacimiento aunque, si bien está determinado por lo social, reconocemos que en lo individual se produce mediante procesos psíquicos y mentales.

En este mismo apartado, se discute la conveniencia de abordar lo que hemos denominado informantes clave, para tratar de reconstruir el contexto cultural en el que se insertan las mujeres con respecto a esas tres dimensiones. En la clásica definición de salud de la Organización Mundial de la Salud se plasma la búsqueda de un equilibrio del ser humano, dado que se afirma que la salud debe ser considerada como el completo estado de bienestar físico, social y mental. Finalmente, en el último apartado, discutimos algunos puntos que pensamos que el presente proyecto puede aportar para tratar de rescatar, en la operatividad de los programas, esa parte donde el discurso se presenta muy explícito con respecto a la salud de las mujeres.

VALORACIÓN DE LA MATERNIDAD, EJERCICIO SEXUAL Y COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO

La perspectiva de género en los estudios de la reproducción

A partir de las políticas de población destinadas a bajar el ritmo de crecimiento poblacional, las mujeres de diferentes sectores sociales han podido controlar el número y momento de sus embarazos, con

lo que han hecho efectivo el derecho reconocido explícitamente en la I Conferencia Mundial de Población organizada por las Naciones Unidas, que tuvo lugar en Bucarest en 1974. Sin embargo, estas políticas se han puesto en práctica sin atender otros fenómenos y procesos sociales que se encuentran íntimamente ligados con la reproducción y la fecundidad, como son el lugar de las mujeres en la sociedad, el sentido y valorización de la maternidad, el significado simbólico de los hijos para los varones, el ejercicio de las sexualidades masculina y femenina. De esta manera, un conjunto de prácticas que podrían tener como resultado el aumento de la autonomía y la disminución de la subordinación de las mujeres, no parece estar llevando a tales resultados sino, por el contrario, a un aumento sobre el control de las mismas (De Barbieri, 1985).

Para acercarnos a la comprensión del comportamiento reproductivo de las mujeres, y en específico a la valoración de la maternidad y el ejercicio sexual, nos remitimos a la reflexión sobre las distintas formas en que las mujeres viven y manifiestan la relación que establecen con su cuerpo. Es en el cuerpo-persona (Aisenson, 1981) donde se expresan y concretan en forma visible la percepción que se tiene de la vida y la muerte, cuerpo que vive, siente y expresa los contenidos de lo que significa ser mujer en un contexto sociopolítico y cultural específico, concepción del mundo que define la posición y comportamiento de los sujetos frente a distintos eventos del quehacer cotidiano.

En esta línea de investigación, abordamos a nuestros sujetos de estudio a partir de las diferencias construidas socialmente sobre la base de una capacidad biológica como lo es la procreación, que se expresan a través de la división sexual del trabajo y las relaciones de poder que se manifiestan a través de éstas, pues las distintas formas en que varones y mujeres perciben y asumen la vida han sido explicadas a través de esta diferencia biológica. Las distintas manifestaciones que expresan las formas de sentir, de interactuar, de percibir el amor y de amar, de apropiación de procesos, del ejercicio de poder, de valorar comportamientos concretos frente a eventos cotidianos y de participación en experiencias vitales, son expresiones de la construcción social de ser varón o ser mujer.

La perspectiva de género nos permite compenetrarnos en el ámbito cultural, donde los sujetos que deseamos conocer recrean sus vidas, pues es a través del conocimiento de los valores, costumbres, tradiciones e ideas que conforman su cosmovisión, que

podemos acercarnos a la forma en cómo las mujeres valoran, sienten y expresan la vivencia de la maternidad y el ejercicio sexual. A través de esta perspectiva se ha podido constatar que no es lo mismo el sexo biológico que la identidad asignada; ésta es una construcción social, una interpretación social de lo biológico. La división en géneros, basada en la anatomía de las personas, supone formas determinadas de sentir, de actuar, de ser. El género se adquiere a través de un complejo proceso individual y social.

Es necesario aclarar que en esta propuesta no se intenta excluir el concepto de clase social del análisis histórico de las mujeres, pues sus condiciones de vida, así como sus comportamientos concretos, están adscritos a un momento histórico específico (condiciones económicas, sociales y políticas). De tal forma, deseamos conocer cómo es que las mujeres aprehenden y asumen una cosmovisión que va a organizar y estructurar su ciclo de vida, es decir, de qué manera interiorizan los valores, creencias, costumbres y tradiciones que van a construir su identidad genérica como sujetos sociales miembros de una comunidad.

El vínculo entre la valoración de la maternidad, el ejercicio sexual y el comportamiento reproductivo se expresa necesariamente en la relación que el cuerpo femenino establece con el mundo exterior, es decir, la forma en cómo las mujeres sienten y viven sus afectos, sus emociones y la forma en cómo se perciben ellas mismas, el cuerpo, el espacio donde se sintetizan los contenidos de lo que significa ser mujer, la definición que legitima o descalifica a una mujer en un contexto cultural específico.

Maternidad y sexualidad, expresiones vitales del cuerpo femenino

Uno de los elementos relevantes de haber considerado la valoración de la maternidad y el ejercicio sexual como objetos de estudio dentro del proceso de investigación del comportamiento reproductivo y la regulación de la fecundidad, en particular de las mujeres, estriba en que dicha maternidad ha sido referente social para ir construyendo la identidad de las mujeres, no como algo natural sino precisamente como un producto social, a lo largo de la historia de la humanidad. Paralela a dicha construcción se ha ido marginando la sexualidad de la reproducción, en particular la femenina; se le ha dado una connotación valorativa de culpabilidad, de

definición en función de los otros y de negación del placer personal para vivir en función del placer de la otra parte, de represión de la sexualidad como precio de la sublimación de la maternidad, función propia de la mujer.

Ante esas premisas, cuerpo, sexualidad y maternidad, son expresiones de un mismo hecho social: el comportamiento reproductivo. No pretendemos ni queremos decir con esto que en ellos se agote ese comportamiento, pero sí son manifestaciones culturales que se han intentado explicar desde distintas perspectivas teóricas. Una de ellas asienta que las mujeres han sido expropiadas de su sabiduría, de su creatividad y de la posibilidad de diversificar sus deseos; complemento de lo anterior es que el cuerpo de las mujeres ha sido normado, sometido a las necesidades de un sistema clasista-sexista que las define como un *cuerpo-ser-para-los-otros* (Basaglia, 1987), cuerpo para la procreación, para procrear, para servir, para maternalizar; cuerpo disciplinado que se somete y legitima frente a la sociedad como mujer-madre, madre-esposa (Lagarde, 1990), reproductora de vida, de cultura.

De tal forma, a partir de esta perspectiva, la identidad de las mujeres se define con base en los atributos que la sociedad ha depositado en una capacidad biológica como es la procreación, interpretación social que reduce los espacios de interacción y limita las posibilidades de desarrollo de las mujeres como seres humanos; en esta forma, las mujeres son especializadas desde la infancia para cumplir con la encomienda de ser madres y su existencia se organiza en torno a la maternidad. Ésta se constituye así en institución fundante de la subjetividad femenina; los deseos, necesidades, fantasías e intereses que las mujeres visualizan en su ciclo de vida, se definen por las expectativas que depositan en el hecho de ser madres.

De esta forma, como lo asienta Lagarde (1990), el significado que las mujeres atribuyen a la maternidad se constituye en el eje organizador de sus vidas, pues a través de esta vivencia se pretende encontrar la completud, la legitimidad como mujer, en un mundo donde para ser reconocida se necesita haber parido. Las mujeres tienen que dar vida para ser visibles, para ocupar un lugar en este mundo, y esa posibilidad la ofrece la maternidad, la capacidad de procrear, de reproducir la especie y el linaje, de educar, socializar, custodiar la sexualidad, resguardar y controlar que el orden del universo impuesto no sea relajado, es decir, velar porque la cultura

se reproduzca, reafirmar día con día los contenidos de esta cosmovisión que fragmenta el cuerpo para la procreación o para el placer.

Es así, que al vincular a las mujeres con el “instinto maternal”—entendido éste como una cualidad natural a su identidad femenina—, se les atribuyen adjetivos relacionados con el amor, la bondad, la renuncia, la entrega; siempre vinculada a la capacidad de dar, madre dadora, nutricia, siempre dispuesta a dar, si es necesario llegar a la renuncia con el propósito de satisfacer las necesidades o deseos del otro (hijos, esposo, compañero, amigas/os, etc.) (Basaglia, 1987).

Este vínculo con “los otros” a través de la prodigalidad es el contenido esencial de la maternidad como institución, que define la identidad de las mujeres y a través de la que encuentran sentido a su existencia; se busca la completud por medio de la satisfacción de las necesidades de “los otros”; así, los deseos de las mujeres se vuelven los deseos de “los otros”.

Sin embargo, otra postura alternativa —aunque consideramos que también complementaria a la anterior— postula que en ese vivir y ser para los otros, las mujeres encuentran también la satisfacción que les dan los hijos, el permitirles que esa necesidad de maternalizar todo en su entorno la cumplan en ellos; a través del trato cotidiano en el proceso de socialización y crianza, las mujeres depositan en los hijos una serie de valores, que en cierta medida recompensan esa expropiación: la compañía que les brindan, el amor que les prodigan a ellos y éstos a ellas, la sensación de felicidad que logran a través de esos ratos y etapas en la cotidianidad, el juego, la diversión.¹

Por otra parte, también lo que ellas perciben, lo que pueden obtener a través de cumplir con esa norma de la maternidad, está relacionado, por un lado, con la valoración social de la mujer en el sentido de que la “familia” existe solamente cuando una pareja tiene hijos, antes no, y de tal forma se adquiere ese estatus al que la mujer aspira; por otro, la percepción de obtener, a través de los hijos, un lazo más fuerte en la unión ya sea matrimonial y aun con más fuerza cuando es consensual.

¹ Si bien esto no ha sido abordado desde la perspectiva de género, sí fue tratado en forma relevante en estudios sociodemográficos en torno a la fecundidad, a partir de lo que se ha denominado valoración de los hijos: valores y desvalores; véase Espenshade (1977), Fawcett (1983), Lindert (1983), Namboodiri (1983) y Palma, Jácome y Palma (1992) entre otros.

Asimismo, en el ámbito psicológico la mujer obtiene una serie de gratificaciones a través de los hijos, que incluyen cuestiones tales como tener una motivación para obtener éxitos y realización, el sentirse más femenina, el tener responsabilidades en la vida, el sentir que sus hijos son la prolongación de ellas mismas y, por otra parte, ese poder que se obtiene a través de la manipulación de los afectos de los hijos en el interior de la familia (Block, 1990; Chodorow, 1989; Espenshade, 1977).

A partir de esas dos perspectivas aparentemente tan disímiles, pensamos que se puede explicar la fuerza con que la mayoría de las mujeres siguen siendo madres, si bien es cierto que, vista desde la primer postura, es asumir la maternidad como algo que despersonaliza a las mujeres, y las hace ver como sacrificadas y víctimas; a partir de la segunda interpretación, las mujeres pareciera que obtienen una serie de satisfacciones y gratificaciones, por lo que consideramos que las dos perspectivas se complementan y juntas pueden ser una interpretación que se acerca más a la realidad, de cómo viven las mujeres la maternidad.

Por otra parte, la procreación, como capacidad inherente a la fisiología de las mujeres, en sí misma, no tiene ningún poder; es la sociedad la que ha depositado, a través del control de esa capacidad, garantizar que los hijos sean consanguíneos; esto es posible sólo si se norma el cuerpo de las mujeres. Esa postura considera que el cuerpo femenino es regulado a través de los contenidos de lo que significa ser mujer, es decir, la conformación de su identidad; esto también se expresa a través de la legitimación de una unión, sea contrato matrimonial o unión libre. Las mujeres, al institucionalizar una unión de pareja, en un contexto patriarcal, ya no tienen derecho a establecer vínculos sexuales con otra persona, y si lo llegan a hacer se hacen merecedoras de fuertes sanciones.

Podemos decir que, mediante el contrato matrimonial, la sociedad reglamenta en qué condiciones se pueden tener relaciones sexuales; puede suponerse que esta forma de normar el acceso al cuerpo y con ello las relaciones sexuales también se extiende a los varones; sin embargo, esto no es así, pues la concepción cultural, que delimita los espacios de interacción entre los sujetos, ha definido también valores morales que van a normar los comportamientos, deseos, formas de sentir, de acercarse al placer y al goce, diversas formas de encontrar la completud, que no son los mismos para varones y mujeres. La expectativa o fantasía es ser reconocida

ante los otros; por lo tanto, en el marco de las representaciones sociales, ser mujer significa ser madre.

De tal forma, pareciera que las mujeres viven la maternidad como una cuestión fundamental que, si bien es cierto las subordina, las expropia y las hace ser “un ser para los otros”, también lo viven como algo gratificante y satisfactorio, por lo que esa parte fundante de su identidad la viven con ambivalencia y conflicto. Es en este sentido, que una de las inquietudes que se desprende de este estudio es conocer de qué manera la identidad genérica de las mujeres se ha redefinido a consecuencia de la adopción de métodos anticonceptivos o si su comportamiento reproductivo se ha modificado por las condiciones materiales en que vive, o por algún otro elemento del contexto cultural. Sabemos que las mujeres cuando deciden regular su fecundidad valoran (en forma consciente o inconsciente) diferentes acontecimientos de su vida diaria; la valoración de los hijos, el significado que la maternidad da a sus vidas, sus condiciones de salud, su relación de pareja, la ausencia de fuentes de trabajo, etc.; todas estas expresiones son incorporadas en el proceso de toma de decisiones que las mujeres efectúan cuando deciden regular su fecundidad.

Es necesario entonces acercarnos a la comprensión de los valores atribuidos a la maternidad, preguntarnos por ejemplo qué sucede cuando algunas mujeres deciden espaciar sus embarazos. Eso significaría atentar contra uno de los valores más altos que constituyen la concepción del cosmos, es atentar contra su propia identidad, aceptar que ya no quiere o ya no desea ser madre, después de haber aprehendido una concepción de lo que debía ser mujer, cuyo cumplimiento la legitima y la hace merecedora de prestigio frente a los demás. La adopción de métodos anticonceptivos puede posibilitar que las mujeres asuman una actitud diferente frente a sí mismas y al mundo, es decir, la práctica anticonceptiva puede ser una vivencia que permita un proceso de reflexión, en el cual las mujeres aprendan a tomar decisiones sobre sus cuerpos, sobre sus vidas, la posibilidad de vivir una sexualidad placentera, de diversificar sus deseos, de ganar espacios que expresen su autonomía como sujeto protagónico en la creación de la cultura.

Por otra parte, en el sentido más amplio, la sexualidad se refiere no sólo a las excitaciones, actividades y representaciones presentes desde el inicio del desarrollo psicobiológico; la sexualidad no constituye un dispositivo ya estructurado previamente, sino

que se va estableciendo a lo largo de la historia individual y colectiva, y se constituye en el seno de estructuras intersubjetivas. En torno al ejercicio sexual existen opiniones, valores y elementos afectivos y esta esfera de componentes refleja los factores ideológicos y culturales de una sociedad.

Existen distintos planteamientos teóricos que desarrollan la manera como se percibe socialmente la sexualidad femenina. Uno de los planteamientos más interesantes ha sido el desarrollado por Franca Basaglia (1987). Esta autora señala que el cuerpo femenino ha sido considerado como un *cuerpo-para-otros*. Plantea que las etapas del ciclo de vida de las mujeres pasan por las modificaciones y alteraciones de su cuerpo; que para la mujer el espacio que le ha sido reservado es su cuerpo, y sobre las funciones naturales de éste se define su existencia; su comportamiento está encaminado a proporcionar cuidados vitales, cuidados afectivos. De esta forma, pareciera que su ser mujer está relacionado con la obligación de proporcionar algo a los demás, dar algo real o simbólico, existir para los otros. Sólo de esta manera se reconoce frente a los demás, no se asocia con el goce y el placer sino con el amor, el compañerismo o la obligación.

Las desigualdades en la adquisición de poder entre los géneros en nuestra sociedad se plasman fuertemente en la dimensión de la sexualidad femenina, que ha sido un espacio en donde existen más prohibiciones, pero también existen concesiones y planteamientos ambiguos. La exageración de las dotes femeninas de seducción en los medios masivos de comunicación, en aras de una supuesta liberación de la sexualidad, se ha convertido en otra forma de control del cuerpo femenino. Parafraseando a Basaglia, se puede plantear que una cultura en donde se exalta el aspecto sexual en la vida de una mujer en detrimento de otras cualidades a desarrollar, impide que esta sexualidad sea verdaderamente suya.

Se sabe que el entorno social influye en la construcción social de la sexualidad y en las modalidades que adopta la conducta sexual de los individuos, pero aún existen muchas interrogantes para saber por dónde cruza la relación entre lo sociocultural y la conducta sexual individual, y en identificar las interrelaciones concretas entre los aspectos anteriores y el comportamiento reproductivo.

Por otra parte, la bipolarización de la sexualidad femenina y masculina es otra construcción social basada en ese sistema de géneros. Se le ha dado a la mujer el lugar de no tener una necesidad

o un deseo sexual, o tenerlo en un grado mucho menor que el del hombre, porque su acercamiento a lo sexual se apoya invariablemente en el amor, en el romanticismo y la ternura. De tal forma, la vida sexual no parece ocupar un lugar central en la vida de las mujeres y mucho menos asociarse con el placer. En ese sentido, a las mujeres se les ha visto como objeto de deseo exclusivamente y pocas veces como sujeto activo, y de ahí la desexualización o la consideración de la sexualidad femenina más como impulso afectivo que como un impulso físico hacia el placer, como lo ha mencionado Vance (1989).

¿Qué tiene que ver la regulación de la fecundidad con la valoración de la maternidad y con el ejercicio sexual?

Sabemos que los seres humanos (varones y mujeres) tenemos en la vida la capacidad de producir con el cuerpo la posibilidad de placer en el cuerpo del otro/a. Pero sólo las mujeres tenemos un cuerpo que produce otro, sólo el cuerpo de las mujeres ha asegurado hasta ahora la sobrevivencia del huevo fecundado y, por lo tanto, de la especie humana. De ahí que el cuerpo femenino sea valioso en las edades reproductivas, pues posee un poder particular, específico de las mujeres. No es que el cuerpo femenino como entidad biológica tenga poder, son las sociedades las que se lo otorgan. Para asegurarse un control efectivo sobre la reproducción es necesario actuar también sobre la sexualidad, lo que requiere reglamentar el acceso al cuerpo femenino (De Barbieri, 1991).

Cuerpo y sexualidad sobrevalorados son ejes sobre los que se estructura su condición genérica y la opresión. Los principios que la mantienen en la dependencia y, también, los espacios en los cuales se funda y desarrolla la opresión que totaliza sus vidas, como grupo social y como particulares. Por esto, al mismo tiempo cuerpo y sexualidad son instrumentos y sus espacios de poder, porque están a disposición de la sociedad y de la historia, en la forma en que cada sociedad ha necesitado y decidido que sea.

Así, la dicotomía entre la fecundidad natural y la controlada es una construcción ideológica que pone de manifiesto la relación entre el poder y la sexualidad. La reproducción no ocurre en individuos aislados, sino en sociedad. La reproducción biológica de la población es inseparable de la reproducción social o de los sistemas sociales como un todo.

Cada sociedad organiza e interviene en diferentes momentos de la secuencia del proceso reproductivo. Cada momento de la secuencia reproductiva ofrece una oportunidad para la toma de decisiones y el manejo de conflictos. Los factores que gobiernan la organización de estos diferentes momentos se relacionan con las formas de organización social, la división sexual del trabajo, los sistemas de representación y, especialmente, con las concepciones acerca de las formas de relación entre los géneros. Dependiendo de la organización de estos factores en un momento dado, podemos hablar de diferentes sistemas o diferentes modelos de reproducción.

Cada sociedad establece guías para distinguir los casos en los que la reproducción es permitida, e incluso requerida, de aquellos en los que la sexualidad no debe llevar a la procreación. Cada sociedad establece normas para limitar la multiplicidad de formas que puede adoptar la sexualidad. Una de las formas institucionales de la sexualidad reproductiva y de la no reproductiva es la que divide la reproducción para las esposas y la no reproducción para las prostitutas. La sexualidad conyugal, sobre todo al inicio de la vida en pareja, es uno de los espacios en donde la reproducción no sólo es permitida sino alentada.

Como asientan Rodríguez *et al.*, (1995), las creencias, mitos y experiencias propias de cada sexo son distintas y complementarias al mismo tiempo, de manera que se establece una relación que reproduce los estereotipos de género para ambos. Los mitos y creencias alrededor de la sexualidad operan en un nivel no consciente que, a pesar de ser contradichas por la racionalidad y la información, suelen convertirse en parte de la identidad y definición del ser varón o ser mujer.

Las construcciones subjetivas en relación a la sexualidad parecen tener un fuerte vínculo con las creencias de la religión judeo-cristiana, en lo que respecta a una marcada necesidad de negar el erotismo femenino en favor de una sexualidad reproductiva. La perspectiva que equipara la sexualidad femenina a la función reproductiva parece tener consecuencias directas en la manera como se vive la sexualidad y en las acciones que se implementan para evitar un embarazo.

En sociedades fuertemente sexistas y de gran represión sexual —como son las latinoamericanas—, la maternidad es una institución por medio de la cual se justifica el ejercicio de la sexualidad

femenina y su razón de ser en el mundo. A este discurso, que no ha perdido su vigencia hoy día, se sobrepone otro que le dice a las mujeres que sean menos madres, que tengan sólo los hijos que puedan alimentar, cuidar y educar; es decir, en la práctica de la anticoncepción y en el discurso que la promueve hay una desvalorización de hecho y simbólica de la función materna como se vivía y pensaba anteriormente. Esto es, se promueve otro tipo de maternidad, y por ende otra valorización, donde la razón y la capacidad de incidir en ella es fundamental a partir de la utilización de la metodología anticonceptiva, ya que es una maternidad controlada, espaciada y limitada, y su elección pareciera ser el resultado de un proceso racional y explícito, una vez valoradas sus ventajas y desventajas en términos económicos, emocionales y de salud, tanto para la mujer como para la pareja.

Pero a la vez, el contexto social y cultural —esto es, las distintas situaciones económicas, la Iglesia, los organismos estatales, los medios de comunicación, parientes y amigos— obligan a las mujeres a tener hijos. Las mujeres no pueden optar por no tener hijos y hacer un proyecto de vida que, asumiendo la sexualidad, no pase por la maternidad, sin ser objeto de la preocupación, el desconcierto y rechazo que genera esta opción (De Barbieri, 1985: 110).

En el discurso se reconoce que la decisión de adoptar un método anticonceptivo depende, no sólo del acceso que se tenga al mismo, sino que es un proceso más complejo en el que se valoran los medios de regulación de la fecundidad desde una perspectiva psicológica, social y de acceso y evaluación a las diferentes fuentes de obtención. En este sentido, la promoción y difusión de la metodología anticonceptiva es argumentada en el discurso de las políticas y programas de población, en términos de favorecer el mejoramiento de la salud materno-infantil, pero también posibilitar que la población que hace uso de ella, especialmente las mujeres, puedan acceder a otras opciones que no se circunscriban únicamente a la maternidad o paternidad, según sea el caso. De tal forma que al planear sus embarazos se contribuya a la realización de otras actividades como la incorporación al mercado laboral y al estudio, entre otras, además de las que se derivan de la reproducción y cuidado de los hijos.

Sin embargo, habría que reconsiderar estas aparentes ventajas que trae consigo el uso de la anticoncepción en determinados ámbitos, donde es imposible desarrollar esas otras actividades

porque es inexistente o limitado el acceso real al mercado laboral o a la educación. Así, vemos que la maternidad y el ejercicio sexual son vivencias que tienen que ser incorporadas en el estudio del comportamiento reproductivo de las mujeres, pues ambas constituyen —en un mundo clasista-sexista— el punto nodal en el cual se sustenta la apropiación del cuerpo femenino y por tanto de la identidad genérica de las mujeres. Queremos analizar esta experiencia en relación con otras vivencias, pues la valoración de la maternidad, así como el ejercicio sexual pueden modificarse a partir de la experiencia vivida como madre.

No proponemos que estas afirmaciones —descritas, elaboradas y retomadas en este planteamiento teórico— sean tajantes, definitivas o universales, sino únicamente esquematizan una muestra del tipo de interpretaciones que se le han dado a las construcciones sociales alrededor de la identidad de los géneros. Precisamente en cuanto construcciones sociales, asumimos que pueden irse modificando e incidiendo sobre ellas, a partir de la identificación de las formas en que se fomentan y reproducen, a la par que de la manera en que las personas individuales van repitiéndolas o bien van construyendo otras interpretaciones, a partir de sus realidades específicas y de sus historias concretas. Es decir, no se da como algo determinado e inescrutable en lo que no se puede intervenir, sino como una referencia compleja, reproducida durante muchos años por mecanismos ideológicos y culturales, pero al final de cuentas construcción social, que puede llegar a transformarse, por complejo que esto resulte.

La perspectiva cualitativa en los estudios sobre comportamiento reproductivo

El problema que nos ocupa, además de tener referencias en otras investigaciones dentro de esta línea, tiene básicamente sus inicios en la revisión de algunos de los resultados obtenidos en el estudio sobre “Determinantes de la práctica anticonceptiva en México” (Edeпам) llevado a cabo en 1988 en la Dirección General de Planificación Familiar (Figueroa *et al.*, 1988). Una de las reflexiones que nos interesó fue que la maternidad y la sexualidad ocupan papeles importantes, ya que en función de la percepción que se tenga de la posibilidad de decidir y ejercer la propia sexualidad —en parte permeada por relaciones de poder en la pareja, pero

también por valoraciones sociales—, se darán opciones o existirán las mismas para acceder o para planear ideales definidos alrededor de esos ámbitos. Paralelamente, la forma en que se proyecte esa construcción de la maternidad en el proceso vital de las mujeres puede definir su grado de motivación para llevar a cabo algo que modifique sus potenciales reproductivos.

La necesidad de continuar en la profundización de este comportamiento y de algunos de sus elementos como ejes de este proceso, fue lo que nos llevó a plantear una investigación sustentada en una metodología que recogiera evidencias sobre todo de corte sociocultural, y que nos ayudaran a explicar más en profundidad la conjugación o diversidad de factores que se encuentran inmersos y entrelazados en las decisiones sobre reproducción, teniendo siempre presente que la búsqueda que nos hemos planteado es sólo una parte de sus componentes. La necesidad de visualizar dicho comportamiento desde otra perspectiva, por ende también nos permitirá observar el comportamiento particular de las mujeres desde otros ángulos que no habían sido considerados como importantes para la toma de decisiones reproductivas.

Para lograr nuestros objetivos, decidimos hacer la búsqueda a través de técnicas (entrevistas a profundidad) que nos permitieran conocer y profundizar dentro de lo posible, en todo ese proceso que lleva a una mujer a tomar una decisión en el campo reproductivo, ya sea en forma consciente o no, haciendo un énfasis especial en aquellos momentos clave de una decisión como lo son la unión, la primera relación sexual, el primer hijo, entre otros.

A través de la técnica seleccionada, en el presente proyecto se intenta profundizar precisamente en valoraciones que son difíciles de expresar, y que se encuentran matizadas por toda una serie de aspectos objetivos pero también subjetivos, no del todo conscientes, respecto a la maternidad y ejercicio sexual. La toma de decisiones no necesariamente implica una secuencia, tanto en términos temporales como espaciales de pasos a seguir, donde se tenga “claro” qué es lo que se busca y cómo se intenta conseguir, sino un proceso en el cual la motivación y los costos se puedan dar al mismo tiempo y, a su vez, incidiendo recíprocamente.

Nuestra propuesta recupera la conceptualización sobre la toma de decisiones que, en última instancia, permea toda la investigación, dado que el tener hijos, hacer uso de la anticoncepción, tener relaciones sexuales, o no, son eventos en la vida de cualquier mujer

que tienen que ver con decisiones ya sea “racionales” o “inconsistentes,” que están obligadas a adoptar a lo largo de su vida.

En este sentido, el énfasis de nuestra propuesta se encuentra permeada por la perspectiva de género, en términos de lo que a la mujer se le ha inculcado desde su primera etapa de socialización, y que va conformando su identidad genérica; en tal sentido nos preguntamos ¿qué tantas posibilidades tiene una mujer de decidir, cuando la norma social le dicta a ella que el ser madre y el no gozar su sexualidad es lo que le toca en la vida? Es decir, tratamos de acercarnos a esa parte de la cultura y al grupo al que pertenece, en términos de lo que se podrían llamar las decisiones “no racionales”, porque se van adquiriendo y aprehendiendo sin que uno quiera o se dé cuenta y que, además, van conformando esa identidad que nos va a conducir por la vida.

Si los elementos centrales de nuestra propuesta están puestos en la valoración de la maternidad y el ejercicio sexual —que son ejes fundantes de la identidad de la mujer—, la de género es una perspectiva que nos permitirá entrar en esa subjetividad y, además, en ese contexto cultural que la va delineando y conformando. Lo central de nuestra propuesta teórica no se puede separar de la propuesta de acercamiento a la realidad, por tanto se eligió la entrevista abierta, que le permitiera a la mujer no encasillarse en preguntas y respuestas, sino hablar, si bien no en total libertad porque es a través de una guía, sí ir estructurando parte de su vida, y lo más importante ir estructurando procesos, de tal forma que aunque el marco conceptual es una guía para delimitar la información que requeríamos, también la propuesta analítica nos proporciona la oportunidad de reconstruir los conceptos.

Por otra parte, las dimensiones o grupos de variables seleccionadas en las entrevistas, tienen una secuencia temporal, en términos de lo que sería una decisión a través del ciclo de vida de la mujer, que es una dimensión que organiza los tiempos de vida de ellas, y no mediante cuál sería el siguiente paso de una decisión en específico. Como se ha plasmado, este proyecto surge como inquietud de seguir ahondando en el comportamiento reproductivo de la población. La búsqueda nos obliga a incursionar desde otra perspectiva, que permita visualizar a la mujer como un todo y no fragmentada, que ponga énfasis en la mujer como un ser integral inserto en una cultura y contexto determinado. Una en la que se tome en cuenta la posibilidad de ir reconstruyendo sus vivencias

desde la infancia —la cual se da fundamentalmente en la unidad doméstica—, así como que permita identificar qué tan importantes son esos dos elementos en la construcción de su identidad genérica. Por tales razones, es la perspectiva de género la propuesta central para analizar el proyecto.

El abordar este proyecto desde perspectiva tal permite introducirnos al cómo se va construyendo la identidad de la mujer, en el sentido de ir desdibujando esa parte que va más allá del mero hecho biológico de haber nacido hombre o mujer, es decir, ir hilando la trama de ese tejido social en el entorno que la hace convertirse en un ser con cierta identidad propia de su género. A continuación presentamos la forma en que decidimos acercarnos a las mujeres, a fin de que conjuntamente con ellas, intentáramos reconstruir esa parte de su identidad genérica, la valoración de la maternidad y el ejercicio sexual, así como la posible relación que existe entre ellas.

ESTRATEGIA DE ACERCAMIENTO A LA REALIDAD ESTUDIADA

El estudio y explicación de las mediciones —que en su momento cumplieron su objetivo— no han permitido entender la complejidad del comportamiento reproductivo como un proceso integrado por factores estructurales macrosociales, características individuales, psicológicas, culturales, económicas y biológicas (Rubin, 1989; García y Garma, 1989).

Dadas a la tarea de intentar comprender la compleja red de interacciones e interrelaciones individuales y sociales que den cuenta de ciertas valoraciones que signan la experiencia de la maternidad, el ejercicio sexual y su posible vinculación con la regulación de la fecundidad, construimos ciertos instrumentos que nos permitieran explorar la expresión no sólo individual de esta experiencia, sino también los significados colectivos predominantes en los ámbitos en los que ellas se encuentran inmersas, es decir, su comunidad.

Entrevista a la mujer

En un primer momento elaboramos un breve cuestionario estructurado que recopiló información sobre características socioeconó-

micas y sociodemográficas en la vida de las mujeres. La aplicación de estos cuestionarios estructurados nos permitió registrar hechos específicos acontecidos en su vida, que nos dieron elementos para caracterizarlos por grupo social, de acuerdo a algunos elementos de la unidad doméstica, así como también demográficamente.

En segunda instancia, consideramos necesario llevar a cabo una entrevista grabada con las mujeres, a través de una guía preelaborada, buscando crear las condiciones para que se expresaran verbalmente y proporcionaran no sólo información, sino también dialogaran y reflexionaran sobre su maternidad y ejercicio sexual, como experiencias que definen la construcción individual y social de la identidad femenina. Para estos fines la entrevista se conformó teniendo como hilo conductor el ciclo de vida y la unidad doméstica. Nuestro instrumento se circunscribe a las características de la llamada entrevista a profundidad. Ésta permite ampliar las posibilidades de interpretaciones, hipótesis y explicaciones ante las experiencias y sus significados que viven las mujeres dentro de las temáticas que articulan nuestro estudio. Así también, deja indagar dimensiones culturales, interaccionales y sociales involucradas con nuestro problema de estudio. Se trata de un recurso que intenta acceder a “un conjunto de significados y sentidos de lo vivido. Estos están traspasados por sus propias vivencias personales, pero en otro sentido integran una dimensión más amplia: lo social” (Díaz Barriga, 1992: 171), con el objeto de alcanzar o dar cuenta más allá de la singularidad de cada mujer.

La complejidad psicosocial y cultural de nuestro estudio exigió la definición de la entrevista a profundidad desde distintos referentes teóricos de diversas disciplinas de las ciencias sociales, con el fin de no limitar su alcance y posibilidades al definirla desde un único enfoque referencial o de disciplina. Sin embargo, los conceptos utilizados son complementarios, en el sentido de que convergen sobre el eje de definirla como una entrevista abierta, permitiendo al entrevistado estructurar el campo de la entrevista (opuesto, por lo tanto, a la idea de “cuestionario”), acompañado por un entrevistador cuya función es “procurar la palabra”,² esta-

² Las interrogaciones se formulan de tal manera que propician que la mujer reflexione sobre cómo ha articulado su historia personal con el momento actual, posibilitando una forma de asociación libre.

bleciendo asociaciones que signifiquen su experiencia. La entrevista fue utilizada como estrategia de indagación que permitió ir reconstruyendo, junto con las mujeres, algunas de las experiencias que han ido conformando su cotidianidad, y por lo tanto construyendo su identidad femenina, induciéndolas a valorar estas experiencias.

Partimos del supuesto de que cada mujer tiene organizada una historia de su vida y un esquema de su presente, que ha establecido en un repertorio de significados de sí misma —que esperábamos se pusieran en juego o exteriorizaran en la situación de entrevista—, aunque tampoco descartamos la posibilidad de que en ella la mujer fuera reorganizando o reestructurando significados de algunas etapas de su vida que aún no había integrado a su propio relato.

Intentamos procurar significados y asociaciones evocando a la memoria, penetrando en recuerdos, silencios, objetividades y subjetividades, armando y desarmando retrospectivamente —como un rompecabezas— algunos de los eventos que han conformado su ciclo de vida. Por lo tanto, fue necesario reconstruir el ciclo de vida de las mujeres como estrategia para acercarnos a la valoración que éstas han atribuido a la maternidad, el ejercicio sexual y el comportamiento reproductivo en distintos momentos de su vida, pues consideramos que la valoración y percepción que se tiene de esta vivencia puede modificarse a partir de la experiencia individual y social vivida por cada mujer, que es lo que la va construyendo.

*Ciclo de vida y unidad doméstica*³

El ciclo de vida puede conceptuarse como la dimensión organizadora del tiempo biográfico. En este se privilegian acontecimientos que constituyen transiciones importantes en la vida de las mujeres (Jelin y Feijoo, 1983). Estas transiciones se hallan incluidas en momentos o etapas tales como: proceso de socialización, escolaridad, adolescencia, ingreso al trabajo, abandono del hogar familiar,

³ Este subcapítulo fue desarrollado en el presente artículo como parte de la estrategia de acercamiento a la realidad, porque el ciclo de vida y la unidad doméstica fueron los ejes que nos sirvieron de guía para ir reconstruyendo la vida de las mujeres, pero también debe entenderse que son propuestas teóricas que retomaremos para analizar la información e incluso en el marco teórico de la investigación están desarrolladas “como tales”. Véase Nájera, López, Zurita y Aparicio (1993).

formación de un hogar independiente, conductas relacionadas con la procreación, menopausia y vejez (Jelin y Feijoo, 1983).

Dichos “momentos o etapas de transición” pueden implicar rupturas o reafirmaciones de la valoración de la maternidad, del ejercicio sexual y el comportamiento reproductivo, debido a que algunas de esas transiciones traen consigo la posibilidad de relacionarse con otros o acceder a otras formas de vivir y de concebir la vida, o bien como la menopausia y la vejez que de alguna manera significan por sí solas momentos especiales tanto biológicos, individuales como sociales.

Las transiciones definen las posiciones de las personas y las prácticas sociales y, por lo tanto, no son acontecimientos propios del individuo. Cada una de ellas se da dentro del conjunto de relaciones sociales en el que se define la persona. En tanto institución a cargo de las tareas ligadas al mantenimiento y reproducción de la población —organización básica de la vida cotidiana—, la familia constituye el marco indispensable para el análisis de las transiciones en el ciclo de vida (Jelin y Feijoo, 1983).

Para acercarnos a las formas de vida de las mujeres, se hizo necesario encontrar un ámbito en donde se manifiesten sus valores, sus tradiciones, sus creencias, sus formas de relacionarse con los otros, pues es a través de comportamientos concretos como expresan la concepción que tienen de la vida y de ellas mismas, y aunque sabemos que este ámbito representa una esfera íntima de la mujer, asumimos que por lo mismo se constituye en un espacio privilegiado de construcción social de la identidad genérica. Por lo tanto, este espacio es la unidad doméstica, espacio de socialización en donde son aprendidos y asimilados los valores, conceptos e ideas que determinan el comportamiento y posición frente a diferentes costumbres, tradiciones, hábitos, que generacionalmente se transmiten de padres a hijos.

Asumimos que la identidad de las mujeres está ligada a su posición dentro de la familia, así entonces, esta perspectiva permite ligar la transformación a lo largo del ciclo doméstico de la familia con las transiciones en el ciclo de vida de la mujer (Jelin y Feijoo, 1983: 149). El concepto de unidad doméstica “alude a una organización estructurada a partir de redes de relaciones sociales establecidas entre individuos unidos o no por lazos de parentesco, que comparten una residencia y organizan en común la reproducción cotidiana” (Aries, 1989).

Es en el espacio doméstico donde las mujeres inician un proceso de aprendizaje, la transmisión de una cultura. La forma de organización de la unidad doméstica supone normas que reglamentan y definen las actividades que cada uno de sus miembros debe realizar en las diferentes etapas de su ciclo de vida, con el propósito de satisfacer las necesidades de producción-reproducción. La unidad doméstica es el lugar en el cual, no sólo se reproducen las condiciones materiales indispensables para satisfacer las necesidades primarias de sus miembros, es también el espacio en donde se articulan estrategias compartidas por sus integrantes que posibilitan la continuidad de la familia.

Esta continuidad puede estar orientada de diferente manera —según el estrato socioeconómico de la familia— y se basa en formas de autoridad interna y de división sexual del trabajo que reposan en códigos culturales e ideológicos que a su vez tienen su propia dinámica reproductiva. Las estrategias de reproducción que los integrantes de la unidad familiar estructuran e implantan están condicionadas por la relación que los componentes de ésta tengan con los medios de producción y organización de la estructura familiar por edad, sexo, escolaridad, que influyen en la composición de la fuerza de trabajo.

Una de estas estrategias es el trabajo que realizan las mujeres, es decir, el trabajo doméstico. En éste se incluyen las actividades vinculadas a la reproducción y mantenimiento de la cotidianidad de los miembros de la unidad familiar. Estas actividades incluyen la socialización de los niños (transmisión de valores, costumbres, creencias, ideología), procesamiento de alimentos, limpieza de la vivienda, higiene de los menores, cuidado de la salud de sus integrantes, y todos los cuidados físicos y emocionales que requiere cualquier ser humano para poder relacionarse en un contexto social. Es en estas actividades que la mujer vive la maternidad.

Como ámbito de la vida privada, la unidad doméstica posee ciertas connotaciones. Es el lugar de los sentimientos; también el de la satisfacción de diferentes necesidades como alimentación, salud, crianza de los niños. El proceso de socialización implica diferenciación de trato, cariño y manera de relacionarse entre hombres y mujeres, así como también diferencias en las expectativas que se constituyen alrededor de ellos mismos. En este complejo de relaciones sociales al interior de la unidad doméstica —pensada como espacio de socialización— es importante resaltar que es aquí

también donde se generan y reproducen cotidianamente diversas relaciones jerárquicas y de poder entre la pareja y entre los integrantes de la pareja y sus descendientes.

Así, la unidad doméstica, como espacio de socialización, representa el ámbito donde, de acuerdo al transcurso de la vida de las mujeres, se va construyendo permanentemente la identidad genérica y reproduciendo toda una serie de valores, creencias, pautas de comportamiento, etc. De aquí la importancia de retomar, tanto a la unidad doméstica como al ciclo de vida, como hilos conductores de la entrevista.

Estrategia de entrevista a la mujer

Como entrevistadoras requerimos ser sensibles, además de estar informadas de todos los aspectos de la investigación, y aunque la mujer entrevistada tuvo la libertad de abordar el tema como quiso, fue guiada —imprimiendo al encuentro personal un carácter de semidirección— por preguntas diseñadas para procurar la expresión de una serie de ideas, sentimientos y valoraciones que permean su experiencia respecto a su maternidad, ejercicio sexual y comportamiento reproductivo.

Sin embargo, procuramos cuidadosamente ofrecer cuestionamientos suficientemente ambiguos que posibilitaran la mayor puesta en juego de la personalidad de la mujer, siempre y cuando se circunscribiera al encuadre⁴ de la entrevista. Si bien como entrevistadoras construimos hipótesis alrededor de la temática a explorar que sirvieron al equipo de investigación para conformar una guía, fueron las entrevistadas quienes, a partir de su discurso, generaron nuevas hipótesis y líneas de indagación posibilitando, por un lado, redefinir el cómo de la entrevista y, por otro, la elección de nuevos informantes.

La entrevista nos permitió ahondar en el ciclo de vida al explorar las temáticas de nuestro estudio en etapas que suponemos

⁴ El encuadre definió las “condiciones” de la entrevista, y se estableció en el momento de presentación con la mujer objeto de la misma; aquí se definió el por qué y para qué de la entrevista; qué se haría con la “información” proporcionada y su carácter de confidencial; el tiempo y espacio en el que se llevaría a cabo, a fin de contar con su colaboración voluntaria, y la forma como registraríamos la “información”.

estructuran momentos importantes en la vida de las mujeres, y que además son importantes para la investigación, ya que representan circunstancias cruciales donde a partir de ellas, se constituyen y concretizan las valoraciones que son de nuestro interés. Así, la guía de entrevista integró los siguientes seis momentos en los cuales las situamos durante el proceso de entrevista: 1) etapa de socialización; 2) cortejo y enamoramiento; 3) inicio de la vida reproductiva; 4) toma de decisiones sobre el primer hijo; 5) entre el primer hijo y las decisiones actuales, y 6) decisiones actuales.

Aunque como investigadoras estructuramos un sistema de preguntas alrededor de la temática explorada, se buscó profundizar más allá de la primera respuesta, provocando una serie de asociaciones que ampliaran e incluso contradijeran la historia que escuchábamos y procurando que la mujer diera pautas para la comprensión de ciertos elementos significativos en su propio discurso. Para lograr este objetivo, recurrimos al uso del llamado interrogatorio circular (Penn, 1982), como herramienta para recabar información con base en la retroalimentación que recibíamos de la mujer entrevistada en respuesta a la información solicitada, es decir, delineando un proceso de producción de información entre entrevistadora y entrevistada.

Si bien la situación de entrevista procuró generar situaciones en las que pudimos observar parte de la vida de la mujer, sólo fue esa parte que ella se permitió desarrollar en relación a nosotros y frente a nosotros;⁵ no olvidemos además que la dinámica que se estableció propició que la conducta de ambas fuera interdependiente, es decir, como entrevistadoras formábamos parte del campo de investigación, condicionando en cierta medida los fenómenos que registramos.

⁵ En el contexto teórico-metodológico de nuestro estudio, el instrumento no hizo más que reflejar lo que corresponde a las características de personalidad de las mujeres estudiadas frente a la situación social investigada. Las experiencias recabadas no eran evaluadas en función de que fueran ciertas o falsas, sino como grados o fenómenos de la personalidad de cada mujer que colaboraba con nosotros, y que más tarde podremos considerar como información adyacente que permita reconstruir parte del contexto de pertenencia resignificando las historias que nos contaron.

Entrevista a informantes clave

Para los fines de este proyecto y desde la perspectiva central con la que los estamos abordando, consideramos fundamental explorar también el contexto social y cultural en el que se desenvuelven diariamente las mujeres entrevistadas, y donde se viven y reproducen valoraciones sociales respecto a la maternidad y al ejercicio sexual. Por ello, consideramos imprescindible entrevistar a ciertos personajes, denominados informantes clave, es decir, aquellas personas que por su papel social poseen un reconocimiento especial o representatividad en el interior de las comunidades.

Los informantes clave tienen un papel principal para este proyecto ya que representan fuentes de información de las costumbres, tradiciones, rituales, opiniones, elementos de cambio social o resistencia social, que imperan en las comunidades o grupos de estudio. A fin de que la información recabada tuviera un carácter más reconstructivo de lo colectivo, se reunieron por un lado pautas de comportamiento, creencias y valores sociales y culturales de la comunidad desde el “ser” y “deber ser” de cada mujer entrevistada y, por otro, la percepción de su grupo de pertenencia, pues se pensó en explorar las temáticas de nuestro interés en informantes clave. Estas entrevistas tuvieron como objetivo conocer a fondo el contexto en que se desenvuelven las mujeres y así “escucharlas” en su lugar de pertenencia de tal forma que, por una parte, recopilamos el “deber ser” en la comunidad y, por la otra, lo que viven y sienten las mujeres. Las entrevistas de este tipo permiten recopilar información significativa para el entendimiento de un hecho comunitario que no siempre es posible observar.

Así, este tipo de informante representa “[...] un sujeto que conoce la historia de una serie de microprocesos que signan una experiencia comunitaria, puede dar una información privilegiada sobre diversos eventos, sentidos, historias y narraciones que no están documentadas. Una serie de informantes con estas características permiten reconstruir de una manera privilegiada una experiencia colectiva. Ellos portan de alguna forma la memoria de lo colectivo” (Díaz Barriga, 1992: 174). Si bien es cierto que cada informante percibe la valoración de la maternidad y ejercicio sexual según su personal punto de vista, así como por sus características personales, laborales o bien del reconocimiento y representatividad dentro de la comunidad, ello no impide que a

partir de la información proporcionada (re)construyamos ese "deber ser" dominante en el contexto en que viven las mujeres entrevistadas, y que de alguna manera incide en las valoraciones de ellas respecto a las temáticas de nuestro interés. Dicha incidencia se da en términos de permear las valoraciones personales de las mujeres, si bien puede haber una intencionalidad social a través de normatividades habladas y no habladas, escritas y no escritas, que a veces se mantiene por relaciones conflictivas, tensas y a veces tan sutiles y elaboradas que puede que los mismos partícipes no tengan plena conciencia de su papel en tales desarrollos sociales.

Existen instituciones formalmente establecidas como la Iglesia, las instituciones de salud y las educativas, pero también ámbitos como los medios masivos de comunicación, la educación informal, la familia y las relaciones de pareja que fomentan y reproducen construcciones sociales alrededor de la identidad de los géneros prevalecientes en una comunidad, en un momento determinado. Los criterios de selección, de estos informantes clave, nos llevaron a separarlos en tres grandes grupos: en el primero ubicamos a las autoridades municipales, como el presidente municipal y otros representantes locales, que por su carácter de autoridad nos proporcionarían información formal. En el segundo grupo, ubicamos a los médicos, auxiliares de salud, enfermeras, maestros, sacerdote o dirigentes de otros cultos religiosos, autoridades indígenas y antropólogos que, aunque manejan elementos institucionales, su contacto directo con la gente de las comunidades los hace informantes que podríamos denominar mixtos. La relación directa y constante les permite ver la respuesta social de los miembros de la comunidad, en su conjunto e individualmente.

En el tercer grupo, ubicamos a los que denominamos personajes populares, que son todos aquellos que emanan en forma directa de la misma comunidad, y que si no son nacidos en ella han vivido mucho tiempo allí, poseen un amplio y profundo conocimiento de ella y una formación surgida de la propia gente, de su manera de actuar y de pensar, de sus respuestas ante opciones de cambio o de resistencia a aceptar modificaciones a su cultura. En este grupo contemplamos parteras o comadronas, curanderos, ancianos y cronistas.

Estrategia de la entrevista a informantes clave

La aplicación de las entrevistas a informantes clave estuvo dividida en dos partes. En la primera aplicamos un pequeño cuestionario estructurado con el fin de recopilar la información referente a algunas características socioeconómicas y sociodemográficas. Posteriormente, realizamos una entrevista dirigida y grabada, en la que les preguntamos a todos sobre algunos elementos del proceso de socialización, cortejo y enamoramiento, valoración social de la maternidad y del ejercicio sexual, así como también sobre las prácticas anticonceptivas existentes en la comunidad. La parte final planteó preguntas específicas de acuerdo al trabajo o papel desempeñado por cada informante en el interior de la comunidad, respecto a las temáticas a investigar.

La entrevista nos permitió ahondar en las interpretaciones que los agentes sociales le han dado a las construcciones sociales alrededor de la identidad de los géneros, reconstruyendo una referencia compleja reproducida por mecanismos ideológicos y culturales. Aunque identificamos a los agentes sociales como transmisores de interpretaciones que mantienen relaciones de poder y desigualdad entre los géneros, en cuanto construcciones sociales, asumimos que éstos pueden irse modificando y puede influirse sobre ellas a partir de la identificación de las formas en que se fomentan y reproducen pero también de la manera en que las mujeres, en forma individual, van repitiéndolas o bien reinterpretándolas a partir de sus realidades específicas y sus historias concretas. Por lo tanto en algún momento se buscará hacer comparaciones entre la forma en que algunos agentes sociales relevantes y las mujeres han sido capaces de reproducir, verbalizar y expresar valoraciones sobre la maternidad, el ejercicio sexual y el comportamiento reproductivo.

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

La trama de interrelaciones que intentamos desentretelar, centrándonos en la valoración de la maternidad y el ejercicio sexual para identificar cómo se conforma parte de la identidad genérica de las mujeres, nos permitirá modestamente aportar algunos elementos y reflexiones para que al instrumentar las políticas de población,

en el sector salud, se recuperen parte de los componentes de completo estado de bienestar físico, mental y social, en la conocida definición de salud de la Organización Mundial de Salud.

Si bien en el discurso se plasma ese equilibrio, existen evidencias de que en la puesta en marcha de las políticas no se han logrado abordar algunas de esas dimensiones para llevarlas a cabo. Parte de esas evidencias tienen que ver principalmente con el tipo de evaluación que se efectúa, al menos en lo que se refiere a planificación familiar, por medio de programas y acciones que más se acercan o están más relacionados con la salud de la mujer.

Punto de reflexión es que las políticas de cobertura de servicios de planificación familiar hayan limitado su acción fundamental a la introducción, en gran escala, de la tecnología anticonceptiva para las mujeres, aunque se tome actualmente como eje buscar el bienestar, tanto de la madre como de los hijos, y no únicamente el descenso de la fecundidad. Sin embargo, aun con esta postura se está dejando de lado la complejidad individual y social del comportamiento reproductivo, dado que todavía se reduce la salud a los efectos físicos. De tal forma, pareciera que el componente al que más se han abocado los programas es el físico, la dimensión biológica, descuidando los otros dos componentes: el mental y el social, con lo que el completo estado de bienestar que se persigue queda imposibilitado.

En ese sentido, intentar reconstruir la identidad genérica de la mujer, como proceso que está vinculado a la forma en que ésta internaliza el bagaje cultural de su entorno, permitiéndole su desarrollo como persona, nos dará elementos que permitan recuperar esos componentes que están plasmados en el discurso. Ese proceso de definición de la identidad genérica va marcando espacios muy bien delimitados para las mujeres, que si bien han sido vividos y vistos como los lugares de opresión y de conflicto, en tanto no se ha reconocido la importancia que tienen al nivel de la reproducción social y cotidiana, nos marca otra pauta de dirección en torno a la cual se puede repensar la salud de la mujer, y cómo tratar de abordarla en una forma distinta.

En tanto la mujer siga viviendo su identidad genérica como lugar de opresión, tensión, sojuzgamiento, de conflicto y ambivalencia, su desarrollo como persona no será de total completud y el desarrollo de todas sus capacidades será incompleto. En tanto no se reconozca esto, cómo se puede hablar de un total estado de

salud en la población, tomando en cuenta la importancia del papel que juegan como reproductoras sociales? ¿cómo es que una sociedad puede estar “sana”, cuando esa parte de la población a la que se le ha asignado el papel de reproductora cotidiana, de transmisora de valores y normas, vive esta cotidianeidad precisamente como lugar de opresión y de conflicto?

Habría también que tratar de esclarecer esa relación entre maternidad, ejercicio sexual y regulación de la fecundidad, que nos lleva a tratar de desentrañar cómo es que vive la mujer su ejercicio sexual, si es únicamente en relación a su deseo de ser madre o, por otro lado, si encuentra placer en él y por ello vislumbra el uso de algún anticonceptivo como algo que le puede proporcionar goce en la relación sexual, sin la amenaza del embarazo. Pero también habría que preguntarse ¿cómo es que puede hacer uso de la metodología anticonceptiva, aun teniendo acceso a ella, si la valoración que le otorga es a instancias de la censura social y comunitaria, o la prohibición de su pareja no se lo permite?

Reflexiones preliminares —que no resultados— a partir del trabajo de campo, nos permiten repensar la realidad de la salud de las mujeres. Si bien el presente proyecto incursionó en la utilización de la entrevista en profundidad como recurso de indagación y construcción de la experiencia de cada mujer, no por ello obtuvimos datos que nos permitieran generar acciones de gran cobertura e incidencia; aunque identifican un complejo abanico de expresiones individuales que signan la construcción social de la identidad genérica y, en este sentido, estaríamos hablando de aportar elementos para esas dos dimensiones de la salud que no han sido consideradas, la mental y la social.

Debe señalarse que la inquietud por abordar estas temáticas de estudio no es únicamente la lógica de caracterizar ciertas realidades observadas, sino incluso imaginar intervenciones sociales, modificaciones a políticas públicas, o incluso propuestas para organizaciones de la sociedad civil, que permitan modificar relaciones de desigualdad en el quehacer de la maternidad y la sexualidad como dinamismos básicos del quehacer humano.

En esta primera aproximación se intenta reconstruir discursos alrededor de la sexualidad y la maternidad, y se deja la posibilidad abierta de hacer algunas comparaciones. En una reflexión futura sería obligado indagar con las mujeres su interpretación directa del mensaje de los agentes sociales, y paralelamente lo que estos

interpretan o el papel y la importancia que dan a las valoraciones individuales de las mujeres con las que interactúan, y a las que en cierto momento dirigen, educan o asesoran dependiendo de la connotación y postura ideológica y política que cada uno asume. Importa no suponer relaciones unilaterales ni con una completa pasividad por parte de la población, donde se acepte acríticamente todo aquello propuesto por los agentes sociales, pero también se sugiere la necesidad de hacer explícita en la investigación el tipo de actitud y de postura que es característica en ambas partes en las relaciones sociales entre agentes e individuos específicos.

Esta oportunidad conjunta con las protagonistas de reconstruir historias que definen las concepciones colectivas al asumir, o bien resistir, la consigna de la maternidad y subjetividad femeninas, nos permitió reconocer que las acciones de planificación familiar deben ir necesariamente más allá de la introducción a gran escala de la tecnología anticonceptiva. Este proyecto propone llevar a cabo la entrevista en profundidad sobre proyectos que buscan acceder a la compleja red de interacciones e interrelaciones individuales y sociales, que permean las valoraciones, significando la experiencia de "ser mujer".

Por otra parte, incluir lo que la mujer aporta a la salud reproductiva, reconociendo no únicamente el proceso biológico y los efectos físicos tanto en ella como en sus hijos (por el tipo de patrón reproductivo que ha tenido por ejemplo), sino también ese papel de reproductora social, se torna importante por las implicaciones que tendría en la práctica médica, dado que en ésta el médico y la mujer no se han reconocido como colegas, a pesar de que la mujer ha fungido como "médico del hogar" como parte de su ejercicio de la maternidad en el interior de la unidad doméstica, con su "sentido común especializado", el cual es descalificado al enfrentarse con el saber contemporáneo.

Esta descalificación tiene múltiples mecanismos. Al relacionarse en la consulta, el médico pretende normar los hábitos, modificar las creencias, anular las explicaciones que la paciente tiene de su padecimiento, es decir, la representación y práctica médica excluye la dimensión social del sujeto enfermo y los significados culturales que un sujeto da a su enfermedad. Existe la tendencia a convertir en patológico todo problema de vida. El médico aprende y trabaja con la enfermedad, y no considera la salud; en esta forma se asume como patológico todo problema de vida, y se adopta una concep-

ción de cura al eliminar el síntoma que trae la paciente. Asimismo, para recuperar esos componentes sociales y mentales que se encuentran plasmados en la definición de salud, no sólo los efectos físicos y colaterales, sino los afectos, las emociones, la valoración que se asigna a la maternidad y al ejercicio sexual —como partes fundamentales en la identidad genérica de la mujer—, que en un todo se encuentra relacionado con su salud mental y su bienestar emocional.

BIBLIOGRAFÍA

- Aisenson, A. (1981), *Cuerpo y persona*, México, FCE.
- Aries, P. (1989), *Historia de la vida cotidiana*, vol. v, España, Taurus.
- Basaglia, F. (1987), *Mujer, locura y sociedad*, México, Universidad Autónoma de Puebla.
- Block, J. (1990), *Motherhood as Metamorphosis*, Estados Unidos, Dutton Book.
- Bogue, D. (1983), "Normative and Psychic Costs of Contraception", en R. Bulatao y R. Lee (eds.), *Determinants of Fertility in Developing Countries*, parte B, Nueva York, National Academic Press, pp. 643-678.
- Bulatao, R. (1984), "Contents and Process in Fertility Decisions: A Psychosocial Perspective", *Fertility and Family*, Proceedings of the Expert Group on Fertility and Family.
- y R. Lee (1983), "An Overview of Fertility Determinants in Developing Countries", en R. Bulatao y R. Lee (eds.), *Determinants of Fertility in Developing Countries*, vol. 2, Fertility Regulation and Institutional Influences, Nueva York, National Academic Press, pp. 757-787.
- Chodorow, N. (1989), *Feminism and Psychoanalytic Theory*, New Haven y Londres, Yale University Press.
- Davis, K. y J. Blake (1956), "Social Structure and Fertility: An Analytic Framework", *Economics Development and Cultural Change*, 4, pp. 211-235.
- De Barbieri, T. (1991), "Sobre la categoría de género. Una introducción teórico-metodológica", *Revista Interamericana de Sociología*, núm. 2, mayo-agosto.
- (1985), "Las mujeres, menos madres. ¿Control de la natalidad: control de la mujer?", *Nueva Sociedad. La Calidad de Vida*, núm. 75, enero-febrero.
- Díaz Barriga, A. (1992), "La entrevista a profundidad", *Tramas*, México, UAM-Xochimilco.

- Espenshade, T. (1977), "The Value and Cost of Children", *Population Bulletin*, vol. 32, núm. 1, abril.
- Fawcett, J. (1983), "Perceptions of the Value of Children: Satisfaction and Costs", en R. Bulatao y R. Lee (eds.), *Determinants of Fertility in Developing Countries*, vol. 1, *Supply and Demand for Children*, Nueva York, National Academic Press, pp. 429-457.
- Figueroa, J. G. y A. Ríos (1993), "Algunas reflexiones sobre un ejercicio de investigación sociodemográfica con inquietudes antropológicas", *El entorno de la regulación de la fecundidad en México*, México, Secretaría de Salud.
- , et al. (1988), *Determinantes de la práctica anticonceptiva en México. Documento metodológico*, México, Secretaría de Salud.
- García y Garma, I. (1989), "Estado del conocimiento relativo a los determinantes de los niveles de fecundidad en México", en Beatriz Figueroa (comp.), *La fecundidad en México. Cambios y perspectivas*, México, El Colegio de México, pp. 219-248.
- Hollerbach, P. (1983), "Fertility Decision-Making Processes. A Critical Essay", en R. Bulatao y R. Lee (eds.), *Determinants of Fertility in Developing Countries*, vol. 2, *Fertility Regulation and Institutional Influences*, Nueva York, National Academic Press, pp. 381-414.
- Jelin, E. y M. Feijoo (1983), "Presiones cruzadas: trabajo y familia en la vida de las mujeres", en *Del deber ser y el hacer de las mujeres. Dos estudios de caso en Argentina*, México, El Colegio de México/PISPAL, pp. 147-154.
- Lagarde, M. (1990), *Cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, México, UNAM.
- Lindert, P. (1983), "The Changing Economic Costs and Benefits of Having Children", en R. Bulatao y R. Lee (eds.), *Determinants of Fertility in Developing Countries*, vol. 1, *Supply and demand for children*, Nueva York, National Academic Press, pp. 494-516.
- Nájera, A., M. B. López, U. Zurita y B. Aparicio (1993), "Marco conceptual de la investigación: 'Valoración de la maternidad, ejercicio sexual y comportamiento reproductivo: estudio en tres áreas rurales de México'", México (mimeografiado).
- Namboodiri, N. (1983), "Sequential Fertility Decisions and the Life Course", en R. Bulatao y R. Lee (eds.), *Determinants of Fertility in Developing Countries*, vol. 2, *Fertility Regulation and Institutional Influences*, Nueva York, National Academic Press.
- Palma, Y., T. Jácome y J. L. Palma (1992), "Percepción del valor de los hijos en tres regiones de México", *Poblamiento de las Américas*, (Actas) International Union for the Study of Population, 3 vols.
- Penn, P. (1982), "Interrogatorio circular", *Family Process*, vol. 21, núm. 3, septiembre.

- Rodríguez, G., M. Rivas, A. Amuchástegui y M. Bronfman (1995), *Mitos y dilemas de los jóvenes en tiempos del sida*, en M. Bronfman, *Sida en México. Migración, adolescencia y género*, Conasida/ Información profesional especializada, México, pp. 91-200.
- Rubin, J. (1989), "Los determinantes socioeconómicos de la fecundidad en México: cambios y perspectivas", en Beatriz Figueroa (comp.), *La fecundidad en México. Cambios y perspectivas*, México, El Colegio de México, pp. 249-316.
- Shedlin, M. y P. Hollerbach, P. (1981), "Modern and Traditional Fertility Regulation in a Mexican Community: The Process of Decision Making", *Studies in Family Planning*, vol. 12, núms. 6/7, junio-julio.
- Vance, C. (1989), *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*, España, Revolución.

II. COMENTARIO AL ARTÍCULO “MATERNIDAD, SEXUALIDAD Y COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO: APUNTES SOBRE LA IDENTIDAD DE LAS MUJERES”

SOLEDAD GONZÁLEZ MONTES*

Este texto revela un gran esfuerzo por desarrollar un marco teórico-conceptual con respecto a los vínculos que existen entre la valoración de la maternidad, el ejercicio de la sexualidad y el comportamiento reproductivo, con el objeto último de comprender los procesos de toma de decisiones de las mujeres sobre la anticoncepción. Los estudios sobre este tema se han interesado sobre todo por las tendencias generales de la fecundidad, con acercamientos demográficos. El artículo que comento intenta en cambio aproximarse desde una perspectiva de género a los aspectos de la normatividad cultural y el pensamiento de las mujeres, a través de una metodología cualitativa, con entrevistas en profundidad, que revelaría sobre todo la forma en que se toman las decisiones y las razones o motivos que las subyacen.

Pienso que el planteamiento general acerca de la maternidad, como un imperativo cultural que define y estructura la identidad femenina, está bien logrado. Utilizando los textos “clásicos” del feminismo, las autoras hablan de la construcción de la función materna como “el ser para otros”, la abnegación, el altruismo, etc., como valores atribuidos al “deber ser” de la mujer. Indudablemente éstos son elementos constitutivos fundamentales de la identidad mujer/madre. Sin embargo, creo que en el desarrollo del argumento hay una serie de elementos que quedan fuera, y que valdría la pena incorporar al enfoque que se aplicará a la investigación, pues

* Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México.

de otra manera no se comprenderán las ambigüedades y complejidades de muchos comportamientos femeninos.

El texto desarrolla una concepción de la mujer como víctima de la opresión y a la maternidad como instrumento en ésta, que la subordina y limita en sus potenciales. Y si bien esta visión es básicamente correcta, al mismo tiempo es incompleta —podríamos decir que reduccionista— porque no considera la otra cara de la moneda: la utilización de la maternidad como una fuente de poder por las mujeres, a través del control de los hijos, la manipulación de los afectos, etc. Los elementos de realización personal, de prestigio, etc., vinculados con estos aspectos, sin duda juegan un papel de peso en cómo las mujeres piensan y viven la maternidad, con indudable influencia a la hora de tomar decisiones reproductivas.

Y este tema de la toma de decisiones nos lleva a un problema central en la teoría socioantropológica, que es el de la relación entre los modelos culturales, el “deber ser” y las prácticas efectivas. ¿Cómo explicar que aunque el modelo cultural hegemónico (por estar ampliamente extendido en distintos estratos sociales) siga siendo el que dice que las mujeres se realizan en la maternidad, en una década las tasas de fecundidad se hayan reducido a la mitad? Creo que este texto pone mucho énfasis en la cuestión de la identidad genérica y los valores como componentes clave de la toma de decisiones reproductivas, pero también son fundamentales, y por lo tanto no se deben excluir, las condiciones de vida, la situación de las mujeres, sobre todo en relación con tres elementos: la carga de trabajo que realizan las mujeres dentro y fuera del hogar; el valor de los hijos, la percepción de su papel en la economía, y la percepción de los costos de crianza.

En mi propio trabajo de campo encontré que las mujeres constantemente aludían a estos aspectos como los más importantes en sus decisiones, con respecto al número de hijos que querían tener. A nivel internacional existe una abundante bibliografía al respecto y para México también hay investigaciones, cuyos resultados valdría la pena tratar de incorporar a la discusión que se realiza en este artículo. Entiendo que el estudio que se propone trata de centrar la atención en los aspectos de la identidad de género y su construcción por valores culturales, pero creo que es muy difícil tratar de separar o aislar estos elementos de los mencionados, porque en la realidad de las historias de vida aparecen imbricados;

pienso que sería del máximo interés justamente ver cómo se entrelazan. Un enfoque que lo intente, permitirá comprender mejor las condiciones bajo las cuales cambian los valores y las prácticas, pues abre la puerta a la posibilidad de vincular los macroprocesos socioeconómicos con los procesos de construcción de identidades e ideologías.

También permitiría entender por qué aun cuando las mujeres asumen el discurso y la ideología de la maternidad, como el destino y el deber ser femenino, hay tanta incidencia del aborto provocado. Ésta es un área que habría que explorar en un estudio que busque dilucidar las complejidades de la relación valores/prácticas. ¿Hay tolerancia para las mujeres que se apartan del modelo? ¿El temor a ciertas formas de castigo o sanción de los comportamientos que se apartan del deber ser, es un elemento que interviene en las decisiones que toman las mujeres? ¿Qué sanciones perciben? ¿Cómo se pueden relacionar todos estos elementos con la salud física y mental de las mujeres? Y aquí creo que convendría subrayar, en el marco de análisis, la cuestión de la posibilidad de conflicto entre las mujeres y las demás personas que pudieran estar involucradas o que ejercen influencia sobre las decisiones reproductivas de éstas. Este punto se toca en la sección sobre estrategias de investigación, cuando se habla del grupo doméstico en el que se desenvuelve la vida de la mujer, pero pienso que también debiera ser una parte prominente de la propuesta teórica.

Otra área, que me parecería importante desarrollar, es cómo están viviendo las mujeres la posibilidad de separar la maternidad de la sexualidad mediante la anticoncepción. ¿Están surgiendo nuevas pautas en el sentido de que hombres y mujeres acepten el derecho de la mujer de disfrutar de una vida sexual desligada de la procreación? Este es un cambio cultural y de construcción de identidades muy radical, y me parece que en la propuesta que estoy comentando, el énfasis está puesto en un modelo general de la maternidad, quedando muy reducido el espacio que se le dedica a la sexualidad. Esto sin duda refleja la escasez de investigaciones y conocimientos que tenemos sobre el tema, pero justamente por esta razón creo que es el campo sobre el cual hay que hacer el mayor esfuerzo para ir elaborando modelos de acercamiento que integren una riqueza de elementos que nos permitan abordar los procesos y preguntas que atañen a la sexualidad.

Pero regresando al tema de la maternidad, me parece que el dilema que se les está planteando en la actualidad a las mujeres, más allá de que ésta puede separarse de la sexualidad, no es entre ser madre y no serlo, sino más bien con respecto al número de hijos que desean tener y si se pospone y por cuánto tiempo la concepción. También por esta razón creo que es necesario un acercamiento teórico-metodológico más flexible y complejo, que parta de la argumentación de la importancia de la maternidad en la construcción cultural y social de la identidad femenina, pero que incluya los elementos mencionados.

Considero que el esfuerzo teórico que se realiza en este texto es muy valioso y sienta las bases para un sólido trabajo de investigación, pero que para lograrlo de una manera más acabada, sería necesaria una mayor elaboración del paso de la teoría y los conceptos al nivel de las hipótesis que orientarán el estudio empírico, pues hay un salto brusco entre la parte teórica y conceptual y la sección dedicada a la "Estrategia de acercamiento a la realidad estudiada". En este sentido, quizá una fase intermedia que podría resultar de utilidad sería desarrollar las hipótesis a partir de los hallazgos de las investigaciones que se han hecho en México, que aportan importantes observaciones sobre esta temática. Creo que esto ayudaría a hacer el puente entre la construcción de un marco conceptual con base en una bibliografía teórica importante pero muy general y el acercamiento a la realidad por estudiar.

En lo que respecta a las estrategias metodológicas que se proponen, creo que indudablemente son las más adecuadas para el estudio de los valores, el pensamiento, las identidades de género y los aspectos relativos a la maternidad y la sexualidad. Un enfoque cualitativo es prácticamente el único con el que se pueden abordar estas cuestiones a través de entrevistas en profundidad. También es importante tener en cuenta, como lo hacen las autoras, que la etapa del ciclo por la que atraviesa el grupo doméstico, influye sobre la situación de las mujeres y, por lo tanto, sobre sus decisiones reproductivas. Aquí habría que desarrollar un poco las maneras en que puede influir, y sustentar más la importancia de este instrumento analítico. Finalmente, creo que también valdría la pena afinar un poco más cuáles son los acontecimientos que se consideran claves en las transiciones en el curso de vida de las mujeres. Se mencionan, de manera que pienso acertada, el ingreso al trabajo y la formación de un hogar independiente. Pero se

incluyen también “la adolescencia”, “la menopausia” y “la vejez”, que no son propiamente acontecimientos de transición, momentos críticos que implican cambio, sino etapas prolongadas. Una manera de afinar sería, a mi juicio, por ejemplo, interrogar a las informantes acerca de la primera menstruación, el inicio de la menopausia, etcétera.

III. ALTERNATIVAS TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS PARA EL ESTUDIO DE LA CONDICIÓN DE LA MUJER Y LA SALUD MATERNO-INFANTIL

IVONNE SZASZ PIANTA*

LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS MARCOS CONCEPTUALES SOBRE SALUD MATERNO-INFANTIL, SALUD DE LA MUJER Y SALUD REPRODUCTIVA

El objetivo de la presente compilación ha sido el de sistematizar algunas reflexiones sobre los aportes que puede hacer la perspectiva de género para la conceptualización y análisis de la salud materno-infantil, y en un sentido más amplio, de la salud reproductiva. De manera más específica, los trabajos aquí reunidos constituyen aportes para la elaboración de un marco conceptual que incluya aquellos elementos de la condición social de las mujeres mexicanas que aparecen relevantes en la determinación de su salud reproductiva.

Consideramos que algunos marcos conceptuales que se han elaborado en otras latitudes para el estudio de los determinantes sociales de la morbilidad infantil, de la morbilidad materna, de la salud de la mujer y de las relaciones entre sexualidad y salud reproductiva deben ser retomados y revisados con base en las reflexiones contenidas en el presente volumen, con la finalidad de adecuarlos y reelaborarlos para el contexto mexicano. Nos referimos a los trabajos de Mosley y Chen (1984), de McCarthy y Maine (1992), de Sai y Nassim (1989), de Leslie (1992) y de Dixon-Mueller (1993), quienes desde diversas perspectivas teórico-metodológicas han elaborado marcos conceptuales en los que la condición social de la mujer, las desigualdades de género y las

* Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México.

relaciones de poder entre los géneros aparecen como los determinantes sociales únicos o principales que inciden sobre las variables intermedias en morbilidad infantil y materna, en la salud de la mujer, en anticoncepción y aborto, y en el uso de medidas preventivas contra el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

El modelo de Mosley y Chen sobre determinantes próximos y mediatos de la morbilidad infantil y sus determinaciones si bien no adopta una perspectiva de género, señala la importancia de las normas y tradiciones culturales, refiriéndose específicamente a las relaciones de poder en el interior de los hogares, y al acceso de las mujeres a recursos y a la toma de decisiones críticas en el cuidado de la salud, sugiriendo la elevación de la educación de las madres como una intervención necesaria para mejorar la salud infantil al modificar su posición de poder en el interior de la familia (Mosley y Chen, 1984).

A su vez, el marco conceptual propuesto por McCarthy y Maine para analizar los determinantes de la mortalidad materna, que toma como base al modelo de Mosley y Chen, señala como único determinante mediatos de las variables intermedias que definen el riesgo de mortalidad al estatus socioeconómico de la mujer en la sociedad. Estos autores identifican como variables intermedias o únicas rutas posibles a través de las cuales operan los determinantes sociales de la mortalidad materna a los siguientes: el estado de salud de la mujer, su estatus reproductivo, su acceso a servicios de salud, su comportamiento de atención a la salud y los factores que denominan desconocidos o imprevisibles. Todos ellos estarían determinados por la condición de la mujer en la sociedad, que se compone por su escolaridad, ocupación, ingresos personales o acceso a riqueza y autonomía, así como por las condiciones socioeconómicas de su familia y comunidad. Estas condiciones definen, de acuerdo con estos autores, las condiciones y prácticas en torno a la salud: el uso de anticonceptivos, la conducta reproductiva, el estado de salud previo al embarazo, los cuidados a la salud de la mujer, y la nutrición de niñas y jovencitas. También definen las creencias en torno al cuerpo de la mujer, la sexualidad, la salud, el embarazo, el parto y la crianza, así como las posibilidades de detección oportuna y tratamiento de complicaciones del embarazo o del parto (McCarthy y Maine, 1992).

El enfoque de Sai y Nassim propone que los fundamentos de la salud reproductiva se establecen en la niñez y en la adolescencia, en tanto las raíces de la fecundidad no regulada, del escaso cuidado a la salud de las mujeres y de sus deficiencias en algunos nutrientes (hierro, vitamina D y yodo) se derivan del rechazo social a la sexualidad no procreativa en las mujeres —cuya valoración social exclusiva reside en la maternidad— y de la discriminación de género que experimentan desde el nacimiento. Señalan, por ejemplo, que los riesgos que genera el aborto inducido (de morbilidad, mortalidad y esterilidad) tienen sus raíces en prácticas de género. Señalan también las consecuencias para la anticoncepción, el aborto, el inicio temprano de la vida sexual y la violencia sexual y doméstica que tiene el control social de la sexualidad femenina —fundado en las desigualdades de género— y la discriminación de género que se ejerce a nivel conyugal, familiar y social contra las mujeres estériles o esposas de varones estériles (Sai y Nassim, 1989).

Leslie, a su vez, propone un enfoque de ciencias sociales para el análisis de los determinantes biológicos y sociales de la salud de la mujer. Como determinantes próximos o variables intermedias incluye elementos conductuales como el consumo de drogas, unos ambientales como la exposición a tóxicos, otros vinculados con las condiciones materiales de vida y los roles de género, como la dieta alimenticia y el consumo de energía, y otros más relacionados con el comportamiento reproductivo (embarazo y lactancia). Divide los determinantes mediatos en comunitarios, familiares, individuales y de uso de servicios de salud. En todos esos grupos, incluye dimensiones vinculadas con la condición social de la mujer y las desigualdades de género. Así por ejemplo, entre las dimensiones del contexto comunitario señala la disponibilidad de cuidados para los niños; entre las familiares, la distribución de recursos y tareas dentro del hogar, el cuidado de los niños y la violencia doméstica; entre los factores individuales, además de la escolaridad, capacitación y ocupación de la mujer, menciona los ingresos y la riqueza que controla personalmente la mujer, el estatus de ésta y su autoestima, las percepciones sobre sus necesidades de salud y las prioridades que establece la mujer en cuanto a cuidados de salud (Leslie, 1992).

La autora analiza además algunos procesos subyacentes a estas dimensiones que aparecen de sumo interés para la elaboración de

un marco conceptual adecuado al contexto mexicano, en tanto configuraron profundos cambios en las condiciones materiales de vida y la condición de género de las mujeres mexicanas en los últimos años. Estos son la transición demográfica, los cambios en las circunstancias y patrones de trabajo —incluyendo el aumento de la pobreza, el descenso de los ingresos y el aumento del número de trabajadores por hogar—, los cambios en la estructura familiar derivados de los cambios sociales y los efectos del ajuste estructural y la globalización de la economía en la vida de las mujeres (Leslie, 1992).

Destaca que las decisiones de las mujeres sobre cómo cuidarse a sí mismas deben situarse en el contexto de otras prioridades en la vida de éstas. Los cambios socioeconómicos y demográficos ocurridos en los últimos años han modificado la condición de género de las mujeres, y por esa vía sus condiciones de vida y salud. Ha cambiado, de manera a veces contradictoria, su participación en la escolaridad, el empleo, el tiempo disponible para actividades diferentes de la crianza de niños pequeños, el control que las mujeres experimentan sobre sus propias vidas, sus grados de autonomía, su capacidad de tomar decisiones y el poder económico y social que las mujeres ejercen a través de la maternidad o por medio de sus actividades extradomésticas. Otros elementos importantes son el apoyo social que tienen los cambios experimentados en los roles de las mujeres (duplicidad de roles, creciente desvinculación entre el ingreso masculino y el sustento de mujeres y niños, creciente paridad de adolescentes sin pareja, creciente número de abortos inseguros), así como las percepciones de las propias mujeres sobre adecuación o desviación de las normas de género. Leslie formula interesantes propuestas sobre la forma en que estos cambios en las condiciones materiales de vida, de trabajo y de autonomía pueden estar afectando la salud de las mujeres (Leslie, 1992).

Dixon-Mueller propone que las relaciones entre las dimensiones de género y la sexualidad afectan de manera importante la salud reproductiva, en tanto influyen en la edad al matrimonio y al primer embarazo de las jovencitas, su paridad, sus posibilidades de usar y negociar el uso de anticonceptivos y de medidas de prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y las posibilidades de evitar o interrumpir embarazos, entre otros factores. Las diversas formulaciones del concepto de salud reproductiva señalan la posibilidad de que los individuos y parejas vivan expe-

riencias sexuales placenteras, libres del temor a embarazos no deseados o no planeados, o del temor de contraer ETS. Sin embargo, Dixon-Mueller propone que los aspectos sexualmente liberadores de la anticoncepción y de los métodos de prevención de ETS están mediados por desigualdades de género. La vulnerabilidad de las mujeres a la autoridad y capacidad económica masculinas dificulta sus posibilidades de decidir cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales, así como el uso de algunos métodos anticonceptivos. Las relaciones de género socialmente construidas presionan a la mujer a complacer sexualmente al varón, independientemente de sus propios deseos y de los riesgos de embarazarse o enfermar. Debe confrontar constantemente estos riesgos con los de infidelidad de la pareja, abandono o violencia (Dixon-Mueller, 1993).

La autora afirma que las relaciones de género dificultan el uso de anticonceptivos —sobre todo entre las jóvenes solteras—, en tanto proponer el uso de anticonceptivos representa una conducta no procreativa, que asume la posibilidad femenina de experimentar deseos y placer sexual, y que puede exponerla al rechazo social y de la pareja. Esas mismas condicionantes de género limitan las posibilidades de solicitar a la pareja el uso de medidas preventivas a la transmisión de ETS. Además, las construcciones genéricas alientan la poligamia como una afirmación de la masculinidad, exponiendo a las mujeres a la transmisión de enfermedades. Las desigualdades genéricas se manifiestan incluso en la investigación científica, el desarrollo tecnológico y la prestación de servicios en salud reproductiva, en tanto únicamente se investigan los efectos de agentes hormonales en el erotismo y placer sexual de los varones y no se desarrollan ni promueven anticonceptivos y métodos preventivos que puedan controlar las mujeres. Para esta autora, las relaciones de poder entre los géneros pueden determinar relaciones sexuales no deseadas e impedir el uso de anticonceptivos y medidas de protección a la salud, además de propiciar la explotación y el abuso sexual. Las mujeres aparecen vulnerables a las condiciones emocionales de sus relaciones y a la violencia masculina, vulnerables económicamente y también por desinformación e ideologización sobre lo que es una conducta sexual segura (Dixon-Mueller, 1993).

Para comprender las formas en que los condicionamientos de género presionan hacia patrones de vida sexual y procreativa y

hacia términos de igualdad o desigualdad en las relaciones sexuales y conyugales, la autora propone estudiar, en contextos culturales específicos, los significados sobre la naturaleza del cuerpo, lo que es erótico u ofensivo, las concepciones sobre qué es adecuado hacer sexualmente —y con quién, a qué edad, en cuál situación familiar— para hombres y mujeres, y la imagería sobre lo masculino y lo femenino (Dixon-Mueller, 1993).

La autora propone un marco conceptual en que la organización social de las diferencias de género aparece determinando elementos de la sexualidad, así como elementos de la salud reproductiva. Entre éstos incluye la protección frente a las ETS y las prácticas violentas, el control sobre el propio cuerpo, el ejercicio de la sexualidad y el disfrute sexual, y el control sobre la capacidad reproductiva. Este último incluye la posibilidad de evitar e interrumpir embarazos de manera efectiva y segura, la protección frente a prácticas reproductivas dañinas, la posibilidad de opciones anticonceptivas y de satisfacción con los métodos elegidos, el acceso a información anticonceptiva y reproductiva, la posibilidad de embarazos y alumbramientos seguros y el tratamiento de la esterilidad (Dixon-Mueller, 1993).

Los trabajos reunidos en el presente volumen reflexionan, de manera semejante, sobre diversos aspectos de la salud materna e infantil, retomando algunas dimensiones de género que aparecen relevantes en el contexto mexicano. Tanto los aportes de los marcos conceptuales antes reseñados, como los trabajos contenidos en esta compilación, constituyen valiosas contribuciones para la elaboración de un enfoque analítico que incorpore esta perspectiva.

LOS APORTES SOBRE LAS RELACIONES ENTRE DESIGUALDADES DE GÉNERO EN MÉXICO Y SALUD MATERNO-INFANTIL

Los trabajos compilados en el presente volumen exploran diversas relaciones entre la condición social de las mujeres mexicanas, la salud de la mujer y la salud materno-infantil. Algunos de estos artículos examinan las desigualdades socioeconómicas y de género que conforman la condición social de las mujeres mexicanas y proponen diversas relaciones con la salud de mujeres y niños (Langer y Lozano; Bronfman y Gómez; Lara, y Cardaci, todos en este volumen).

Proponen que en la actualidad se cuenta con herramientas técnico-científicas de bajo costo para prevenir, detectar y resolver la mayor parte de los problemas de salud de la mujer y de los infantes, pero que las oportunidades de las mujeres mexicanas de acceder a la educación, a la alimentación y a los servicios de salud, sus condiciones materiales de vida, así como su acceso al mercado de trabajo y al ingreso familiar, su carga y condiciones de trabajo, y el poder de decisión sobre su cuerpo en su familia y en la sociedad definen, conjuntamente con factores biológicos, su perfil de salud y el de sus hijos.

Entre las desigualdades sociales de género mencionan la menor atención a la formación escolar para las mujeres, desventajas en el acceso y calidad de la atención a la salud, discriminación en el acceso al empleo, los ingresos, las condiciones de trabajo y la seguridad social, escasa participación en la definición de políticas, programas y normas que las afectan, y mayor sobrecarga de trabajo para las mujeres incluyendo las tareas domésticas.

Otras construcciones de género, de carácter cultural, se refieren al control social y masculino de la sexualidad femenina, a normas que proscriben la sexualidad no procreativa en mujeres solteras, que impulsan la maternidad temprana, que promueven el silencio y el desconocimiento de las mujeres sobre su cuerpo y su sexualidad, que valoran la maternidad como único canal de satisfacción para las mujeres y que legitiman socialmente el ejercicio de la poligamia, de la violencia sexual y de la violencia doméstica. De acuerdo con estas normas, la procreación constituye un medio de legitimación social, un símbolo de adultez, una afirmación de la femineidad y de la masculinidad, y un camino para formar y afianzar uniones conyugales. Estas normas de género desalientan, al mismo tiempo, la autonomía femenina, su movilidad extrahogar, su participación en espacios públicos y su inserción laboral por motivos de satisfacción personal. Limitan severamente las posibilidades de usar anticonceptivos, sobre todo si se trata de jóvenes solteras o si los métodos requieren la participación o aceptación del varón. También inhiben el uso de medidas preventivas de ETS, las prácticas preventivas y los métodos anticonceptivos que requieren exhibición y tacto de los genitales femeninos, y retrasan el uso de los servicios de salud frente a daños que expresan infracción al recato sexual o al deber maternal femenino, como las ETS y las consecuencias del aborto.

La baja escolaridad de las mujeres se asocia con sobremortalidad y morbilidad materna e infantil, por lo que la discriminación escolar que experimentan las niñas y mujeres contribuye negativamente a su salud. En México esta desigualdad no es tan intensa como en otros países, pero su superación puede contribuir de manera sustantiva para mejorar estos indicadores, puesto que define en gran medida las posibilidades de descenso de la mortalidad infantil y de la fecundidad, se asocia con el peso al nacer y otros indicadores de salud de los recién nacidos, con los intervalos intergenésicos y con la atención prenatal, entre otros. La escolaridad y la autovaloración femeninas son también importantes para la salud porque, dadas las normas de género prevalecientes, las madres y esposas son el eje de las intervenciones preventivas y de los cuidados en alimentación, higiene y control de riesgos en el hogar. Se afirma que asegurar una escolaridad mínima de diez años para las mujeres equivaldría, en términos de prevención de enfermedad, a duplicar el salario de la población y dotar a todas las viviendas de agua y drenaje. Una mayor valoración social y personal de la femineidad, así como mayor autonomía de las mujeres, contribuirían a mejorar tanto su salud como la de sus hijos, puesto que por normas de género las mujeres posponen su alimentación y el cuidado de sí mismas —son por definición social cuidadoras de otros— y su mala nutrición y enfermedad se traducen en crecimiento fetal lento, desnutrición e inmadurez fetal.

El bajo ingreso de las mujeres que trabajan y de las jefas de familia, el escaso acceso a recursos de las que no trabajan, la sobrecarga de trabajo y las deficiencias alimenticias, constituyen otros elementos que afectan las condiciones de salud de las mujeres mexicanas y de sus hijos. En cuanto a la salud reproductiva, existen normas legales que permiten la procreación temprana y normas sociales que la impulsan. Las mujeres tienen escaso control sobre su cuerpo y su sexualidad, y la ilegalidad del aborto conduce a realizarlo en condiciones de clandestinidad, a elevar sus costos y a que se lleve a cabo en condiciones muy riesgosas para la salud y la vida de las mujeres.

El control social de la sexualidad femenina dificulta sus posibilidades de negociar condiciones en sus relaciones sexuales, y limita su autonomía para protegerse de las ETS. El ejercicio masculino de este control social se expresa en situaciones de conflicto familiar y de violencia, que suelen acompañarse por la ingesta de alcohol.

Cabe preguntarse en qué medida los conflictos familiares son desencadenados por sentimientos de ambivalencia de ambos cónyuges frente a discursos y normas sociales contradictorias sobre el papel del varón y de la mujer en torno a la procreación, la fidelidad sexual y el trabajo femenino en un entorno económico incierto. Estas condiciones sociales, unidas con la desigualdad socioeconómica, afectan los determinantes próximos de la salud de las mujeres e infantes, definidos como su estado nutricional, la utilización de servicios de salud, los patrones reproductivos y los hábitos relevantes para la salud.

Aunque no existe coincidencia sobre la presencia de mayores deficiencias en la nutrición de niñas y mujeres respecto de los varones en México, porque hay estudios que señalan niveles de desnutrición semejantes, hay investigaciones cualitativas que documentan jerarquías en la alimentación y la atención a la salud en los hogares rurales, en las que mujeres y niñas ocupan lugares inferiores en una escala encabezada por los hijos varones (Zolla y Mellado, 1995), y estudios en población indígena que indican desnutrición universal entre las niñas al egresar de la escuela (Hernández y Thacker, 1992, citado por Zolla y Carrillo, en este volumen). Además, las jovencitas y las mujeres en edad reproductiva requieren mayor cantidad de algunos nutrientes. La deficiencia de esos nutrientes se acentúa en presencia de patrones reproductivos que expresan estereotipos de género presentes en los sectores populares de la sociedad mexicana, tales como el embarazo temprano, la multiparidad y los intervalos intergenésicos breves, vinculados con el escaso control que tienen las mujeres sobre su cuerpo y su sexualidad, con la elevada valoración de la maternidad y con la discriminación social contra las mujeres no casadas. Estos elementos determinan una sobremortalidad por anemia entre las mujeres en edad reproductiva, que es más marcada en zonas rurales, así como sobremortalidad y carencias en el desarrollo infantil entre hijos de madres muy jóvenes o con intervalo intergenésico breve, y alta prevalencia de anemia entre las mexicanas embarazadas.

La utilización de servicios de salud y de planificación familiar es deficitaria entre las mujeres más pobres y menos escolarizadas, y la gama de métodos que ofrecen los servicios públicos se reduce a aquellos que controla el médico, básicamente la operación femenina y el DIU. Los efectos secundarios no reciben suficiente atención, los métodos que pueden controlar las usuarias no suelen ser

ofrecidos por los servicios, y todo el peso del control de la fecundidad recae en las mujeres. Por la reprobación social de la sexualidad y la soltería femeninas, no existen servicios de anticoncepción y atención ginecológica para las jóvenes sin pareja. Una elevada proporción de los alumbramientos no recibe atención médica alguna o recibe atención inadecuada, y en los que existe atención médica se desalienta la lactancia. Por último, los programas de detección del cáncer cérvico-uterino tienen una cobertura muy escasa. Además de elementos socioeconómicos, como la deficiente infraestructura de servicios y el aislamiento rural, hay elementos culturales de género que influyen sobre esta deficiente utilización de los servicios. Algunos de estos condicionantes se refieren a la prestación de servicios, como la verticalidad en la práctica médica, el desconocimiento que hacen los prestadores de servicios de la sabiduría femenina tradicional, la negación del papel de sujetos de las personas atendidas y la eliminación de prácticas benéficas utilizadas por parteras tradicionales. Otros se refieren a visiones de la población en su relación con los servicios, como la reprobación social hacia la madre que no desea un embarazo y las normas culturales sobre la exhibición de los genitales femeninos a personas extrañas de sexo masculino. Otros condicionantes de género son la falta de tiempo de las mujeres para acudir a los servicios cuando están sobrecargadas de trabajo, y las limitaciones que existen para la movilidad extrahogareña femenina en los sectores populares, vinculadas con el control masculino de su recato sexual.

Los tres determinantes próximos mencionados —nutrición, uso de servicios y patrones reproductivos— aparecen en México altamente dependientes de las condiciones socioeconómicas y de las normas de género, dejando escaso margen para la decisión individual. El único de estos determinantes que se refiere a conductas de los sujetos —la presencia de hábitos nocivos para la salud— es claramente menor entre las mujeres mexicanas y mayor en los varones.

La estructura de la mortalidad en México —si bien es la punta del iceberg de las condiciones de salud— expresa en parte los condicionamientos de género que operan sobre la salud. Para los varones de 15 a 44 años, las principales causas —homicidios, accidentes, cirrosis, enfermedades cardiovasculares y cáncer— expresan en parte patrones culturales de género que los impulsan a demostraciones de valor y fuerza y al uso del alcohol. A su vez, las

primeras causas de muerte entre las mujeres de la misma edad expresan también esos determinantes de género. Las neoplasias, principal causa de muerte de las mujeres de 15 a 44 años, son predominantemente cánceres ginecológicos, que serían altamente prevenibles si el acceso del personal médico al cuerpo femenino no contraviniese las normas culturales sobre el recato corporal y sexual, que impiden incluso a las mujeres hablar de sus genitales.

Los problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio, cuarta causa de mortalidad de mujeres en edad reproductiva, están altamente determinados por las condiciones socioeconómicas y las normas de género antes mencionadas, que resultan en paridez temprana, embarazos frecuentes y abortos mal atendidos, así como por servicios con cobertura desigual, calidad irregular, y escasa coincidencia y respeto con las visiones y normas de la población que atienden. La quinta causa de mortalidad femenina son las violencias o lesiones intencionales. Mientras que los varones que mueren por violencias son agredidos con armas de fuego o punzocortantes, las mujeres presentan mayor proporción de muertes por ahorcamiento, ahogamiento y envenenamiento, que ocurren con mayor frecuencia en el contexto doméstico.

La violencia contra las mujeres en el ámbito familiar es frecuente durante el embarazo, determinando a veces pérdidas, partos prematuros y malformaciones congénitas. De esta manera, las normas de género que legitiman el uso de la violencia de hombres contra mujeres —y de adultos contra niños— para enfrentar situaciones de conflicto no solamente influyen en el bajo control femenino sobre sus cuerpos, su sexualidad y su reproducción, sino que afectan directamente la salud de mujeres y niños y su comportamiento futuro. El conflicto familiar es mencionado como variable determinante del bienestar emocional femenino e infantil.

Las condiciones socioeconómicas y de trabajo que afectan la salud de las mujeres mexicanas expresan también desigualdades de género que fueron analizadas en este volumen. La división del trabajo entre los sexos es una construcción genérica que impone a las mujeres el trabajo doméstico, limita su acceso a recursos económicos y su participación política, no permite la socialización de mujeres en habilidades y disposiciones de personalidad que la habiliten para el trabajo extrahogareño y los logros laborales, limita el acceso y la demanda de mano de obra femenina en los mercados formales de trabajo, la segrega en ocupaciones de bajo

estatus y remuneración, carentes de seguridad y prestaciones sociales, y la margina hacia el autoempleo y las actividades eventuales y de tiempo parcial. En contextos de carencia de servicios públicos e infraestructura básica y en condiciones de producción de subsistencia, las tareas domésticas requieren importante esfuerzo físico y jornadas extensas, y suelen ser muy poco satisfactorias por su carácter rutinario y repetitivo y por su connotación de servicio que desvaloriza a quien lo presta.

La crisis económica de los años ochenta y la transformación de los mercados de trabajo desencadenada por la globalización de la economía deterioró las condiciones de vida de las clases trabajadoras e impulsó una mayor participación económica de mujeres de bajos ingresos, incluyendo aquellas casadas y con hijos, que se sumó a la creciente participación económica de las mujeres escolarizadas del medio urbano. Las tareas domésticas y extradomésticas de las mujeres aumentaron y sus posibilidades de ayuda disminuyeron. Los autores dan cuenta de algunas relaciones entre tareas domésticas pesadas, actividades intensivas en mano de obra, actividades informales, alargamiento de la jornada de trabajo, doble jornada laboral, horarios inciertos, posturas incómodas, esfuerzo físico durante el embarazo y exposición a tóxicos, con daños a la salud de la mujer y al desarrollo del embarazo. También proponen relaciones entre actividad económica femenina y limitación de la lactancia, dificultades para cuidar a los hijos, dificultades para asistir a los servicios de salud, conflicto de roles, insatisfacción y sentimientos de culpa. Otras dificultades se refieren a falta de control sobre los procesos de trabajo y problemas laborales y emocionales derivados del hostigamiento sexual.

Las raíces de género de la forma diferenciada en que se puede ver afectada la salud de las mujeres frente a los trabajadores varones derivan entonces del control de la sexualidad femenina y de ideologías inequitativas respecto a cargas, responsabilidades, valoración y remuneraciones, que se traducen en jornadas intensas y extensas, reducción del descanso y la satisfacción y conflictos entre demandas y escenarios diversos. Las variables mediadoras entre trabajo y salud de las mujeres —además de las desigualdades socioeconómicas, de escolaridad y de estatus ocupacional— son las posibilidades de cuidado alternativo para los hijos y la relación de apoyo o conflicto con la pareja, ausentes como determinantes de condiciones de trabajo y de salud física y emocional entre los varones.

Otro grupo de los trabajos contenidos en el presente volumen aporta reflexiones sobre las construcciones culturales de género que afectan la concepción del cuerpo y la sexualidad de las mujeres mexicanas, las visiones de los prestadores de servicios, las relaciones entre mujeres y agentes de salud, y la preservación y valoración de la sabiduría femenina sobre la salud y la reproducción en el ámbito personal, familiar y comunitario (Castro y Bronfman; Zolla y Carrillo; Cardaci, y Nájera, *et al.*; todos en este volumen).

Proponen que la identidad de las mujeres se define a partir de atributos socialmente definidos que reducen sus espacios de interacción y limitan sus posibilidades de desarrollo, conformando su subjetividad de tal manera que todos sus deseos, necesidades, intereses y fantasías confluyen hacia la maternidad. La definición social del cuerpo femenino y de lo femenino como espacio para la reproducción separa, a su vez, la procreación del placer sexual. El sentido de la existencia femenina se sitúa en la satisfacción de las necesidades de otros y el cuerpo de las mujeres es definido como un cuerpo para otros. La valoración subjetiva y social de la femineidad se sitúa en el logro de la función reproductora: poseer un cuerpo atractivo para otros, lograr movilidad social a través de la unión marital y ejercer la maternidad. En el contexto mexicano, la influencia ideológica de la Iglesia católica contribuye en la construcción de estos estereotipos, en tanto condena el erotismo femenino y estimula exclusivamente la sexualidad reproductiva, contribuyendo a conformar un entorno de represión sexual. A este discurso tradicional se sobrepone el de las políticas oficiales y los servicios de salud, que propone a las mujeres que limiten la maternidad, desvalorizando simbólicamente la función materna, pero sin proponer valoraciones alternativas para la identidad femenina. Dado el significado fundante de la identidad femenina que tiene la maternidad, algunos de estos autores proponen que el ejercicio de la anticoncepción es vivido por las mujeres mexicanas con ambivalencia y conflicto. No depende solamente del acceso a los métodos ni de la información que posean, sino de complejos procesos de toma de decisiones que, en tanto la enfrentan a valoraciones y discursos contradictorios referidos a su propia identidad, representan elevados costos subjetivos.

Otras reflexiones se refieren a los condicionamientos de género en el cuidado de la salud de las mujeres. Las mujeres son y han sido agentes domésticos y comunitarios de salud. En algunos

espacios urbanos, y en la mayor parte de los espacios rurales mexicanos, son mujeres quienes se ocupan de asistir a otras mujeres en el embarazo y el alumbramiento, así como de atender a las personas que sufren padecimientos no comprendidos ni tratados por la medicina académica. Sin embargo, predomina una tendencia a monopolizar el ejercicio de la atención a la salud, descalificando por completo el conocimiento femenino del cuerpo, el embarazo y la herbolaria, así como la atención a la salud en el hogar. El desarrollo de la medicina académica —más allá de su indudable contribución a la reducción del sufrimiento humano y de la mortalidad— estableció una distancia emocional entre el enfermo —o la embarazada— y los responsables de su salud, cambiando las figuras principales en la atención de la enfermedad, e incluso en el alumbramiento, de mujeres a hombres. Ha existido una tendencia progresiva a la legitimación del saber médico académico y a la descalificación de los saberes médicos populares, que son utilizados conjunta y alternadamente por amplios grupos de la población. El saber femenino de la partería ha sido subordinado a los servicios de salud, quienes han intentado controlarlo para eliminar prácticas tradicionales nocivas para la salud y promover la anticoncepción. Al mismo tiempo, despojaron a las parteras de las dimensiones sociales, culturales y afectivas de su práctica, induciendo el abandono del apoyo afectivo y doméstico que brindaban, de las prácticas de lactancia prolongada, así como el uso de ejercicios y posiciones que facilitaban el proceso de parto, capacitándolas en cambio para reproducir el comportamiento de la medicina académica. De esta manera, la procreación se transformó de un fenómeno social (normal) atendido en el ámbito familiar y comunitario por mujeres y protagonizado por mujeres, en un fenómeno biológico (patológico) intervenido en el ámbito hospitalario por ginecólogos, pediatras y anestesiólogos, quienes se transformaron en los protagonistas del alumbramiento.

Algo semejante ha ocurrido con la medicina doméstica o la autoatención a la salud, que constituye el primer ámbito social de percepción y evaluación del bienestar de sus integrantes, de sus desequilibrios y de los daños a la salud. Aunque se estructura como un sistema de conceptos, creencias y prácticas que permiten decidir en torno a la alimentación, la higiene, la reproducción y las acciones en torno a una situación de malestar o desequilibrio, así como las prioridades y la premura con que se deben atender y los

recursos que se pueden emplear, la medicina académica desconoce, desvaloriza y niega estas primeras formas de atención a la salud, al mismo tiempo que intenta institucionalizarlas y controlarlas. Las mujeres constituyen el eje estructurante de estos saberes, decisiones y conductas de atención y los hogares son espacios de origen de la terapéutica tradicional y de las redes de autoayuda.

Mientras que algunos trabajos contenidos en este volumen proponen recuperar la memoria histórica de las mujeres como protagonistas de saberes en torno a la salud y la reproducción, otros plantean tratar con cautela las prescripciones totalizadoras y universalistas sobre las mujeres —tales como el regreso a las medicinas naturales y al parto en casa entre sectores medios de la población— en consideración a que amplios sectores de las clases populares no acceden aún a los servicios de salud ni a los partos institucionalizados. Sin embargo, la persistencia de la medicina tradicional, de la partería y de la medicina doméstica se funda tanto en la situación de carencia y marginación de sectores importantes de la población, como en la existencia de una estructura común de pensamiento entre el terapeuta y la población atendida. La presencia de concepciones compartidas sobre el cuerpo humano, la procreación y la salud, permite que quien atiende exprese en su trabajo las visiones, símbolos y prácticas vigentes entre las personas que atiende.

Cabe preguntarse si existe esta coincidencia de discurso y visión entre las embarazadas, las mujeres que buscan atención a su salud o a la de sus niños, o las que acuden por orientación para regular su fecundidad, y los prestadores de servicios de la medicina académica. Los enfoques de género proponen que el proceso de socialización de las mujeres, la definición de su identidad en torno a la maternidad y el cuidado de otros, su situación desventajosa en el ámbito social y en los mercados de trabajo, y la consecuente insatisfacción en sus vidas, define en ellas una vulnerabilidad y actitud diferente a la del varón frente a la morbilidad, los agentes médicos y las prescripciones terapéuticas. Señalan también que sus actitudes de autonomía e independencia, a la par que representan costos subjetivos, son social y médicamente etiquetadas como trastornos. Entre sus aportes más sustantivos, los enfoques de género señalan que la apropiación y redefinición del cuerpo y la reproducción humana por la ciencia médica ha tenido importantes implicaciones en la manera en que las propias mujeres de hoy

interpretan y viven esos fenómenos. En los textos médicos, el cuerpo femenino es percibido como un organismo orientado fundamentalmente a la reproducción. En la práctica médica, el personal de salud tiende a separar a los sujetos protagonistas del proceso que desean controlar (enfermedad, parto, fecundidad), decidiendo cuáles aspectos son importantes y cuáles no lo son, reinterpretando y definiendo lo que necesita la "paciente", estableciendo por tanto una relación jerárquica. Esta relación jerárquica se acentúa cuanto más desvalorizada sea la situación social de la mujer, y disminuye cuando existe mayor adecuación de esa paciente con los supuestos culturales que maneja el médico.

Estas reflexiones sobre las construcciones sociales que definen la subjetividad femenina, el papel de la reproducción como eje de su valoración, los discursos y normas divergentes y contradictorias entre las que se encuentra situada, las barreras que introduce un contexto económico profundamente desigual e incierto, y sobre la tensión que existe entre la apertura de espacios para una mayor autonomía individual y la persistente subordinación jerárquica a diversas relaciones de poder socialmente legitimadas, plantea grandes desafíos a la intención de delinear un marco conceptual para el estudio de la salud materno-infantil, pero a la vez apunta hacia la riqueza que proporciona una perspectiva de género en el análisis de la salud.

HACIA UN MARCO CONCEPTUAL QUE INCORPORE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL ESTUDIO DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL

En los artículos que componen la presente compilación y en los marcos analíticos reseñados al comienzo se propone una serie de hipótesis que vinculan las construcciones sociales de género con condiciones de vida y de trabajo, con la vida sexual y con patrones reproductivos, de alimentación y de atención que afectan la salud de mujeres y niños. Estas hipótesis pueden ser integradas en un marco conceptual y servir de orientación para futuras investigaciones.

La construcción social de los géneros fue analizada tanto en el plano socioeconómico como cultural. La dimensión socioeconómica se manifiesta como expresiones estructurales de las desigualdades de género, en la escolaridad, los mercados de trabajo, la distribución social de tareas reproductivas, las cargas de trabajo, el acceso

a los espacios públicos y de decisión, y también a ingresos y recursos económicos.

La dimensión cultural se refiere a aspectos normativos, valorativos, relacionales, simbólicos y subjetivos. Las relaciones de género se manifiestan en el plano normativo —en particular a la normatividad diferenciada para hombres y mujeres respecto de la vida sexual y la procreación— que afecta los niveles subjetivo, familiar y social. Las visiones de género permean el discurso de las instituciones sociales, de las políticas públicas y del quehacer científico, y están presentes en leyes y normas que regulan la procreación y la prestación de servicios de salud. Otras dimensiones se sitúan en el plano valorativo, expresándose en una jerarquía social diferenciada de los atributos femeninos y masculinos, que afecta también dimensiones subjetivas, familiares y sociales. A nivel de individuos y de relaciones de pareja, las desigualdades de género se manifiestan también en los grados de autonomía o dependencia de las mujeres en el acceso y control del propio cuerpo, de su sexualidad, de la procreación y la salud, y de su dependencia económica o vulnerabilidad frente a la violencia o la estabilidad en la pareja, así como en el ejercicio de la maternidad como un espacio de poder y control. Las relaciones de poder intrafamiliares aparecen afectando diversas dimensiones de la subordinación de género. Otros aspectos culturales se refieren a las identidades y los significados subjetivos y socialmente compartidos en torno al género, el cuerpo, la sexualidad, la procreación y la salud. Finalmente, estas relaciones de género situadas en la esfera cultural están también presentes en los cuidados a la salud, en el acceso a los servicios de salud y en las relaciones entre la población y los prestadores de servicios.

Para este conjunto de dimensiones de género se relacionaron posibles vínculos con daños a la salud, con perfiles de alimentación, nutrición e higiene, decisiones sobre la sexualidad, la anticoncepción y la procreación que disminuyen los riesgos a la salud, junto con la adopción de medidas preventivas, el cuidado y la atención a la salud y con los derechos al disfrute sexual y al bienestar físico y emocional.

Algunos de los aportes contenidos en este volumen hicieron hincapié, además, en la necesidad de hacer explícitos los procesos subyacentes a la condición de las mujeres en un contexto determinado, haciendo referencia, por ejemplo, a las consecuencias de los

cambios demográficos, a ciertas políticas públicas, a procesos de medicalización de la reproducción, a transformaciones en las condiciones de vida y de trabajo desencadenados por procesos de ajuste estructural y globalización de la economía, a cambios en las estructuras familiares resultantes de esas transformaciones, a modificaciones en los roles de género, y a la presencia de discursos paralelos y contradictorios en torno a la procreación y la salud, entre otros.

En este sentido, parece necesario explicitar, en los marcos conceptuales y en los estudios que se emprendan, la especificación del contexto histórico, sociocultural y temporal, así como la pertenencia a determinados grupos sociales de la población a la que se hace referencia. México contiene diversos escenarios socioeconómicos y culturales, en los que la dimensión de género adquiere contornos específicos. A su vez, esta dimensión interactúa con muchas otras en la definición de condiciones para la salud de mujeres y niños. La pertenencia al género femenino o masculino y las relaciones entre los géneros tienen diferentes implicaciones materiales y culturales dentro de grupos poblacionales y contextos sociohistóricos específicos (Martínez, en este volumen).

La influencia de las dimensiones de género en las condiciones para la salud debe ser analizada en su interacción con otras en las que están insertos los sujetos, como el grupo socioeconómico, el grupo generacional, la etapa en la trayectoria de vida y la ubicación en la estructura de parentesco familiar, entre otras. La identificación de distintos grupos de mujeres en contextos sociohistóricos y universos de significado permitirá analizar más estrechamente los posibles vínculos entre condición de género y daños a la salud (Martínez, en este volumen).

En estos contextos específicos, se puede intentar vincular, a nivel macro, las manifestaciones estructurales de las desigualdades de género con daños a la salud o con patrones de comportamiento definidos como variables intermedias o determinantes próximos de esos daños. Un análisis de las relaciones externas entre estos factores permitirá trazar un mapa de órdenes de magnitud y jerarquías en los vínculos entre los eventos estudiados y sus posibles determinantes.

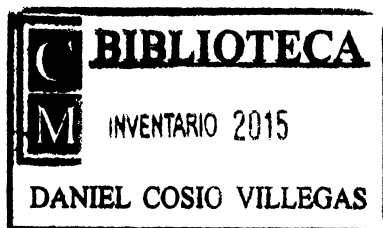
Sin embargo, la dimensión cultural de las construcciones de género, que se ha propuesto en este texto como la que interactúa de manera más estrecha con las visiones del cuerpo, la sexualidad,

la procreación y la salud, requiere necesariamente de un acercamiento cualitativo, puesto que se refiere a conjuntos de significados subjetivos y sociales que afectan a las personas y a sus comportamientos y relaciones. Intentar abarcar el conjunto de vínculos posibles entre condición de la mujer y salud materno-infantil requiere, entonces, de abordajes complementarios.

La construcción de un marco conceptual para el estudio de la salud materno-infantil desde la perspectiva de género no es una tarea acabada. Pero consideramos que los aportes contenidos en la presente compilación constituyen una contribución sustantiva en este camino, que problematiza las relaciones entre condición social de la mujer y salud materno-infantil en México, abriendo posibilidades enriquecedoras para futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Dixon-Mueller, R. (1993), "The Sexuality Connection in Reproductive Health", *Studies in Family Planning*, vol. 24, núm. 5, pp. 269-281.
- Leslie, J. (1992), "Women's Lives and Women's Health: Using Social Science Research to Promote Better Health for Women", The Population Council/International Center for Research on Women (mimeografiado).
- McCarthy, J. y D. Maine (1992), "A Framework for Analyzing the Determinants of Maternal Mortality", *Studies in Family Planning*, vol. 23, núm. 1, pp. 23-33.
- Mosley, H. y L. Chen (1984), "An Analytical Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries", *Population and Development Review*, suplemento, vol. 10, pp. 25-45.
- Sai, F. y J. Nassim (1989), "The Need for a Reproductive Health Approach" *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, suplemento, núm. 3, pp. 103-113.
- Zolla, C. y V. Mellado (1995), "La función de la medicina doméstica en el medio rural mexicano", en S. González (comp.), *Las mujeres y la salud*, México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México, pp. 71-92.



EL COLEGIO DE MEXICO



3 905 0659106 B

La condición de la mujer en el espacio de la salud
se terminó de imprimir en mayo de 1998 en Corporación
Industrial Gráfica, S.A. de C.V., Cerro Tres Marías 354,
col. Campestre Churubusco 04200 México, D.F.
Se tiraron 1000 ejemplares más sobrantes para reposición.
El cuidado de edición estuvo a cargo del Departamento
de Publicaciones de El Colegio de México.

Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano

El estudio de la salud de la mujer, de la madre y de los hijos ha estado estrechamente ligado al proceso reproductivo de la población, debido a las relaciones que se han documentado entre los componentes de dicho comportamiento y los diferentes indicadores privilegiados en el estudio de la salud materno-infantil, a la vez que por el papel que socialmente se le atribuye a la reproducción dentro de la definición genérica de las mujeres. Actualmente se reconoce que la salud de las mujeres incluye como elemento indispensable la condición de las mismas, más allá del carácter diferencial de los procesos reproductivos y/o de su influencia sobre las condiciones de salud de sus hijos. Esto ha permitido replantear la identificación de la salud materna con la salud de la mujer, además de reconocer que ha sido fuente de asignaciones sociales diferenciales en los espacios del derecho de las mujeres y los varones. Asimismo, cuestiona la asignación unilateral hacia la mujer por lo que hace a la responsabilidad del cuidado de los hijos y, por ende, de la salud de los mismos, así como la salud del núcleo familiar.

Con el propósito de redimensionar el alcance de las relaciones entre reproducción y salud, se desarrolló un proyecto cuyos resultados integran este libro.



EL COLEGIO DE MÉXICO

