

Soledad González Montes  
compiladora

# LAS MUJERES Y LA SALUD



396  
G6435m  
ej.4

EL COLEGIO DE MÉXICO

cb599991

González Montes, ...

Las mujeres ...



gmt

Biblioteca Daniel Cosío Villegas  
C. A. C.

31 OCT 2008

Fecha de vencimiento

~~FEV 2008~~

~~BR 2008~~  
MAY 2008

MAY 2008 *hauz*

V J E

~~...~~

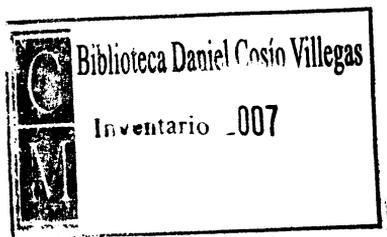


## **LAS MUJERES Y LA SALUD**

**PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO DE ESTUDIOS  
DE LA MUJER**

# LAS MUJERES Y LA SALUD

*Soledad González Montes*  
compiladora



EL COLEGIO DE MEXICO



\*3 905 0599991 J\*

*Biblioteca Daniel Cosío Villegas*  
EL COLEGIO DE MEXICO, A. C.



EL COLEGIO DE MÉXICO

396

G6435m

González Montes, Soledad, comp.

Las mujeres y la salud / Soledad González Montes compiladora. -- México : El Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, 1995.

258 p. ; 21 cm.

ISBN 968-12-0645-2

1. Mujeres-Salud e higiene.

*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**

**Ilustración: Curanderas adivinas del *Códice Florentino***

**Primera edición, 1995**

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

**ISBN 968-12-0645-2**

**Impreso en México/Printed in Mexico**

## ÍNDICE

Las mujeres y la salud, <i>Elena Urrutia</i>	9
Presentación y agradecimientos, <i>Soledad González Montes</i>	11
Introducción, <i>Ivonne Szasz</i>	13
La condición social de la mujer y la salud	13
Bibliografía	25
Salud, embarazo y anticoncepción en dos comunidades rurales de México: un estudio comparativo, <i>Roberto Castro y Mario Bronfman</i>	27
Introducción	27
Teoría y método	29
Proceso salud/enfermedad	36
Sexualidad y embarazo	44
Anticoncepción	52
Conclusiones	64
Anexo: esquemas de clasificación de la información	67
Bibliografía	68
La función de la medicina doméstica en el medio rural mexicano, <i>Carlos Zolla y Virginia Mellado</i>	71
Medicina doméstica y sistema real de salud	71
La mujer: terapeuta y usuaria	74
Jerarquización de las enfermedades	83
Conclusiones	91
Bibliografía	92
Lactancia materna y trabajo asalariado: ¿irreconciliables?, <i>Montserrat Salas</i>	93
Lactancia materna: un punto de vista de género	94
El abandono de la lactancia materna: algunos elementos para su análisis	98

A manera de conclusión	124
Bibliografía	126
Pensando como mujeres... Propuestas educativas en salud de los “colectivos” y “redes” de mujeres, <i>Dora Cardaci</i>	129
Las “redes” y centros de mujeres: construyendo una lógica diferente	135
Dos casos concretos: Women’s Therapy Centre (Londres) y Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humanos en América Latina (CIDHAL-Cuernavaca)	141
Bibliografía	161
Crimen y castigo: el aborto en la Argentina, <i>Ana Isabel González</i>	167
Introducción	167
Metodología	170
Comportamientos reproductivos, políticas poblacionales y anticoncepción	172
Las instituciones de salud y la salud reproductiva	176
El aborto, la ley y la práctica social	183
Los servicios de salud ante el aborto	185
Crimen y castigo: el aborto de las mujeres pobres	188
Conclusiones	193
Bibliografía	196
Género y salud femenina: una revisión de las investigaciones en México, <i>Patricia Ravelo</i>	199
Introducción	199
Algunas consideraciones en torno a la salud femenina	200
Salud reproductiva	204
Salud mental	208
Sexualidad	214
Salud ocupacional	215
Morbilidad y mortalidad	228
A manera de conclusión	243
Anexo 1	244
Anexo 2	246
Bibliografía	248

## LAS MUJERES Y LA SALUD

Varios son los aspectos que cabe destacar en lo que a las mujeres y la salud se refiere, y de ello dan cuenta los artículos aquí reunidos. Dentro de la colección “Investigaciones del PIEM” (Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer de El Colegio de México), etapa final de su Programa de Financiamiento a Investigaciones y Tesis de Maestría y Doctorado, sale ahora a circulación el libro colectivo *Las mujeres y la salud* coordinado por Soledad González.

Si bien es unánime el reconocimiento que las organizaciones internacionales y nacionales han dado al papel clave de las mujeres en el cuidado de la salud de la familia —como señala Soledad González—, no deja de ser impactante el hecho de que en nuestros países en vías de desarrollo la enfermedad y muerte de las mujeres estén íntimamente relacionadas con su papel protagónico dentro de la reproducción biológica. De acuerdo con Iivonne Szasz, la inmensa mayoría de los trastornos de salud y causas de mortalidad específicamente femeninas se pueden evitar, esto es, casi todas las enfermedades y muertes no ocurrirían en dichos países de haber condiciones satisfactorias de calidad de vida, atención a la salud y autonomía de las mujeres.

Una de las dimensiones sociales más importantes de la salud de la mujer está conformada por las relaciones entre los géneros, y la desigualdad social de los mismos se expresa de manera importante en la reproducción humana. Szasz señala, entre otros: valoración de lo femenino basada en la maternidad; no poder separar para las mujeres el ejercicio de la sexualidad y la procreación; embarazos riesgosos, tempranos o tardíos; gestaciones no deseadas, multiparidad y brevedad de los intervalos entre los partos; ejercicio no deseado de la sexualidad; un desarrollo desigual de tecnología anticonceptiva que hace que la experimentación y los descubrimientos se hayan orientado casi exclusivamente a los métodos femeninos; en cuanto a la anticoncepción quirúrgica, la operación femenina se practica con mucha mayor amplitud que

la masculina, a pesar de ser un procedimiento más costoso y mucho más riesgoso para la salud; el conflicto de funciones para ejercer la maternidad y trabajar asalariadamente; la violencia familiar...

Los trabajos aquí contenidos “rescatan aspectos de las relaciones entre la salud femenina y la condición de las mujeres en la familia y en la sociedad, contienen aportes significativos sobre la manera en que las mujeres perciben y experimentan sus procesos de salud, y proponen una revaloración de prácticas positivas tendientes a una mayor autonomía femenina en relación con su cuerpo, su sexualidad y su salud”.

ELENA URRUTIA

*Programa Interdisciplinario de  
Estudios de la Mujer*

## PRESENTACIÓN Y AGRADECIMIENTOS

El tema del control social que se ejerce sobre el cuerpo femenino, su sexualidad y capacidades reproductivas, ha sido una constante desde los inicios de la reflexión sobre la condición femenina y los derechos de las mujeres. Ese control se ejerce a través de las políticas públicas, la legislación, las instituciones, los prestadores de servicios y los actores del entorno más cercano a ellas: sus familiares. Las relaciones de poder también pasan por los cuerpos, nos dice Foucault, y es por eso que la demanda de autonomía sobre el propio cuerpo —el ejercicio del derecho a decidir— ha estado siempre en el centro de las luchas feministas.

Esta reivindicación ha adquirido fuerza renovada en los movimientos latinoamericanos de mujeres de los últimos veinte años, al ligarse a la lucha por una mejoría de las condiciones de salud de las mujeres y sus dependientes. Lo cual necesariamente implica el cuestionamiento a las deficiencias de los servicios públicos, su deterioro o adelgazamiento. Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y diversas fundaciones, han dado su reconocimiento al hecho de que las mujeres tienen un papel clave en el cuidado de la salud familiar. Más aún, las han convertido en el eje de varios programas en los que ellas tienen el papel de gestoras o promotoras. A esto se agrega que, con y sin el apoyo de estas instituciones, han surgido numerosos grupos que promueven formas alternativas de medicina que toman en cuenta las necesidades y demandas de las mujeres.

Las investigaciones desde una perspectiva de género, sobre la amplia gama de temas que se vinculan a estas cuestiones, todavía son escasas en México. Los estudios reunidos en este volumen constituyen un valioso aporte en este sentido, pues justamente buscan profundizar los conocimientos sobre la relación entre las mujeres y la salud, combinando el enfoque de género con el análisis de las dimensiones étnica y de clase. Este es el tipo de investigación que el Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer ha aspirado a promover desde sus inicios. La mayor parte de estos artículos

son el resultado de estudios que en distintos momentos recibieron su apoyo financiero y, en algunos casos, también académico.

Así, Dora Cardaci, Carlos Zolla y Virginia Mellado, formaron parte de la tercera generación del Programa de Financiamiento del PIEM, que fue coordinada por Flora Botton, quien también coordinó la cuarta generación, a la que pertenecieron Roberto Castro y Mario Bronfman. Por su parte, Montserrat Salas fue becaria de la sexta, que me tocó coordinar en compañía de Elsie McPhail. El artículo de Ana Isabel González, en cambio, fue presentado inicialmente como ponencia en la sesión sobre "Políticas públicas y mujeres", organizada por Mercedes Barquet y Elena Urrutia en el marco del XIII Congreso Internacional de Ciencias Antropológicas y Etnológicas, que se llevó a cabo en la ciudad de México en agosto de 1993. Por su parte, Patricia Ravelo preparó una versión preliminar de su artículo, como trabajo final del Curso de Especialización en Estudios de la Mujer del PIEM, 1991-1992, contando con la asesoría de María Luisa Tarrés.

Los trabajos fueron terminados, por lo tanto, en diversos años y algunos hace ya bastante tiempo. Los hemos incluido porque no han perdido vigencia ni relevancia. Son contribuciones originales por los temas que tratan y por el enfoque que adoptan. Estamos convencidas de que todos los trabajos que integran el volumen serán útiles para la docencia, sugerentes para investigaciones futuras y de interés para un público amplio.

Quiero destacar que la versión inicial del manuscrito se enriqueció con las recomendaciones y sugerencias de Mario Bronfman, mientras que la versión final contó con las de Susana Lerner, Irma Saucedo e Ivonne Szasz. En la ardua labor de revisión y corrección colaboró entusiasta y eficazmente Verónica Devars, a quien se sumó en la última etapa Esperanza Rojas, asistente de investigación del PIEM. A todas las compañeras y colegas mencionadas y mencionados quiero darles mi agradecido reconocimiento por su labor, así como a las autoras y autores que pacientemente esperaron ver el resultado final de sus esfuerzos.

SOLEDAD GONZÁLEZ MONTES  
*Programa Interdisciplinario de  
Estudios de la Mujer*

# INTRODUCCIÓN

## LA CONDICIÓN SOCIAL DE LA MUJER Y LA SALUD

*Ivonne Szasz*<sup>1</sup>

Hablar de salud femenina nos remite a lo que es propio del ser mujer. En el plano biológico, la mujer se distingue del hombre por su papel protagónico en la reproducción. Puede vivir embarazos, alumbrar a sus hijos y amamantarlos. Únicamente las mujeres experimentan trastornos de la ovulación y de la gestación, viven el climaterio, sufren abortos, padecen sus secuelas, presentan complicaciones de enfermedades crónicas y degenerativas como consecuencia de embarazos, o tienen complicaciones durante el parto y el puerperio. Sin embargo, la salud de la mujer es específica en todas las etapas de su vida, no solamente en torno a la reproducción, y está estrechamente relacionada con la construcción cultural de lo femenino y las condiciones sociales de vida.

La morbimortalidad de mujeres en los países periféricos se vincula de manera importante con su protagonismo en la reproducción biológica. Sin embargo, las dimensiones más negativas para la salud de la mujer no se originan en el plano biomédico sino en la esfera social. La inmensa mayoría de los trastornos de salud y causas de mortalidad específicamente femeninas se pueden evitar. Las desigualdades entre países y regiones, entre grupos sociales y grupos étnicos, y en particular entre los géneros, aparecen cruzando los procesos de reproducción como determinante principal de los riesgos para la salud de la mujer.

Los niveles, tendencias y estructura de causas de morbimortalidad materna son claramente diferentes en los países avanzados y

<sup>1</sup> Investigadora del Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano (CEDDU) y coordinadora del Área de Docencia y Formación de Recursos Humanos del Programa "Salud reproductiva y sociedad" de El Colegio de México.

los periféricos. Casi todas las enfermedades y muertes de mujeres en países periféricos no ocurrirían en condiciones satisfactorias de calidad de vida, atención a la salud y autonomía femenina. De esta determinación social se derivan también las grandes diferencias en salud entre mujeres rurales y urbanas y entre regiones más y menos desarrolladas de un mismo país. Las estrategias de crecimiento económico, los estilos de desarrollo, las diferencias en la apropiación de la riqueza socialmente generada, las relaciones de poder entre distintos grupos sociales y las políticas públicas determinan importantes diferencias en la calidad de vida y el acceso a la salud de distintos grupos sociales, incluso en el interior de cada país, de sus regiones y de sus zonas urbanas y rurales. La falta de una efectiva igualdad entre diversos grupos étnicos y entre la población urbana y la rural determina prácticas discriminatorias hacia las manifestaciones culturales y formas de vida de los sectores subordinados.

Las relaciones entre los géneros conforman una de las dimensiones sociales más importantes en relación con la salud de la mujer. La desigualdad entre hombres y mujeres se expresa en diferencias en el acceso a recursos, los grados de autonomía personal, las derivadas del papel que desempeñan en la familia y en la sociedad, la valoración y retribución social del trabajo e incluso la capacidad de decidir, planear y disfrutar la propia vida.

La construcción de la identidad femenina se centra, precisamente, en la maternidad. La definición de lo femenino como un "ser para otros" y del cuerpo de mujer como un "cuerpo para otros" tiene importantes implicaciones para la autoestima, la valoración social y la capacidad de las mujeres para tomar decisiones y actuar en su propio beneficio en el cuidado de su cuerpo, su vida, su salud y su bienestar. La mujer es, sobre todo, la que atrae sexualmente y la que nutre, alimenta y proporciona bienestar y placer a los demás. Esa construcción de identidad cuestiona la posibilidad de cuidar de su propio bienestar, de experimentar placer y recibir apoyo emocional, de tener una vida personal y un proyecto propio más allá de la vida conyugal y la maternidad.

La desigualdad social entre los géneros se expresa de manera importante en la reproducción humana. Se relaciona en ocasiones

con embarazos riesgosos y en otras con gestaciones no deseadas, el ejercicio no deseado de la sexualidad, y las dificultades para separar la sexualidad de sus consecuencias reproductivas. Para las mujeres, las decisiones y la ausencia de éstas en materia de sexualidad y reproducción tienen importantes costos psicológicos y afectivos.

La valoración de lo femenino basada en la maternidad y la vida conyugal, presiona en contextos de escasa autonomía femenina, hacia el embarazo y la unión tempranas y hacia una prole numerosa. El embarazo y la paridez en edades extremas, así como los intervalos intergenésicos breves, constituyen riesgos importantes para la salud de las mujeres.

Los varones pueden separar fácilmente el ejercicio de la sexualidad y la procreación, mientras que las mujeres requieren tener conciencia e información sobre la biología de la reproducción y la posibilidad de impedir un embarazo. Requieren tener acceso a medios anticonceptivos, y deben pasar por importantes y costosos ejercicios de toma de decisión y de acción para separar las relaciones sexuales de sus consecuencias reproductivas. Muchas jóvenes no usan anticonceptivos por temor, desconocimiento, sentimientos de culpa o falta de acceso a los medios adecuados. Para ellas, el ejercicio de su sexualidad estará sujeto a temores de embarazos no deseados, que dificultarán la posibilidad de disfrutarlo.

En especial, para mujeres jóvenes y solteras, el pensar, decidir, buscar y usar métodos anticonceptivos es difícil. Los procesos de construcción de identidad y de socialización para las mujeres, sitúan en el centro de lo femenino la capacidad de relacionarse con otros y formar pareja. La vida de las mujeres se construye en y para esas relaciones. El uso de anticonceptivos puede ser interpretado como signo de liberalidad sexual, provocando que su pareja las desvalore o las abandone. La importancia de preservar sus noviazgos puede llevar a mujeres jóvenes a no prevenir los embarazos, aunque no los deseen en ese momento, afectando sus posibilidades de disfrutar la sexualidad.

Otras jóvenes se privarán de la posibilidad de disfrutar de su cuerpo y del erotismo, permitiéndose la sexualidad únicamente dentro de una unión estable y con intenciones reproductivas. Las mujeres unidas, de todas las edades, deben agregar a los costos y

dificultades de las decisiones anticonceptivas la posibilidad de disgusto, rechazo o violencia de su pareja. Ninguno de estos costos son experimentados por los varones. En nuestra sociedad, un joven con experiencia sexual es más valorado que quien no la tiene, y a las muchachas se les aplica el criterio opuesto. De esta manera, experimentar relaciones sexuales constituye para un muchacho un "logro" y para una joven, un "fracaso".

La adopción de ciertas decisiones reproductivas representa elevados costos subjetivos para mujeres cuya autovaloración e identidad se construyeron en torno a un "deber ser" femenino definido por la maternidad. Ejemplos extremos de esos costos son los derivados de decisiones relativas al aborto, a ser madre soltera y a la anticoncepción quirúrgica.

Decidir y experimentar un aborto, además de riesgos para la salud, implica atentar contra la definición íntima de identidad femenina. El ser mujer está definido por desear siempre y sobre todo la maternidad. El valor de ser mujer reside en la capacidad de ser madre (y buena madre). Interrumpir un embarazo significa, además, contravenir leyes, normas sociales, pautas culturales, creencias religiosas y valoraciones familiares. Las secuelas psico-afectivas de un aborto provocado pueden ser de muy larga duración y son afrontadas en forma extremadamente solitaria por las mujeres involucradas. El conflicto y las dificultades para decidir en forma oportuna aumentan en el caso de mujeres solteras o abandonadas, y una decisión tardía puede acrecentar considerablemente los riesgos para la vida de la mujer.

La decisión de no interrumpir un embarazo frente al abandono o ausencia de pareja requiere afrontar a veces el rechazo familiar, y casi siempre la desvalorización social. Limita las opciones alternativas de la mujer y la empuja a situaciones de dependencia económica familiar que limitan su autonomía y capacidad de decidir.

La interrupción voluntaria y definitiva de la capacidad de procrear a través de la operación femenina puede tener también consecuencias íntimas importantes para mujeres relativamente jóvenes, cuya autoestima, valoración y razón de ser se construyó en torno a la capacidad de ser madre.

Por contraste, el uso de anticonceptivos es extremadamente bajo entre los varones. En principio, la decisión de usarlos (de

impedir la procreación) no debe afectar a los componentes principales de la construcción de identidad masculina, situados en la esfera pública; tampoco afecta la competencia laboral, la destreza y fuerza física, las demostraciones de potencia sexual y el rol proveedor familiar. Los varones no pueden experimentar ni interrumpir embarazos no deseados. El abandono de una mujer embarazada, o el abuso sexual que resulta en un embarazo, no tiene consecuencias para ellos. La desvalorización social no recae sobre el varón sino sobre la mujer victimada o abandonada. Por último, la infertilidad congénita o adquirida de una mujer (o incluso la del propio hombre) puede significar la desvalorización, el castigo, la violencia conyugal o el abandono de la mujer.

La desigualdad entre los géneros se expresa también en el desarrollo de tecnología anticonceptiva y en la prestación de servicios. La experimentación y los descubrimientos se han orientado casi exclusivamente a la búsqueda y perfeccionamiento de métodos dirigidos hacia la mujer. Los programas de planificación familiar y la prestación de servicios privilegian los métodos que se dirigen exclusivamente a las mujeres como pacientes "cautivos" en la atención materno-infantil. El caso extremo de discriminación genérica está constituido por la anticoncepción quirúrgica. Se practica ampliamente la operación femenina, a pesar de ser un procedimiento más costoso y mucho más riesgoso para la salud que la masculina. En general, la hegemonía de la visión médica en la prestación de servicios de planificación familiar ha implicado escasa incorporación de las necesidades percibidas por las mujeres y verticalidad en la elaboración de los programas y en la relación entre prestadores de servicios y usuarias.

La desigualdad entre los géneros afecta también las demás esferas de la salud de la mujer. La asignación exclusiva de la crianza a las mujeres, y el conflicto de roles derivado de las dificultades para ejercerla entre mujeres trabajadoras, dificulta las prácticas de lactancia y conlleva situaciones de tensión emocional, conflicto familiar y riesgos para la salud infantil. Los riesgos de sufrir accidentes derivados del agotamiento por esfuerzo físico excesivo pueden ser elevados entre trabajadoras que desarrollan una doble jornada laboral. La discriminación ocupacional y salarial por género, presente en los mercados de trabajo, determina mayor pobreza

femenina y menor acceso a seguridad social entre las mujeres trabajadoras, en comparación con los varones de igual escolaridad, calificación y origen social. Finalmente, el menor ejercicio de poder y acceso a recursos en la esfera familiar, así como el lugar secundario que asume la mujer frente al jefe de familia varón o frente a sus hijos, lleva a situaciones de desventaja nutricional y desatención a su salud.

Una mención especial merecen los problemas de violencia familiar, cuya elevada frecuencia representa un riesgo para la salud de las mujeres por sus efectos directos de lesiones físicas y homicidios, y por sus consecuencias para la salud mental. Las situaciones de violencia doméstica asociadas al alcoholismo masculino conducen con frecuencia a la imposición de relaciones sexuales y a embarazos no deseados y riesgosos para la salud de los infantes. Estos riesgos señalan la importancia de estudiar los condicionamientos de género que propician tanto el ejercicio de la violencia masculina como su aceptación por parte de las mujeres.

Todas estas desigualdades de género, que aparecen asociadas con riesgos para la salud femenina, están moldeadas de manera importante por otras formas de desigualdad social. Las complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio son más frecuentes en grupos de población con condiciones de vida y de nutrición desventajosas. Los embarazos tempranos y tardíos, la multiparidad y la brevedad de los intervalos intergenésicos son recurrentes entre mujeres con escaso acceso a oportunidades de escolaridad y de empleo formal, residentes en contextos de escasa autonomía y movilidad femeninas.

Entre estas mujeres el acceso a la anticoncepción es menos frecuente y más difícil, asociándose a mayores costos personales, y la calidad de los servicios y la atención a sus necesidades es menor. La imposición de métodos definitivos de anticoncepción aparece con mayor frecuencia entre mujeres rurales y de escasa escolaridad. Los problemas de embarazo de adolescentes sin pareja son especialmente frecuentes en sectores populares urbanos, y las mujeres urbanas de baja escolaridad se embarazan y se unen a edades mucho más tempranas que aquéllas con educación secundaria. La violencia doméstica, el alcoholismo, las violaciones y el abuso sexual de menores son notablemente más frecuentes entre

grupos de escasos ingresos. Finalmente, una de las causas más frecuentes de morbilidad materna —el aborto y sus secuelas— se asocia claramente a situaciones de pobreza, en las que el aborto clandestino se realiza sin las condiciones mínimas de seguridad y asepsia.

Entre los procesos sociales recientes que están modificando los escenarios de riesgos para la salud de las mujeres de los países periféricos, destaca la creciente globalización de la economía y su profundo impacto en la participación económica de las mujeres, en las características de su inserción laboral y en el aumento de su movilidad espacial. Los procesos de crisis, ajuste, reconversión productiva e internacionalización de la producción y el consumo, han generado aumentos del número de personas y hogares pobres; han profundizado las desigualdades sociales y han incrementado notoriamente la participación de mujeres de sectores populares en la actividad económica.

El aumento de horas de trabajo doméstico y extradoméstico que han experimentado las mujeres pobres cuestiona su papel de cuidadoras de la salud en el hogar. A su vez, la reciente expansión del empleo femenino en actividades económicas informales, como el comercio, el trabajo industrial a domicilio, la agricultura comercial, la agroindustria y la industria maquiladora, generan riesgos específicos para la salud de esas mujeres. Lo mismo ocurre con las nuevas corrientes de migración femenina, en especial las que se relacionan con la demanda preferente de mujeres para el ejercicio de ciertas actividades agrícolas y de comercialización.

Como dimensiones importantes y poco analizadas del incremento de la pobreza y de la necesidad de aumentar el número de activos por hogar, se han señalado el aumento del comercio sexual femenino y ciertos cambios en las prácticas sexuales. Entre otras, la vida sexual de los migrantes varones que recurren a contactos ocasionales durante su ausencia, y que luego no advierten a sus mujeres de posibles contagios. Se trata de prácticas particularmente riesgosas por la posibilidad de transmisión de enfermedades sexuales. Debido a condicionamientos de género, las mujeres ocultan con mayor frecuencia los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual y retardan su atención, aumentando los riesgos para su salud.

Las profundas transformaciones socioeconómicas ocurridas en Latinoamérica y particularmente en México durante los últimos veinte años han representado también importantes cambios institucionales. Las modificaciones en el papel del Estado han redefinido las esferas pública y privada. Al crecimiento de la pobreza y la flexibilización de los mercados de trabajo se suma la intención gubernamental de delegar responsabilidades en los propios grupos necesitados. Las mujeres y los grupos familiares han asumido esferas de la reproducción social que antes se situaban en el dominio gubernamental o de las empresas, aumentando su participación en actividades comunitarias y de autogestión de servicios. En especial, los programas de salud familiar asignan a la mujer el papel de responsable de los cuidados relativos a la salud en el hogar.

A la inversa, la creciente injerencia pública en el comportamiento reproductivo plantea problemas de pérdida de autonomía individual, al transferir a los agentes de salud esferas muy íntimas de la decisión personal. La reproducción humana, aun teniendo una base biológica, es un proceso esencialmente cultural y social que se pone a cargo de los servicios médicos. Esta transferencia de responsabilidades de la esfera individual y familiar hacia los servicios de salud, plantea importantes tensiones cuyas repercusiones en la salud de la mujer deben ser analizadas con cuidado.

Por una parte, la hegemonía de la visión médica tiende a asimilar los procesos de la reproducción a procesos de salud/enfermedad, en los que el prestador de servicios debe tomar las decisiones adecuadas para la paciente porque se considera el poseedor de un saber que puede restituir la salud. Esta visión que ubica la reproducción entre los procesos de enfermedad, pone en tensión la búsqueda de comportamientos libres, responsables e informados.

Por otra parte, las metas y criterios de calidad de los servicios se tienden a establecer con base en objetivos demográficos y no de salud, poniendo en tensión las posibilidades de opción de los prestadores de servicios. Los agentes de salud deben ajustar su acción a criterios estadísticos que buscan la modificación de tasas de crecimiento poblacional. Estas tensiones orientan hacia una verticalidad en las acciones y refuerzan relaciones de poder en la

prestación de servicios, que impiden atender las necesidades de salud percibidas por la población usuaria.

Las esferas del cuerpo femenino y de la reproducción humana que correspondían en las comunidades rurales a un saber de mujeres, que se ejercitaba y se transmitía entre iguales, han pasado a ser cada vez más ajenas a las protagonistas. Las enormes ventajas de reducción de sufrimientos, enfermedades y muertes maternas que ha significado la creciente medicalización de la reproducción humana, ponen en tensión, sin embargo, la autonomía personal y el protagonismo de las mujeres en el conocimiento sobre sí mismas y sus necesidades, en la regulación de la procreación y en el cuidado de su salud.

Los trabajos contenidos en el presente volumen rescatan importantes dimensiones de las relaciones entre la salud femenina y la condición de la mujer en la familia y en la sociedad. Contienen aportes significativos sobre la manera en que las mujeres perciben y experimentan sus procesos de salud, así como propuestas de revaloración de prácticas que promuevan una mayor autonomía en relación con su cuerpo, su sexualidad y su salud.

Bronfman y Castro, basándose en estudios de caso en áreas rurales de México, afirman la presencia de un conjunto coherente de conocimientos y prácticas de la medicina tradicional en torno a la salud infantil, mientras que la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción son vividas por las mujeres con desconocimiento, incertidumbre, dolor y una gran carga de fatalismo. Sin embargo, existen ciertos conocimientos y prácticas generalizadas que se transmiten entre mujeres, y que se refieren sobre todo a la alimentación y al esfuerzo físico de la embarazada y a las concepciones tradicionales de “lo caliente” y “lo frío”. Los niveles más activos de colaboración, intervención y decisión los desempeñan otras mujeres —suegra, madre, partera. Las mujeres rurales desempeñan así un rol central en la elaboración y transmisión de concepciones y prácticas relacionadas con la salud y la reproducción que definen y dan sentido a estos fenómenos.

Al estudiar la manera en que las diversas propuestas de las mujeres, de los hombres y de los agentes médicos se articulan entre sí, estos autores encuentran que la terapéutica tradicional se apoya en el contacto humano y se desarrolla en contextos familiares y

acogedores, favoreciendo una atención integral donde lo afectivo y lo psicológico están presentes. Las prácticas de la medicina moderna, en particular la anticoncepción, se aceptan en estos contextos con ambivalencia, como necesarias pero ajenas al mismo tiempo. Generan debates y cuestionamientos justificados y arbitrarios, y son vividas con incertidumbre y temor.

En el mismo sentido, Zolla y Mellado rescatan la importancia y el carácter activo de la familia, de la mujer y de las redes familiares y vecinales en la atención a la salud. Numerosas enfermedades son percibidas, diagnosticadas y tratadas en el ámbito del hogar, y es allí donde se inician todas las acciones curativas, se toman las decisiones iniciales sobre dónde, cuándo y con quién llevar al enfermo, y se administran los tratamientos.

En la medicina doméstica, la construcción social del género y la reproducción aparecen definiendo una jerarquía de las enfermedades en el hogar, que no guarda relación aparente con la naturaleza de la dolencia, sino con el papel del sujeto que las padece y su valoración. Aunque la mujer es la autoridad doméstica en materia de salud, sus propias enfermedades y su alimentación ocupan un lugar secundario en una escala encabezada por las dolencias de los niños varones. Los únicos procesos protagonizados por mujeres que merecen mayor atención son el embarazo y el parto, en los que se recurre a redes de ayuda comunitaria, y a un sistema de conocimientos perpetuado por las madres y abuelas.

Una de las manifestaciones del carácter social de la reproducción humana y de los procesos de salud de la mujer se refiere a la lactancia. Basándose en un estudio cualitativo sobre prácticas de alimentación de infantes entre obreras costureras de la ciudad de México, Montserrat Salas destaca el carácter cultural de la lactancia, y reconstruye los mecanismos sociales que contribuyen a reforzar o desalentar patrones nutricionales.

La confluencia de procesos tales como la comercialización de productos industriales y la medicalización de la reproducción fue destruyendo la tradición educativa oral sobre la técnica del amamantamiento, y fue situando la normatividad de las conductas reproductivas de las mujeres y de la atención y alimentación de los infantes en la medicina académica. De esta manera, en países como México se abandonó en pocos años la práctica generalizada de la

lactancia prolongada en zonas urbanas y rurales, sustituyéndose por una disminución de su frecuencia y duración, iniciada en sectores medios y asalariados urbanos.

Como factores que afectan el inicio de la lactancia destacan las maniobras hospitalarias de atención del parto, que la desalientan, generando inseguridad en las madres sobre su capacidad de amamantar. Entre los factores que afectan la exclusividad y duración de la lactancia materna se encuentran la carencia de apoyo emocional e información adecuada, la doble jornada laboral y la escasa posibilidad de adaptar sus horarios a las demandas del infante. Por limitaciones legales y de su inserción laboral, las mujeres no reciben apoyo social real para decidir cómo alimentar a sus hijos. Salas, como los demás autores, destaca la importancia de considerar las necesidades y la participación de las usuarias en el diseño de medidas legales y programas que tiendan a compatibilizar el derecho al trabajo con el derecho a la lactancia.

Dora Cardaci analiza algunas propuestas educativas sobre la salud de la mujer que intentan superar las concepciones individuales y disciplinarias de la salud y la visión unidireccional del proceso enseñanza-aprendizaje en que se prioriza la entrega de información. Rescata el esfuerzo latinoamericano por desarrollar un enfoque más social y colectivo, que considera el papel social de la mujer como elemento explicativo de sus riesgos de salud, de las modalidades de atención y del éxito de las campañas educativas.

La autora analiza la potencialidad educativa del trabajo en salud que desarrollan grupos autónomos de mujeres, que priorizan el autoexamen, las prácticas terapéuticas no convencionales y el intercambio de experiencias en lugar de las conferencias y discursos. Señala como ejemplos dos experiencias educativas sobre la salud de la mujer, con enfoque feminista. Una de ellas corresponde a un centro de terapia de mujeres británicas, que, valiéndose de grupos de autoconciencia, desarrolla un enfoque educativo basado en el trabajo analítico de conjunto, la dramatización y las vivencias grupales para lograr la autoaceptación y la ruptura de hábitos. La segunda experiencia analizada se refiere a una organización feminista mexicana de base popular, interesada en la desmedicación y la búsqueda de un ejercicio más democrático de atención y autoatención a la salud. Esta experiencia se compromete con una

metodología de educación popular para generar desarrollo de conciencia y movilización a través de grupos de autoayuda. Busca compartir vivencias y contextualizar, a partir de abordajes teóricos, esas concepciones y prácticas sobre la salud femenina de manera integral, originando procesos de organización de las mujeres, de replanteo de la vida cotidiana y de transformación social.

Ana Isabel González sintetiza algunos resultados de su investigación sobre la atención institucional de las complicaciones del aborto en la Argentina, en los que se evidencia que la opción sobre el aborto cuestiona de manera contradictoria el mandato social de la maternidad y moviliza, en el personal médico, concepciones ideológicas y acciones tendientes a preservar las relaciones genéricas de subordinación. Se establece una relación de enfrentamiento entre las usuarias de los servicios de salud y los médicos y paramédicos, que sienten menoscabado su poder profesional si la mujer niega su maniobra abortiva, y enojo porque la paciente interrumpió un embarazo. En la atención institucional del aborto complicado entre mujeres pobres, se establecen relaciones dirigidas a castigar la conducta "desviada" de las mujeres que abortan, pues aparece como un intento de sustraerse al control social y estatal de su sexualidad y su capacidad reproductora.

Finalmente, Patricia Ravelo desarrolla una revisión de diversos enfoques y perspectivas sobre la relación entre género y salud. A partir de un recuento amplio de los aspectos problemáticos de esta relación y los enfoques interpretativos, la autora propone a la salud de la mujer como una dimensión muy relacionada con todas las esferas de la vida social, en especial la cultura y la ideología, de donde se extraen los significados de la sexualidad, el cuerpo, la maternidad y los procesos de salud.

Señala como esferas de especificidad de la salud de la mujer la sexualidad, la maternidad, el trabajo y la salud mental, mencionando como causas socioculturales de sus trastornos las formas de socialización temprana, la represión de la sexualidad, las prácticas sociales en torno a la maternidad y los ideales culturales patriarcales, incluyendo el alcoholismo y la violencia masculina. Menciona a las condiciones específicas de inserción laboral femenina como condicionantes de un marco de incidencia particular de riesgos para la salud. Relaciona los disturbios psíquicos propios

de las mujeres con la producción histórica y social de esos trastornos, situando como causa la rigidez de las reglas sobre el comportamiento femenino, el confinamiento de la mujer al ámbito doméstico y la reducción de sus deseos y necesidades a los deseos maternos.

Esta autora propone que la reproducción, la salud y la sexualidad femeninas se encuentran dominadas por el saber médico hegemónico masculino, que describe a la mujer como enferma y concibe a la menstruación, la menopausia y el embarazo como desórdenes. Frente a estas visiones, existe un conocimiento de la salud femenina generado desde las propias mujeres, que reformula y problematiza la salud desde planteamientos de autonomía y autogestión. Estas concepciones se apoyan en los enfoques antropológicos, sociológicos y médico-sociales que han recuperado los procesos de reproducción social, la familia y la perspectiva de género como ejes para el análisis de la articulación de los procesos de salud/enfermedad con las dimensiones económica, social, ideológica y política.

La riqueza de los enfoques contenidos en el presente volumen reside precisamente en la búsqueda de las raíces culturales e ideológicas que se suman a los condicionamientos sociales y económicos de la salud femenina, y en las valiosas propuestas de rescate de la especificidad, la autonomía y la participación de la mujer en la construcción de su salud y bienestar.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Bronfman, Mario y Roberto Castro, "Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión", *Cadernos de Saude Pública*, 9 (3): 375-394, 1993.
- Figuroa, Juan Guillermo, "Comportamiento reproductivo y salud: reflexiones a partir de la prestación de servicios", *Salud Pública de México*, 33 (6): 590-600, 1991.
- , "El enfoque de género para el estudio de la sexualidad. Algunas reflexiones", material para discusión en el Simposio de Salud Reproductiva y Sexual, Huatulco, Oaxaca, diciembre de 1992.
- Freyermuth, Graciela, B. Cadena y M. Ico, "Atención del parto y del recién nacido por parteras indígenas de la región de los Altos de Chiapas",

- Serie Nuestra Salud*, núm. 1, Cuadernos Mujeres en Solidaridad, Oaxaca, s./f.
- Ginsburg, Faye y Rayna Rapp, "The Politics of Reproduction", *Annual Review of Anthropology*, vol. 20, pp. 311-343, 1991.
- Koblinsky, Marge *et al.*, *The Health of Women. A Global Perspective*, Boulder, West View Press, 1993.
- Leslie, Joan, "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, Nueva York, 1992.
- Mellado, Virginia, C. Zolla y X. Castañeda, *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*, México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), 1989.
- Sai, Fred y Janet Nassim, "The Need for a Reproductive Health Approach", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Supplement 3, 1989.

# SALUD, EMBARAZO Y ANTICONCEPCIÓN EN DOS COMUNIDADES RURALES DE MÉXICO: UN ESTUDIO COMPARATIVO

*Roberto Castro y Mario Bronfman<sup>1</sup>*

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es un análisis comparativo de las concepciones y prácticas en torno a la salud y la reproducción humana, existentes en dos comunidades rurales del país (Acapetahua, Chiapas, y Ocuituco, Morelos). Las investigaciones fueron realizadas en cada comunidad en forma independiente, atendiendo a la solicitud formulada por algunas instituciones de desarrollo y asistencia social, con el objeto de explorar las características específicas de la racionalidad médica dominante en estas comunidades.

El proyecto de Acapetahua<sup>2</sup> (Castro y González, 1985) tenía como objetivo fundamental elaborar un diagnóstico sobre los intereses y las necesidades de información de los habitantes de esa zona en relación con la reproducción humana. El área incluye cuatro municipios y 23 comunidades localizadas en la costa de Chiapas, junto a la frontera con Guatemala, con un universo aproximado de 14 000 familias.

Por otra parte, el proyecto de Ocuituco<sup>3</sup> (Castro, Bronfman y Loya, 1991; Castro, Bronfman y Loya, 1989) se inició en enero de

<sup>1</sup> Roberto Castro es profesor-investigador de la Escuela de Salud Pública de México del Instituto Nacional de Salud Pública. Mario Bronfman es profesor-investigador del Centro de Estudios Sociológicos de El Colegio de México.

<sup>2</sup> Investigación financiada por la FAO, ONU.

<sup>3</sup> Investigación financiada por el Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación para la Investigación en Reproducción Humana, de la Organización Mundial de la Salud (ONU).

1988 en la comunidad de ese nombre, de aproximadamente 3 200 habitantes, localizada al norte de Cuautla, Morelos. Como en el caso anterior, se buscaba explorar la lógica subyacente al discurso médico de la comunidad, a efecto de contar con elementos que facilitarían una eficaz adecuación de los programas de salud a la racionalidad de los habitantes de la zona. En ambos casos la hipótesis inicial era que las mujeres de estas comunidades desempeñan un papel central en la elaboración y transmisión de las concepciones y prácticas relacionadas con la salud y la reproducción y que era necesario, en consecuencia, documentar la manera en que ellas *definen* y atribuyen sentido a estos fenómenos. En ambos estudios se presume que estas *definiciones* reflejan, por lo menos indirectamente, el tipo de relaciones sociales que quienes las expresan mantienen entre sí, y con el o los objetos definidos; en este caso, los relacionados con la salud y la reproducción (Herzlich, 1973; Herzlich y Pierret, 1987). Por tanto, es preciso conocer también las *definiciones* que de estos fenómenos hacen tanto los hombres como los agentes médicos (modernos y tradicionales) de las comunidades ya que es necesario analizar la manera en que las diversas "propuestas" de las mujeres, de los hombres, y de los agentes médicos se articulan entre sí.

El objetivo de este trabajo es realizar un análisis comparativo de ambas investigaciones. La primera parte está dedicada a la exposición del marco teórico general y la metodología seguidas en ambas investigaciones. La segunda parte se refiere al análisis de la información que para ambos proyectos se recolectó, relativa al proceso salud/enfermedad. Se busca identificar y caracterizar las principales enfermedades que de acuerdo con los informantes prevalecen en las áreas de estudio. Ello permite contextualizar mejor las siguientes secciones de este trabajo. La tercera parte se concentra en el tema del embarazo. Se busca explorar la manera en que este fenómeno es vivido y explicado por los habitantes de las dos comunidades, e identificar los principales rasgos de la lógica que subyace a tales visiones. La cuarta parte está dedicada a un análisis semejante al anterior, sobre el tema de la anticoncepción. Finalmente, presentamos una serie de conclusiones que se derivan de esta investigación y que constituyen un punto de partida para nuevos estudios en esta dirección.

## TEORÍA Y MÉTODO

**Perspectiva teórica**

Las investigaciones que aquí se comparan fueron realizadas a partir de una perspectiva teórica que se centra en el *sentido subjetivo* que los actores atribuyen tanto a sus propias conductas como en general a los fenómenos que los rodean (Blumer, 1969). Optamos, en consecuencia, por un tipo de conocimiento científico basado en la “comprensión” (Weber, 1981) de la acción social más que en la “explicación” positivista de los hechos sociales (Alexander, 1987; Nagel, 1961).

La pertinencia de este abordaje interpretativo se justifica por su adecuación al problema de investigación (*i.e.*, la lógica de las concepciones sobre salud y reproducción en escenarios donde la medicina moderna es relativamente reciente). Por lo demás, la literatura en torno a los problemas de género (Roberts, 1981; Deegan y Hill, 1987) ha enfatizado la importancia de abordajes que permiten teorizar tomando como punto de partida la definición de la situación que ofrecen los actores (en este caso, las mujeres de las comunidades), es decir, a partir de sus vivencias, sus testimonios, y sus estructuras cognitivas (Pirie, 1988; McCormack, 1989; Dundas Todd, 1989).

Dada la naturaleza de los temas tratados, las dos investigaciones cuyos resultados aquí se comparan buscaban relevar información de carácter básicamente cualitativo, más que cuantitativo. Precisamente porque se trataba de explorar la manera en que es vivida, sentida, pensada y conocida la temática del cuerpo y la reproducción humana, se descartaron las técnicas estadísticas —que ordenan y clasifican grandes cantidades con base en sus elementos comunes— y se privilegiaron las técnicas de exploración profunda, que indagan con detalle las particularidades de ciertos fenómenos específicos y significativos.

**La selección de las comunidades***Selección de comunidades en la zona de Acapetahua*

La decisión de obtener información cualitativa estuvo presente como criterio ordenador en el momento de seleccionar a las

comunidades y a los informantes adecuados. En ninguno de los casos se trataba de obtener una muestra estrictamente representativa —en términos estadísticos— de ambos universos. Más bien lo que se buscaba era detectar a los singulares más relevantes para obtener de ellos información que mostrara la diversidad de intereses, conocimientos, actitudes y creencias en torno a la reproducción humana que están presentes en el área del proyecto Acapetahua; en otras palabras, lo importante era tener representados a todos los tipos no en función de su magnitud, sino por su sola existencia (Glaser, 1978; Strauss, 1990).

Para seleccionar a las comunidades visitadas en el área de Acapetahua, se procedió primero a clasificarlas atendiendo a criterios de orden socioeconómico (Proderith, 1984). De acuerdo con las fuentes disponibles, las comunidades del proyecto pueden clasificarse en tres grandes grupos, atendiendo a la actividad económica predominante en cada una de ellas. Así, las comunidades pueden considerarse como predominantemente agrícolas, predominantemente ganaderas, o mixtas. La misma fuente ofrecía a su vez una clasificación de las comunidades de acuerdo con su nivel de ingresos. El cuadro 1 muestra la clasificación de las comunidades del proyecto de Acapetahua por nivel de ingresos según actividad económica predominante. Con esta clasificación se presumió, para efectos de la investigación, que las comunidades con las mismas coordenadas presentaban un grado de semejanza suficiente que permitía elegir una de cada casillero bajo el supuesto de que con ella se representaba, al menos dentro de ciertos límites, a las restantes que tuvieran la misma clasificación, y así, a toda la región.

Finalmente, para optar en definitiva por una comunidad de cada casillero se tuvieron en consideración criterios de orden práctico, tales como la accesibilidad, la disponibilidad de medios de comunicación, etc. Las comunidades seleccionadas donde se llevaron a cabo las entrevistas para esta investigación fueron: 1) Luis Espinoza, 2) Matamoros, 3) Roberto Barrios, 4) Abraham González, 5) Hidalgo, y 6) Acacoyahua.

CUADRO 1  
**Clasificación de las comunidades del área de Acapetahua  
 según actividad económica y nivel de ingresos**

<i>Nivel de ingresos</i>	<i>Actividad económica predominante</i>		
	<i>Agrícola</i>	<i>Ganadera</i>	<i>Mixta</i>
Alto	Luis Espinoza Consuelo Jiquilpan	Roberto Barrios Francisco Sarabia	Hidalgo
Medio o bajo	Acapetahua Matamoros Soconusco Colombia Rfo Arriba Escuintla	Narciso Mendoza Nicolás Bravo Abraham González La Alianza Pino Suárez La Vainilla Ibarra Flores Magón	Acacoyahua

Fuente: Proderith.

### *Ocuituco*

Como ya se señaló, la situación de Ocuituco era diferente a la antes descrita. Dado que se trata de una sola comunidad, no de un grupo de ellas, como en el caso de Acapetahua, no fue necesario hacer una selección.

### **Identificación y selección de los informantes**

En ambas comunidades la idea era entrevistar a algunos de sus integrantes hombres y mujeres, así como a algunos informantes clave. Éstos, por su posición social, desempeñan un papel decisivo en la formación y propagación de opinión dentro de la comunidad. El supuesto básico era que el discurso de las mujeres puede ser mejor contextualizado y analizado si se le compara con el de otros tipos de informantes.

*El caso de Acapetahua*

El proyecto Proderith-Acapetahua contaba con un grupo de seis trabajadoras sociales, originarias de la zona, que se desempeñan como enlace permanente entre las comunidades y las instituciones involucradas en el proyecto de desarrollo. La decisión original que se tomó fue entrevistarlas, en su carácter de informantes clave, pues se asumió que su punto de vista sería particularmente relevante dada su posición. Se entrevistó a cuatro de ellas, pues las restantes se encontraban ausentes de la localidad durante el periodo de la investigación.

Además de las trabajadoras sociales, otros informantes clave, como curanderas, parteras, maestros y líderes religiosos, fueron seleccionados de manera propositiva. Se decidió entrevistar al máximo número posible de ellos.

El caso de los hombres y mujeres comunes fue diferente. Con ellos se buscaba identificar la mayor pluralidad de casos atendiendo a los siguientes criterios: a) *Edad*: 1) adolescentes (de 12 a 18 años), 2) jóvenes (de 19 a 25 años), 3) adultos jóvenes (de 26 a 35 años) y 4) adultos grandes (de 36 años y más). b) *Escolaridad* (este criterio fue aplicable sólo a los adolescentes, pues no existía un registro confiable del grado de educación de la población adulta): 1) escolaridad baja (de 0 a 3 años) y 2) escolaridad media o alta (de 4 años y más). c) *Paridad*: este criterio sólo fue aplicable a los jóvenes y adultos, y se excluyó a los adolescentes por razones obvias: 1) paridad baja (con 0 o 1 hijo), 2) paridad media (de 2 a 4 hijos) y 3) paridad alta (con 5 hijos o más).

La muestra de Acapetahua quedó conformada por cuatro trabajadoras sociales, diez informantes clave (además de las trabajadoras sociales), diez mujeres y ocho hombres de las comunidades, para sumar un total de 32 entrevistas. A efecto de identificar a los informantes que respondieran a las características señaladas, se optó por utilizar los registros de población de las clínicas del IMSS-Coplamar más cercanas a cada comunidad, o en su defecto, de las casas de salud.

*El caso de Ocuituco*

A diferencia de Acapetahua, en Ocuituco no existía ningún registro de población, por lo que se decidió elaborarlo mediante la realización de un censo general. El cuestionario para dicho censo incluyó variables como nombres de los miembros del hogar, parentesco con el jefe de la familia, sexo, edad, lugar de nacimiento, tiempo de residencia en Ocuituco (para los no originarios de ahí), escolaridad, estado civil, condición de trabajo, lugar de trabajo, paridad, y edad al primer parto (sólo para mujeres de 12 años y más).

La información recolectada a través del censo fue el insumo fundamental para detectar a los informantes de esta localidad. Igual que en el caso anterior, no se trataba de construir una muestra estadísticamente representativa, sino de identificar a los informantes más relevantes en función del lugar que ocupan en la comunidad como agentes formadores de opinión o por su experiencia cotidiana en los temas de nuestro interés. También hubo tres tipos de informantes: informantes clave, y miembros de la comunidad (mujeres y hombres).

El primer grupo de informantes estuvo constituido básicamente por maestros y agentes de salud; entre estos últimos se encuentran representantes de la medicina moderna (enfermeras, médicos) y de la tradicional (parteras, curanderos, hueseros). En el caso de los maestros se buscó que los seleccionados fueran originarios de la localidad.

El segundo grupo de informantes fue seleccionado entre las mujeres en edad reproductiva, de acuerdo con los siguientes criterios: a) *Edad a la primera gesta*: se dividió a la población en dos grupos: 1) mujeres que tuvieron su primer hijo antes de los 18 años y 2) mujeres que lo tuvieron después. b) *Paridad*: se consideraron dos categorías: 1) paridad baja y, 2) paridad alta. De estas últimas, la primera implicaba que tuvieran hasta un hijo a los 17 años, dos hijos a los 21, tres hijos a los 25, cuatro a los 29, y hasta cinco a los 30 años o más; y la segunda, más hijos de los señalados en cada uno de los grupos de edad anteriores. c) *Estado civil*: se agrupó a las mujeres en dos categorías: 1) unidas y 2) no unidas. De acuerdo con estos criterios, la población femenina de Ocuituco quedó clasificada como lo muestra el cuadro 2.

**CUADRO 2**  
**Clasificación de la población femenina de Ocuituco según**  
**paridad, estado civil y edad al primer parto**

<i>Edad al primer parto</i>	<i>Paridad baja</i>		<i>Paridad alta</i>	
	<i>Unidas</i>	<i>No unidas</i>	<i>Unidas</i>	<i>No unidas</i>
Menores de 18 años	2	2	2	2
De 18 años o más	2	2	2	2

Dentro de esta agrupación fueron elegidas en forma aleatoria dos mujeres de cada casillero, resultando al final una muestra de dieciséis. Finalmente, el tercer tipo de informantes, hombres de la comunidad, fue seleccionado de acuerdo con los siguientes criterios: a) *Escolaridad*: 1) baja, hasta tercer año de primaria; 2) media, hasta 6 años; 3) alta, más de 6 años. b) *Ocupación*, según cuatro categorías: 1) desempleados; 2) campesinos; 3) albañiles, oficinistas y vendedores, y 4) maestros y profesionistas. De acuerdo con estos criterios, la población masculina de Ocuituco quedó clasificada como lo muestra el cuadro 3. Los números dentro de cada casillero indican la cantidad de informantes masculinos seleccionados dentro de cada uno de ellos. Al final el total de informantes de este tipo resultó de doce. El casillero vacío muestra que no se encontró a ningún informante con esas características.

**CUADRO 3**  
**Clasificación de la población masculina de Ocuituco según**  
**escolaridad y ocupación**

<i>Escolaridad</i>	<i>Desempleados</i>	<i>Campesinos</i>	<i>Otros</i>
Hasta 3	2	2	1
Hasta 6	—	1	1
Más de 6	2	2	1

### **Los temas de indagación y su clasificación**

Para cada proyecto se diseñó una guía de entrevista que se dividía en tres secciones, correspondientes a las áreas de interés (salud/enfermedad, reproducción y anticoncepción). Las entrevistas eran de

respuesta abierta y se aplicaron generalmente en la propia vivienda de los informantes. En la aplicación de esta técnica descansa un importante principio metodológico: se trata de “dejar hablar” a los entrevistados, pues se parte del supuesto de que en su discurso es posible identificar un orden subyacente, un *sentido* específico (Mellado *et al.*, 1989; Valdés, 1988).

Las entrevistas a los informantes masculinos fueron realizadas únicamente por el investigador principal, mientras que las mujeres fueron entrevistadas por una investigadora asistente: era claro que tratándose de temas sensitivos la conversación fluiría con mayor facilidad entre personas del mismo sexo. Se trató de un trabajo altamente sistemático en el que ambos entrevistadores pudieron unificar criterios a propósito de la manera de proceder en la aplicación de esta técnica.

Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas en su totalidad. Las versiones textuales fueron a su vez codificadas siguiendo un esquema básico de clasificación de la información, que se estructura a partir de dos ejes fundamentales: a) informantes y, b) áreas temáticas.

En el caso de los informantes clave, se distinguieron dos niveles de análisis: un primer nivel, referido a lo que los informantes saben, creen y practican en relación con los temas indagados; esta información permite conformar la que denominamos *autoimagen*. Y un segundo nivel, que se refiere a lo que algunos de los informantes clave piensan que la comunidad cree o practica, es decir la *heteroimagen*.

Por su parte, las áreas temáticas permiten agrupar la información recolectada bajo rubros semejantes, de tal manera que una vez que la información ha sido vertida en estos esquemas, es posible identificar quién (es decir, el tipo de informante) dijo qué (es decir, el tema abordado).

Los esquemas permitieron conformar un mapa ordenado y sistemático de la información. Para analizarlos, se siguieron criterios cualitativos, algunos de los cuales fueron predeterminados durante el diseño de la investigación, mientras que otros emergieron como relevantes durante el proceso de análisis (Glaser y Strauss, 1967). Los criterios predeterminados apuntaban a identificar las principales coincidencias y contradicciones, tanto al inte-

rior de un mismo grupo de informantes (análisis horizontal: en relación con un tema específico, o a lo largo de los diversos rubros), como al interior de un mismo tema (análisis vertical: semejanzas y contradicciones entre los diferentes informantes). Sin embargo, como es característico de este tipo de investigaciones, la riqueza de la información recolectada muy pronto rebasó la capacidad organizativa de estos esquemas, lo que hizo necesario recurrir a nuevas categorías analíticas.

Los cuadros 4 y 5 (anexos) muestran los esquemas originalmente diseñados para clasificar y analizar la información en los casos de Acapetahua y Ocuituco. Como puede apreciarse, por encima de sus variaciones de forma, se trata de esquemas muy semejantes que facilitan la realización de un estudio comparativo como éste. El contenido de los siguientes capítulos, por otra parte, ilustra el tipo de categorías finalmente utilizadas en el análisis de esta información. Se trata de un análisis que conserva la capacidad ordenadora de los esquemas originales, pero que trasciende las limitaciones que supondría una rígida utilización de los mismos.

#### PROCESO SALUD/ENFERMEDAD

La existencia de conocimientos y prácticas médicas tradicionales en el área rural de Morelos y de Chiapas ha sido documentada extensamente por diversos autores (López Austin, 1984; Aguirre Beltrán, 1973; Quezada, 1975; Zolla *et al.*, 1988; Mellado *et al.*, 1989). A través de esta investigación, indagamos en torno a la manera específica en que dichos conocimientos y prácticas adquieren concreción en las comunidades de Ocuituco y Acapetahua. Partimos del supuesto de que esta información permite contextualizar nuestro análisis sobre los conocimientos, creencias y prácticas que existen en las comunidades en torno a la reproducción humana y la regulación de la fecundidad, y brinda elementos para avanzar en la comprensión de la racionalidad que los subyace.

La estrategia seguida para obtener información en relación con este rubro consistió en preguntar a los diferentes informantes cuáles son las enfermedades más comunes de la localidad, cómo se

generan y cómo se curan. Se buscaba, con ello, inducirlos a describir, no en términos médicos científicos sino en los de su propio discurso, sus principales preocupaciones, conocimientos, creencias y prácticas, en relación con su salud individual y de la colectividad. Ello permitió constatar la existencia de dos perspectivas médicas —la tradicional y la moderna— que coexisten a través de diversos mecanismos de *síntesis* que los habitantes de las comunidades han desarrollado (Castro, Bronfman y Loya, 1991).

### Salud/enfermedad en Ocuituco

La población de Ocuituco reporta enfermedades como “el susto”, la “pérdida de la sombra”, el “daño” y otras, cuya realidad es indiscutible para los habitantes de esta localidad (ellos las padecen frecuentemente) y que la medicina moderna no reconoce sino como una suerte de supersticiones o como una evidencia de la ignorancia de la población. No deja de ser llamativa la mutua subvaloración que intercambian ambos discursos médicos: mientras que el moderno se refiere a la medicina tradicional en los términos anteriores, el discurso médico tradicional reduce el papel de la medicina moderna básicamente a eliminar dolencias físicas concretas, pero no suele esperar de ella una curación integral de los individuos. Esta última provendrá más seguramente de los representantes de la medicina tradicional. Esto, por supuesto, tiene que ver directamente con el significado, para una y otra perspectivas médicas, del concepto de enfermedad. Una mujer decía:

Es que fíjese que tuve un susto de que mi mamá se enfermó de repente... me espanté, claro. Después tuve un susto de que a mi hija se le fue el niño al pozo. Fui a la carrera y ya tenía el niño en sus manos. Entonces llevé sustos así, hasta que yo creo que se me juntaron todos y ya no me daba hambre. Tenía frío. Estaba yo adelgazando. Me decía mi señor que fuéramos a ver al doctor, pero a mí no me dolía nada; lo único que sentía era desganzo y flojera. No hacía el quehacer con gusto... Ya entonces fui con doña Tranquilina y me dijo que me iba a poner la sombra. Esa señora a eso se dedica y pone cuatro sombras cada día: una a las ocho de la mañana, otra a las diez, la otra a las doce y la otra a las dos de la tarde. Pues ya ni fui con la doctora porque me puso la sombra y ya me sentí bien.

La visita a un médico se asocia en general a un dolor físico concreto. En otras palabras, se piensa que los médicos no saben mucho de enfermedades como la descrita arriba, que no presentan síntomas y signos concretos como el dolor. Otra mujer narra que a su hijo le puso la sombra porque se cayó al pozo y se asustó. Fue con el médico a que le curara los raspones y a Cocoyoc a que le pusieran la sombra. Cuando terminaron las tres curaciones (la sombra se puede poner en tres o cuatro curaciones) lo llevó a que “le echaran los evangelios” a la iglesia. Testimonios como éste permiten apreciar con claridad la división de funciones entre las dos medicinas existentes en Ocuituco. La medicina moderna es percibida como un conjunto de técnicas de intervención al nivel de lo elemental, de lo físico, de lo alcanzable de manera inmediata; sirve para curar dolores, raspones, etc., pero no puede brindar la verdadera curación, aquella que tiene que ver con una apreciación más integral del individuo y que rescata la dimensión psicológica de las personas.

La enfermedad “susto-pérdida de la sombra”, junto con la denominada “caída de la mollera” son, de acuerdo con la percepción de los informantes, las de mayor prevalencia en el área de Ocuituco. Prácticamente no hay informante (independientemente del grado de escolaridad) que no las conozca o que no las haya padecido. Cuando interrogamos a un informante clave, con alto grado de escolaridad, si creía o no en estas enfermedades, respondió: “Pues como dicen, no es bueno creer, pero es bueno curarse.”

Esta respuesta deja entrever una síntesis *ambivalente* de ambas racionalidades médicas. La “pérdida de la sombra” es consecuencia de uno o varios sustos; se sabe que se ha perdido la sombra cuando aparecen, sostenidos en el tiempo, síntomas como inapetencia, “desganzo”, somnolencia, desgano, etc. Una manera de comprobar la pérdida de la sombra es tomando de la muñeca al paciente para distinguir entre el pulso y la sombra. Si se trata de un caso positivo, la palpación de la sombra no se localizará y habrá que ubicar a qué altura del antebrazo se encuentra. Una vez identificado, el mal debe atenderse porque “...la sombra también es delicadita, parece que es una cosa que no es nada, pero sí. Muchos no creen”.

La restitución de la sombra se logra acudiendo a la curandera calificada para atender este padecimiento. Ésta advierte al paciente

que no debe comer nopales, aguacate, huevo, jitomate ni café negro “porque se les puede complicar con otro mal”. Después deposita agua bendita en pequeñas jícaras rojas, prepara un ramo de flores rojas, y prende un saumerio con copal donde calienta un “maicito” rojo. Una vez listo todo esto, reza un “Padre nuestro” y otras oraciones para ahuyentar el motivo del susto. Luego palpa los pulsos del enfermo “porque es donde brinca; entonces la sombra va enmedio y se le va tentando” hasta la parte del brazo donde se localiza la sombra perdida. Simultáneamente a este movimiento con los pulsos, la curandera llama constantemente al enfermo por su nombre y apellido “para que la sombra regrese a su centro”, al mismo tiempo que les rocía con agua bendita.

Esta sesión se repite por tres o cuatro ocasiones y con eso el enfermo “de veras se compone: es bueno eso de poner la sombra”. Además, el enfermo debe tomar un té compuesto de varias hierbas para que le ayude a recuperar su estado de salud. Regularmente, después de haber cubierto las tres o cuatro sesiones, los enfermos acuden a la iglesia a que les “echen los evangelios”, con lo que termina la curación. Llama la atención el hecho de que el procedimiento curativo es relatado con estos detalles prácticamente por todos los informantes; es decir, se trata de un conocimiento ampliamente socializado entre los habitantes de la localidad. Por su parte, los representantes de la medicina moderna del lugar interpretan esta enfermedad como una superstición de los habitantes del lugar, y señalan que se trata simplemente de sustos que recibe la gente en diversas situaciones pero rechazan que aquéllos resulten en “pérdida de la sombra”.

También está ampliamente socializado el conocimiento en torno al otro padecimiento al que hacíamos referencia, llamado “caída de la mollera”. Se trata de un padecimiento que básicamente afecta a los recién nacidos, si bien algunos informantes señalan que eventualmente puede afectar a los adultos. Los representantes de la medicina moderna de la comunidad interpretan esta enfermedad como un fenómeno de deshidratación que se manifiesta con el hundimiento de las fontanelas “y a esto la gente le llama caída de la mollera”, y señalan que “...la gente acude con personas que empujan el paladar superior para que brote la mollera o las agarran de los pies y los van zarandeando hasta que se les baja la mollera”.

La población, por su parte, atribuye este mal a caídas o movimientos bruscos sufridos por los bebés. Los signos que permiten reconocer este mal son una repentina dificultad del bebé para succionar y llanto constante. Cuando aparecen estas manifestaciones, los enfermos son llevados de inmediato con la partera “a que les levante la mollera”. La curación de esta enfermedad, por lo general está reservada a las parteras tradicionales. Igual que sucede con el susto-pérdida de la sombra, la caída de la mollera se cura en tres sesiones. Durante el tiempo que dura el tratamiento, el niño no debe tener contacto con agua fría y debe ser protegido de corrientes de aire. El procedimiento curativo es el siguiente:

[La curandera] pone a calentar alcohol con tomate, [luego] le lava al bebé la boquita con tomate y le hace así para arriba [le empuja hacia arriba el paladar] y después lo baña todo con alcohol caliente y le echa en la cabeza y lo sacude [toma al bebé de los pies y lo sostiene colgado hacia abajo] en una jícara con agua y la enreda [la cabeza], bien enredada. Le hace tres curaciones y con eso se compone.

Además de la desaprobación mutua que existe entre ambas perspectivas médicas, sobre todo de la lógica con que operan, llaman la atención algunas otras diferencias existentes entre ellas. En primer lugar, la terapéutica de la medicina tradicional está muy apoyada en el contacto físico (masajes) y se desarrolla en contextos que los habitantes de Ocuituco juzgan como cálidos y acogedores. Ello parece favorecer una curación más integral, donde lo afectivo y lo psicológico están presentes. De hecho, por lo menos en el caso del susto-pérdida de la sombra, la enfermedad parece tener connotaciones predominantemente psicológicas. La medicina moderna, en cambio, basa su terapéutica en el medicamento y en la tecnología sofisticada y no suele reconocer enfermedades que no presenten signos y síntomas de carácter físico, identificables dentro de su propia lógica.

En segundo lugar, en Ocuituco la medicina tradicional posee un lenguaje y una serie de procedimientos curativos que son del dominio público, a diferencia de lo que ocurre con la medicina moderna. Ello da lugar a que los habitantes de esta localidad definan sus expectativas respecto de estas dos medicinas en términos de lo que entienden, actuando en consecuencia. Así, la

medicina tradicional es preferida en muchas ocasiones, no sólo porque admite la existencia de padecimientos que la medicina moderna desprecia a los ojos de la población, sino porque además posee un lenguaje y una lógica mucho más familiar e inmediata. Si definimos “conocimiento” como el grado de dominio presente en la relación sujeto-objeto, en el caso de la medicina tradicional estamos ante un típico ejemplo de lo que es conocer, al menos desde la perspectiva de los habitantes de Ocuituco. Si, por el contrario, las *creencias* se diferencian de los conocimientos —siguiendo el mismo criterio— por el bajo o nulo grado de dominio del sujeto sobre el objeto, por la inseguridad con que son referidas, el caso de la medicina moderna no es sino un conjunto de habilidades y prácticas en las que la población puede creer con más o menos fuerza, pero cuyo lenguaje y lógica difícilmente pueden convertirse, al menos en el corto plazo, en parte de sus *conocimientos*.

### Salud/enfermedad en Acapetahua

De la misma manera que en el caso anterior, la indagación en torno al proceso salud/enfermedad en Acapetahua se llevó a cabo preguntando a los informantes sobre las enfermedades más frecuentes que tienen lugar en la región, y sirvió para contextualizar el análisis subsecuente. También en este caso es posible advertir la coexistencia de dos perspectivas médicas (moderna y tradicional), si bien con algunas diferencias en relación con el caso de Ocuituco.

Lo que más destaca entre las mujeres entrevistadas es la existencia de testimonios de mortalidad infantil en casi todas las familias de las comunidades. De acuerdo con el testimonio de las entrevistadas, la muerte de los niños en los primeros años de vida es un fenómeno común que puede llegar a tomar proporciones francamente graves:

- ¿Y de qué murieron sus hijos?
  - En aquel tiempo, lo que es la verdad, estábamos muy pobres. Quién sabe si por pobres, por no tener dinero y no poder curar, de eso se murió la niña...
  - ¿De cuántos años se murieron?
  - La niña se murió de nueve años; luego se murió un niño de siete y un niño que me duró nada más seis meses.

A primera vista parece existir insuficiente información entre las comunidades de Acapetahua a propósito de las causas “clínicas” de la mortalidad infantil. Pero es claro que *vivencialmente* las mujeres identifican con precisión las causas últimas de la muerte de sus hijos: la pobreza. Esta experiencia convive con conocimientos tradicionales del tipo que hemos descrito anteriormente. A través de los informantes clave, en efecto, ha sido posible identificar a un conjunto de enfermedades locales, de alta prevalencia en las comunidades y que se asocian estrechamente al tema de la reproducción.

El “mal de ojo” es uno de ellos. Es provocado —según relatan las trabajadoras sociales— por ciertos individuos que poseen una mirada muy fuerte y que con sólo mirar a un niño recién nacido pueden poner a este último en riesgo de morir. Es posible detectar cuándo un niño ha sido atacado por el mal de ojo porque en pocas horas entra en un proceso de disfuncionalidad general: “...o sea, los síntomas son que los niños se ponen muy llorones, se les calientan las palmitas de las manos, se les ponen bien calientes, y lloran mucho... se retuercen del dolor y les da diarrea...”

Con el tiempo, sus signos vitales comienzan a desaparecer. Aunque es vivido como una especie de maldición, las comunidades del área han desarrollado una serie de remedios y curas contra este mal. Según las trabajadoras sociales, lo más recomendable es que aquellos que “hacen ojo” carguen en sus brazos al bebé que han dañado y le unten la cabeza con su propia saliva:

Yo tuve una experiencia de eso... y pasó el borracho y le empezó a hablar al niño... entonces yo, como lo quiero a mi hijo y el temor a perderlo, le dije a él que lo abrazara y que le pusiera saliva, porque esa es la creencia, que le pongan saliva.

Si este remedio no es posible, existe la opción de llevar al niño con un curandero que mediante una serie de limpieas puede restituir la salud al afectado, o por lo menos con ciertas personas por naturaleza habilitadas para curar el mal de ojo:

—¿No les ha dado el mal de ojo a sus hijos?

—Sí.

—¿Y cómo los curan?

—Con limpieas, con pimienta y tragos, con eso se quita. Aquí hay dos personas que lo quitan, que son mi papá y mi hermana.

Por otro lado, son conocidas una serie de conductas preventivas contra el mal de ojo. Las más frecuentes consisten en dar a los recién nacidos té de ruda, té de anís, té de hierbabuena, o té de albahaca. Además, igual que en el caso de Ocuituco, existe una clara delimitación de los alcances de la medicina moderna, e incluso de sus riesgos, tratándose de males tradicionales. Una mujer decía:

Muchos niños se mueren de mal de ojo, es que se les revienta la hiel, por el mismo mal que tienen se quedan como noqueados, es como maldición, empiezan a llorar y a llorar. Entonces si uno los lleva al médico y los inyecta resulta peor, porque *la medicina les resulta como veneno*. Es mejor hacerles varias limpieas.

También en el caso de Acapetahua los informantes más educados, las trabajadoras sociales, han desarrollado síntesis *ambivalentes* para manejarse indistintamente con conocimientos modernos y tradicionales:

—¿Y tú crees que eso sea posible?

—Bueno, pues nunca hay que creer ni dejar de creer.

Junto con el mal de ojo, otra enfermedad frecuente es la conocida como *pujo*, que consiste en que a los niños “les sale en el cuerpo una cosa como peludita, de que dicen que cuando una está menstruando y los carga les sale eso, es como unos gusanitos que les sale en la piel, les tocas y pica, eso pica...” De acuerdo con las descripciones recogidas, “el pujo” también aparece cuando una mujer embarazada carga a un niño que no sea suyo.

Por último, otra enfermedad, parecida al “susto” de Ocuituco, se conoce en la región como “espanto”. Esta enfermedad aparece en los niños en caso de que la madre embarazada haya recibido una impresión o un susto muy fuerte. Aunque la descripción que los informantes de la sintomatología hacen es muy general, la incompetencia de la medicina moderna para tratarla es manifiesta en sus testimonios. Para hacerle frente, las redes sociales con que cuentan las mujeres pueden ser cruciales:

[Se me puso mal la niña] y la llevé con el doctor, y luego él me la pasó al pediatra. Me la estuvo atendiendo el pediatra casi quince días y no

le encontraba nada a la niña; la niña no quería comer nada; me la traje a la casa, yo lloraba. En eso llegó una señora a visitarme de un ejido [le platicué de mi hija] y me dice la señora: “Alítese; la voy a llevar con un señor que es curandero de Huixtla”.

La curación obtenida a través de los procedimientos tradicionales resulta no solamente eficaz sino incluso capaz de identificar con precisión el origen remoto de la enfermedad:

El curandero me dijo: “¿Sabe que la niña está espantada y que se asustó? No, —dice— es que cuando usted estaba embarazada, acuérdesse que la espantaron...” Y sí es cierto que tuve un accidente, y dijo él que desde que la niña había nacido ya traía ese espanto. Pidió que le comprara una veladora blanca... y allí, quemando copal blanco y copal negro y cáscara de huevo la pasó así en cruz y luego me dijo que en media hora le iba a dar otra limpia. Cuál fue mi sorpresa que mi niña a los quince minutos que la limpió, ya quería comer.

Es interesante advertir que las trabajadoras sociales defienden expresamente estos conocimientos. Es quizás la mejor prueba de que en ellas confluyen conocimientos de naturaleza diferente, que han sintetizado con el paso del tiempo. En términos de la relación sujeto-objeto que se establece, se trata de conocimientos, sin lugar a dudas. Se trata de definiciones que sirven para anticipar algunas respuestas a fenómenos que, de otra manera, permanecerían revestidos de una enorme carga de incertidumbre.

## SEXUALIDAD Y EMBARAZO

### Sexualidad y embarazo en Ocuituco

Como era de esperarse, mientras más elevado sea el grado de escolaridad de los informantes, mayor semejanza guardan sus conocimientos en torno al embarazo respecto a los conocimientos científicos. Al mismo tiempo que las mujeres más educadas buscan un balance entre el conocimiento tradicional y el moderno, las que cuentan con menor escolaridad —que, comparadas con las anteriores, son mayoría— llegan a vivir el embarazo en situaciones de extrema incertidumbre en torno a lo que están viviendo:

- ¿Entonces cuando usted se embarazó no sabía nada de su cuerpo?  
—No, no sabía yo; y ni sabía yo cómo se embarazaba.  
—¿No sabía por dónde empezaba, qué pasaba?  
—Nada.  
—¿Y después ya se enteró?  
—Sí, después hasta que tuve el niño, porque ahora ya soy mamá, y todavía no lo creo que tenga uno hijos.

En otros casos, este desconocimiento general puede no estar centrado en la forma como se produce un embarazo, sino en algún otro aspecto relacionado con esta condición. Por ejemplo, una mujer señalaba que supo que se embarazó por primera vez, abortó sin saberlo, y mientras creía que seguía embarazada se embarazó por segunda ocasión, de tal modo que vivió más de un año pensando (“sabiendo”, desde su punto de vista) que estaba embarazada.

Junto al conocimiento directamente relacionado con los mecanismos del embarazo, otro tipo de “certezas” juegan también un papel central entre las mujeres de Ocuituco:

- Oiga, y cuando usted se casó, ¿qué tan preparada estaba para la vida matrimonial?  
—Fíjese que no, pero sí, en mis adentros sí, yo lo pensaba: cuando yo me case, cuando yo me case, yo nada más voy a vivir, siempre toda mi vida; nada más con un hombre, con mi marido que sea. Cuando yo me case, mis hijos no tienen que tener de un apellido y de otro apellido. Y que cuando vengan a buscar a mi marido, que digan: “¿Se llama fulano de tal?”, pues que sí, que es padre de todos mis hijos. Eso era lo que yo pensaba.

Estos proyectos de vida se dan junto con “formas de conocer” específicas, que se asocian estrechamente a diversas formas de dolor. En ocasiones el dolor físico es vivido como una vía para el conocimiento:

- Pero, y usted, ¿qué tanto sabía de lo que le pasaba a usted, de lo que le pasaba en su cuerpo?  
—Nada.  
—¿Nada, nada?  
—Nada, porque mire, yo solamente lo que a mí me dolía era a veces la cabeza, me agarraban fuertes gripas, eso era lo que yo sufría. De ahí para acá, yo no supe de nada, no.

En otros casos, el dolor puede ser más que físico y el aprendizaje derivado de él puede relacionarse no sólo con el propio cuerpo sino también con otras áreas de la vida:

—Y cuando se casó, ¿usted sabía lo que le iba a pasar? ¿Usted sabía algo de sexualidad?

—No, no, no.

—¿Nada?

—Nada. Absolutamente nada, que cuando yo me fui con él, yo estaba arrepentida después.

—¿Por qué?

—Porque pues él me trató muy mal.

—¿Sí? ¿Usted se asustó o le dio miedo?

—Pues sí, ajá. Entonces, este, pues como fue muy bruto, este, pues a mí, pues usted ya sabrá, a mí me ardía mucho la parte, ¡ay! yo le decía a él, y hasta la vez, hasta apenas, apenas se puede decir que tendrá dos años que tantito me ha comprendido, pero de cuando empezamos a vivir [juntos] para tendrá dos años, fue muy bruto.

Por otro lado, hay que advertir que en ocasiones el embarazo es vivido por las mujeres como el resultado fatal de ciertas circunstancias; es decir, hay testimonios que muestran que el embarazo no es siempre una situación buscada por sí misma sino un estado al que se accede fatalmente, o por lo menos como un paso obligado para alcanzar ciertos objetivos. El primer caso lo ilustra una mujer que relata la experiencia de su primer embarazo en los siguientes términos:

[Había una enfermera que] me empezó a explicar todo lo que había de anticonceptivos, cómo eran las relaciones sexuales, y me decía que me controlara yo, entonces yo fui y ese día no la encontré y después ella me fue a buscar a la casa y no estaba yo, ya no me encontró y luego ya me embaracé.

El carácter fatalista de esta descripción está dado por la suposición implícita de que evitar el embarazo dependía de variables externas a ella (encontrarse con la enfermera) y no de ella misma (evitar el contacto sexual). Esta visión de las cosas parece advertirse en el ejemplo que dimos anteriormente de las mujeres que desconocían cómo y porqué se habían embarazado. El segundo caso lo ilustra una mujer que señalaba que para evitar las hemorragias que

le producía el uso de un anticonceptivo (al parecer inyectable o DIU) “se dejó embarazar”.

El tema de las concepciones relacionadas con el embarazo reafirma también la hipótesis de que, si la diferencia entre conocimiento y creencia está dada por el tipo de relación sujeto-objeto que se establece, lo que desde una perspectiva académica convencional son “creencias”, para la población de Ocuituco son conocimientos. Por ejemplo, entre las diversas concepciones tradicionales relativas al embarazo, destaca —por la insistencia con que es referida— la idea de que no se debe asistir a un velorio, sobre todo en los últimos meses del embarazo, porque “da cáncer” y se muere el producto.

En algunos casos esta certeza sobre el tema tiene su origen en una experiencia personal; por ejemplo, una mujer señalaba que ella “no creía”; asistió embarazada a un funeral y cuando nació su hija “me dijo la partera que la niña estaba morada, morada y que la placenta estaba verde”, ello por haber asistido al funeral. “Por eso es que creí.” A otro nivel, también es posible advertir certeza en los informantes no tradicionales (por ejemplo un médico de la localidad) pero en sentido inverso: están seguros de que estas creencias han desaparecido casi por completo, y en buena medida gracias a ellos. La existencia de tales creencias y su generalización son una muestra de la distancia que existe entre la racionalidad moderna y sus representantes, y la racionalidad tradicional. Los informantes clave como los profesores y las parteras, al hablar de lo que ocurre en la comunidad (nivel 2), confirman la existencia de tales creencias y contradicen, así, a quienes piensan lo contrario.

Naturalmente, cabe esperar una estrecha continuidad entre los conocimientos y las prácticas que se llevan a cabo en relación con el embarazo. Por ejemplo, la idea de que es necesario satisfacer los “antojos” de la embarazada se traduce en conductas específicas que tienden, precisamente, a no dejar a la mujer embarazada “deseando nada”. Otros trabajos han documentado suficientemente el origen probable de esta concepción (López Austin, 1984; Zolla *et al.*, 1988) señalando que se presume que es el bebé en gestación quien en realidad tiene antojos y que hay que satisfacerlos, a riesgo de que de no hacerlo nazca con algún problema de salud.

Por otro lado, es interesante advertir que los hombres entrevistados manifiestan no contar con información específica en torno a los cuidados que debe tener una mujer embarazada, excepto el relativo a “satisfacerle sus antojos”. Esto hace pensar que, en general, los hombres en Ocuituco viven relativamente al margen de los cuidados durante el embarazo. Un elemento que parece confirmar que el embarazo es un “asunto de mujeres” es el hecho de que a lo largo de las entrevistas es mucho más evidente el papel activo de la suegra durante este periodo (la suegra aconseja, orienta y atiende a la embarazada), que el del marido mismo. La referencia a la suegra por parte de las entrevistadas es mucho más frecuente que la referencia a la propia madre, debido quizás a la tendencia a que las nuevas parejas habiten en la casa de los padres del varón.

### **Sexualidad y embarazo en Acapetahua**

Si bien en la mayoría de los informantes femeninos parece ser un conocimiento común el hecho de que la suspensión de la regla indica la existencia de un embarazo, no en todos los casos se conoce la relación entre estos dos factores. En el caso de Acapetahua también es posible encontrar situaciones de extremo desconocimiento en torno al origen del embarazo, lo cual hace que en ocasiones éste sea vivido con una enorme carga de incertidumbre y misterio:

—Antes de casarse, ¿usted cómo pensaba que nacían los niños?

—Yo no pensaba criar hijos, me daba miedo. Yo pensaba que se casaba uno y seguía viviendo así nomás. Y de casarse yo pensaba que era nada más el gusto de vivir con el muchacho, así sin criar hijos.

—¿Y cómo es que se dio cuenta que iba a tener un hijo?

—Pues ya hasta que salí embarazada, entonces le dije a mi mamá y ella me dijo que era normal, y que estaba bien, y que aparte era casada, que si no estuviera casada entonces sí, a como diera lugar, me daban la medicina para que no tuviera el niño, pero casada no, era normal.

A través de las entrevistas fue posible también recolectar testimonios que dan cuenta de la magnitud que puede adquirir en

algunos casos este desconocimiento, y del dolor y angustia que esta forma de vivenciar la reproducción trae consigo: “Yo empecé a ver que crecía mi panza, la ropa ya no me entraba; no me imaginaba cómo iba a nacer esta creatura, hasta que por fin fue que nació y me di cuenta *con esos dolores de muerte*.”

Por otra parte, también en Acapetahua es posible advertir signos del fatalismo con que en ocasiones es vivido el tema de la reproducción:

—¿Cuánto tiempo estuvo sin tener hijos?

—El primero tiene trece años, el que sigue diez, luego siete, éste es de cinco, y éste ya tiene el año. Y ahora *con el temor de volver a quedar embarazada*.

Entre los hombres aparece también una casi total desinformación —en términos modernos— en torno a la reproducción, si bien parecen involucrarse un poco más en comparación con los de Ocuituco. Por lo general, todos ellos coinciden en manifestar que nunca tuvieron los medios adecuados para enterarse más al respecto, bien porque no asistieron a la escuela, o bien porque en ese entonces “esas cosas no se enseñaban”.

Algunos de ellos poseen un cierto grado de conocimientos empíricos que han adquirido por propia observación o bien por medio de informantes circunstanciales. Por ejemplo, un agricultor manifiesta que a través de algunas charlas que ha escuchado de promotores cuya procedencia desconoce, es como ha acumulado una cierta cantidad de información que le permite saber, en términos muy generales, cuáles son los signos corporales que marcan el inicio de la vida reproductiva tanto en el hombre como en la mujer. Otros más poseen cierta información que han adquirido al observar los libros de texto de sus hijos que asisten a la escuela primaria. Obviamente, son los que saben leer los que tienen acceso a esta clase de información; por el contrario, existen otros casos de agricultores analfabetas cuya condición les obliga a remitir a la suerte o a Dios la explicación de algunos fenómenos: “No sé por qué ella no se ha podido embarazar ahora, sepa Dios, será suerte, será mala suerte, pero yo pienso que es suerte.”

La idea de que no debe dejarse a la mujer embarazada con antojos insatisfechos existe también en Acapetahua y, como en el caso de Ocuituco, también traduce conductas específicas:

—Cuando usted estaba embarazada, ¿su marido tenía atenciones especiales con usted por el hecho de que usted estaba embarazada?

—Pues nada más en cuestión de las comidas, porque sé que cuando una está embarazada desea las cosas y eso es lo que él me decía: “No vayas a desear cosas, porque te va a hacer daño; las cosas que tú quieras, cómpralas”. En eso sí estaba con el cuidado.

La alimentación es un tema de preocupación entre la población de Acapetahua, sobre todo en relación con las mujeres embarazadas. Con respecto a ella existen conocimientos con un mayor grado de socialización, compartidos incluso por los hombres:

—¿Y qué cosas le hacen mal a la señora cuando está embarazada?

—Lo dañoso que le nombramos nosotros, es la grasa, lo salado, cuestiones de fruta, en esa forma se cuidaba de comer cosas frescas.

Otros informantes no comparten del todo, o por lo menos nombran de otra manera, los criterios que permiten distinguir los alimentos saludables de los dañinos durante el embarazo. Una partera empírica señalaba que una embarazada puede comer “todo lo que quiera. Y después del parto también. Lo de la costumbre de matar a la gallina es sólo eso, una costumbre. Lo que sí sé es que no deben tomar cosas ni muy calurosas ni muy frías”.

Claramente, en los dos casos anteriores se trata de una recuperación de la teoría tradicional de “lo caliente y lo frío”, prevaleciente, bajo diversas acepciones, en el medio rural mexicano.

Otro tipo de cuidados asociados con la reproducción, o por lo menos con la sexualidad en general, se refieren a los que es preciso tener durante el inicio de la vida sexual. Como en el caso de Ocuituco, existe una asociación entre formas de dolor y tipos específicos de conocimiento. Por ejemplo, existe la concepción de que no es bueno bañarse al día siguiente de haber tenido la primera relación sexual, pues el peligro puede ser incluso de muerte: “...luego al otro día no la dejan a una bañar, pero yo me bañé, hasta que una señora me dijo: ‘¿Qué no ves que la primera vez no te puedes

bañar; qué te quieres morir?’ Pero *es duro* porqué, no dicen; *va una probando.*”

En Acapetahua también se advierte un conflicto entre las costumbres y el peso de los conocimientos tradicionales, por un lado, y los conocimientos modernos, por otro. Por ejemplo, el baño diario es considerado un evento “frío” que puede contraponerse peligrosamente, como en el caso del ejemplo anterior, a eventos de naturaleza opuesta, con resultados posiblemente fatales. Las parteras empíricas suelen aconsejar a las mujeres que están menstruando que no se bañen, pues les puede “entrar un frío”, y a las mujeres que acaban de parir les recomiendan bañarse hasta los seis días; esto, en contraposición con los consejos que los representantes de la medicina moderna les dan:

...y por más que uno les explica y les explica, pues ya son ideas que tienen de años, de que se los dice su mamá y aunque yo les diga, por ejemplo, a una señora joven, “Mire, tiene que hacer esto, bañarse todos los días, usted puede hacer de todo”, llega a su casa y la suegra o la mamá le dice lo contrario y le hacen más caso a ellas que a nosotros, nos toman como una gente extraña a pesar de que yo vivo aquí.

El testimonio anterior (de una técnica en salud capacitada por la Secretaría de Salud) ofrece, además, elementos importantes que, por una parte, confirman la influencia de las redes sociales más próximas con que cuentan las mujeres, al mismo tiempo que permiten identificar la manera en que la medicina moderna es vivida por los habitantes de Acapetahua; sus representantes son tomados “como gente extraña”, ajena a la racionalidad dominante en la zona. Por el contrario, las parteras empíricas y las curanderas gozan de mayor aceptación e integración a la cultura local. Ellas son poseedoras de un conjunto de conocimientos empíricos acerca del funcionamiento del cuerpo, que transmiten a las mujeres de las comunidades, mediante un discurso común a todos, y evidentemente, con un alto grado de eficacia real y simbólica:

Hay una yerba que está en el monte, que aquí *nosotros* le llamamos “mala mujer”; cuando la mujer tiene mucha regla y no para, entonces ya va a cortar el hombre, corta tres dedos de donde sale el sol, y tres de donde entra. Ya viene el hombre, lo ha de cocer y hasta con

vaso le da a la mujer y luego se corta; pero si lo hace una de mujer, no le hace efecto.

Elementos como éste hacen suponer que en Acapetahua los hombres viven los temas de la reproducción —en términos tradicionales— de una manera menos marginal que en Ocuituco. A través de varios testimonios como el anterior, ha sido posible identificar un rol más activo de parte de ellos, que en el caso de Ocuituco.

Finalmente, igual que en Ocuituco, el umbral de lo que es un esfuerzo físico tolerable para una mujer embarazada no se asemeja a los convencionalmente establecidos por la medicina moderna:

—¿Y hace los mismos quehaceres estando embarazada?

—Sí, los mismos; el día que ya yo iba a sanar, ese día agarraba todo mi roperío, colchas, sábanas, todo y me iba yo al río, ya cuando empiezo a tener molestias fuertes, ese día sí ya le digo a mi marido: “ya no te paso de este día, de esta noche”, y le pido que ya no salga.

## ANTICONCEPCIÓN

### Anticoncepción en Ocuituco

La diferencia fundamental que el tema de la anticoncepción guarda en relación con los dos temas anteriores (proceso salud/enfermedad y reproducción humana), es su relativamente reciente aparición en el escenario comunitario de Ocuituco, lo que a su vez explica que no existan en la comunidad una conceptualización y una aproximación comunes al tema. El conocimiento en torno a los anticonceptivos en Ocuituco —su funcionamiento, sus riesgos, sus contraindicaciones, etc.— es prácticamente nulo. El tema en general resulta mucho más ajeno a la mayoría de la población que los temas relacionados con el proceso salud/enfermedad y reproducción humana. Puede advertirse una clara ambigüedad al respecto. Por una parte, la población de Ocuituco casi no posee conocimientos en relación con la anticoncepción; su aproximación al tema se efectúa con la inseguridad que, como hemos propuesto, caracteriza a las *creencias*. Pero, simultáneamente, la aceptación de la práctica anticonceptiva parece ir en aumento —en términos de

número de usuarias de algún método— aunque al mismo tiempo se desarrollen juicios de valor críticos e incluso adversos a la misma práctica.

Se trata de una *ambivalencia* que refleja la tensión que provoca una práctica que resulta cada día más necesaria por razones económicas, pero respecto de la cual no ha habido aún un proceso social de elaboración de conocimientos, es decir, un proceso de “apropiación”. Esta actitud de distancia ante algo que, simultáneamente, es una práctica cotidiana, se refleja en la falta de una idea clara en torno al mecanismo de acción de los anticonceptivos. El ejemplo que sigue ilustra otra vez la estrecha vinculación que existe (o que las mujeres de Ocuituco esperan que exista) entre conocimiento y dolor:

—¿Y usted sabe cómo funciona el dispositivo?

—No. Yo no *siento* nada. No es que diga usted que me *duele* mucho o que sienta yo algo. No, nada.

—¿Pero le explicaron cómo iba a funcionar?

—Nada... nomás le digo yo a usted, iba yo cada mes, me lo revisaban...

—¿Y usted cómo se imagina que funciona?

—Ni me imagino, no le digo a usted que no me duele ni siento náusea; no sé cómo funciona.

—¿Y sabe dónde quedó puesto?

—No, nomás... ya ajusté cinco años con él.

La contradictoria vivencia de la anticoncepción como lo necesario y lo ajeno al mismo tiempo, da lugar a una distribución diferencial de actitudes y conductas dentro de la comunidad. Es posible identificar por lo menos tres pares de funciones en relación con la anticoncepción: a) quien conoce al respecto *vs.* quien no conoce; b) quien quiere utilizarla o impulsar su utilización *vs.* quien no quiere; y c) quien la utiliza *vs.* quien no la utiliza. Es en la forma de distribución de estos roles (donde *sexo* es una de las variables discriminantes) donde radica la posibilidad de conciliar la contradicción que señalamos al principio de este párrafo. En efecto, no siempre quien conoce sobre anticoncepción es quien quiere utilizarla o impulsarla, ni es siempre quien quiere utilizarla quien la utiliza en realidad.

Ilustran lo anterior diversos testimonios de los informantes: en ocasiones, el médico propone a la pareja la utilización de algún

método anticonceptivo, el hombre duda y la mujer se opone. En otros casos, las mujeres quieren utilizar y de hecho usan algún método sin que sus maridos sepan, pues se oponen. En otros, a la inversa, el hombre desea que “su mujer entre a la planificación familiar” por razones económicas, pero la mujer se opone por razones de salud. Y en otros casos, el marido sabe que su mujer utiliza algún método, y delega en ella todo conocimiento al respecto:

—¿Y qué método están usando?

—Pues mire, ella es la que sabe. La señora es la que sabe.

La falta de conocimientos precisos en torno a la anticoncepción puede verse también influida por el “estilo” (Bronfman y Castro, 1989) que asume la prestación de los servicios respectivos; parece que en este caso, más claramente que en otros, el médico y el paciente se encuentran movidos por intereses diferentes al deseo de informar y/o de aprender al respecto:

—¿Y cree usted que se conozca el funcionamiento de los métodos?

—Yo digo que no porque la señora va a que el médico le dé algo para que no se embarace y ya... No creo que haya una persona que tenga duda [y diga]: “¿Bueno doctor, y ésto cómo va a funcionar en mi organismo, qué reacciones van a haber?” A ellas lo que les importa es no tener hijos y ya se toman las medicinas. *Y los médicos lo que quieren es números de salpingoclasias, números de control... eso es lo que quieren, que aumenten los números...*

Esta apreciación puede confirmarse con algunos testimonios de usuarias activas de métodos anticonceptivos, que relatan su experiencia en la clínica en términos semejantes al siguiente testimonio:

—¿Y allí en el centro te explicaban cómo funciona y cuál te caía mejor y todo o... nada más te sugirieron?

—Nada más me los dieron, *no me sugirieron ni cuáles, nomás me dieron*, creo que son los únicos que tienen, eran unos...

—¿Cuáles, qué eran?

—Eran unas pastillas que eran cafeses y blancas. Ésas.

—¿No te acuerdas cómo se llamaban?

—No, no me acuerdo cómo se llaman, pero ésas son las que me dieron.

Esta falta de información sobre un recurso —los anticonceptivos— que se utiliza para cubrir una necesidad específica —limitar el número de embarazos— ha dado lugar a interpretaciones específicas sobre los riesgos que se asocian al uso de estos métodos. La población de Ocuituco relaciona el uso de las pastillas con el cáncer, y el uso del DIU con daños al bebé en caso de haber un embarazo. Sin embargo, a diferencia de los conocimientos relacionados con el proceso salud/enfermedad y la reproducción humana, que se fundamentan muchas veces en la propia práctica y experiencia, es difícil encontrar testimonios directos en torno al cáncer provocado por el uso de pastillas, o al nacimiento de bebés afectados por un DIU que no logró impedir el embarazo. En la mayoría de los casos, tales testimonios son inciertos, lejanos, referidos a terceras personas que es difícil identificar con precisión.

Existen, además del dolor, otras vías generales de acceso al relativo conocimiento existente en torno a la anticoncepción: la escuela, las redes sociales y la clínica. Es posible, por lo tanto, identificar tres grupos de población a partir de estos criterios:

1) El grupo de las personas de mayor edad, que vivieron su juventud cuando no existían los métodos anticonceptivos actuales, que por lo tanto no los usaron, y que cuentan con conocimientos muy generales al respecto. Como veremos más adelante, es dentro de este grupo donde se pueden encontrar algunos de los juicios de valor más drásticos en contra de la planificación familiar, mismos que provienen básicamente de los hombres.

2) El grupo de población en edad reproductiva, generalmente mujeres de baja escolaridad, que conocen sólo los métodos que más se usan, pero no todos los que existen. Diversos testimonios, incluido el de la propia enfermera de la clínica, muestran que dentro de este grupo la difusión de la información general y de los conocimientos existentes en torno a los anticonceptivos opera más eficazmente por vías informales (redes sociales), que a través de los propios prestadores de los servicios:

—¿Entonces tú decidiste por vía de tu mamá?

—Ajá.

—¿Pero antes viste otros métodos?

—Pues pensaba en las pastillas.

- ¿Tú sabes cómo funcionan las pastillas?
- Pues no, la verdad no.
- ¿Cuáles métodos conoces?
- Pues nada más es la pastilla, el dispositivo y para el hombre también, este... no recuerdo cómo se llama, pero también hay algo para el hombre.

3) Finalmente, el grupo de hombres y mujeres en edad escolar, cuenta con la mayor información disponible en torno a los anticonceptivos, pero, generalmente, aún carece de la experiencia necesaria para validar y reafirmar tales conocimientos:

- ¿Y en las clases les enseñaban a ustedes los diferentes métodos anticonceptivos que hay, o no?
- Sí, algunos.
- ¿Como cuáles?
- Pues ya hasta se me olvidaron; pero el de la espuma, el de los anticonceptivos de pastillas, el condón, otro que va como una especie de culebrita.
- ¿Y tú sabes cuándo una mujer puede quedar embarazada?
- Bueno, es el llamado ritmo.
- ¿Y en qué consiste?
- Pues en llevar las cuentas de la fecha de la menstruación de la mujer; hay un periodo en el que la mujer está infértil y el óvulo no puede ser fecundado debido a que no ha llegado a su estado maduro.
- ¿Y tú sabes en qué días dentro del ciclo?
- Me parece que... ya se me olvidó, pero me parece que cuatro días antes y cuatro días después. O la primera semana...

Como puede apreciarse, este es el grupo que posee la información más clara si bien, dada la inseguridad con que se maneja, aun aquí resulta difícil hablar de conocimientos. Este grupo debe a los maestros de la escuela la seguridad en sus conocimientos (lo cual hace pensar positivamente en el potencial de estos agentes como transmisores de conocimientos en torno a la planificación familiar). En todo caso, es el grupo escolarizado el que más clara tiene la ruta crítica que debe seguir para evitar tener hijos si no los desea. Y al mismo tiempo, ellos, más que nadie, evidencian que lo que se refiere al deseo de evitar embarazos —es decir, todo lo relacionado con la planificación familiar— se asocia de manera indiscutible a la medicina moderna y no a la tradicional:

—Suponte que te fueras a casar ya ahorita y no quisieras tener hijos. ¿Tú sabrías qué hacer para no tener hijos?

—En lo personal, no. Pero acudiría al doctor y esa es la única forma. Porque que yo sepa esa es la única forma.

En torno a la anticoncepción es obviamente difícil encontrar creencias tradicionales, precisamente porque se trata de un fenómeno muy reciente; no se identificaron formas de anticoncepción tradicional (salvo la “sal de nitro”) que hayan creado ya algún corpus de creencias más o menos establecido. Por ello en lo que sigue trataremos conjuntamente las creencias, las opiniones y las actitudes.

Pueden identificarse, en primer lugar, dos grandes grupos de opiniones en relación con la anticoncepción: a) aquellas que se refieren a la legitimidad y validez moral de la anticoncepción como práctica social y, b) aquellas que se refieren a los métodos en sí mismos, sus riesgos y sus contraindicaciones.

En relación con el primer grupo, es posible encontrar opiniones tanto positivas como negativas. Dentro de estas últimas, algunas, generalmente expresadas por los hombres, juzgan la anticoncepción como un mal moral en sí mismo, como una práctica social por principio reprochable:

—¿A usted no le hubiera gustado que [en su época] ya hubiera planificación?

—Mire: sobre esto yo diría una cosa. Yo diría que eso de la planificación es una burla que se le hace a Dios nuestro señor. Yo digo pues, a mi imaginación y a mi entender, porque a Dios nadie le puede quitar el poder...

Por otra parte, junto a estas opiniones es posible identificar otras que encuentran la anticoncepción reprochable no en sí misma sino en tanto que sirve de medio para alcanzar otros fines, considerados “inmorales”, como por ejemplo el hecho de tener relaciones sexuales fuera del matrimonio. Ciertos informantes masculinos presumen que la anticoncepción facilita esta circunstancia y la reprueban por lo mismo:

Yo pienso que esos tiempos [los de antes de la planificación familiar] estaban mejores. Ahora las chamaquitas andan con los hombres

afuera desde antes de que se casen... ya saben de esos trucos. Si una hija mía va a andar con los hombres por allá y luego que llegue aquí como una señorita, pues mejor que tenga un hijo: "Ya sé que no eres señorita y punto." No que se sigan tomando sus porquerías y que no tengan hijos y yo recibéndola en mi casa como una niña.

Algunos hombres consideran que la planificación familiar es mala porque impide el nacimiento de los niños, que son un bien en sí mismos; ellos permiten que los doctores y los maestros, así como los mismos campesinos, tengan trabajo. Se argumenta entonces que reducir el ritmo de los nacimientos sólo provocará desgracias: "Y cuando se quiera que haya niños para que progrese el mundo, ya no los va a haber."

Las opiniones negativas también pueden referirse básicamente a los métodos en sí mismos (segundo grupo de opiniones señalado más arriba); suele temerse por los efectos colaterales, así como por la poca eficacia de los métodos. Estas razones, expresadas sobre todo por mujeres, son suficientes para tener una opinión negativa sobre la anticoncepción, aún cuando esta opinión se esgrima en abierto *debate* con los que están a favor:

—¿Y a usted qué le parecen los métodos anticonceptivos?

—Pos yo digo... *dicen que son buenos* pero yo parece que digo que no.

En síntesis, tanto los hombres como las mujeres pueden tener opiniones y actitudes en contra de la anticoncepción: aquéllos, o bien por razones puramente morales, o bien por temor a "ser engañados"; éstas, en cambio, por razones básicamente de salud. O bien no creen, por experiencia propia, que tener pocos hijos ayude a tener una mejor salud ("¿Cuántas y cuántas señoras tuvieron hasta de a quince? Como doña Crescencia, tuvo quince hijos, todos le viven ¿y cómo está la mujer? ¡Está llena de vida!"), o bien desconfían de los métodos ya sea por sus posibles efectos colaterales (que muchas veces han experimentado) o por su posible margen de error.

Sin embargo, también existen las opiniones y actitudes positivas en relación con la anticoncepción moderna. Resulta interesante destacar que también aquí es posible encontrar informantes de los dos sexos y de diversas edades, si bien predominan los jóvenes.

Los informantes masculinos que se manifiestan a favor esgrimen argumentos de índole económica:

Yo, para mí, digo que toda la gente que ha planificado la familia, y que tiene uno o dos hijos, han hecho bien. Como le decía antes, ahora con la crisis está bien así... A veces hasta le he dicho aquí a la señora: "Si yo hubiera oído estas cosas que ahora se difunden en el radio, de la planificación de la familia y los medios como se puede hacer, ¡qué canijos que hubiéramos tenido tantos hijos!"

También algunas informantes suscriben el argumento económico para apoyar la planificación familiar, y otras, más jóvenes, incluso manejan argumentos de reivindicación de la mujer, poco comunes en Ocuituco:

—¿Los hombres jóvenes de ahora no tienen ningún prejuicio en contra de que su mujer use anticonceptivos?

—Hay muchos que sí.

—¿Como qué cosas piensan?

—Que por qué se han de poner eso, que las mujeres son para tener hijos, bueno, infinidad de cosas. Y no, *las mujeres no están nomás para tener bebés*. Ya pasaron esos tiempos.

Esta opinión, sin embargo, no es compartida por todas las mujeres; otras piensan que si se casan es básicamente para tener familia y ésa es una razón para oponerse a la planificación familiar. Existe una forma de presión social que "obliga" a los individuos a tener hijos ante el temor de que los demás hagan comentarios reprobatorios por no tenerlos; un hombre señalaba que, siguiendo las indicaciones del doctor, sugirió a su mujer que hicieran algo para no tener más hijos. Ella se oponía:

No pus hay tú —dice—, pus si no quieres [más hijos], pus no, yo por mi parte daré los hijos que Dios me dé, porque para qué te voy a decir que no —dice. Ahora, si tú quieres, déjame, déjame, yo me voy a mi casa... en [nuestra] casa no puedo estar, qué van a decir, ya me casé y ahora...

Esta presión social en favor de una alta fecundidad ha tenido que ceder ante la presión económica que impide tener muchos hijos:

—¿Y no te da temor de que la gente diga, ¡ay! cómo es que nada más tiene dos hijos?

—No. Supongamos, el temor pus ya me pasaría porque, ¿y qué otra me queda? No, ya no me queda otra... ahorita dinero pus no tengo... cuando mucho, cuando mucho son tres, ya más ya no, ya más, ya hijos, ya no puede uno tener...

En todo caso, la población joven de Ocuituco ha encontrado la síntesis más adecuada para lidiar con ambas realidades: tener un hijo “para que no anden diciendo”, y después esperar dos o tres años antes de tener más familia.

### Anticoncepción en Acapetahua

De acuerdo con el testimonio de los entrevistados, es posible encontrar cierta variación en el grado de información que hombres y mujeres poseen, por ejemplo, en torno a los mecanismos de acción y la manera como deben ser utilizados los diferentes métodos. Algunos informantes tienen capacidad para usar un método como el ritmo, o para explicar en qué consiste la operación femenina y cómo es que impide el embarazo. Otros grupos, en cambio, desconocen no sólo los mecanismos de acción sino que incluso no pueden mencionar más de uno o dos métodos anticonceptivos. Los métodos más conocidos son las pastillas, las inyecciones y la esterilización femenina.

El conocimiento que poseen los entrevistados en torno a los mecanismos de acción y riesgos para la salud que entrañan los métodos anticonceptivos varía notablemente. Parecen mejor informados los hombres aunque no sean ellos los usuarios directos de los métodos anticonceptivos (“Yo sé que mi esposa ya no puede tener hijos porque le cortaron las trompas y, según *me* explicaron, pues así, amarrándolo, no sé lo que hacen pues, ya se secan, sí, se secan”) que las mismas mujeres, aunque sean ellas quienes utilicen la anticoncepción:

—¿Y usted sabe cómo funcionan esas pastillas?

—No. Las tomo por tomarlas. Pues nosotras nomás, porque con eso no da una hijos —dicen. Por lo demás, ya ve que no sé leer.

También existe cierto conocimiento en relación con la anticoncepción natural:

—¿Usted sabe en qué días su mujer puede quedar embarazada y en qué días no?

—¡Ah, cómo no! Porque yo le llevo el mes y el día en que mi mujer ya... Porque ya ve que la mujer tiene su periodo pues, entonces sería ignorante uno de tocarla donde ha parado, cinco, seis días, pero en otra manera...

Esto permite conjeturar que en relación con la anticoncepción, los hombres de Acapetahua están mejor informados no sólo en comparación con los de Ocuituco, sino inclusive en comparación con las propias mujeres de su localidad. Una investigación ulterior deberá documentar los mecanismos específicos que facilitan esta distribución diferencial de la información.

Las mujeres de Acapetahua coinciden en señalar una serie de temores y reservas acerca de los efectos colaterales y las consecuencias sobre la salud que los anticonceptivos provocan. Por ejemplo, un temor común que mencionan es que los anticonceptivos “dan cáncer y producen tumor”. En otros casos, tales consecuencias se refieren tanto a pequeñas molestias como a una eventual esterilidad irreversible, así como a daños a la salud que pueden resultar costosos también en términos económicos:

Y luego de que viera que aquí una señora estuvo usando las pastillas y le hicieron mal porque ffjese de que, hablando con su perdón de usted, ya de largo pasaba y se le apelmazó al lado de la matriz y por poquito se le muere a su marido. Le costó billetes. Le digo, si así es la pastilla; no, porque entonces es un daño, nos estamos dañando...

Hay que señalar, sin embargo, que entre las mujeres existen diversas opiniones en torno a los beneficios y desventajas que el uso de la anticoncepción trae consigo. Algunas valoran fundamentalmente los aspectos positivos de este tipo de recursos y llegan a externar su deseo de controlar mediante ellos su paridad; otras, por el contrario, coinciden en señalar que se trata fundamentalmente de “drogas que perjudican al organismo”. El temor que se manifiesta para usar anticonceptivos modernos en ocasiones pue-

de verse reforzado por falta de información adecuada, y por las secuelas que deja un eventual servicio de mala calidad:

—¿Ha tenido complicaciones después de la operación?

—Sí, me duele, me pica, cuando tengo mi menstruación me da dolor, me pica la cicatriz.

—Yo digo que es aire lo que tiene [mi esposa] y ya va a ser el año de que la operaron.

Hay casos en que el temor ante la anticoncepción moderna convive con la capacidad personal de reproducir el discurso oficial que la promueve. En el siguiente ejemplo, el hombre entrevistado había expresado su deseo de que su mujer “entre a la planificación familiar”, y las dificultades que tenía para convencerla:

—¿Así que su mujer no quiere entrar a la planificación familiar?

—Exactamente, ella le ha dado miedo, dice.

—Pero, ¿ustedes conocen bien qué es eso de la planificación familiar?

—Sí, si ya hemos recibido instrucciones de enfermeras que han venido aquí, doctores, y sí, sabemos exactamente que la planificación va en beneficio de nosotros mismos pues, porque la familia pequeña pues claro que se vive mejor, se les puede dar mayores cosas que necesitan los hijos.

En todo caso, es claro que la introducción de servicios de planificación familiar en comunidades como ésta ha ido acompañada de un *debate* (manifiesto dentro de los hogares) en torno a las ventajas y desventajas de la misma.

Al igual que en Ocuituco, prácticamente todos los entrevistados masculinos coinciden en que la crisis actual obliga a cambiar los patrones de comportamiento reproductivo:

Yo le decía [a mi esposa], cuando teníamos cinco niños, que era bueno que entrara a la planificación familiar, pero nunca quiso ella y ahí tiene de que llegaron a diez, pues ya ahorita digo, ya debe de haber un medio de nosotros mismos, si no es así, vamos a llegar a más niños y digo pues la situación ahorita está durísima.

También es cierto que existen entre los entrevistados diferencias en cuanto a la valoración que hacen sobre las consecuen-

cias de la planificación familiar en el orden económico. El recurso de la planificación familiar supone un beneficio para unos, siempre que se acuda a ella luego de haber reproducido los brazos necesarios para el trabajo, mientras que para otros es un beneficio que quizás hizo su aparición algo tardíamente, toda vez que la cantidad de hijos tenidos rebasa ya las posibilidades de subsistencia y exige un esfuerzo creciente en términos de trabajo.

Al inicio de la investigación, la hipótesis era que las mujeres de la zona de Acapetahua serían las principales interesadas en utilizar algún método de planificación familiar y que los hombres fungirían como los principales opositores, ya que por razones de orden cultural (machismo) y económico (necesidad de reproducir la fuerza de trabajo) experimentarían la necesidad de aumentar su prole constantemente. Sin embargo, la información obtenida no nos permite seguir manejándonos dentro de la misma hipótesis. En el conjunto de las mujeres entrevistadas es posible advertir una resistencia al uso de métodos anticonceptivos aduciendo fundamentalmente razones de salud. En otras palabras, el temor a los efectos colaterales parece pesar más sobre ellas que el eventual deseo de espaciar o limitar los nacimientos a través de un método moderno:

Es que quién más, si no uno, va a ver por el cuerpo pues de uno, porque como le digo a mi esposo: "Mira, el hombre viene de trabajar ya a las doce, a acostarse a su hamaca, la jodida es uno. Estarse drogando, no comer bien ni vitaminas, y ustedes en su ley, no tiene caso", le digo, "así que si quieres que vivamos bien nos vamos a controlar los dos." Y así, gracias a Dios, estamos bien.

Por el contrario, se advierte en los hombres una disposición para que *la mujer* use anticonceptivos modernos y fundamentan su posición aduciendo consideraciones de orden económico. En síntesis, en las mujeres se advierte una resistencia a usar métodos modernos de planificación familiar aduciendo razones de salud. En los hombres se advierte una disposición a recurrir a estos servicios aduciendo razones de orden económico.

Finalmente, no fue posible recolectar estadísticas más o menos fidedignas sobre las usuarias actuales de métodos modernos de

planificación familiar. De acuerdo con el testimonio del médico de la localidad, existe un “muy bajo” porcentaje de mujeres en edad reproductiva que actualmente utilizan algún método; la mayoría de las aceptantes actuales oscila entre los 20 y los 35 años de edad, salvo las usuarias de salpingoclasia, que en general tienen más de 30 años de edad. Respecto de este último método, la información en torno al “estilo” con que se aplica, coincide con lo que hemos reportado en otros trabajos (Bronfman y Castro, 1989) en el sentido de que cada sábado se realizan “jornadas” especiales en las que los servicios de salud de la zona transportan a algunas mujeres a Tapachula para ser operadas ahí, y luego son regresadas a su localidad en ese mismo día. El médico entrevistado reportó que luego de un mes de operación de este sistema, llevaba ya veinte mujeres esterilizadas.

#### CONCLUSIONES

La información que hemos presentado permite identificar una serie de similitudes y diferencias existentes en la condición de las mujeres que se refleja en las concepciones relacionadas con la salud, la reproducción y la anticoncepción en las dos comunidades comparadas. Los materiales presentados muestran que la relación de las mujeres con los temas analizados varía desde un franco *dominio* o de *conocimiento* específico (tradicional) —por ejemplo con respecto a la salud/enfermedad— hasta una relación de *no-dominio* (o creencias) respecto a la anticoncepción moderna.

Un análisis más detallado de esta información muestra que el dolor y la incertidumbre constituyen “formas de conocer” que cotidianamente experimentan las mujeres en relación con la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción.

Respecto al tema del proceso salud-enfermedad, a través de este estudio comparativo ha sido posible identificar al susto, la pérdida de la sombra y a la caída de la mollera, como las principales enfermedades tradicionales de Ocuituco. En el caso de Acapetahua, en cambio, son el espanto, el mal de ojo, y el pujo, las enfermedades que más preocupan a los pobladores de la región. La principal similitud se registra en los casos del susto y el espanto,

enfermedades que aún con esa variación en la forma de nombrarlas, presentan características muy similares.

En relación con las concepciones y prácticas dominantes en torno a la sexualidad y el embarazo, destacan coincidencias como:

a) La existencia de repetidos testimonios de mujeres que viven el inicio de su sexualidad y vida reproductiva en términos de un desconocimiento casi absoluto con la consecuente carga de angustia e incertidumbre que ello supone.

b) La existencia de diversas formas de *violencia* que sufren las mujeres en su vida cotidiana, desde el hecho de tener que hacer los quehaceres normales de la casa hasta el mismo día del parto, hasta las agresiones —físicas, sexuales, psicológicas— que con frecuencia reciben de parte de sus esposos.

c) La vivencia del embarazo con una enorme carga de fatalismo, como un estado inevitable.

Existen también algunas diferencias notables entre estas comunidades. En efecto, a diferencia de Acapetahua, en Ocuituco se registra la idea de que una mujer embarazada no debe asistir a un velorio pues ello implica riesgos para su salud y la del bebé. Por el contrario, en Acapetahua se identificaron concepciones específicas relacionadas con la alimentación que no se identificaron en Ocuituco.

Finalmente, en relación con la anticoncepción, prácticamente todos los hallazgos tienden a mostrar una alta homogeneidad en la manera como el asunto es vivido por los habitantes de ambas regiones. En efecto, en los dos casos se advierte que las mujeres (las usuarias directas de los métodos anticonceptivos) no se han apropiado del asunto en términos del propio discurso. Así mismo, en las dos comunidades es posible advertir que mientras las mujeres tienden a rechazar la anticoncepción moderna por motivos de salud (temor a efectos colaterales), los hombres tienden a aceptarla (para sus mujeres) debido principalmente a razones de orden económico (la crisis y la imposibilidad de mantener a muchos hijos).

En ambas regiones se advierte cierta oposición de carácter religioso a la planificación familiar, pero que no llega a ser deter-

minante de las conductas de la mayoría de la población. Y finalmente, en ambos casos se advierte una semejanza en el “estilo” que asume la prestación oficial de servicios de salud, que se caracteriza —entre otras cosas— por la celeridad con que se busca reclutar nuevas usuarias de anticonceptivos, aún a riesgo de sacrificar el tiempo necesario para informarlas plenamente sobre las características de los métodos, sus mecanismos de acción y sus contraindicaciones. Ello se traduce en que muchas mujeres carezcan de las nociones más elementales sobre el método que están usando, dando lugar así a un fenómeno de utilización de un recurso que es experimentado como necesario y a la vez desconocido por la población.

A partir de la caracterización de los conceptos de conocimiento y creencia que hemos sugerido, puede concluirse que al nivel más general, tanto los habitantes de Acapetahua como los de Ocuituco poseen *conocimientos* en torno al proceso salud-enfermedad y *creencias* en torno a la anticoncepción moderna. En efecto, la relación sujeto-objeto que se establece en el primer caso es de pleno dominio, mientras que en el segundo, como se mencionó más arriba, es sólo de inseguridad ante un tema que les resulta ajeno. Las consecuencias de un hallazgo como éste resultan de extrema trascendencia; estamos frente a un desfase entre las racionalidades de las comunidades estudiadas y la propuesta por la medicina moderna: lo que en un caso aparece como conocimiento, en el otro se trata de creencias y viceversa.

Nuestra hipótesis apunta en el sentido de que es en esta diferencia donde hay que buscar algunas de las explicaciones básicas a los problemas de la prestación de los servicios de salud y planificación familiar en comunidades rurales como Acapetahua y Ocuituco. El análisis de estas diferencias, a su vez, permite identificar ciertos mecanismos específicos de dominación que contribuyen a perpetuar la condición de subordinación de las mujeres en el medio rural mexicano.

A través de esta investigación ha sido posible recuperar, al menos parcialmente, un punto de vista frecuentemente olvidado: el de aquellos para quienes se supone van dirigidos los mayores esfuerzos de desarrollo y bienestar social, en particular el de las mujeres. Han quedado de manifiesto algunos desfases existentes

entre el discurso académico convencional (que suele ser el de los proveedores de servicios) y el tradicional (que, en este caso, es el de los receptores de aquellos servicios: las mujeres). Una investigación posterior deberá explorar a fondo las razones y consecuencias de ese olvido. Entre tanto, este trabajo constituye también una propuesta metodológica que puede utilizarse para recuperar el punto de vista de la población en relación con estos temas. En todo caso, también es éste uno de los principales aportes de este trabajo.

## ANEXO: ESQUEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

CUADRO 4  
Esquema de clasificación de la información  
Proyecto Acapetahua

<i>Temas</i>						
<i>Fuentes</i>	<i>Funcionamiento del cuerpo</i>	<i>Reproducción</i>	<i>Sexualidad</i>	<i>Anticoncepción</i>	<i>Consecuencias de la planificación familiar en la vida familiar</i>	<i>Prevalencia en el uso de anticonceptivos</i>
<i>Trabajadoras sociales (nivel 1)</i>						
<i>Trabajadores sociales (nivel 2)</i>						
<i>Informantes clave (nivel 2)</i>						
<i>Hombres (nivel 1)</i>						
<i>Mujeres (nivel 1)</i>						

\* Nivel 1: lo que los entrevistados saben y creen por sí mismos (autoimagen).

\*\* Nivel 2: lo que los entrevistados piensan que la comunidad sabe, cree, etc. (heteroimagen).

CUADRO 5  
**Esquema de clasificación de la información**  
**Proyecto Ocuituco**

Tema	Proceso Salud-Enfermedad	Reproducción			Anticoncepción
		Embarazo	Parto	Postparto	
Informantes clave (nivel 1)*					
Informantes clave (nivel 2)**					
Mujeres (nivel 1)					
Hombres (nivel 1)					

#### BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre Beltrán, G., *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*, México, Instituto Nacional Indigenista, 1973.
- Alexander, J.C., *Twenty Lectures: Sociological Theory Since World War II*, Nueva York, Columbia University Press, 1987.
- Blumer, H., *Symbolic Interactionism. Perspective and Method*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1969.
- Bronfman, M. y R. Castro, "Discurso y práctica de la planificación familiar en América Latina", *Saúde em Debate*, núm. 25, Londrina, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), 1989.
- Castro, R., M. Bronfman y M. Loya, "Racionalidad y educación para la salud en una comunidad rural de Morelos: Elementos teóricos iniciales", *Psicología y Salud*, núm. 2, Xalapa, Universidad Veracruzana, 1989.
- Castro, R., M. Bronfman y M. Loya, "Embarazo y parto entre la tradición y la modernidad: El caso de Ocuituco", *Estudios Sociológicos*, núm. 27, México, El Colegio de México, 1991.
- Castro, R. y A. González, *Diagnóstico de intereses y necesidades de información sobre reproducción humana y sexualidad en el área de Acapetahua, Chiapas*, México, Proderith-SARH, 1985, mimeo.
- Deegan, M.J. y M. Hill (eds.), *Women and Symbolic Interaction*, Boston, Allen y Unwin, 1987.
- Dundas Todd, A., *Intimate Adversaries. Cultural Conflict Between Doctors and Women Patients*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1989.

- Glaser, B.G., *Theoretical Sensitivity. Advances in the Methodology of Grounded Theory*, Mill Valley, California, The Sociology Press, 1978.
- Glaser, B.G. y A.L. Strauss, *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Nueva York, Aldine de Gruyter, 1967.
- Herzlich, C., *Health and Illness. A Social Psychological Analysis*, Nueva York, Academic Press, 1973.
- Herzlich, C. y J. Pierret, *Illness and Self in Society*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1987.
- López Austin, A., *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1984.
- McCormack, T., "Feminism and the New Crisis in Methodology", en W. Tomm (ed.), *The Effects of Feminist Approaches on Research Methodologies*, Calgary, Wilfred Laurier University Press, 1989.
- Mellado, V., C. Zolla y X. Castañeda, *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*, México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), 1989.
- Nagel, E., *The Structure of Science: Problems in the Logic of Scientific Explanation*, Nueva York, Harcourt, Brace and World, 1961.
- Pirie, M., "Women and the Illness Role: Re-thinking Feminist Theory", *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 25(4): 628-648, 1988.
- Proderith (1984), *Diagnóstico socioeconómico de Acapetahua*, México, Proderith-SARH, 1984, mimeo.
- Quezada, N., "Métodos anticonceptivos y abortivos tradicionales", *Anales de Antropología*, XII, 1975.
- Roberts, H. (ed.), *Doing Feminist Research*, Boston, Routledge y Kegan Paul, 1981.
- Strauss, A.L., *Qualitative Analysis for Social Scientists*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990.
- Valdés, T., *Venid, benditas de mi Padre. Las pobladoras, sus rutinas y sus sueños*, Santiago de Chile, Flacso, 1988.
- Weber, M., *Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*, México, Fondo de Cultura Económica, 1981.
- Zolla, C. et al., *Medicina tradicional y enfermedad*, México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), 1988.



# LA FUNCIÓN DE LA MEDICINA DOMÉSTICA EN EL MEDIO RURAL MEXICANO

*Carlos Zolla y Virginia Mellado\**

Si bien la expresión del modelo médico hegemónico (MMH) actualmente ha entrado en crisis, el mismo debe ser considerado a través de dos hechos: a) el reconocimiento de una determinada eficacia en el control efectivo o potencial de ciertos problemas epidemiológicos; b) el reconocimiento de que el proceso señalado ha conducido a una transformación dialécticamente irreversible de los otros modelos.

*Eduardo Menéndez*

## MEDICINA DOMÉSTICA Y SISTEMA REAL DE SALUD

El tema de la investigación que presentamos en este artículo es la función de la medicina doméstica en comunidades rurales de México, donde la protagonista principal es la mujer, en su doble papel de terapeuta y agente principal de la salud en el universo familiar. Pero desde nuestro punto de vista, la estructuración del campo de la medicina doméstica no resulta comprensible si no se la refiere a la más compleja del sistema médico real, tal como aparece en las áreas rurales.

La configuración del conjunto de prácticas médicas resulta de la coexistencia de la *medicina académica*, de la *medicina tradicional* y de la *medicina doméstica*, y confirma las observaciones realizadas

\*Virginia Mellado es química y desde hace más de diez años investiga en el campo de la antropología médica. Carlos Zolla es antropólogo. Ambos autores trabajan en la Subdirección de Salud y Bienestar Social del Instituto Nacional Indigenista.

por autores como Menéndez, según las cuales esta compleja organización del campo de la atención a la salud da lugar a procesos sintéticos, transacciones en el conocimiento y en las prácticas, relaciones de conflicto y complementación entre los terapeutas, etc. (Zolla, 1987: 63-74).

Entendemos por *medicina doméstica* al conjunto de conocimientos, recursos y acciones terapéuticos presentes en el hogar, que no trascienden este ámbito como una oferta de servicio. Esta medicina, practicada usualmente por mujeres adultas amas de casa, cumple una importante función en el diagnóstico que permite la administración de tratamientos caseros, o bien se convierte en una base para la derivación del enfermo (Mellado *et al.*, 1989: 40).

En un trabajo anterior —del que la presente investigación puede considerarse un complemento— hemos señalado que “la coexistencia de la medicina tradicional con la medicina académica no es un fenómeno exclusivo de México. Numerosos autores han explicado cómo, en la mayor parte de las sociedades que poseen manifestaciones importantes de medicina tradicional, el modelo médico hegemónico convive con otros modelos (subordinados, alternativos, ‘tradicionales’, no institucionales, etc.)” (Mellado *et al.*, 1989: 18).

La diferencia esencial entre la medicina tradicional y la doméstica (que en buena medida se alimenta de aquélla) reside en que la primera constituye una oferta pública de servicio, a diferencia de la segunda, que se limita al ámbito restringido del hogar o al vecinal. Además, difieren en que la primera goza de un reconocimiento público que no recibe la segunda, y en el grado de permeabilidad respecto a las ideas y prácticas del sistema médico hegemónico, mucho más notable en la medicina doméstica.

Otra diferencia importante —esencial para comprender ciertos datos de campo recogidos en el curso de esta investigación— es que sus funciones no son iguales, aun cuando ambas (y también la medicina académica) tengan como fin último la acción curativa o preventiva.

En efecto, es en el ámbito doméstico donde se inician las acciones curativas, resultado de un primer diagnóstico (así sea presuntivo), y es allí donde generalmente se decide el itinerario del paciente, es decir, la “carrera del enfermo”.

Este modelo (de la autoatención) es estructural a toda sociedad, suponiendo el primer nivel real de atención de la misma. Este modelo está en la base de todos los anteriores (modelo médico hegemónico y modelo alternativo subordinado) y su estructuralidad se basa en las funciones, no sólo curativas sino sobre todo socioeconómicas, que cumple para los grupos en que opera (Menéndez, 1984: 8).<sup>1</sup>

Pese a estas evidencias y al papel relevante que se otorga a la mujer como destinataria de programas y campañas de salud, el modelo médico hegemónico no reconoce a la medicina doméstica como un conjunto estructurado, limitándose, en muchas ocasiones, a la condena lisa y llana de la automedicación. En otras, concede un mayor interés a las condiciones del medio familiar, pero sólo como receptor pasivo de consejos y mensajes. Por su parte, los manuales más avanzados de la Organización Mundial de la Salud (como los de la Serie Paltex, para técnicos medios y auxiliares), analizan la estructura familiar y reconocen que ésta “constituye el foco de interés y principal actividad de todo programa materno infantil” (OPS, 1983: 1), pero no advierten el carácter activo de algunos de sus miembros ante la eventual enfermedad.

No obstante la predicada “participación comunitaria”, el peso de las actividades recae en el trabajador de la salud y no sobre el núcleo familiar: “El auxiliar de enfermería debe reconocer la organización y estructura de las familias a su cargo para identificar los problemas de salud desde su inicio” (*ibid.*). Se aconseja al auxiliar, pero nada se dice, en cambio, sobre las capacidades o acciones de la propia familia para identificar esos mismos problemas, u otros, que son clasificados bajo una matriz distinta.

La información recogida en el campo mexicano no sólo contradice la visión del modelo médico hegemónico, sino que además muestra que una parte significativa de la morbilidad ni siquiera desborda los límites del hogar. Numerosas enfermedades son percibidas, diagnosticadas, tratadas y eventualmente curadas, dentro de la vivienda familiar.

<sup>1</sup> Menéndez designa “modelo de autoatención” a lo que aquí llamamos “medicina doméstica”. Las connotaciones que se derivan de una y otra expresión requerirían de una discusión particularizada.

Es en los últimos años que numerosos autores inician su contribución para realizar una epidemiología sociocultural. En el caso particular de México, esta tarea deberá dar cuenta tanto de la enfermedad que es detectada dentro del circuito de los tres niveles de atención correspondientes a la medicina académica, como de la que es tratada en los dominios de los terapeutas tradicionales y en los de la medicina doméstica o casera.

Cualquiera que fuere el destino final de las investigaciones sobre epidemiología sociocultural en México, es evidente que habrán de enmarcarse no sólo en el cuadro de la ocurrencia real de las enfermedades, sino con referencia a patrones lingüísticos, gnoseológicos, técnicos y sociales de todo tipo (de prestigio, accesibilidad, costo, eficacia, etcétera).

#### LA MUJER: TERAPEUTA Y USUARIA

En un trabajo anterior (Mellado *et al.*, 1989), prestamos especial atención a la mujer en su función de partera tradicional, partera empírica adiestrada y partera empírica no adiestrada, sin desarrollar los temas relativos a ella como usuaria de los servicios y agente de la medicina doméstica. Ahora intentaremos destacar esta doble condición que las inviste, y que sustenta al conjunto de prácticas de la medicina doméstica, sin olvidar su conducta como pacientes. Es preciso resaltarlo, ya que introducimos un factor considerado irrelevante en los estudios sobre medicina académica y tradicional: el doble carácter de terapeuta y demandante de servicios, de “médica” y “enferma”, que asume la mujer en el núcleo doméstico.

Cuando se estudia el perfil ideológico, social o técnico de los médicos o de los curanderos (salvo en trabajos recientes y casi excepcionales), difícilmente se alude a éstos como potenciales enfermos que desarrollan una conducta común *sui generis*. Para el ámbito doméstico, este rasgo resulta esencial.

Un ejemplo elocuente es el de “F”, residente en Tepalcingo, Morelos, maestra jubilada, ama de casa y usuaria del ISSSTE desde hace muchos años, quien conserva en su alacena numerosos medicamentos de patente, la mayoría de los cuales le fueron prescritos

a ella o alguno de sus hijos en la consulta médica. En muchos casos, los envases llevan una inscripción sobre uso, forma de administración o dosis. Naturalmente, la función de tales inscripciones es la de propiciar su utilización cada vez que las circunstancias lo exijan. La lista da una idea sobre los padecimientos más comunes para los que se prescriben fármacos:

*Acido acetilsalicílico*: “Para la calentura y el dolor de cabeza”.

*Alka Seltzer*: “Para cuando se siente atracada por sobrecomer”.

*Bactrim*: “Sirve para todo: diarreas, infecciones, anginas, calentura”.

*Conmel*: “Calenturas y dolor”.

*Debridat*: “Para curar el dolor de estómago después de los corajes y muinas”.

*Dextrometorfan*: “Se usa junto con una inyección de penicilina, para la tos, una cucharada cada seis horas. Es muy buena medicina”.

*Defenhidramina*: “Para la tos, tomar una tableta cada ocho horas”.

*Eritromicina*: “Para las anginas y la calentura”.

*Naproxen*: “Para la artritis y dolores de huesos”.

*Polivitaminas*: “Para el decaimiento de cuerpo y para evitar olvidar las cosas”.

*Pomada 666*. La pomada o *Ungüento 666* es uno de los medicamentos de mayor uso en las áreas rurales de México y está indicado en caso de dolores articulares, trastornos respiratorios, picaduras, etcétera.

*Terramicina*: “Para las anginas”.

*Tiamina*. Vitamina que la informante conservaba en una solución inyectable, habiendo olvidado las indicaciones, prescrita en el ISSSTE.

*Visina*: “Para la irritación de los ojos”.

*Iodex*.

Cabe aclarar que los productos anotados aquí eran sólo una pequeña parte de los que “F” guardaba en su botiquín doméstico. Además, la informante recuerda medicamentos que ya no se consiguen en el mercado, como el *Sedovin*, que ella utilizaba en caso de

trastornos de “los nervios” y que también le fue ordenado en una consulta médica.<sup>2</sup>

Un análisis somero de la lista pone en evidencia la epidemiología característica de la región: enfermedades respiratorias, gastrointestinales, articulares, etc. Y hay que destacar que los padecimientos reumáticos y trastornos articulares, atendidos en el ámbito doméstico con ungüentos, pomadas, lociones, extractos alcohólicos, cataplasmas, etc., en caso de ser registrados, elevarían significativamente los índices de morbilidad que exhiben las estadísticas oficiales.

La presencia de vitaminas en el hogar de “F” (como polivitamínicos o tiamina), reitera el prestigio de ciertos medicamentos de patente en el ámbito rural, fenómeno detectado en trabajos de numerosos antropólogos y salubristas. “F” confirma también la coexistencia de saberes médicos diferentes en un mismo ámbito: pese a la cantidad de medicamentos de patente que conserva, cultiva un número no despreciable de plantas medicinales tales como epazote, hierbabuena, tomillo, naranjo, etc. La mención de los “corajes” y “muinas”, cuyos efectos “F” trata con medicamentos de la farmacopea oficial, nos conduce a los procesos sintéticos a que hicimos referencia al comienzo. Se trata, claramente, de un vocabulario característico de la medicina tradicional.

¿Qué nos revelan el ejemplo anterior y otros, de naturaleza análoga, que consignaremos a continuación?

En las familias del estado de Morelos, consultadas con motivo del presente estudio, es evidente que es la mujer quien cumple la función de velar por la salud de los miembros del grupo doméstico. Esta relación mujer-medicina podría ser rastreada hasta los relatos míticos antiguos que hablan de la pareja primordial del mundo nahua, Oxomoco y Cipactónal. La segunda de estas deidades primigenias debía hilar y tejer, engendrar a los macehuales y emplear el maíz para curar, adivinar y hechizar; es decir, asumía como propias un conjunto de tareas que aparecen como constitu-

<sup>2</sup> “El autocontrol social y psicológico con *Diazepam* o *Librium*, tiene tanta importancia como la contención oscilante del paludismo, o el abatimiento de la letalidad de padecimientos respiratorios agudos con antibióticos” (Menéndez, 1984: 14).

yentes del mundo femenino. El hecho de estar investida de poderes como dadora de la salud la coloca en una situación que podría calificarse de paradójica: es la autoridad médica doméstica pero, al igual que ocurre en el caso de los médicos, sus propias enfermedades parecen ocupar lugar secundario en una escala jerárquica, a la cabeza de la cual se encuentran las enfermedades de los niños, y de los niños de sexo masculino en particular.

Esta situación subalterna de la “enfermedad femenina” no anula el amplísimo campo de la ginecobstetricia doméstica y tradicional. Como veremos más adelante, aunque en la práctica las enfermedades de los niños sean consideradas prioritarias, la densidad de los contenidos de la esfera ginecobstétrica es sumamente significativa y revela la importancia de la mujer en la unidad familiar.

La jerarquización genérica de la enfermedad es correlativa a la observada en los papeles familiares y en el estatus social de cada género.<sup>3</sup> Los ejemplos que se podrían encontrar no se refieren solamente a la enfermedad sino también a las diferencias en el uso de calzado, la ingesta de alimentos, el trabajo, etc. Así, la ingesta es mayor en cantidad y calidad en los hombres que en las mujeres, y en los niños que en las niñas.

Es necesario, sin embargo, matizar el argumento anterior. Podría pensarse que la predilección por los varones no responde a un prejuicio ideológico, sino que se trata de la actitud social frente a un fenómeno epidemiológicamente significativo: la sobremortalidad masculina de los recién nacidos y de los niños entre uno y cuatro años en general, que se agudiza en las áreas rurales de México.

De cualquier manera, es evidente que en la situación actual de Morelos no encontramos uniformidad en la respuesta social ante los eventos de enfermedad y muerte. Influyen para que esto sea así

<sup>3</sup> Datos obtenidos por nosotros en el Hospital Cuetzalan del Instituto Nacional Indigenista, en la Sierra Norte de Puebla (que atiende a la población nahua y totonaca), muestran que durante 1988 la cuarta causa de demanda de atención fue por desnutrición y anemia. El grupo etáreo que engloba a la población económicamente activa y en edad fértil (15-44 años), registró 592 casos: 151 varones y 441 mujeres! Naturalmente, esta situación repercute en la tasa de niños con bajo peso al nacer y en la tasa de mujeres con problemas placentarios y de otro tipo.

la gran complejidad del patrón de poblamiento, un acelerado proceso de urbanización, la migración de otros estados que se acrecenta día a día, la recomposición de los servicios médicos institucionales como resultado de la descentralización del Programa IMSS-Coplamar y un claro deterioro de los servicios por efecto de la crisis. La demanda de servicios, por lo que se refiere a las parteras, por ejemplo, supone la existencia de condiciones objetivas diferentes en los núcleos urbanos y rurales, y correlativamente, de variaciones en los patrones de conducta. Los ejemplos relativos a la mujer morelense que habita en las áreas rurales, en calidad de demandante de los servicios de atención ginecobstétrica, resultan relevantes.

En regiones como Hueyapan, la mujer busca preferentemente los servicios de la partera tradicional; en Jojutla, en cambio, es creciente la intervención de las parteras empíricas adiestradas o de las no adiestradas en los núcleos de migrantes que ocupan la periferia de la ciudad. La influencia de la familia tiende a disminuir con la urbanización, pero en los grupos más alejados se mantiene, en cambio, la costumbre de que la partera aconseje (sobre todo si se trata de una primípara) acerca de la dieta, el vestido, el calzado, el esfuerzo físico durante las tareas domésticas, los corajes, etc., sin que ello implique medicación del embarazo.

Por contraste, donde los servicios de las instituciones se han vuelto accesibles para un porcentaje importante de población, las campañas para lograr un control prenatal efectivo acercan a la primípara al médico y tiende a decaer la influencia del núcleo familiar como emisor de consejos. Las mujeres de las zonas menos aculturadas muestran una mayor tendencia a recurrir a las parteras tradicionales, a reproducir los sistemas de creencias que éstas enuncian y a buscar la atención médica académica sólo en aquellos casos en que se evidencian las limitaciones técnicas de las terapeutas tradicionales (como ocurre en los casos de partos distócicos).

Sin embargo, es posible observar situaciones que podrían responder a procesos de transición. En Miacatlán, por ejemplo, la mayor parte de las embarazadas recurre a los servicios de las parteras tradicionales para solicitar información acerca del sexo del feto, para que las “manteen”, para que las “soben”, o ante dolencias menores. Sin embargo, acuden a los servicios institucionales (IMSS, ISSSTE o Secretaría de Salud) en el momento del parto.

La función de la medicina doméstica —en estrecha asociación con la tradicional— en la atención al ciclo reproductivo, se inicia con la reproducción misma o con la imposibilidad de concebir. Las estadísticas vitales muestran que en muchas zonas rurales de México la edad fértil de la mujer principia efectivamente a los 15 años, sobre todo en las comunidades indígenas.<sup>4</sup> Y como han señalado numerosos autores, el elevado número de hijos es una de las características básicas de la familia rural, fenómeno asociado a la necesidad de contar con fuerza de trabajo que asegure la sobrevivencia del grupo doméstico.

Esta realidad, a su vez, aparece cimentada en componentes ideológicos que se manifiestan, según la expresión de Aguirre Beltrán, en “la ansiedad de la reproducción”. De ahí el menor éxito de las campañas de planificación en zonas rurales con respecto a las urbanas, directamente ligado a la necesidad de contar con un número grande de hijos. Donde esto es así, la posibilidad de procrear sigue siendo uno de los atributos principales que se reconoce a la mujer campesina. Por ello, el peso de las prácticas destinadas a asegurar la reproducción es mucho mayor que el de las abortivas y anticonceptivas en general.

Una mujer infértil es objeto de calificativos tan duros como “mula”, “machorra”, “jorra” o “estéril”. Si transcurridos varios meses la recién casada no se embaraza, recibirá en su casa el consejo de consultar a la partera, quien, en su doble papel de matrona y curandera, iniciará tratamientos específicos. Las sospechas de infertilidad están dirigidas usualmente hacia la mujer, especialmente cuando se trata de una muchacha que no ha tenido hijos. Situaciones diferentes son la de la viuda primípara, o múltipara, o la de la mujer separada o abandonada que ya ha dado a luz, en cuyo caso la falta de hijos en la nueva unión matrimonial será vista como una imposibilidad del varón para procrear, al que calificarán en el campo morelense como “vano” o “chiclán”.

El desarrollo corporal, la aparición de rasgos secundarios, y sobre todo la menstruación, constituyen los principales indicios del paso de la adolescencia a la juventud, y con ello, a la posibilidad

<sup>4</sup> Mata Torres (1982) refiere que en algunos casos, niños y niñas huicholes prometidos en matrimonio, cohabitan desde los diez u once años.

de procrear. Sin embargo, es del dominio común en el núcleo doméstico que la aparición de la menstruación —entre los doce y los catorce años— no necesariamente indica la madurez sexual, emocional y conductual de la mujer para concebir. La familia suele censurar los intentos por contraer matrimonio a edad temprana, pues la aparición de hijos defectuosos o las desavenencias conyugales se consideran como características de las parejas muy jóvenes. Las variaciones individuales que se presentan en el ciclo hormonal están en directa relación con la influencia de la luna y con la “naturaleza” del sujeto.<sup>5</sup> Esta “naturaleza” condiciona el comportamiento sexual, el número de hijos, la resistencia a las enfermedades, la proporción de hijos varones e hijas mujeres que son procreados, así como los rasgos físicos, espirituales y temperamentales del sujeto.

Aunque el conjunto de conceptos, creencias y prácticas a propósito de la fecundidad, el embarazo, el parto, el puerperio y las enfermedades de la madre y del niño se muestran como un sistema estructurado y coherente en la mayor parte de las parteras tradicionales, este conocimiento se encuentra muy difundido en las poblaciones, y a menudo son las madres o las abuelas en los hogares más tradicionales quienes perpetúan su existencia.

La imposibilidad de concebir, percibida en el hogar, suele ser una causa importante de demanda de atención y se encuentra asociada a la idea de frialdad, que no sólo alude a la concepción. Doña Fidelia, informante de Tepalcingo, señala que sus hermanas, a causa de caminar descalzas y bañarse con agua fría durante el puerperio, sufrieron distintos males “de frío” y quedaron “bolsudas”, esto es, con el vientre prominente, flácido. En este sentido, la faja se aconseja en el periodo posterior al parto, no únicamente porque sirve para comprimir sino también para evitar los enfriamientos.

La “frialdad” puede designar estados transitorios que dificultan la concepción, o bien ser sinónimo de esterilidad. Resulta

<sup>5</sup> En nuestra investigación anterior conceptualizamos “la naturaleza” como el conjunto de características o cualidades que definen física y espiritualmente a una persona, las que son posibles de percibir frente a las circunstancias como el trabajo, la resistencia a las enfermedades, el don de mando, etcétera.

interesante señalar como una de las causas que pueden conducir a la esterilidad, al “daño” provocado por una acción de brujería. Tal esterilidad es ocasionada, en consecuencia, por un tercero, de idéntica manera que la producida por la salpingoclasia (la “salpingo”, como es llamada por los informantes). La diferencia esencial estriba en que la primera responde al deseo de alguien de provocar un mal y es, en consecuencia, ajena a la voluntad de la mujer; no así la segunda, que implica —hasta donde pudimos observar— una decisión conciente de lograr por medios quirúrgicos la esterilidad definitiva.

La “frialdad” de la matriz o de los ovarios, que impide la concepción, no está considerada como un acontecimiento momentáneo, sino como resultado de un proceso que puede alcanzar meses o años. Las informantes señalan que el mojarse continuamente los pies, el vientre o la cintura desde la adolescencia, puede provocar más tarde la esterilidad.

Aunque en muchos lugares de Morelos ya no se usa el temazcal como parte de la vivienda familiar, este recurso hidroterapéutico es utilizado aún en una amplia franja del estado. Las mujeres suelen recurrir a él aconsejadas por su familia o por las terapeutas para recobrar el “calor” perdido y aumentar, así, sus posibilidades de concebir. En las zonas más calurosas donde se emplea el temazcal, existen otros procedimientos hidroterapéuticos tales como el baño de tina, de vapor y el “torito”. Las plantas medicinales que se emplean para ese fin son todas de naturaleza “caliente”.

Como es sabido, el baño prehispánico de vapor (temazcal) aún es usado en el tratamiento de padecimientos nerviosos y articulares, como desintoxicante, en la convalecencia de diversas enfermedades, y en general en casos de disfunciones debidas a la “frialdad”.

Los consejos que la embarazada, la púérpera y, en general, la mujer que desea concebir reciben en su hogar, de los vecinos o de la partera, podrían clasificarse en dos grandes grupos: los del “sentido común”, que poseen una lógica fácilmente aprehensible, y los de la esfera del mito. Dentro de los primeros pueden mencionarse la prohibición de levantar o cargar objetos muy pesados, andar a caballo, correr, usar calzado de tacón alto, vestir ropas ajustadas e ingerir ciertos alimentos que pueden resultar noci-

vos. Se observó que no se trata de que la mujer deje de trabajar, sino de que modere la intensidad de sus esfuerzos.

En el caso concreto de la alimentación, los consejos están referidos a los alimentos que deben evitarse, antes que a la prescripción de una “dieta balanceada” o “adecuada” como reza el lenguaje publicitario de las instituciones de salud. Por ejemplo, coherente con la idea de la relación frío-calor como determinante del embarazo, se estima que los alimentos demasiado “calientes” (chocolate, chiles) no son aconsejables; la razón para evitarlos es que la preñez consiste, entre otras cosas, en un proceso continuo y constante de acumulación de calor, que cesará abruptamente en el momento del parto y del alumbramiento de la placenta. La ruda o el perejil son reputadas como plantas excesivamente “calientes” que poseen propiedades abortivas, por lo cual resultan doblemente dañinas para la embarazada. Correlativamente, debe evitarse la ingestión excesiva de alimentos fríos.

Entre los consejos que caen dentro de la esfera del mito, destaca la prohibición de exponerse a la influencia de los eclipses, so pena de que el niño nazca con malformaciones; la más común, el labio y el paladar hendidos (“tencuos” o “mochos”, en el lenguaje popular).

Resulta esencial destacar la preocupación de cualquier mujer campesina respecto a que en el transcurso del embarazo el niño “se pegue”, se adhiera al vientre de la madre y surjan serias dificultades al momento del parto. Desde los textos del siglo XVI hasta el presente, resulta notablemente alta la cantidad de testimonios relativos a esta cuestión. En nuestra investigación, los informes, tanto de las parteras como de las amas de casa en general, son asombrosamente abundantes: todo embarazo está amenazado por la posibilidad de que el niño, pegado consistentemente al vientre de la madre, nazca con dificultad.

Este conjunto de creencias conducen a que se renueve, aún en los casos de mujeres atendidas por parteras adiestradas o en instituciones de segundo nivel del área rural de Morelos, la costumbre de requerir los servicios de parteras que “manteen” y “soben” a la embarazada. Nuestra interpretación de los datos nos condujo a revisar la información sobre la tercera fase del parto, es decir, el alumbramiento y los problemas de expulsión de la placenta. Traba-

jos recientes sobre desnutrición muestran que la embarazada que exhibe estos signos o los de la anemia, tiene serias dificultades para lograr una expulsión normal, lo que aumenta las posibilidades de hemorragias y, en consecuencia, el riesgo materno.

Todo el sistema de conceptos, creencias y prácticas relativas al ciclo de la reproducción aparece desigualmente repartido entre los miembros de las comunidades rurales, a un nivel que Foucault designa como “doxográfico”, es decir, como “nociones” teórico-prácticas relativas a una o varias materias. En cambio, es posible recoger información más consistente en el seno del hogar, cuando se trata de las enfermedades más comunes, especialmente aquéllas que afligen a la población infantil.

#### JERARQUIZACIÓN DE LAS ENFERMEDADES

Como señalamos al comienzo de este trabajo, en el discurso de la mujer campesina morelense puede percibirse una jerarquización de las enfermedades, que no resulta tanto de la gravedad o levedad con que se manifiestan, sino que está en relación directa con los papeles femeninos o, mejor aún, con la valoración de éstos. Aun cuando la participación de la mujer en el seno familiar resulte esencial y la mayor parte de las actividades descansen en su capacidad y en su esfuerzo, no obstante que ella sea la protagonista y el sostén de la vida familiar ante la ausencia del marido —por trabajo, migración temporal o definitiva, etc.—, y aun cuando ella sea la intérprete de las enfermedades, la terapeuta formal y el nexo esencial con el campo médico, sus propias enfermedades aparecen relegadas a un lugar notoriamente secundario, al menos en los argumentos de las informantes consultadas por nosotros.

Dentro de esa jerarquía nosográfica, aparecen en primer lugar las enfermedades de los niños, principalmente las de los pequeños, con mayor atención a las de los varones antes que a las de las mujeres.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Esta información presenta notables analogías con la lograda por nosotros en un trabajo anterior realizado en Oaxaca. Allí, la demanda de consulta en las Unidades de Medicina Rural del IMSS-Coplamar era sensiblemente más alta para los niños que para las niñas, pese a una distribución de la población por sexos muy homogénea y a que nada hacía sospechar una morbilidad diferencial.

Conforme al patrón epidemiológico característico del campo mexicano, las enfermedades más frecuentes son las gastrointestinales y las respiratorias. La atención de las primeras en el nivel doméstico muestra una gran riqueza de conocimientos, aunque es evidente que el interés de las mujeres está puesto más en los rasgos sintomatológicos que en la búsqueda de la etiología. Por ejemplo, se logró una clasificación de las diarreas, que las informantes dividen en seis tipos o grupos.

Otro rasgo característico de la medicina doméstica —que se distingue en esto de la tradicional y de la académica— es el ejemplo simultáneo de varias alternativas terapéuticas en un mismo tratamiento; no se espera a ver los resultados para buscar sustitutos, sino que se echa mano de todo el arsenal medicamentoso de que se dispone.

Un tercer conjunto de características de la medicina doméstica está vinculado a la resolución autónoma de actuar; esto es, no necesariamente se apoyan las acciones en quienes poseen más experiencia, sino que se actúa de acuerdo con la contingencia, y puede ocurrir que únicamente la madre, por estar sola, sea quien tome la decisión sobre el tratamiento.

Una cuarta característica observada es que, una vez realizado el diagnóstico casero y administradas las medicinas, generalmente se espera de dos a tres días antes de remitir al enfermo al terapeuta tradicional o al médico académico, en caso de no obtenerse una evaluación favorable.

Analicemos en detalle la información obtenida en el campo, comenzando con el caso de las diarreas. Éstas son clasificadas, explicadas y tratadas de la siguiente manera:

a) La diarrea de color verde, debida a la caída de la mollera, no sólo provoca que el niño “obre verde”, sino también que produzca un sonido característico al mamar. Se considera como una enfermedad grave, cuya recidiva puede tener efectos severos.<sup>7</sup>

<sup>7</sup> En un trabajo anterior (Zolla *et al.*, 1988), hemos señalado las afinidades, pero también las diferencias entre la caída de la mollera y la depresión de la fontanela, atribuida por los médicos al desequilibrio electrolítico. La clasificación popular atribuye a un traumatismo —un “sentón” que se dan los niños pequeños— el hundimiento de la fontanela anterior. En Morelos se emplea la expresión: “le tumbaron la mollera” (al niño).

Se cree que se produce a causa de una caída que sufre el lactante, y la forma de prevenir el padecimiento consiste en tomarlo de los pies, colocarlo cabeza abajo y sacudirlo dos o tres veces.

Los tratamientos relatados por las distintas informantes son muy semejantes y muestran cierto grado de complejidad. Varias de las madres entrevistadas aprendieron a curar la caída de la mollera consultando a personas de edad madura que conocían esta práctica. Pudimos observar que en numerosas ocasiones el padecimiento se cura en el hogar mediante una serie de maniobras, todas tendientes a levantar en forma mecánica la mollera, hasta su reubicación original:

1. Se “paladea”, esto es, se toma un tomate soasado, se envuelven los dedos índices y medio con la epidermis del fruto dejando los restos de pulpa hacia afuera, y se aplican masajes en la región posterior del paladar (la base de la lengua, la “campanilla” [úvula], y el velo del paladar).

2. Se toma un sorbo de aguardiente, se aplican los labios en la fontanela y se succiona.

3. Se envuelve la cabeza del niño con una tela.

4. Se coloca al niño boca abajo, se le sacude dos o tres veces dándole tres palmadas en las plantas de los pies.

5. Se sopla tres veces en la boca.

La terapia se realiza tres veces al día, o una vez durante tres días consecutivos. Se continúa amamantando. Naturalmente, llama la atención que todo el procedimiento sea mecánico, conforme a la idea de que el tratamiento inicial ha producido un desplazamiento de órganos, los cuales deben ser reubicados.<sup>8</sup>

b) Un segundo tipo de diarrea se observa cuando el niño está “enlechado” o “empachado”. En este caso aparece leche cortada en las heces fecales. Popularmente se atribuye a la administración del lácteo materno cuando la madre se encontraba “acalorada”, por lo que en forma doméstica, se aconseja tomar leche de un seno y friccionar con ésta la espalda del bebé. A continuación, tam-

<sup>8</sup> Una explicación más amplia del proceso se puede encontrar en Zolla *et al.*, 1988, pp. 101-110.

bién se fricciona el vientre del niño con leche del otro seno; la madre debe esperar a “enfriarse” para amamantarlo.

Otra curación consiste en darle a tomar en una cuchara leche de la madre, en la cual se ha disuelto un cuarto de pastilla de leche de magnesia, acción que se complementa con otra, típica de la medicina tradicional mexicana para la cura del empacho, que consiste en jalarle “el pellejito”, es decir, la piel que recubre la columna vertebral, desde el cuello hasta el sacro. Cuando efectivamente el niño está “empachado”, se dice que se escucha un sonido característico (“quiebra del empacho”) en la región lumbodorsal. Si el niño ya no es un lactante, se le administra “agua de comal”, o sea una infusión en la que se han vertido tres pedazos pequeños de la loza del comal, y se procede a “jalarle el pellejito”.

c) Un tercer tipo de diarrea se caracteriza por una coloración amarillenta, que se cree se produce por “exceso de calor”. Se cura administrando una infusión de pétalos de rosa de Castilla y muicle (*Rosa gallica* y *Jacobinia spicigera*).

d) Una cuarta clase es descrita por las informantes como de consistencia “babosa” o “cortada”, y es típica de los niños desnutridos, a los que “se les toma en brazos y se nota que no pesan”. Para curarlos, es necesario cambiar y reforzar su alimentación, administrándoles una dieta a base de verduras y cereales.

e) Una quinta forma se caracteriza por ser escasa pero muy líquida. Es la “diarrea de dientes”, que se observa frecuentemente en los niños que han iniciado la dentición; la “baba” (*saliva*) es abundante y ello provoca que se manifieste el padecimiento. Se cura con un té que contiene retoños de guayabo (*Psidium guajava*), retoños de nanche (*Byrsonima crassifolia*), un trocito de cáscara de granada (*Punica granatum*), unos granitos de comino (*Cuminum cyminum*) y barbas de cebolla (*Allium cepa*). Se endulza con miel y se administra cuantas veces sea necesario. A menudo las plantas necesarias para preparar esta infusión se intercambian entre vecinos de un mismo barrio.

f) El sexto tipo de diarrea se caracteriza por que las heces son rojas y el paciente sufre cólicos intensos. Se designa como “disentería” (o “desintería”). Es común en los meses del verano y se debe a la ingestión de “cosas calientes”, frutas principalmente. El tratamiento es igual al de la “diarrea de dientes”, sólo que se agregan a

la infusión corazones de membrillo, que se adquieren con los hierberos. Una vez detenida la diarrea, se aconseja cuidar la alimentación, administrando, por ejemplo, leche en la que se ha hervido cáscara de granada.

El segundo grupo de enfermedades sobre las cuales se recogió información fue el de los trastornos respiratorios y, en particular, las toses. Es de hacer notar que “la tos” es considerada más como un padecimiento que como un síntoma. La tos mayormente reportada es la producida por enfriamientos y su curación consiste en “quemar” las articulaciones con una mezcla del revoque de la cal que cubre las paredes y un trocito de vela de sebo. Una de las informantes señaló que el método es tan usual en Tepalcingo, que muchas de las casas muestran raspados sus muros a causa de esta práctica.

La expresión “quemar” las coyunturas o las articulaciones significa aquí dar el masaje con la pasta mencionada, calentada y diluida, envuelta en un trozo de tela que permite formar el “muñequito” que se emplea para friccionar. Esta acción también se lleva a cabo sobre el pecho y en la espalda del niño, para lo cual se coloca una “batita” de periódico, evidentemente para protegerlo del frío. Se le da a beber, además, una decocción hecha con flor de sauco (*Sambucus mexicana*), cuatecomate (*Crescentia cujete*), gordolobo (*Gnaphallium semiamplexicaule*), bugambilia (*Bougainvillea glabra*) y flor de tila (*Ternstroemia sp.*). Un litro de esta tisana se hierve hasta que quede reducida a la cuarta parte, y se debe tomar una cucharadita endulzada con miel de abejas, durante los accesos de tos.

Dentro del ámbito del hogar se presentan otras enfermedades características de la infancia: sarampión, anginas (amigdalitis), “calentura” (clasificada como un padecimiento y no como un signo), “dolor de oídos”, “dolor de barriga”, etc., y la muy mencionada “pale”, “pali” o “palizón”. Con menor frecuencia se reportan otros males, como la fiebre reumática y la leucemia. En el caso particular del sarampión, si afecta a la criatura, la madre le hace guardar reposo; sólo se tratan las manifestaciones cutáneas para aliviar el escozor o la picazón en las erupciones, con una mezcla de mezcal y tomate.

Las anginas son atribuidas al calor durante el tiempo de seca y se curan “paladeando” tizne de comal, con aplicación de éste

también en forma externa, sobre la misma zona. Se da asimismo al enfermo una infusión de alfilerillo —planta que se compra a los hierberos, pues según los informantes no crece en Morelos— con la que hacen gárgaras.

El dolor de oídos es atendido con gotas de un preparado a base de cebolla morada frita en aceite. Para la calentura se utilizan plantillas hechas con hojas de higuierilla (*Ricinus communis*), caza-huate o palo prieto (*Bursera simarruba*), a las que se agrega manteca de cerdo (conocida por su cualidad “fría”). Tales plantillas se amarran a los pies y, si la fiebre es muy alta, se coloca el mismo preparado en el abdomen.

Como ocurre con otras enfermedades en la medicina tradicional, los términos de la medicina científica suelen designar un campo más amplio y también más vago. Este parece ser el caso de la leucemia. La población estudiada cree que la producen las cucarachas, los desinfectantes y la costumbre de enviar a los niños a la escuela sin desayunar. Se califica como una enfermedad mortal y la mayor parte de los casos reportados fueron diagnosticados por los médicos.

Algo semejante a lo anterior ocurre con las expresiones “mal de ojo” y “daño”, que desde el punto de vista de la medicina tradicional muchas veces están vinculadas. En las zonas estudiadas, “el mal de ojo” resultó ser un padecimiento oftalmológico caracterizado por la abundancia de lagañas e irritación (“los ojos se cierran solos y están enrojecidos”, señaló una de las informantes). Para curarlo, se emplean gotas preparadas mediante una mezcla de retoño de mezquite molido con limón y sal. El “daño”, en cambio, es atribuido a personas que poseen la mirada “fuerte”, que están “acaloradas” o quienes, como en el caso de los borrachos, se llenan de “calor” y afectan voluntaria o involuntariamente al niño, con sólo verlo. Éste se muestra irritable, llora constantemente y duerme en forma inquieta e intermitente. La cura tradicional es una “limpia” efectuada con huevo criollo, o con la camisa del esposo. Se puede prevenir haciendo llevar al niño un chile guajillo dentro de una bolsita colocada entre sus ropas.

El “pale”, “pali” o “palizón” (que algunos informantes reconocen como el “hético” de otras zonas del país), es una enfermedad que ataca durante la infancia, hasta los diez o doce años. Los

síntomas más evidentes son palidez, delgadez, falta de apetito, escozor en la piel y decaimiento. Los afectados suelen mostrarse nerviosos y el cuadro clínico incluye “susto”, aunque las curas que se hacen no consiguen aliviarlo.

Se registraron tres tratamientos, dos de ellos claramente asociados: bañar al niño en “agua de marrano” o “agua de ceniza”. En ambos se refuerza notablemente la alimentación del paciente, de preferencia con comestibles que hayan sido obsequiados. En forma invariable, la cantidad de comida es notablemente mayor a la habitual de los campesinos morelenses: se añade plátano guineo, iguana, guajolote, tortuga, sandía, etc.; es decir, se procura un incremento considerable de la cuota proteínica. En el estado de Guerrero, desde donde llega una numerosa migración a Morelos, la iguana es recomendada como un platillo sustancial en la dieta de los anémicos y desnutridos.

Una enfermedad cutánea —probablemente neurogénica—, son los mezquinos o verrugas. En Morelos, como en muchos lugares del mundo, las curas suelen realizarse apelando a sustancias ácidas, a productos naturales de origen vegetal o a recursos de eficacia simbólica. Se presentan con gran frecuencia, estimándose que si no son atendidas, existe la posibilidad de que invadan todo el cuerpo. Se cree que hablar sobre ellos puede provocar el contagio. Se los alivia tanto tallándolos con cebolla y sal, como “barriéndolos” a la salida del sol con ácido bórico o con nitrato de plata.

En el caso particular de los adultos, las enfermedades más frecuentes en el hogar, muchas de las cuales afligen también a los niños, son los problemas articulares (“riumas”), contusiones y, sobre todo, el “mal de orín”. Este último es considerado como una típica enfermedad de “calor”, caracterizada por escozor y dificultad para orinar, contra la cual un tratamiento sumamente frecuente es beber la infusión de cabellos de elote (*Zea mays*). Si no cede a los ocho días, se recurre a medicamentos de patente. Los “dolores de barriga” son tratados usualmente con infusiones de estafiate (*Artemisia mexicana*), hierbabuena (*Mentha sp.*) o cedrón (*Aloysia triphifolia*), toronjil (*Agastache mexicana*) y manzanilla (*Matricaria recutita*).

Como dijimos anteriormente, las enfermedades de la mujer figuran en un lugar secundario, especialmente si se trata de trastornos crónicos como artritis o dolores reumáticos. Las alteracio-

nes vinculadas al embarazo y el parto, en cambio, merecen una atención más cuidadosa, principalmente cuando se presenta amenaza de aborto o en el momento de dar a luz. En estas ocasiones surgen las redes comunitarias de autoayuda, a las que contribuye en mucho la partera tradicional, que suele atender a los hijos pequeños de la parturienta y se ocupa de la comida o del lavado de ropa. Muchas mujeres afirman que cuando se han ausentado para dar a luz, alguna vecina asumió durante ese tiempo las tareas domésticas; o bien recibieron la asistencia de familiares que viven en otros sitios; o los hijos mayores se encargaron del cuidado de la casa y de la atención a los más pequeños.

En el pasado, la partera solía permanecer hasta ocho días en casa de la parturienta y más antiguamente, toda la cuarentena. Muchas de las costumbres que se manifestaban antaño con motivo de la atención a la mujer en el puerperio se conservan en la actualidad, como aplicar baños después del parto empleando plantas medicinales, o dar chocolates, caldos de gallina, frijoles con epazote y otros alimentos de cualidad "caliente". El llamado baño con "agua de cocimiento" es común entre las púerperas de las zonas cálidas de Morelos, y en él se emplean cogollos de carrizo, flor de cempazúchil (*Tagetes erecta*), cachanca-patle (*Solidago velutina*), clanenelpolo, romero (*Rosmarinus officinalis*), pericón (*Tagetes lucida*), hojas de naranjo (*Citrus aurantium*) y cihuapactli (*Montanoa tormentosa*). Otra práctica común a todas las mujeres del área rural es el uso de una faja durante los cuarenta días que dura el puerperio.

Es frecuente que la cantidad de leche se asegure o se incremente gracias a la ingestión de atoles, especialmente de ajonjolí. La sopa de pene de toro es prescrita en algunas regiones del estado para aumentar la leche materna.

Una de las informantes, que recuerda haber tenido dificultades en todos sus partos para expulsar la placenta, bebía, por indicación de la partera, un té de hojas de papayo, y masticaba hojas de hierbabuena y tomate soasado.

Enfermedad característica de la púerpera que se levanta antes de tiempo, o que realiza labores pesadas, son los "cachanes". Aunque no todas las informantes sabían cómo curarlos —y recurrían para ello a la partera—, sí reconocían sus síntomas más evidentes: flujo vaginal, calentura, inapetencia y caída del cabello.

## CONCLUSIONES

Como hemos observado, el conocimiento de las mujeres aparece menos sistematizado que el de las parteras, aunque con ellas compartan muchas prácticas y creencias. La medicina doméstica es especialmente sensible a las influencias de los otros modelos médicos y sigue, en lo esencial, parámetros prácticos. El notable incremento que se observa a propósito del consumo de medicamentos de patente amplía el campo de los recursos terapéuticos de la medicina tradicional usados en el hogar.

La necesidad de documentar con fidelidad la “epidemiología” de la medicina doméstica se justifica a la luz de los datos que muestran cómo gran parte de la morbilidad sucede y es resuelta dentro de los límites domésticos. Por lo que se refiere a la clasificación de las enfermedades como graves o leves, se observa una jerarquía que aparentemente no guarda relación con la naturaleza del padecimiento, sino con el rol del sujeto que las padece y con la valoración de que es objeto ese mismo individuo.

En cualquier caso, salta a la vista la existencia de un dinamismo notable, que lo mismo lleva a buscar todo tipo de alternativas medicamentosas, que a requerir los servicios de médicos y terapias tradicionales, así como a apoyarse en las redes familiares, vecinales o comunales. En los últimos años, esta tendencia se ve incrementada por los planes y programas de salud materno-infantil.

Al momento de escribir el presente artículo, la Dirección de Salud Materno-Infantil de la Secretaría de Salud ha comenzado a promover el plan para hacer de la mujer, urbana o rural, la “procuradora de la salud”. Naturalmente, los vínculos que la medicina doméstica mantenía con la tradicional se han modificado ante el impacto del modelo hegemónico que, como se señala en la cita inicial de Menéndez con que abrimos nuestro trabajo, manifiesta, aún en el seno de la crisis, “Una determinada eficacia en el control efectivo o potencial de determinados problemas epidemiológicos”, además de “una transformación dialécticamente irreversible de los otros modelos”.

Creemos importante subrayar un fenómeno observado en Morelos, consignado ya en nuestro libro sobre la atención rural al embarazo y el parto: *la política de articulación que el Estado desarrolla*

actualmente con la partera, si por una parte muestra una serie de rasgos que bien podríamos calificar como democráticos y respetuosos de las particularidades locales, por otra, descarga los costos del servicio sobre los usuarios, situación que tiende a agravarse por el impacto general de la crisis económica, lo cual obviamente golpea a los sujetos de menores recursos.

En este contexto, es posible asegurar que la medicina doméstica no tiende en manera alguna a desaparecer sino que, por el contrario, se erige como un elemento esencial dentro de las prácticas médicas. La proliferación de tiendas naturistas y de profesionales que emplean terapias alternativas al modelo médico hegemónico, así como la demanda de que son objeto, ubicada en los intersticios de las prácticas tradicionales y académicas, constituyen una prueba de la dinámica que se observa en la atención doméstica. En ella, naturalmente, la mujer juega un papel que, aunque menospreciado desde el punto de vista técnico y social, resulta fundamental para el cuidado de la salud.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Mata Torres, Ramón, *Matrimonio huichol. Integración y cultura*, Guadalajara, Editorial de la Universidad de Guadalajara, 1982.
- Mellado, Virginia, C. Zolla y X. Castañeda, *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*, México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, 1989.
- Menéndez, Eduardo, *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), 1984.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Manual para la atención de la madre y el niño*, Serie PALTEX Para Técnicos Medios y Auxiliares, núm. 3, Washington, 1983.
- Zolla, Carlos, "Medicina tradicional y sistemas de atención a la salud", en *El futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos*, México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, 1987, 63-74.
- Zolla, Carlos, S. del Bosque, A. Tascón y V. Mellado, *Medicina tradicional y enfermedad*, México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, 1988.

## LACTANCIA MATERNA Y TRABAJO ASALARIADO: ¿IRRECONCILIABLES?

*Montserrat Salas<sup>1</sup>*

La reflexión que presento en este artículo tiene dos propósitos fundamentales: por una parte, proponer elementos para construir un punto de vista de género, superando las visiones naturalistas que han existido hasta hoy, y por otra, presentar elementos que expliquen el abandono o no inicio de la lactancia materna, intentando desplazar la perspectiva culpabilizadora individual que persiste en los análisis actuales.

Esta propuesta se construye a partir de la revisión de datos históricos para ilustrar que la lactancia materna no es un hecho estático, ni idéntico en todos los tiempos y lugares. Para desarrollar este argumento, considero el impacto de los medios de comunicación de masas y del modelo médico sobre la situación de mujeres mexicanas que trabajan. Mi objetivo es mostrar las limitaciones que existen en la posibilidad de que lleven a la práctica la lactancia exclusiva en la llamada vida íntima —que no “privada”—, así como los problemas que surgen a la hora de llevar a la práctica las leyes vigentes. Finalmente, incorporo las opiniones y sugerencias de algunas mujeres sobre legislación y trabajo asalariado relativas a la lactancia materna.

Los testimonios que incluyo para ilustrar la sección sobre la doble jornada son una selección de estudios de caso, a partir de en-

<sup>1</sup> Antropóloga social, investigadora del Departamento de Estudios Experimentales, División de Nutrición de Comunidad, Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. El presente artículo nació de la investigación “El trabajo asalariado como causa del abandono de la lactancia materna”, que la autora presentó en 1990 como tesis de licenciatura en Antropología Social, en la Escuela Nacional de Antropología e Historia.

trevistas en profundidad realizadas con cinco obreras de la industria de la confección, sobre sus embarazos, sus partos y la alimentación de sus recién nacidos.<sup>2</sup>

#### LACTANCIA MATERNA: UN PUNTO DE VISTA DE GÉNERO

La lactancia —como la maternidad misma— es espacio central de las determinaciones genéricas. Sin embargo, la mayoría de los estudios que se realizan se inscriben en una perspectiva biosocial, pues se dedican a analizar los efectos que la disminución de la lactancia materna tiene en los niños, o bien, los costos económico-sociales relacionados con la creciente desaparición de dicha práctica. Algunos trabajos profundizan en los factores que inciden en el acortamiento o abandono de la lactancia materna, tales como la comercialización de sucedáneos de la leche materna, las rutinas hospitalarias de atención al parto, el modelo médico, la opinión de parientes, etc. Muy pocos han considerado los elementos culturales, ideológicos y de salud pública vinculados a la lactancia, y el derecho de las mujeres al uso de sus cuerpos.

La capacidad de los cuerpos femeninos de producir alimento para sus crías —capacidad biológica, natural, en primera instancia— es uno de los pilares a partir de los cuales se construye socialmente el género femenino. La división de tareas y las relaciones de subordinación establecidas en la sociedad asignan a las mujeres, como parte del cuidado y la crianza de los hijos, la responsabilidad de alimentarlos.

Las dificultades para observar con ojos críticos la lactancia materna radican en el hecho de que ha sido considerada como exclusivamente biológica, ahistórica y referida a la esfera “privada” de la vida: aquélla en la que se realizan los procesos de reproducción de la especie. Ya que la concepción hegemónica de la historia es androcéntrica (Radkau, 1986: 78) y privilegia el registro de los

<sup>2</sup> Agradezco a las mujeres entrevistadas el tiempo que destinaron para contarme parte de sus vidas y el interés que mostraron en la investigación. Asimismo, agradezco a Dora Cardaci la cuidadosa revisión del escrito y sus atinados comentarios. Aprendí mucho de ella durante esta experiencia.

hechos trascendentes de la esfera pública, la lactancia materna ha sido relegada como objeto de estudio y de análisis,<sup>3</sup> atrapada en el esquema dicotómico mujer-biología-naturaleza versus hombre-historia-cultura. Por tanto, ¿a quién le interesaría conceptualizar desde otra perspectiva un evento dado por naturaleza y cuya responsabilidad social está asignada exclusivamente a las mujeres?

Mi interés radica precisamente en enfrentar esta dificultad. Me animan en el intento de superar las visiones naturalistas de la lactancia, la vocación por la igualdad genérica y la defensa de los derechos humanos, siguiendo la propuesta de Van Esterik de que la lactancia y el trabajo materno son excelentes puntos de entrada para examinar políticas referidas a la sobrevivencia infantil.

Con cierta frecuencia el feminismo evita la discusión sobre el tema, por el temor no explicitado de que la lactancia materna forma parte de territorios en los que fácilmente los argumentos se reviertan hacia el determinismo biológico. Sin embargo, Van Esterik ha argüido “donde ha podido” que la lactancia puede ser considerada un asunto feminista —y coincido con ella en este aspecto— por las siguientes razones:

1) Cuando las mujeres amamantan a sus hijos, confirman su poder de controlar su propio cuerpo y desafían la hegemonía médica.

2) La lactancia materna desafía el modelo predominante de la mujer como consumidora.

3) La lactancia desafía las concepciones de que los senos son primariamente objetos sexuales.

4) La lactancia requiere una nueva definición del trabajo femenino, que integre más realísticamente las actividades productivas y reproductivas de las mujeres.

5) La lactancia requiere de cambios estructurales en la sociedad moderna, pues para hacerla posible es necesario modificar la posición y la condición de las mujeres.

<sup>3</sup> “La historia patriarcal es la historia formulada y escrita dentro de un conjunto de relaciones socioculturales que tiene una base material y en el cual hay relaciones jerárquicas entre los hombres y una solidaridad entre ellos, que les permiten controlar a las mujeres” (Gargallo, 1989).

6) La lactancia fomenta la solidaridad y la cooperación entre las mujeres dentro del hogar y la comunidad, a nivel nacional e internacional (Van Esterik, 1990: 44).

### **Amamantar: ¿un acto “naturalmente” femenino?**

La alimentación infantil es indiscutiblemente considerada como uno de los papeles genéricos tradicionalmente asignados a las mujeres. Es, desde el punto de vista de la estructura patriarcal, “natural” que la mujer sea la encargada de alimentar —con comida y amor— a sus hijos,<sup>4</sup> y la sociedad establece una serie de mecanismos que contribuyen a reforzar este patrón e incluso a sancionar las prácticas que lo contravienen. Si bien los mecanismos de producción láctea se desarrollan en un nivel estrictamente fisiológico, esta potencialidad biológica sustenta y se asocia a otras relaciones que no son biológicas ni orgánicas pero que la sociedad asume como tales. La especie humana es la única que ha alterado su equipamiento natural, incorporando a las prácticas de amamantamiento de sus crías factores culturales que, como se ha señalado en otras investigaciones, modifican el desarrollo de los cachorros humanos (Ríos, 1990; Marge, 1991).

Con la alteración de los patrones de alimentación, al sustituir la alimentación de pecho por la alimentación con biberón y sucedáneos comerciales de leche materna, no se altera la estructura de las tareas asignadas a las mujeres, puesto que siguen siendo ellas las encargadas de la preparación y selección de la fórmula. Así, la mujer puede optar entre lo natural y lo artificial, pero no puede elegir un lugar diferente en la división sexual del trabajo.

<sup>4</sup> “En la función de dar sin recibir, existe un desbalance total, la mujer en su calidad de satisfactora de necesidades ajenas, de sujeto *nutriente* [subrayado mío] se desenvuelve frecuentemente en una profunda sensación de vacío y de carencia” (Cardaci, 1990: 14). Esta cita se refiere al último de los tres principios que dan cuenta de la normativa social que impone una determinada forma de “ser mujer”: 1) La mujer debe ponerse a disposición de los demás; 2) debe estar siempre conectada con los demás y definir su vida en función de la de un hombre; 3) debe tener una especie de antena emocional, anticipándose a las necesidades de los otros.

Optar por una forma u otra de alimentar a los hijos no es asunto de voluntades individuales: se interrelaciona con muchos otros aspectos de la vida social.<sup>5</sup>

Desde un punto de vista estrictamente económico, por ejemplo, la leche humana es un recurso natural, gratuito, disponible y renovable tantas veces como el ciclo biológico de la reproducción de la especie lo requiera.<sup>6</sup> Sin embargo, dicho recurso se desperdicia potencialmente al imponerse la lactancia artificial, industrializada, que convierte a los sucedáneos de leche materna en una mercancía como cualquiera otra. Al adquirir la fórmula láctea, las madres asignan una parte nada despreciable de su salario o ingreso familiar tanto para la leche de fórmula como para el biberón, las roscas, las tapas, el agua, el combustible, etcétera.

Actualmente, los sucedáneos comerciales de la leche materna se han convertido en productos de primera necesidad, precisamente por el abandono generalizado de la lactancia materna y por el aumento de la modalidad denominada "alimentación mixta".<sup>7</sup> Sin embargo, el precio de aquéllos es fijado por las propias leyes del mercado ya que no están considerados dentro de la canasta básica. Ya nadie enseña a las mujeres cómo amamantar, se presume que

<sup>5</sup> "Las razones por las que la lactancia materna es tan impopular actualmente (80% de los bebés británicos reciben muy poca o nada de leche materna, y el porcentaje es similar en otras sociedades industrializadas) tienen que ver con 'la modestia', 'la vergüenza' y 'una profunda repugnancia'. El pecho de las mujeres se ha vuelto un objeto sexual, no nutricional. Por tanto, para una mujer 'respetable' ésta es una parte de su cuerpo que debe mantenerse oculta. La lactancia materna provoca una fuerte estimulación de una de las partes más sensibles del cuerpo femenino, lo cual involucra placer sensual y provoca que el útero se contraiga rítmicamente. En una cultura que reprime la sexualidad femenina, esto es algo que hay que evitar. Las mujeres han aprendido a reprimir sus sensaciones corporales, tanto las reproductivas como las sensuales: este hecho está en curiosa contradicción con la glorificación del ideal de la maternidad en la sociedad moderna" (Oakley, 1990: 195, mi traducción).

<sup>6</sup> La verdadera agalactia fisiológica (imposibilidad biológica de la mujer para producir leche materna) se presenta sólo en 5% de los casos (Jelliffe y Jelliffe, 1979).

<sup>7</sup> Entendemos por lactancia mixta la que combina (sea cual sea la proporción) el pecho con sucedáneos comerciales de leche materna, agua, tés o jugos, administrados en biberón, con cuchara o vaso. La lactancia materna exclusiva es aquella que no incluye más que el pecho materno. La lactancia artificial es la que proporciona sólo sucedáneos comerciales de la leche materna a través de biberones.

instintivamente sabrán cómo hacerlo, poniendo énfasis en los componentes naturales de la práctica. La tradición educativa oral, informal, de las mujeres mayores que enseñan a las más jóvenes los secretos de la técnica de amamantamiento, es cada vez menos frecuente. Esta es —entre otras— una manifestación de que la lactancia materna sigue conceptuándose como instintiva, biológica, natural; una responsabilidad exclusiva de las madres y supuestamente ajena a determinaciones socioculturales.

EL ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA:  
ALGUNOS ELEMENTOS PARA SU ANÁLISIS

**Un poco de historia...**

Algo importante ocurrió desde mediados del siglo pasado en relación con la alimentación de los recién nacidos. La institución médica estrecha sus lazos con la institución educativa, como parte del proyecto de poder mutuamente reforzado, conformándose una institución médica revestida de un poder escolarizado, jerárquico y vertical, donde el médico, además de cumplir su función terapéutica, está obligado a educar a sus pacientes.

La institución médica intenta entonces una verdadera toma de poder: hay que extender el campo de la medicina y colocar nuevos dominios, otras conductas, bajo el control imperioso y sabio del médico; particularmente, esta infinidad de actos privados que las mujeres todavía creen que tienen derecho a ejercer libremente en el desempeño de su función materna... Igual que los salvajes, igual incluso que los animales, las mujeres del pueblo están del lado de la naturaleza; se abandonan con demasiada frecuencia a los impulsos de los instintos. Ha llegado el momento de imponerles leyes, de someterlas a una estricta reglamentación (Boltanski, 1974: 29).

Este fue el marco en el cual se fue construyendo el proceso del cual surge la disciplina médica que hoy conocemos como puericultura.

Pero no es hasta 1890 cuando “la puericultura”, al mismo tiempo que encuentra un nombre, se constituye como saber autónomo y se

organiza en torno a algunos principios fundamentales para formar un cuerpo coherente de conocimientos teóricos y de reglas prácticas ... una empresa sistemática que intenta regular la vida, particularmente la de los miembros de las clases bajas, regular todos los actos de la vida, incluidos los más íntimos y los más privados, los que se realizan en el seno del hogar (*Idem.*).

El proceso de normar las conductas de las mujeres en relación con las prácticas de lactancia fue modificando el consejo médico. Ahora, el médico, revestido por la autoridad de una fuerte institución, da las órdenes.

“Contrariar a la naturaleza” es en cierta forma el objetivo que se propone la nueva puericultura. Ejemplo de ello es la siguiente orden: “El número de amamantamientos —cuya duración debe ser de un cuarto de hora— no puede ser superior a seis u ocho cada veinticuatro horas. Esta ordenación comporta un intervalo de tres a cuatro horas durante el día y una interrupción de seis a ocho horas por la noche” (*Idem.*).

De esta forma, la puericultura comenzó a convertirse en un marco de reglamentación rigurosa para las prácticas cotidianas de miles de mujeres, cuyos conocimientos, dispersos en el saber popular, les fueron arrancados para dar paso a reglas rígidas, sustentadas en la teoría de los grandes reformadores médicos de la generación de 1900.

Acompañando a este proceso, también el uso de sustitutos de la leche materna comenzó a generalizarse. Dado que los sucedáneos comerciales sólo se fabricaron masivamente ya avanzado este siglo, es interesante anotar qué productos se preferían anteriormente para los recién nacidos en lugar de leche materna: leche de vaca con agua, leche descremada con agua de cebada o amaranto, agua de papa, agua de pan, jugo o agua de arroz, papillas. “Habitualmente —escribe hacia 1870 el doctor Boudier— se emplea una decocción de cebada o de avena más o menos azucarada. Es preferible utilizar una ligera decocción de miga de pan. Y mejor aún agua de pollo o ternera, debido a que la leche de vaca está menos animalizada que la de la mujer”. En algunas ocasiones se preferían alimentos distintos a la leche para sustituirla, ya que existía la creencia de que ciertas características animales podían asociarseles a los bebés.

La sustitución del pecho materno por alimentación artificial necesitó de la invención de un instrumento adecuado: el biberón. Apenas a mediados del siglo XIX se empezó a generalizar el uso de las botellas de vidrio y la invención del hule vulcanizado inició la experimentación con nuevas formas y tipos de chupones.

En los últimos años del siglo pasado y comienzos del presente se generalizó la pasteurización de la leche en los establos. Esta técnica verdaderamente revolucionó las prácticas de alimentación, ya que las libró de gran parte de los peligros conocidos hasta ese momento.

Sin embargo, el desarrollo tecnológico que más favoreció un cambio en la forma de alimentación al recién nacido ocurrió apenas a comienzos de este siglo, cuando comenzó (experimentalmente primero e industrialmente después) el proceso de deshidratación de la leche entera de vaca. Las ventajas de conservación de la leche en polvo fueron tempranamente aprovechadas en Europa. Durante las primeras décadas de este siglo, surgieron los primeros intentos de “humanizar” la leche de vaca (lo que por cierto aún no se consigue) por parte de científicos adscritos a los programas de investigación de las empresas productoras de leche entera en polvo, con el fin de modificarla para el consumo de recién nacidos.

A la par, entre las mujeres de los sectores populares seguía siendo práctica común “ayudar” a alimentar al hijo de parientes, comadres, vecinas, etc. Estas nodrizas se conocieron como “mamas de leche”<sup>8</sup> y no funcionaron por contrato, como hace siglos, sino que recibieron la gratificación afectiva de la madre y del propio bebé, incluso siendo éste ya un adulto; eventualmente recibían regalos en especie. En los procesos de amamantamiento comunal no se presentan temores de pasar a los bebés características no deseadas socialmente.

El proceso de reconstrucción y reindustrialización que caracterizó a la posguerra, cobijó a los productores de sucedáneos comerciales de leche materna y permitió que sus productos inun-

<sup>8</sup> Jeliffe, en un informe de trabajo sobre los indios San Blas de Panamá, señala que “cuando la lactancia sola no fue exitosa (...) la lactancia ‘comunal’ fue la regla, donde el bebé era amamantado por una pariente si la madre no estaba disponible”, citado por Sanjur (1968: 39).

darán los mercados. En los países centrales, muchas mujeres fueron obligadas a extender su jornada de trabajo fuera del hogar para sustituir a los hombres que se encontraban “entretenidos en sus guerras” (Gargallo, 1989: 9), y aunque posteriormente fueron otra vez regresadas a sus hogares, ya el biberón y la leche de fórmula formaban parte del arsenal doméstico.

La herencia ideológica de la posguerra (que fomenta la creencia de que lo industrializado concede mayor estatus que lo artesanal, así como la superioridad de los patrones adoptados desde la metrópoli por encima de los propios de las economías de los países dependientes), propició que los modelos impuestos fueran asumidos por las clases subalternas en la nueva concepción del progreso y la civilización. De esta forma, los consumidores de los países periféricos resultaron presa fácil del comercio de transnacionales productoras de sucedáneos comerciales de leche materna, consumo alentado por la institución médica y por los agentes de la comercialización. De manera general, formar parte del “mundo occidental y civilizado” significó usar leche de fórmula y biberón.

La alimentación de los recién nacidos es un reflejo material de los patrones de consumo adoptados en los países dependientes. Algunos autores afirman que es el hábito alimenticio que más ha variado en los últimos cincuenta años como parte de un proceso cambiante y contradictorio (Jelliffe y Jelliffe, 1979).

A nivel internacional puede establecerse una periodización en tres etapas de desarrollo de la alimentación de los recién nacidos: una primera etapa es aquella en que la práctica de la lactancia materna está generalizada, tanto en el medio urbano como rural. Una segunda etapa, la intermedia, es aquella que se caracteriza porque esta práctica comienza a disminuir tanto en frecuencia como en duración. Finalmente, una tercera etapa cierra este ciclo y la lactancia materna vuelve a resurgir, primero entre capas urbanas y después entre sectores medios y pobres, urbanos y rurales (IBFAN, 1983).

En el mundo se están viviendo las tres fases simultáneamente, pero especialmente las dos últimas. Una visión poco crítica nos haría presumir que la práctica de la lactancia materna es aún generalizada, especialmente en las zonas más pobres y alejadas de los centros urbanos, pero los datos muestran que es cada vez menos

frecuente y de menor duración, especialmente en los países dependientes (Ferry, 1981: 20; WHO, 1989). En México estamos asistiendo a la etapa intermedia de evolución de la lactancia materna, en la que ésta se ve recortada tanto en frecuencia como en duración (Pérez Escamilla y Dewey, 1992).

### **La mujer como consumidora**

Dentro de los roles asignados genéricamente en la sociedad actual y en el marco de la división sexual del trabajo,<sup>9</sup> a las mujeres les corresponde la responsabilidad de planear la comida, abastecer a la unidad doméstica de lo necesario para su elaboración, ejecutarla, etc. Esta asignación social explica que la mayor parte (si no todos) los mensajes de los medios de comunicación masiva, así como de los programas del sector salud, vayan encaminados al público femenino. En este sentido, el bombardeo publicitario coloca a la mujer en el primer lugar de sus preferencias, con el objeto de que sea ella quien comience a adquirir los bienes y servicios alimenticios ofrecidos tanto por empresas nacionales como transnacionales.

En general, tratándose de la industria de los alimentos, la publicidad convoca a las mujeres a participar de los nuevos productos, tanto por su supuesto valor nutricional, como por las facilidades de elaboración (“este arroz con leche es igual al de abuelita, pero sólo me lleva 10 minutos hacerlo”), sin prever los cambios en los patrones alimenticios nacionales, ni tampoco el incremento en los costos de los productos industrializados. Si bien esta publicidad pareciera estar dirigida a ciertos sectores de la población —los de mayores ingresos económicos—, también cumple la función social de crear en todos los sectores sociales una necesidad que antes no

<sup>9</sup> La división del trabajo por sexos (asignar, asumir y reproducir socialmente tareas “femeninas” a las mujeres y “masculinas” a los hombres), parece haber sido universal en toda la historia humana. “En nuestra sociedad la división sexual del trabajo es jerárquica, con los hombres arriba y las mujeres abajo. La antropología y la historia sugieren, sin embargo, que tal división no siempre fue jerárquica... La producción del género surge de la división del trabajo existente entre los sexos, y en un proceso dialéctico, fomenta esa misma división del trabajo” (Hartmann, 1981: 186 y 221).

tenían, un intento por parecerse a aquellos que tienen más, de conseguir a través del consumo el estatus del que carecen.<sup>10</sup>

En el caso específico de la alimentación infantil, con mayor razón aún los mensajes van dirigidos a la madre consumidora. Dado que es ella la primera “beneficiada” de los nuevos productos, se la incorpora a las campañas publicitarias no sólo a través de los medios de comunicación masivos, sino también a través de formas más sofisticadas de comercialización, tales como la entrega de muestras gratis de sucedáneos comerciales de leche materna durante su estancia en el hospital, o bien a través de mensajes gráficos subliminales en los consultorios médicos, donde se muestran niños gorditos y rubios, con la marca de la empresa productora de sucedáneos de leche materna en una esquina del cartel. El mensaje se conforma así: “si consumo productos de esa marca, mi bebé se parecerá a aquél”.

Aunque difícilmente las madres referirían en primera instancia las prácticas comerciales de las transnacionales como razones por las cuales dejaron de amamantar a sus hijos, no es difícil observar la efectividad de la cadena publicitaria de los medios de comunicación masivos,<sup>11</sup> como parte de la llamada “máquina foucaultiana” en las decisiones más íntimas de la vida.<sup>12</sup>

### **La influencia del modelo médico**

En todas las formaciones sociales la sociedad se organiza para comprender y atender el proceso salud/enfermedad, así como

<sup>10</sup> La ciencia de la nutrición está discutiendo actualmente la forma en que una modificación de conocimiento permite un cambio de actitudes y finalmente una modificación de las prácticas alimenticias. Pongamos como ejemplo la lactancia materna: se inicia un programa informativo sobre sus beneficios y prácticamente todas las madres y el personal de salud mantienen una actitud positiva hacia ella; sin embargo, en la práctica todavía no se logra modificar radicalmente la forma de alimentar a los lactantes.

<sup>11</sup> En relación con este tema, cf. “Monitoreo del código de comercialización de los sucedáneos de leche materna”, *Diálogos de Salud Popular*, Ed. Regsamuni (en preparación).

<sup>12</sup> Una discusión interesante sobre los efectos que la rigidez de los estereotipos sexuales tienen en la salud mental de las mujeres y en su propia inserción social, se encuentra en Velázquez, 1987, especialmente en el capítulo VIII.

todos los eventos relacionados con la vida, los accidentes y la muerte. Las distintas formas que ha adoptado esta organización se conocen como modelo médico.

El modelo médico se define como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado. Este modelo supone a la sociedad en que se constituye como parte intrínseca del mismo, y de la forma como se defina el área salud/enfermedad como algo estructural, dependerán de él los modelos médicos que expresan los caracteres fundamentales de dicha sociedad (Menéndez, 1991: 87).

Este modelo puede aplicarse para comprender la relación salud/enfermedad, y también los procesos de nutrición/desnutrición, así como los problemas sociales en relación con la lactancia materna.

En el capitalismo actual, el modelo médico hegemónico se puede caracterizar como causal-biológico-individual. En el caso de México, el objetivo central del sector salud es restablecer lo más pronto que sea posible a la fuerza de trabajo para que vuelva a ocupar su lugar en la producción, de manera que los costos de atención, hospitalización, etc. sean los más bajos posibles. Para ello, la convalecencia se resuelve en el espacio “privado” del hogar del trabajador, a través de la división sexual de las actividades del trabajo doméstico, donde —por cierto— a la mujer se le atribuye la responsabilidad de la atención de los enfermos.

El hecho de que la medicina se concentre en el nivel biológico individual tiene que ver no sólo con necesidades de carácter económico y político sino, asimismo, con la característica central del pensamiento, la ciencia y la filosofía del capitalismo, a saber: su determinación por la estructura de la cosificación (Ysunza, 1987: 304).

En relación con la nutrición (como espacio de saber y práctica médica) señalaremos que, directa e indirectamente, el modelo médico hegemónico también contribuye a construir y reproducir la

incorporación de nuevos patrones alimenticios en esta perspectiva de la cosificación. Las trabajadoras, futuras consumidoras, son vistas como mercado posible para las nuevas mercancías, como, en este caso, los alimentos industrializados.<sup>13</sup> En particular, tratándose de la alimentación de los recién nacidos y aún de los niños mayores, el consejo y la decisión pertenecen al cuerpo médico, representado por el *nuevo especialista en niños*: el pediatra.

Aunque en México existe una campaña oficial de fomento a la lactancia materna (programas a nivel nacional, acuerdos interinstitucionales, convenios con la industria, comerciales en los medios de comunicación masivos, programas educativos, etc.), observamos prácticas contradictorias. Por ejemplo, subsiste de manera generalizada la rutina hospitalaria consistente en proporcionar al recién nacido un biberón con fórmula o suero glucosado antes que el calostro materno; de igual forma, la separación inmediata de la madre y el recién nacido permanece como parte rutinaria del manejo del parto.<sup>14</sup> De la misma manera, el trato rutinario con medicamentos durante el trabajo de parto y el parto mismo, pudiera tener una relación con el bloqueo del mensaje de la prolactina y con la inhibición en el flujo lácteo.

Así, cuando las madres dicen “no pude amamantar a mi hijo porque no tuve leche”, en realidad están revelando la medida en que las maniobras hospitalarias rutinarias e indiscriminadas de tratamiento del parto se han conjugado para desincentivar la lactancia materna.

<sup>13</sup> Para los fines de esta investigación, considero los alimentos como mercancías, en las cuales se encierra tanto su valor de uso como su valor de cambio. En ese sentido, cada alimento es una “cosa”, un bien intercambiable por dinero.

<sup>14</sup> “Como producto de una serie de acuerdos interinstitucionales que involucran a todas las dependencias del Sistema Nacional de Salud, en México se acordó la aplicación —a nivel nacional— de la iniciativa internacional ‘Hospitales Amigos del Niño’. Este programa, retomado y coordinado por la Dirección General de Atención Materno-Infantil de la Secretaría de Salud, con apoyo de UNICEF, se comienza a aplicar en 49 hospitales a nivel nacional, candidatos a obtener la placa de reconocimiento como ‘Hospital Amigo’, la gran mayoría de ellos de la propia Secretaría” (Salas y Torre, 1992). En el programa se establecen —entre otras cosas— lineamientos para eliminar la administración rutinaria de líquidos con biberón a los recién nacidos, la separación inmediata y prolongada de la madre y su bebé y el establecimiento de horarios fijos para amamantar.

La alta tecnología desarrollada en obstetricia ha permitido a muchas mujeres tener partos exitosos en circunstancias que antes no se habrían logrado. Sin embargo, esa misma disponibilidad tecnológica promueve hoy en día que la gran mayoría de las mujeres cuyos partos se originan en un embarazo normal y de buen desarrollo, comiencen a sufrir el tratamiento del parto como un evento altamente medicalizado, rodeadas de médicos, enfermeras, en un ambiente estéril (también estéril de afecto) que provoca en las mujeres la sensación de que algo extraño está ocurriendo, que algo grave puede suceder y que es bueno que ella esté rodeada de tantas atenciones "por si acaso".

Esta atención medicalizada del parto ha llevado a que ciertas mujeres comiencen a presentar lo que algunos autores llaman "el síndrome de inseguridad", que de manera general podría identificarse como la pérdida de confianza en sí mismas sobre la habilidad de su organismo para dar a luz de manera espontánea y sin requerir ayuda (Trueba, 1985: 62), y que en relación específica con la lactancia se manifiesta en el temor anticipado de las madres sobre su capacidad de disponer de leche suficiente y de buena calidad para alimentar a sus hijos recién nacidos (Amery y López, 1984).

La rutinaria separación del recién nacido y de la madre durante la primera hora después de su nacimiento, interfiere tanto en el establecimiento de la lactancia<sup>15</sup> como del afecto materno temprano. Inclusive, con la separación inmediata del bebé y la madre, se desperdicia la ayuda potencial que la succión del bebé en el pecho materno tiene sobre las contracciones uterinas para provocar el alumbramiento de la placenta, acelerando este proceso y así también el acortamiento del parto.

<sup>15</sup> Cuando una mujer se embaraza, distintos ciclos hormonales se ponen en funcionamiento. En el momento del trabajo de parto aparece una gran cantidad de oxitocina, la cual provoca fuertes contracciones de la matriz y, por tanto, la salida del bebé. Esta hormona sigue produciéndose en la hipófisis o pituitaria después del parto, y tiene como función expulsar la leche producida en la glándula mamaria. La prolactina, por su parte, también regulada por la hipófisis, es la hormona encargada de producir la leche, enviando el mensaje de que los conductos en los que se acumula la leche se están vaciando por la acción de la succión del bebé o por maniobras externas que simulan la succión.

Los bebés nacidos de madres que han recibido muchos anestésicos y medicamentos durante el trabajo de parto tienen menos desarrollado el reflejo de succión.

Según lo estipulado rutinariamente en los servicios de ginecología, cuando el recién nacido es llevado "de visita" con su madre, ella sólo dispone de algunos minutos (de diez a treinta, de una a cuatro veces por día, según la institución) para despertarlo y amamantarlo. Esto puede significar congestión mamaria si el bebé no succiona.

Adicionalmente, algunos bebés presentan el síndrome de confusión de succión que consiste en molestarse al ser alimentado primero con chupón de hule y luego con el pezón de su madre. La explicación de esta confusión parece residir en que el chupón sólo debe ser apretado para que el líquido fluya, mientras que el pezón debe ser succionado, lo cual requiere un esfuerzo mayor, necesario tanto para el desarrollo mandibular (con el posterior desarrollo de los dientes) como para el desarrollo neurológico, y para el equilibrio psicológico de la edad temprana (etapa oral).

Por otra parte, es necesario tomar en cuenta el consejo médico que, si bien verbalmente no impide la lactancia materna e incluso la considera ventajosa, con demasiada frecuencia sugiere técnicas de alimentación artificial. Es que los pediatras conocen muy poco sobre alimentación materna,<sup>16</sup> y como dato ilustrativo, señalemos que en una investigación realizada en el Cerro del Judío, Distrito Federal, 51% de las madres encuestadas señalaron que abandonaron la lactancia al seno materno antes del tercer mes después del parto, por indicación médica (Ysunza y Pérez-Gil, 1978). Algunos autores coinciden en señalar que quizás este aspecto sea uno de los que más dramáticamente influyen en el abandono o suspensión temprana de la lactancia materna.

Si una mujer tuvo durante su embarazo el convencimiento de que deseaba amamantar, durante la atención hospitalaria ya se enfrentó a cuatro barreras: 1) no está preparada técnicamente para la lactancia; 2) no recibió apoyo explícito por parte del médico ni

<sup>16</sup> "El espacio dedicado en los libros de texto de pediatría a las fórmulas artificiales resulta ser diez veces mayor que el dedicado a la lactancia natural" (Arana, 1982).

del personal de salud para iniciar y mantener la lactancia, y 3) el bebé aprendió a chupar (el chupón) mas no a succionar (el pezón). Si esa misma madre tiene todavía una pequeña producción de leche en sus senos, puede reforzarse el llamado “síndrome de inseguridad”, ahora dudando sobre su capacidad de alimentar al bebé: comienza a ver su leche muy transparente y azulada en comparación con la del biberón; no puede medir en onzas la producción de sus pechos, el bebé se muestra molesto cada vez que intenta tomar el pezón, parece quedarse con hambre (“no lo lleno”), etcétera.

### **La doble jornada nos quita la vida<sup>17</sup>**

La condición de asalariada establece para la mujer una rutina de trabajo que la involucra simultáneamente en las esferas de la producción y la reproducción. Varias horas al día, sometida al ritmo del proceso de trabajo capitalista, y otras tantas, dedicada a la rutina del trabajo doméstico. Pero ella no deja de ser asalariada mientras lava ropa en casa ni deja de pensar en que ya no alcanza para el mandado mientras cubre su jornada de trabajo pagada.

La mujer asalariada es integralmente una mujer que labora doblemente. No es sólo asunto de cantidad de trabajo invertido, sino también de doble disponibilidad fisiológica, mental y social. Las dos jornadas de trabajo no sólo se suman aritméticamente sino que se acumulan geoméricamente, si consideramos el desgaste y el envejecimiento.

Con respecto a la lactancia, es importante reflexionar sobre las mujeres que realizan una doble jornada de trabajo. La combinación de lactancia y trabajo asalariado resulta un asunto muy especial porque requiere poner juntas diferentes dimensiones de la vida de las mujeres, dimensiones que permanecen separadas tanto para las disciplinas académicas como para los y las diseñadores de políticas públicas.

<sup>17</sup> Utilizo el concepto doble jornada más que como categoría de análisis, como noción descriptiva, ya que no es objetivo de esta investigación la discusión conceptual alrededor de este fenómeno. Sabemos que es una categoría en discusión, ya que precisamente no da cuenta de la continuidad e interrelación de los dos ámbitos de la vida de las mujeres.

Hemos comentado que desde el ámbito hospitalario se establecen una serie de barreras que acarrearán el abandono de la lactancia materna desde el momento mismo del parto, o bien el síndrome de inseguridad de las madres. También hemos comentado cómo los medios masivos de comunicación influyen a través de la comercialización, en que las mujeres no amamanten. Son elementos que determinan el inicio de la lactancia materna (Torre y Salas, 1992).

Agreguemos ahora que el ritmo de trabajo de la doble jornada dificulta y hasta impide la lactancia materna en lo referido a exclusividad y duración, ya que para que la lactancia resulte exitosa, la mujer necesita apoyo, información y sobre todo disponibilidad para adaptar sus horarios a los del bebé. La mujer necesita apoyo ya que para asegurar la producción láctea es necesario que en el momento de amamantar esté concentrada y en el mejor estado de ánimo posible, pues se ha comprobado que ciertas alteraciones emotivas pueden disminuir su producción láctea.

La mujer necesita información para estar convencida de que, pese a las muchas dudas que llegue a tener, su leche es lo único que el bebé necesita, y para tener los conocimientos necesarios sobre los pequeños secretos técnicos que posibilitan una lactancia exitosa.

La mujer necesita disponibilidad, ya que para asegurar la producción láctea el bebé debe ser llevado a su pecho tantas veces como lo demande, de día y de noche, por lo menos durante sus primeros tres meses de vida, periodo en el cual la mayoría de los bebés logran establecer un horario diurno de comidas cada tres horas con una "noche" de entre cinco y seis horas.

Si las mujeres que realizan sólo quehaceres domésticos desarrollan una jornada que oscila entre 6.20 a 10 horas diarias (Sánchez, 1989: 79), entonces una mujer que realiza una doble jornada no sólo resta algunas horas más a su descanso, sino que aumenta la intensidad de ambos trabajos (Benería y Roldán, 1992).<sup>18</sup>

Yo pienso que el trabajo influye en el abandono de la lactancia materna porque es todo el día fuera. Por ejemplo, si le diera en la

<sup>18</sup> Benería y Roldán encuentran que algunas mujeres trabajan hasta 111 horas semanales, 231% de la jornada legal en México.

mañana y en la noche, yo siento que no me daría tiempo, porque en la mañana me levanto y a vestirlos, bañarme, recoger las camas, así más o menos dejar recogido, entonces yo siento que no me daría tiempo sentarme y darle de comer; y en la noche es lo mismo: llego y otra vez a las carreras. Se me hace como que es más quehacer todavía. Si yo no hubiera estado trabajando, sí, la verdad sí hubiera amamantado, hasta que lo dejaran ellos, hasta que ellos decidieran (Chuy, 29 años).

Porque muchas veces una sale a trabajar y una prefiere que el esposo esté bien atendido para que no tenga una problemas y que le diga "no vayas a trabajar". Entonces una le deja el desayuno preparado y el almuerzo y aunque no desayune una nada ya se va corriendo; entonces muchas veces esa mala alimentación no ayuda a tener leche suficiente (Renata, 40 años).

Todas las mujeres tienen el derecho de amamantar. Todos los bebés tienen el derecho de ser amamantados. Estos derechos no pueden ser puestos en riesgo por las contradicciones entre la sobrevivencia económica y la decisión de iniciar y mantener la lactancia. Es demasiado frecuente que el mensaje sea: "si estás empleada en la economía formal, tus hijos serán alimentados con biberón", siguiéndose una modalidad muy extendida consistente en que durante todo el día reciban leche de fórmula con biberón y en la noche se duerman con la última tetada de seno materno.

Pareciera entonces que las mujeres que pretendan amamantar de manera exclusiva a sus bebés debieran dejar el trabajo asalariado fuera del hogar, ya que ambas acciones resultan incompatibles. "El mensaje fundamental es que las madres no deben trabajar. Si ellas eligen o necesitan hacerlo, sus necesidades como madres deben ser disfrazadas, secundarizadas y no impuestas en el lugar de trabajo."<sup>19</sup>

Ambos derechos de las mujeres, tanto el de amamantar como el de trabajar, deben ser socialmente preservados. La forma de compatibilizar ambas actividades sería reconceptuar el papel social de las mujeres tanto en los ámbitos productivos como en los reproductivos,<sup>20</sup> y eso no es tarea fácil ni para las mujeres ni para

<sup>19</sup> Samuels, citado por Van Esterik, 1990, p. 24.

<sup>20</sup> Para propuestas integradoras, véase Salas y Torre (1992).

el conjunto de la sociedad. En la actualidad, la mayor parte de las mujeres no tienen realmente una oportunidad de elegir entre amamantar y no hacerlo.

La mayoría, porque ya casi todas las mujeres trabajamos, tenemos oportunidad de darles nada más los 42 días, el tiempo que estamos con ellos; el demás tiempo, lo he visto con otras compañeras, ya hasta están tirando la leche al lavabo porque no se la pueden dar a sus bebés, porque desempeña una tanto el trabajo de la casa como para sostenerse (Renata, 40 años).

Me siento mal conmigo misma por no haber amamantado a Santiago, me arrepiento, porque hubiera dejado el trabajo. Sí sentí feo cuando ya no le di de comer al niño. En el trabajo se me empezaba a escurrir, había muchos problemas y me sentía mal, entonces fue por eso también que ya no le quise dar, porque llegaba ya cansada, luego tenía que sacármela y dije "mejor se la voy a quitar". Y es que allá en la fábrica hacía corajes y llegaba cansada o enojada o molesta por algo, y también por eso decidí ya no darle (Tina, 35 años).

Lo que sí pensaba es que no le iba a poder dar mucho tiempo, porque yo me iba a ir a trabajar. Más bien por eso es que yo decía que pues no, que no le iba a dar (Chuy, 29 años).

Seguí amamantando a mi hijo nada más en lo que yo entraba a trabajar, que son 42 días (Renata, 40 años).

Si yo no hubiera tenido que trabajar, yo le hubiera dado el pecho a mis niños; sí se los hubiera dado más tiempo (Patricia, 40 años).

Le digo que no lo amamanté porque tenía que irme a trabajar (Tina, 35 años).

La experiencia en los primeros dos meses [después del parto] es crítica para todas las mujeres, pero más para aquellas que tienen que regresar a trabajar fuera de casa. Estos primeros dos meses son de ajuste, además de ser un periodo de recuperación de la madre (WHO, 1990: 3).

Otro de los obstáculos que enfrenta el género femenino son los supuestos contradictorios por parte de los empleadores: para algunos, las mujeres trabajadoras son más costosas, más problemá-

ticas, menos productivas, menos adaptables al entrenamiento y seguramente dejarán de trabajar cuando tengan hijos; para otros, las mujeres trabajadoras son menos costosas, menos problemáticas, más productivas, más adaptables al entrenamiento y retrasarán lo más posible su maternidad. Ciertos sectores de la sociedad se oponen a una legislación protectora del trabajo de las mujeres argumentando que una legislación de esta naturaleza se convertiría en una nueva forma de discriminación que significaría que los empleadores prefirieran emplear a hombres. Esta afirmación puede llegar a ser cierta, especialmente cuando no se han propuesto alternativas novedosas y convincentes, tanto para los empleadores como para las trabajadoras.

En 1981 se publicó en Estados Unidos un artículo sobre lactancia y trabajo de las mujeres, ilustrando las diversas manifestaciones de la decisión de empezar a utilizar el biberón y comenzar a trabajar, sin que los autores llegasen a una conclusión clara:

Muchos estudios han encontrado que el empleo tiene poco o nada de impacto en la duración de la lactancia materna [...] otros estudios han encontrado que el empleo materno puede estar asociado a una duración más larga de la lactancia [...] es posible que las mujeres trabajadoras tiendan a practicar lactancia mixta por periodos más largos de tiempo [...] algunos autores encuentran un incremento en la duración de la lactancia sólo entre las mujeres con alto estatus de trabajo.<sup>21</sup>

Otro estudio realizado posteriormente (Walker y Best, 1992), plantea que las mujeres por lo general asocian el empleo a una mejor salud física y mental. Para explorar mejor el impacto del trabajo sobre las mujeres, examinan tres áreas específicas en las cuales el bienestar de las madres puede verse comprometido: 1) los niveles percibidos de estrés; 2) el estilo de vida; 3) la autoestima de la mujer como madre. Dichas áreas se analizan tanto para las amas de casa como para las madres trabajadoras de tiempo completo. En ningún caso se encontró que el empleo estuviera negativamente asociado con el bienestar psicológico de las mujeres. La fuente más frecuentemente reportada de estrés para las madres

<sup>21</sup> Van Esterik y Greiner, 1981, citados por Van Esterik, 1990, p. 15.

empleadas, fueron los conflictos o problemas referidos al retorno al trabajo. Como se esperaba, las madres empleadas de tiempo completo reportan más altas percepciones de estrés y estilos de vida menos saludables. Los hallazgos de la investigación apoyan la hipótesis de que las madres trabajadoras de tiempo completo pueden adoptar un patrón de descuido de sí mismas (*self-neglect*) para poder cumplir con su sobrecarga de trabajo.

Desde nuestra óptica, el resultado que más llama la atención en la mencionada investigación es que sólo *una* diferencia entre los dos grupos fue estadísticamente significativa: la mayoría de las amas de casa amamantaron mientras que la mayoría de las madres trabajadoras de tiempo completo no lo hicieron.

### La ley

Behind a breast, there is a woman.

Rodríguez-García, 1990.

Se ha vuelto natural y normal que los Empleadores provean a sus trabajadores de lugar donde poner sus carros, pero es raro que los empleadores provean a sus trabajadoras de lugar donde atender y cuidar a sus hijos.

Van Esterik, 1990.

En México las mujeres trabajadoras cuentan con instrumentos jurídicos de diferente peso legal para regular las prácticas sociales en relación con la lactancia y la maternidad. A diferencia de Estados Unidos y Canadá,<sup>22</sup> las trabajadoras mexicanas están protegidas por una legislación laboral federal.

Junto con Sudáfrica, Estados Unidos es uno de los dos países en el mundo que no tienen licencias de maternidad, ni segu-

<sup>22</sup> La referencia a ambos países no es gratuita. Como se ha discutido en múltiples foros, la firma de un Tratado Trilateral de Libre Comercio afectará —entre otros ámbitos— las relaciones laborales. Nuestro análisis arranca de esta coyuntura, ya que no será extraño que la legislación laboral mexicana estuviera en discusión.

ridad de retorno al trabajo para las madres después del parto, ni tiempos de lactancia, ni previsión explícita de cuidados de los hijos (Colatosti, s./f.). En un país donde una de cada cinco familias tiene como jefe a una mujer sola y en donde se calcula que para 1995 más de dos tercios de prescolares y alrededor de tres cuartos de escolares tendrán madres trabajadoras pocas empresas —sólo 4 600 de 6 millones— proveen ayuda para el cuidado de los hijos y sólo 850 proveen guarderías en el lugar de trabajo o cercanas a él.

Las licencias de maternidad negociadas por los sindicatos estadounidenses en promedio alcanzan a 30 días, generalmente no pagadas. Algunos sindicatos, especialmente aquellos que cuentan con un alto porcentaje de miembros femeninos, han ganado licencias más largas, pese a que dos tercios de ellos no las ofrecen. El Acta de Licencia Familiar y Médica que obligaría a los empleadores a proveer doce semanas de licencia sin goce de sueldo, fue vetada por el gobierno de Bush con el argumento de que resultaría muy costosa a la industria, con un gasto de cerca de 102 millones de dólares anuales.

En Canadá, aunque no existe una política federal en relación con las licencias de maternidad, se ofrecen a las nuevas madres quince semanas de licencia con el pago de 60% de su salario.

Los estándares de muchos países superan con creces los de nuestros vecinos del norte. Finlandia, por ejemplo, provee a las nuevas madres de 35 semanas de licencia, totalmente pagadas. Alemania ofrece de 14 a 19 semanas. Costa Rica ofrece 16 semanas.

Un informe comparativo realizado por el Clearinghouse de Washington,<sup>23</sup> presenta el estado de las prestaciones para apoyar a las madres trabajadoras en todo el mundo. Transcribo a continuación los datos referidos a Estados Unidos y Canadá:

<sup>23</sup> Centro de Documentación sobre Alimentación Infantil y Nutrición Materna. *Legislation and Policies to Support Maternal and Child Nutrition*, Report, núm. 6, Washington, junio de 1989.

<i>Estados Unidos</i>	<i>Canadá</i>
<i>Política de licencia de maternidad</i>	<i>Política de licencia de maternidad</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay legislación al respecto.</li> <li>• Los arreglos dependen del empleador, largamente basado en licencias ganadas.</li> <li>• En enero de 1987 la Suprema Corte de California decidió otorgar a las trabajadoras licencia sin pago hasta de 4 meses y la garantía de seguridad de trabajo.</li> <li>• El Acta de Licencia Familiar y Médica de 1987, que fue introducida en el Congreso en febrero de ese año, reintroducida en 1988 y llevada a debate en octubre de ese año es una iniciativa que requerirá empleadores de 50 o más trabajadoras durante los 3 primeros años y más de 35 empleados después.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gobierno Federal: 37 semanas.</li> <li>• Seis meses de servicio continuo con el mismo empleador y 20 semanas con cobertura de seguro de desempleo durante el año previo a la maternidad (qualify).</li> <li>• Empleados provinciales y territoriales, excepto los del Territorio del Northwest, están autorizados a tener licencias de maternidad sin pago. Licencia y salario se deciden a través de contratos colectivos o legislación. Sector privado: 15 semanas pagadas más 2 sin pago.</li> </ul>
<i>Salario durante la licencia</i>	<i>Salario durante la licencia</i>
Hasta 100%, si se basa en licencia ganada.	60% por 15 semanas. Pagados por el seguro de desempleo.
<i>Prestaciones de guarderías</i>	<i>Prestaciones de guarderías</i>
No hay. Sólo existen 150 guarderías en centros de trabajo en todo el país.	Nueva política federal de guarderías (dic., 87) hace más fácil para los empleadores obtener financiamientos para guarderías en el lugar de trabajo. El programa de 7 años doblará el número de espacios en guarderías y creará cuartos para 200 000 niños adicionales a mediados de los noventa. Incluye garantías y subsidios para desarrollar guarderías sin fines de lucro.
<i>Tiempos de lactancia</i>	<i>Tiempos de lactancia</i>
No hay.	No hay.

Comparativamente, la legislación laboral en México resulta avanzada en relación con la canadiense y con la estadounidense —en lo que se refiere a protección del trabajo femenino— aunque es obsoleta en términos de la realidad económica y política nacional, ya que el texto es prácticamente el mismo desde 1931. Aún así,

coloca a las trabajadoras mexicanas en posibilidades diferentes a sus compañeras de subcontinente.

En la revisión más reciente de la Ley Federal del Trabajo mexicana, existen los siguientes artículos relacionados con el trabajo de las mujeres y sus derechos:

Artículo 164: Las mujeres disfrutan de los mismos derechos y tienen las mismas obligaciones que los hombres.

Artículo 165: Las modalidades que se consignan en este capítulo tienen como propósito fundamental la protección de la maternidad.

Artículo 170: Las madres trabajadoras tendrán los siguientes derechos:

I. Durante el periodo del embarazo, no realizarán trabajos que exijan esfuerzos considerables y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación, tales como levantar, tirar o empujar grandes pesos, que produzcan trepidación, estar de pie durante largo tiempo, o que puedan alterar su estado psíquico-nervioso.

II. Disfrutarán de un descanso de seis semanas anteriores y seis posteriores al parto.

III. Los periodos de descanso a que se refiere la fracción anterior se prorrogarán por el tiempo necesario en el caso de que se encuentren imposibilitadas para trabajar a causa del embarazo o del parto.

IV. En el periodo de lactancia, tendrán dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos, en el lugar adecuado e higiénico que designe la empresa.

V. Durante los periodos de descanso a los que se refiere la fracción II percibirán su salario íntegro. En los casos de prórroga mencionados en la fracción III, tendrán derecho a 50% de su salario por un periodo no mayor de 60 días,

VI. a regresar al puesto que desempeñaban, siempre que no haya transcurrido más de un año de la fecha del parto, y

VII. a que se computen en su antigüedad los periodos pre y post-natales.

En una lectura muy cuidadosa, podemos observar que la Ley Federal del Trabajo es poco explícita respecto a los derechos que tiene una madre trabajadora de alimentar a sus recién nacidos. Por ejemplo, en el texto no se especifica que el alimento que reciban los bebés sea la leche de sus propias madres, ni tampoco cuánto dura el periodo de lactancia. Por ello, la práctica ha superado a la norma. Por una parte, la empresa sólo está obligada a designar un lugar adecuado, mas no a otorgarlo (se entiende que, por ley, esa obligación la asume desde 1962 el Instituto Mexicano del Seguro Social).<sup>24</sup> De esta forma, es posible que el patrón eluda la responsabilidad dejando a la trabajadora la tarea de buscar guardería para su hijo, negociando cupos y disponibilidades de la misma.

Porque los patrones no son tan amables como para decirnos “Oiga, ya le toca a su bebé, vaya y déle de comer a su bebé, o tráigaselo acá”. Pues tampoco, porque hay trabajos donde no puede pasar un bebé, por la pelusa o porque se puede quemar; hay muchos peligros que pueden pasar los niños en los trabajos; entonces, definitivamente no se puede (Patricia, 40 años).

Por otra parte, al no encontrarse “el lugar adecuado” y cercana, la trabajadora negocia con su patrón el uso de las dos medias horas (permiso de lactancia): o llega una hora tarde, o se va una hora más temprano. Lo que esta situación no garantiza es, que ese tiempo se utilice para alimentar a los hijos recién nacidos, más bien se utiliza como extensión de la jornada doméstica. Otro problema adicional es que con demasiada frecuencia las trabajadoras desconocen la existencia de esta prestación.

Además, yo no sabía que hay permisos de lactancia (Chuy, 29 años).

No, yo no sabía que tenía permisos de lactancia, ni licencias por cuidados maternos, nunca llegué a enterarme de nada de eso (Patricia, 40 años).

<sup>24</sup> Según datos del IMSS, en 1992 existía una población asegurada por el Instituto de 9 968 500 personas. El Tercer Informe de Gobierno del presidente Carlos Salinas de Gortari reportó la existencia de 363 guarderías que atienden a 48 860 niños en todo el país.

Me la pone difícil, porque sí tengo mucha necesidad de trabajar, pero me gustaría amamantar a mi hijo; pero antes que nada que el patrón nos ayudara, que va a estar difícil. Le pediría al patrón por lo menos a la hora de la comida, una vez al día, que nos alargara un poquito el tiempo, esa hora que dan de lactancia, he oído, porque yo nunca la tuve, pero esa hora que les dan de lactancia, se las dieran al mediodía para que fueran y les dieran de comer a sus hijos (Patricia, 40 años).

Investigaciones realizadas en otros países indican que los cambios en la salud postparto pueden prolongarse muchos meses y pueden involucrar muchos sistemas orgánicos (Gjerdingen *et al.*, 1990). Estos cambios casi siempre se interrelacionan para producir un declinamiento en el estado general de bienestar y de nivel de energía de las mujeres. Talman y Fawcett (en Gjerdingen *et al.*, 1990) encontraron que sólo 51% de 70 mujeres en postparto habían recobrado su nivel habitual de energía a la sexta semana. El postparto no es ni corto ni estático, es un periodo caracterizado por cambios dinámicos en la salud mental y física de las mujeres, que pueden persistir durante meses.

Los problemas que persisten alrededor del periodo de postparto inmediato son casi siempre disimulados (no evidenciados, no reconocidos). Parece ser que estos problemas de salud postparto vienen como resultado tanto de los cambios fisiológicos que ocurren con el nacimiento como del estrés que viene con el cambio en el papel de la maternidad.

Los 42 días no son suficientes porque cuando a mí me tocó que estuve muy mal de mi herida, se me botaron los puntos, no se me infectó pero se me abrió, entonces cuando yo regresé a trabajar mi herida todavía me sangraba. Me mandaron a trabajar ya, y queriendo o no, yo me tuve que presentar, porque ya no tenía más tiempo [de licencia] y con qué comprobaba que yo me sentía mal. Yo seguía trabajando y muchas veces en el tiempo libre, disimuladamente yo me curaba. Por eso digo que muchas veces los 42 días no son suficientes (Renata, 40 años).

Las mujeres que juegan los papeles de empleada-trabajadora, especialmente aquellas que ocupan un alto nivel profesional, frecuentemente experimentan dificultades en ajustarse a su función maternal. Los cambios en las funciones femeninas que acompañan

al nacimiento pueden, temporalmente, tener un impacto negativo en su salud. Sin embargo, también existe evidencia que sugiere que después de unos años de combinarlas, están asociados con una buena salud en las mujeres.

Gjerdingen *et al.* (1990) plantean que existe un reconocimiento generalizado de que el estrés y sus consecuencias se moderan con el apoyo social. Estudios que han observado a diferentes proveedores de apoyo —parejas, amigos, parientes, y *parenting classes*— han encontrado que el apoyo emocional y tangible de la pareja es importante para el bienestar de la madre durante el postparto. Proponen un modelo de interrelación y afirman que:

... La duración de la licencia de maternidad es una variable continua que puede ser medida en cada momento después de las cuatro semanas postparto. Afecta directamente tanto a la salud mental como física [...] Los apoyos sociales influyen en la salud mental inmediata y tienen un efecto a largo plazo en la salud física [...] La salud física influye en la salud mental de manera inmediata y la salud mental tiene un efecto de largo plazo sobre la salud física.

Como se ve, aunque las autoras no lo mencionan, los procesos de amamantamiento forman parte de los nuevos eventos del postparto. Los apoyos sociales a la lactancia también forman parte de este proceso y coincidimos en asentar el hecho de que las madres que cuentan con soportes y apoyos sociales y familiares están en mejor posibilidad de optar por la combinación de trabajo asalariado y lactancia materna.

Por todo lo anterior, es muy importante analizar las condiciones bajo las que se aplican las licencias de maternidad, especialmente su duración y los descansos para amamantar, ya que ambas influyen en la lactancia materna.

No, a mí me gustaría que fueran hasta seis meses, la verdad. Porque es cuando el niño necesita más de la madre, los cuidados, y bueno, amamantarlo también, pero eso va a estar muy difícil (Chuy, 29 años).

Pues sí, yo hubiera querido tener más, cuidarlo más, estar más tiempo con él, pero la verdad, por la necesidad de los dos, no pude (Mireya, 39 años).

### La “dotación”<sup>25</sup>

Junto con la Ley Federal del Trabajo, existen en México otros instrumentos con fuerza de ley que regulan las prácticas relativas a lactancia y trabajo asalariado. Mencionemos entre otras la Ley del Seguro Social, la Ley del Instituto Mexicano de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado y algunos contratos colectivos de trabajo.<sup>26</sup>

Con particularidades, las madres derechohabientes del IMSS y del ISSSTE reciben los beneficios de las licencias de maternidad, descansos para amamantar y la “ayuda en especie para la lactancia”, conocida popularmente como “la dotación”. En relación con ésta, el Artículo 102 de la Ley del Seguro Social estipula en la fracción II que la madre asegurada recibirá como prestación, entre otras, “Ayuda en especie por seis meses para la lactancia”.

La “ayuda en especie”, consiste actualmente en la entrega de 36 latas de leche de fórmula para lactantes. Las primeras dos latas se entregan al alta hospitalaria y las siguientes a través de diversos mecanismos (consulta médica pediátrica de primer nivel, Unidades de Medicina Familiar, enfermera maternoinfantil —Emi—, etc.). A partir de 1991 se aplican restricciones para dicha entrega a menores de seis meses, sometiéndola a criterio médico.

<sup>25</sup> Una nota aparecida en los periódicos de circulación nacional el 2 de enero del presente año causó revuelo entre mujeres y profesionales de la salud. La nota, redactada confusamente, señalaba “Suspenden dotación de leche en polvo a clínicas y hospitales”. En México, la prestación laboral consistente en proporcionar a las madres derechohabientes latas de leche de fórmula para lactantes es conocida popularmente como “la dotación”, por lo cual fue demandada una aclaración a las autoridades. La Secretaría de Salud publicó un escueto comunicado en el que aclaraba que la *dotación* a la cual se hacía referencia eran las entregas gratuitas a los trabajadores de la salud, por parte de las principales empresas que elaboran y comercializan sucedáneos de leche materna en México, y afirmaba que las derechohabientes seguirían gozando de la prestación. Pese a esta aclaración, las dudas se siguen generando, y hasta el día de hoy no existe claridad total en relación con las prácticas mercadotécnicas de los productores.

<sup>26</sup> Sobre estos instrumentos jurídicos, véase especialmente Torre y Salas (1992).

La Ley del ISSSTE, por su lado, inspirada desde su primera versión en la del IMSS, señala las prestaciones a las mujeres derechohabientes, en el Artículo 26, fracción II:

Ayuda para lactancia cuando, según dictamen médico, exista incapacidad física o laboral para amamantar al hijo. Esta ayuda será proporcionada en especie, hasta por un lapso de seis meses, con posterioridad al nacimiento y se entregará a la madre o, a falta de ésta, a la persona encargada de alimentarlo...

La “ayuda en especie para la lactancia” consiste, por lo que al ISSSTE se refiere, en la entrega de 27 latas de leche de fórmula comenzando por dos en el momento del alta hospitalaria, tres en el primer mes, cuatro en el segundo y así sucesivamente, hasta llegar a un máximo de seis latas al mes, sólo durante los primeros seis meses de vida del bebé.

Los contratos colectivos de trabajo (cct), por tratarse de arreglos bilaterales entre empleadores y sindicatos, deben partir de la base estipulada en las leyes arriba mencionadas, aunque, según la fuerza de negociación del propio sindicato, pueden lograr arreglos por encima de lo señalado tanto por la Ley Federal del Trabajo como por la del IMSS y la del ISSSTE. Sin ser propósito fundamental de este apartado, mencionaremos la existencia de dos cct que están explícitamente por encima de las leyes federales, en relación con el trabajo de las madres asalariadas: el del Sindicato de Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana y el del Sindicato de Trabajadores de la Universidad Nacional Autónoma de México. En ambos existen capítulos especialmente redactados sobre la duración y las condiciones de la licencia postparto y de los descansos para amamantar.

Sin embargo, a nivel nacional no existen mecanismos institucionales que garanticen que las verdaderas receptoras de las políticas de salud materno-infantil y poblacional (las mujeres de este país) intervengan realmente en el diseño de la legislación y las políticas. Así, no siempre los criterios y los discursos de médicos y legisladores coinciden con las posibilidades cotidianas de las mujeres derechohabientes.

### Algunas propuestas

Creemos que sólo escuchando la voz de las propias usuarias podemos comprender cabalmente los múltiples elementos que debieran intervenir en un cambio de políticas y de prácticas. En una investigación realizada durante 1991 para la que entrevistamos individual y grupalmente a 320 mujeres derechohabientes de las principales instituciones de seguridad social del país, encontramos que la inmensa mayoría de las entrevistadas coincidieron en querer conservar la dotación como prestación laboral (Torre y Salas, 1992, capítulo 9).

Este hallazgo es muy interesante, ya que los expertos en lactancia han identificado a la dotación como uno de los muchos obstáculos que limitan dicha práctica. Sin embargo, las mujeres la identifican como un apoyo a la economía familiar (ya que de todas formas si no amamantan deben comprar la leche de fórmula), y como un complemento nutricional para sus hijos. Algunas mujeres mencionaron que desearían que el número de latas se aumentara; otras, que preferían poca leche, pero de buena calidad; otras más querían que la dotación comenzara a entregarse por norma a partir de los tres meses de edad del bebé; otras mencionaron que les parecía más conveniente entregar la dotación a quien verdaderamente la necesite.

En relación con los procedimientos de entrega de la dotación, las mujeres demandaron que éstos se faciliten, reduciendo los tiempos y los requisitos. Algunas mujeres propusieron que la dotación fuera entregada a través de vales adicionados al cheque de pago quincenal.

Unas cuantas entrevistadas propusieron sustituir la dotación por algún otro tipo de alimento, por ejemplo cereales, complementos alimenticios, etc., o bien, sustituir la dotación por una despensa familiar (en dinero o en especie) que mejore la calidad de la alimentación a la madre que amamanta.

Si bien el cuestionario intentaba identificar principalmente las propuestas en relación con la dotación, también incluimos algunas preguntas sobre los permisos de lactancia y la licencia por maternidad. A propósito de los primeros, plantearon la necesidad de incrementarlos, de dos medias horas a dos horas

diarias, aumentando también la vigencia del mismo de seis meses a un año.

En relación con la licencia por maternidad, proponían flexibilizarla, aumentando su duración o permitiendo que fuese utilizada por las trabajadoras en el momento en que lo desearan. Hubo también propuestas en el sentido de incrementar a cuatro meses el tiempo total de la incapacidad, laborando medio tiempo las madres que tengan jornada de tiempo completo. Junto con esto, coincidieron en demandar un incremento en el número de guarderías, facilitar el acceso a ellas y permitir a las mujeres que deseen amamantar a sus hijos en dichas instalaciones, que puedan hacerlo.

Coincidieron también en demandar información suficiente sobre lactancia materna desde el primer nivel de atención médica, mejorando y aumentando los momentos en que dicha información se proporciona. Proponen a la clínica y al médico familiar como espacios y protagonistas responsables de esta información, mejorando la calidad del trato en los servicios de salud. Por su parte, las trabajadoras de la salud solicitaron mejorar sus condiciones de trabajo para lograr esta demanda.

Otro de los hallazgos de la investigación a la que estamos haciendo referencia, es el hecho de que cuando las mujeres fueron entrevistadas en grupo (en su centro de trabajo o en la estancia infantil) se observó una mayor profundización en las respuestas, comparadas éstas con las de aquellas mujeres que contestaron individualmente. Colectivamente convirtieron la entrevista en una verdadera experiencia educativa y de identificación grupal. Las respuestas, y especialmente las propuestas, fueron más elaboradas y más discutidas.

Lo anterior puede ser una llamada de atención para quienes, interesados e interesadas en promover la participación de las usuarias, así como en recuperar el punto de vista del género en las propuestas institucionales, se atrevan a diseñar y practicar técnicas y métodos novedosos, adecuados a la realidad cotidiana de las mujeres derechohabientes.

## A MANERA DE CONCLUSIÓN

Construir el concepto de lactancia materna nos remite a la dificultad de introducirnos en los ámbitos femeninos, aquellos que al ser considerados como regidos por el orden de la naturaleza, parecieran no tener cabida en una reconstrucción histórica y dialéctica de la sociedad. La dificultad es interesante por sí misma, ya que pone en la mesa de discusión un evento que ocurre en el cuerpo y en la mente de las mujeres, pero que está atravesado por todas las líneas de acción cultural, social, ideológica y económica en las que cada una de las mujeres actúa.

Los datos actuales de prevalencia de la lactancia materna en México indican una declinación importante de la misma, en el marco de la denominada segunda fase a nivel mundial. Las razones del abandono de la lactancia materna son variadas. Cada mujer encuentra sus muy particulares respuestas. No existe una única causa. En algunos casos será la influencia de los medios masivos de comunicación; en otros, el modelo médico; en otros, la situación laboral; y en la mayoría, una específica combinación de todas estas causas. La comercialización influye en el abandono de la lactancia materna a través del impacto de costosas campañas publicitarias que propician el consumo de alimentos industrializados y surten efectos sobre las decisiones de las mujeres.

El modelo médico (causal-biológico-individual) propicia el abandono de la lactancia materna ya que las mujeres no son consideradas como sujetos de sus muy particulares procesos de salud/enfermedad; el embarazo y el parto se medicalizan; no se les prepara técnicamente para la lactancia; no reciben apoyo explícito del personal de salud para establecerla; el bebé aprende a chupar el biberón y no a succionar el pezón, lo que conduce a que muchas mujeres presenten el síndrome de inseguridad sobre su capacidad de amamantar.

Por último, aunque no menos importante, la situación laboral de las madres trabajadoras influye en el abandono de la lactancia materna ya que la Ley Federal del Trabajo, instrumento jurídico que regula los aspectos relacionados con el trabajo de las mujeres que están amamantando, no ha sufrido modificaciones desde 1931, cuando, ciertamente, las condiciones del empleo de la mano de

obra femenina distaban mucho de las actuales. Las madres trabajadoras no tienen más opción que alimentar a sus hijos con biberón y fórmula láctea, ya que carecen de apoyos sociales, laborales y familiares para iniciar y proseguir con una lactancia materna exclusiva.

Toda mujer tiene derecho a amamantar. Todo bebé tiene derecho a ser amamantado. Ambos derechos no pueden ser eliminados por la necesidad económica de las trabajadoras o por el deseo de acceder a un empleo como parte del desarrollo integral de las mujeres. Sin embargo, mientras permanezcan las actuales limitaciones legales y laborales, las mujeres no estarán recibiendo un apoyo social real para que puedan decidir —en igualdad de condiciones— cómo alimentar a sus bebés.

Ciertos sectores de mujeres disponen de un margen mínimo de opción para decidir cómo alimentar a sus hijos recién nacidos. Por ello, las organizaciones con una auténtica base social deben abordar este problema y proponer alternativas innovadoras y atrevidas.

Quienes investigamos sobre lactancia materna debemos tener como eje de nuestros análisis la voz directa de las involucradas. Las investigaciones sobre salud pública actualmente carecen de un punto de vista de género y no hemos diseñado nuestras investigaciones para recoger la opinión de las mujeres, para sistematizarla y hacer propuestas alternativas. En estas investigaciones debemos tener en cuenta también los aspectos psicosociales y emotivos, tanto de la madre como del hijo, junto con las consecuencias que el amamantamiento tiene para la salud de los hijos.

Si coincidimos en que a ninguna mujer se le puede obligar a amamantar, si ese no es su deseo, también estaremos de acuerdo en que a ninguna mujer se le debe orillar a alimentar a sus hijos con biberón y fórmula láctea, como ocurre actualmente. Fomentar la lactancia materna consistiría —desde mi punto de vista— en potenciar el papel social de las mujeres, contribuyendo a crear las condiciones sociales para que, en igualdad de condiciones, pudiéramos elegir la forma de alimentar a nuestros bebés.

## BIBLIOGRAFÍA

- Amery, H.J. y L. R. López, *¿Pecho o biberón?: prácticas de lactancia en Chimbote*, Chimbote, IPEP, 1984.
- Arana, Marcos, "Las fórmulas lácteas para la alimentación infantil: complementariedad entre las compañías monopólicas y las instituciones estatales", *Salud Latinoamericana*, núm. 2, vol. 1, 1982.
- Benería, Lourdes y M. Roldán, *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, 1992.
- Boltanski, Luc, *Puericultura y moral de clase*, Laia, Barcelona, 1974.
- Cardaci, Dora, "Propuestas en salud innovadoras: Women's Therapy Centre", *Fem*, año 14, núm. 92, 1990.
- Centro de Documentación sobre Alimentación Infantil y Nutrición Materna, "Legislation and Policies to Support Maternal and Child Nutrition", *Report*, núm. 6, Washington, junio de 1989.
- Colatosti, Camille, "Making 65 Cents on the Dollar. A Labor Notes Report on Women Workers", *Labor Notes*, s./f., Detroit.
- Ferry, B., "Breastfeeding", *Comparative Studies*, núm. 13, ISI/WFS, Netherlands/Londres, 1981.
- Gargallo, Francesca, "Proposiciones para una historiografía feminista", *Fem*, año 13, núm. 81, 1989.
- Gjerdingen, Dwenda, D.G. Froberg y P. Fontaine, "A Causal Model Describing the Relationship of Women's Postpartum Health to Social Support, Length of Leave, and Complications of Childbirth", *Women and Health*, vol. 16 (2), 1990.
- Hartmann, Heidi, "Capitalismo, patriarcado y segregación de los empleos por sexos", en Z. Eisenstein (comp.), *Patriarcado capitalista y feminismo socialista*, México, Siglo XXI, 1981.
- Ibfan América Latina (International Breastfeeding Action Network), núm. 2, Lima, octubre-noviembre de 1983.
- Jelliffe, Derrick y E.F. Jelliffe, *Human Milk in the Modern World*, Londres, Oxford Medical Publications, 1979.
- Marge, Sheldon et al., *Infant Feeding in Mexico*, INFACT, 1991.
- Menéndez, Eduardo, *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, México, Alianza Editorial, 1991.
- Oakley, Anne, *Housewife*, Londres, Penguin Books, 1990.
- Pérez Escamilla, R. y K. Dewey, "The Epidemiology of Breast-Feeding in Mexico: Rural vs. Urban Areas", *Bulletin of PHA*, 26 (1), 1992.
- Radkau, Verena, "Hacia una historiografía de la mujer", *Nueva Antropología*, vol. VIII, núm. 30, 1986.
- Ríos, Enrique, "Methodological Problems in Studies of Infant Feeding Practices", México, Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubián (INNSZ), mimeo., 1990.

- Roter, Debra y Judith Hall, "Studies of Doctor-Patient Interaction", *Annual Review of Public Health*, 10: 163-180, 1989.
- Salas, Monserrat y P. Torre, "Lactancia materna: compromisos para revertir una tendencia", *Revista del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán*, año 3, vol. III, núm. 16, 1992.
- Sánchez Gómez, Martha Judith, "Consideraciones teórico-metodológicas en el estudio del trabajo doméstico en México", en Orlandina de Oliveira (comp.), *Trabajo, poder y sexualidad*, México, El Colegio de México, 1989.
- Sanjur, Diva, "A Socio-Cultural Approach to the Study of Infant Feeding Practices and Weaning Habits in a Mexican Community", Cornell University, Doctoral Thesis in Health Sciences and Nutrition, microfilmado, 1968.
- Torre, Pilar y M. Salas, "Inicio, exclusividad y duración de la lactancia materna", mimeo., 1992.
- , M. Salas *et al.*, "Características e impacto de la utilización de sucedáneos comerciales de leche materna en las Instituciones de Seguridad Social de México", mimeo., INNSZ y UNICEF, 1992.
- Trueba, Guadalupe, "Rutinas hospitalarias y alternativas para la atención del parto", en *Transnacionales y alimentación infantil. Memorias*, México, coeditado por Regsamuni y UNICEF, 1985.
- Van Esterik, Penny, "Women, Work and Breastfeeding. Background Paper Prepared for UNICEF for the Interagency Group for Action on Breastfeeding", Agreement núm. 90-A91, mayo de 1990.
- Velázquez, Susana, "Hacia una maternidad participativa", en Mabel Burin (ed.), *Estudios sobre la subjetividad femenina*, Buenos Aires, Grupo Editor de América Latina, 1987.
- Walker, Lorraine y M.A. Best, "Well-Being of Mothers with Infant Children: A Preliminary Comparison of Employed Women and Homemakers", *Women and Health*, vol. 17 (1), 1992.
- WHO/UNICEF Technical Meeting, "Women, Work and Breastfeeding", Ginebra, 1990.
- Ysunza, Alberto, "El abandono de la lactancia materna en México: I. Tendencias recientes", *La Revista de Investigación Clínica*, suplemento, 38: 41-46, 1986.
- , "Las transnacionales del polvo", en A. Ysunza (ed.), *Consideraciones biosociales de la lactancia materna*, México, Publicación L-55 División de Nutrición de Comunidad, INNSZ, 1987.
- y S.E. Pérez-Gil, "Conducta de la lactancia en el medio urbano-marginal de México", *Cuadernos de Nutrición*, vol. 4, 1978.



## PENSANDO COMO MUJERES... PROPUESTAS EDUCATIVAS EN SALUD DE LOS “COLECTIVOS” Y “REDES” DE MUJERES

*Dora Cardaci*<sup>1</sup>

Frente al espejismo de realizar los intereses de todos, realizar los intereses del propio sexo puede aparecer como un gesto mezquino, sobre todo para quienes pertenecen a un sexo desvalorizado. Me acuerdo de un largo debate que precedió a la ley sobre la clausura de los manicmios. Fue un momento de gran idealismo: la sociedad entera asumía la responsabilidad de los locos, la abolición de la segregación aparecía como un gesto obligatorio. Ninguna parlamentaria habló en aquella ocasión en nombre de su sexo, ninguno dijo que el peso de esa liberación recaería sobre sus iguales: madres, esposas, hermanas, hijas de aquellas desgraciadas criaturas. Cierto, en un momento así, de tanta autoconciencia, habría parecido mezquino. Sin embargo, si las mujeres hubiesen tenido el coraje de realizar esto, no le habrían hecho un mal servicio a la sociedad. Habrían llevado a todos a tomar conciencia de que no existían aún estructuras alternativas de sostén, las que hubiera sido necesario crear lo más pronto posible, y así, tal vez, no se habría llegado a la penosa situación de hoy. Pensar como mujeres no debe dar vergüenza...

*Alessandra Bochetti*

“¿A chi tocca pulire il mondo?” *Il Manifesto*,  
23 de mayo de 1986.

<sup>1</sup> Profesora-investigadora de tiempo completo, Área Educación y Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

En un trabajo sobre las tendencias de la educación médica durante los últimos quince años, María Isabel Rodríguez (1989) señala que los procesos innovadores iniciados a mediados de los años setenta se ubican en el contexto de un pensamiento latinoamericano crítico y comprometido con el campo educativo en salud, en un continente en el que tienen lugar importantes movimientos de liberación y el desarrollo de una mayor conciencia sobre las profundas desigualdades sociales existentes. En este proceso se produce, entre otros fenómenos, una redefinición del objeto de estudio, orientando los programas no sólo a la salud individual sino a la colectiva, y se trata de pasar de la medicina a la salud efectuando un análisis interdisciplinario del proceso salud/enfermedad.

La evaluación de los alcances de esta reformulación y del impacto de la corriente médico-social latinoamericana en diversos ámbitos, pero particularmente en los de educación para la salud, en el de salud de la mujer y en el nivel de pregrado en ciencias de la salud, es una tarea necesaria que se encuentra aún en sus inicios. Dentro de tal propósito y en este esfuerzo colectivo se inscriben la investigación que desarrollamos<sup>2</sup> y las reflexiones que se presentan en este trabajo.

La necesidad de la mujer de realizar acciones educativas en salud es una recomendación reiterada en prácticamente todos los programas sanitarios oficiales y no oficiales que se impulsan en nuestros países. El año 1975 fue declarado Año Internacional de la Mujer, y en esa misma fecha la asamblea general de las Naciones Unidas proclamó al periodo 1976-1985 como el Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer. La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria, auspiciada por la OMS y la UNICEF en Alma Ata (URSS) en 1978, formula como orientación fundamental que la atención primaria es la clave para acceder a la "salud para todos". En 1979, al ser puesta en operación esa estrategia por la Organización Mundial de la Salud, se otorgó un lugar prioritario a la educación sanitaria y a las acciones orientadas al binomio madre-hijo.

En 1985, en el marco de la Conferencia de Nairobi, a la que asistieron más de 14 000 mujeres, se evaluaron los logros, en diez años, del compromiso internacional para el mejoramiento de la

<sup>2</sup> "Nuevas tendencias en educación para la salud (desde 1975 a la actualidad)."

situación de la mujer. En estrecha relación con las resoluciones y sugerencias de este encuentro, la xxii Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó en 1986 las "Estrategias regionales para el futuro sobre mujer, salud y desarrollo".

Como una referencia importante que complementa a las anteriores fuentes de información, el análisis de las conferencias interamericanas de educación para la salud<sup>3</sup> provee elementos útiles para caracterizar las líneas dominantes en educación para la salud de la mujer durante el periodo comprendido entre 1975 y la actualidad.

En 1981, bajo el auspicio de la Oficina Regional Norteamericana de la Unión Internacional de Educación para la Salud (ORNA/UIES), la Organización Panamericana para la Salud (OPS), el Centro John Sparkmen para la Salud Internacional y el Fondo Thrasher para Estudios Científicos, se llevó a cabo la Primera Conferencia Interamericana de Educación para la Salud, convocada para "promover en las Américas la salud para todos, a través de la participación de la comunidad".<sup>4</sup> Este propósito (obviamente derivado de las recomendaciones de Alma Ata) es desglosado por los organizadores del encuentro en tres ejes de educación para la salud: *a*) en el ambiente rural; *b*) en el ambiente urbano, y, *c*) entre los proveedores y los que establecen la política pública sobre salud.

En cuanto al aspecto metodológico, aunque se presentaron algunas propuestas novedosas en las mesas de trabajo, éstas constituyeron la excepción, ya que la mayoría de las ponencias estaban elaboradas desde una concepción unidireccional del proceso enseñanza-aprendizaje que prioriza la información, y desde una visión de la salud que la concibe como responsabilidad individual. Así, se señala:

<sup>3</sup> Auspiciadas por la Unión Internacional de Educación para la Salud, organismo no gubernamental creado en 1951, las dos conferencias interamericanas realizadas hasta la fecha tienen como sede a Puerto Rico en 1981, y a México en 1984. Durante 1990 se llevó a cabo en Brasil la tercera conferencia, país sede de la recientemente creada regional latinoamericana de la UIES.

<sup>4</sup> "International Union for Health Education", lema de la conferencia. *Actas de la primera conferencia interamericana de educación para la salud*, Ottawa, 1981, p. 1.

La educación en salud será uno de los mecanismos clave para divulgar el conocimiento de la salud y el fomento de la misma. A través de un conocimiento progresivo de la capacidad individual de modificar y mejorar las condiciones que contribuyen a la morbilidad, los individuos tendrán mayor interés por cambiar su comportamiento así como su medio ambiente.<sup>5</sup>

Al ponerse el énfasis de la conferencia en el *espacio* donde se desarrollan las acciones educativas en salud (medio urbano *versus* medio rural) y en los *actores* del proceso de toma de decisiones, los grupos con los cuales se trabaja y su problemática quedan en un segundo plano. Con esta limitación se aborda la salud de la mujer, que queda convertida en una especie de rompecabezas que debe ser armado con algunos aportes que se realizan sobre nutrición (lactancia materna, fundamentalmente) y muy especialmente sobre salud familiar y planificación de la familia.

La Segunda Conferencia Interamericana, llevada a cabo tres años más tarde, no difiere significativamente en su concepción de la precedente. Una vez más, el contexto (medio indígena rural, urbano marginado y urbano) es el organizador de la temática-eje del encuentro: "Coordinación interinstitucional y participación comunitaria". En este caso, la problemática de salud de la mujer aparece nuevamente disgregada en las ponencias sobre nutrición (atención nutricional al grupo materno-infantil, abandono de la lactancia materna, etc.), papel de la comunidad en atención primaria de salud (la mujer como recurso a reclutar para mejorar la salud familiar) y educación sexual y planificación familiar (orientación a usuarios y maestros hacia los servicios de planificación familiar en el medio urbano y rural, fundamentalmente).<sup>6</sup>

Aunque la extensión del presente trabajo no nos permite analizar en detalle la visión que encierran las declaraciones, temáticas y metodologías propuestas en las conferencias y encuentros mencionados y en numerosa documentación sobre resultados de programas educativos producidos en los últimos quince años,

<sup>5</sup> E. del Cid, "Discurso de apertura", Conferencia Interamericana de Educación para la Salud, Puerto Rico, junio de 1981, mimeo.

<sup>6</sup> De 27 ponencias presentadas, doce se refieren a este punto.

haremos, sin embargo, algunos señalamientos generales al respecto. Éstos son:

a) Las políticas dominantes en nuestro continente dentro del campo de la educación en salud y, particularmente, respecto a salud de la mujer, se encuentran en un claro rezago respecto a los avances experimentados en el área de la psicología educativa, que han venido incorporándose a experiencias en las cuales el modelo información-cambio de comportamiento es cuestionado desde diversos ángulos.

Sobre este último punto interesa destacar, por ejemplo, que como parte de una serie de corrientes que buscan dar nuevas explicaciones a las conductas individuales y colectivas “poco saludables”, un grupo de científicos sociales reunidos por la Universidad y el Instituto Sigmund Freud de Frankfurt viene desarrollando investigaciones que incorporan en forma original algunos hallazgos del psicoanálisis relativos a la educación en salud.<sup>7</sup>

En este sentido, señalan que los comportamientos adoptados respecto a la salud tienen diversos niveles de determinación, entre los cuales la información ocupa un lugar muy secundario, y que el estar sano o enfermo tiene costos sociales y personales.

El grupo de Frankfurt enfoca como punto clave dentro de sus estudios “la curiosa situación por la cual el riesgo de enfermar y la enfermedad misma conllevan la posibilidad de un ‘beneficio’” (Beier *et al.*, 1982: 59). La “ventaja o beneficio de la enfermedad”, concepto que forma parte del bagaje psicoanalítico, ofrece la posibilidad de abordar desde una nueva perspectiva el problema de por qué en ciertas circunstancias los sujetos sociales conservan hábitos que atentan contra su propia salud. Esta visión tendría consecuencias interesantes para enfocar la problemática de la salud de la mujer, ya que la vida de la gente en general, y de las mujeres específicamente, es más compleja de lo que sugieren las estadísticas que definen los comportamientos riesgosos para la salud.

Existen, por ejemplo, muchas formas para pasar de un peso definido como “riesgoso” a otro “normal”, pero esto muchas veces no mejora necesariamente la salud de un individuo, si las estrate-

<sup>7</sup> Nos referimos especialmente a los trabajos de Klaus Horn, Christel Beier y Doris Kraft-Krumm.

gias que se adoptan para favorecer el cambio no han sido particularmente diseñadas de acuerdo con los requerimientos del mismo. Junto a la exigencia de restringirse en el comer, se presentan a hombres y mujeres obesos otro tipo de presiones; por ejemplo, la de trabajar poniendo en juego al máximo las capacidades, o la de cumplir con un papel social altamente complejo y contradictorio, como ocurre en el caso de la mujer.

b) Los avances de la corriente latinoamericana en medicina social, que se han venido desarrollando desde la década de los setenta, no han producido todavía un impacto sensible en el terreno de la educación para la salud en general, ni sobre grupos de mujeres en particular.<sup>8</sup> Es éste un aspecto que debe ser analizado en profundidad, ya que las contribuciones de dicha corriente en el terreno de la epidemiología, del análisis de la práctica médica y sus relaciones con el Estado, del vínculo entre el proceso de trabajo-salud y el impulso brindado en todo el continente a la incorporación de un enfoque más social y preventivo en la formación del personal de salud, no se traduce aún en una producción cualitativa y cuantitativamente significativa en los aspectos señalados anteriormente.

Aunque algunas investigaciones toman a grupos de mujeres como objeto de estudio, el análisis enfoca generalmente el tipo de proceso de trabajo que desarrollan y su relación con el proceso productivo en general (en un país, en una rama de la industria, etc.), dejando de lado (o ubicando muy secundariamente) las particularidades que adquiere esta situación por el papel social que juega la mujer, elemento explicativo, en muchos casos, del "riesgo" que se decide correr, de las modalidades de utilización de los servicios de salud, del éxito o fracaso de las campañas y programas educativos que se llevan a cabo, etcétera.

c) No se observan reformulaciones importantes, provenientes de las propuestas educativas innovadoras que se instituyeron en numerosas escuelas y facultades de ciencias de la salud del continente, ni del enorme aporte conceptual y metodológico que se generó en el campo de la educación de adultos en las últimas

<sup>8</sup> Al respecto son muy ilustrativas las memorias y documentos de trabajo de los distintos talleres latinoamericanos de medicina social.

décadas. Los diversos intentos por superar la fragmentación del conocimiento en disciplinas, por incorporar procedimientos más activos en la situación de binomio enseñanza-aprendizaje y por conjuntar los procesos de investigación con los de transformación de la realidad, se dirigieron más al personal de salud en formación que a los grupos de población con los que los estudiantes realizaban sus actividades educativas.<sup>9</sup> En una suerte de proceder esquizofrénico, se sigue yendo “a la comunidad” con un rotafolios a “dar” pláticas sobre cómo elaborar una dieta balanceada, cómo lavar las verduras o cómo hacer para tener menos hijos.

d) La salud de la mujer se aborda de una manera fragmentada, dando prioridad a sus papeles domésticos: como correa de transmisión entre los servicios de salud y el hogar (lo que la hace responsable de las condiciones de limpieza, seguridad, alimentación, etc., de su familia) y como mujer/madre (o sujeto que debe decidir tener pocos hijos, amamantar al recién nacido, saber preparar el suero oral, etcétera).

e) El trabajo en salud que desarrollan decenas de grupos autónomos de mujeres en todos los países de América Latina no se hace visible ni se analiza con especial atención en los espacios en que se discuten y deciden las políticas de salud regionales e internacionales.

#### LAS “REDES” Y CENTROS DE MUJERES: CONSTRUYENDO UNA LÓGICA DIFERENTE

Roxana Carrillo (1986), feminista peruana, en la introducción al *Directorio sobre Centros de Mujeres en América Latina*, señala que en 1985 existían en Latinoamérica alrededor de 120 centros de mujeres, de los cuales aproximadamente 90 se definían como feministas. Aunque no podemos precisar aún exactamente cuántos de los centros y/o colectivos de mujeres abordan el tema de la salud, sí es

<sup>9</sup> Al hablar de tendencias dominantes, no negamos la búsqueda de alternativas, como por ejemplo la experiencia de Cuell y Biro en Netzahualcóyotl en los años sesenta o el trabajo en grupos operativos basado en el modelo de la escuela de Pichón-Rivière.

posible afirmar que es ésta una preocupación común a tales organizaciones, y que se expresa en programas y servicios sobre salud mental, apoyo a víctimas de violación y violencia doméstica, educación sexual, etcétera.<sup>10</sup>

La forma de organización en centros autónomos y en redes tiene estrecha relación con la visión que se comparte respecto a la mujer y que rige la práctica política, lo que incluye necesariamente a la acción educativa en salud.

Uno de los elementos centrales del feminismo ha sido la discusión acerca de la interpretación cultural de las diferencias biológicas “naturales”, que señalan un destino y una moral distinta para hombres y para mujeres. En este proceso de análisis, se plantea que

la asimetría entre hombres y mujeres significa cosas distintas en lugares diferentes. Por lo mismo, la posición de las mujeres, sus actividades, sus limitaciones y sus posibilidades, varían de cultura en cultura (...) Las variaciones entre lo considerado como femenino y masculino, constata que, con excepción de lo relativo a la maternidad, se trata de construcciones culturales (Lamas, 1986: 185).

La distinción entre sexo y género ha sido una herramienta conceptual útil para lograr un trabajo de reflexión acerca de la opresión y discriminación que se originan en un sistema en el cual la mujer, por su capacidad de procrear hijos, ha sido confinada a la crianza y cuidado de los mismos. Esta reflexión se ha venido dando en el espacio del grupo pequeño, de autoconciencia, que es una estructura dinámica propia de las mujeres. A la salud se llega naturalmente a través de esta forma de trabajo, pues el “feminismo es una concepción radical del mundo que permite analizar todos los problemas y no solamente una lista reducida de temas específicos tradicionalmente llamados ‘asuntos femeninos’” (Bunch, 1983). Los contenidos que se abordan pierden el carácter impersonal y culpabilizador que le imprimen los programas institucionales. Las mujeres hablan entre ellas de lo que significa su embarazo, de sus

<sup>10</sup> Un primer cruce reciente de datos obtenidos de diversas fuentes documentales nos indica que en México existen más de 40 organismos no gubernamentales de mujeres que se ocupan de la salud.

dudas, de las contradicciones y remordimientos que se les presentan por querer ocuparse de lo familiar sin abandonar su trabajo, o por querer o no querer tener más hijos.

El análisis de su papel las enfrenta a una imagen de ellas mismas en la cual aparecen, ya sea postergando su consulta de salud por dar prioridad a la de sus hijos, o autoadministrándose tranquilizantes para poder sobrevivir a una jornada de diecinueve horas. En este ir y venir por las diversas facetas de su vida aparecen los temas sin estereotipos: la vejez como posibilidad personal, la vida sexual de las que tienen un compañero estable, la de las que no lo tienen; los anticonceptivos desde la experiencia que han obtenido usándolos, etcétera.

El proceso de enseñanza-aprendizaje también es novedoso: se trabaja con la información que cada una posee, pero se trasciende la esfera intelectual al estimular la libre expresión de los afectos a través de la valorización del testimonio oral. La experiencia personal, el relato de lo propio, tan negado por los esquemáticos programas oficiales, pasa aquí a primer plano.

Otro elemento que es necesario destacar en esta caracterización del marco de referencia, de esta alternativa de educación en salud con mujeres, es la crítica al patriarcado y al estilo de ejercicio del poder que ha caracterizado a los hombres.

Los colectivos y redes de mujeres, partiendo de un análisis muy extenso sobre esta problemática, han venido buscando las vías a través de las cuales pueda darse una forma de organización más horizontal, menos autoritaria e independiente de las jerarquías y la lógica masculinas. La discusión respecto a la autonomía de las mujeres ha sido un punto central y enriquecedor del movimiento. Los centros de mujeres son un intento por crear instituciones alternativas independientes, que hacen visible al movimiento feminista y le dan concreción (Carrillo, 1986).

Las redes son el material para pescar; cada hilo, que individualmente sólo puede alzar un pescado de determinado peso a la vez, cuando va tejido en forma tal que cada nudo refuerza al todo y es fortalecido por aquél, ve aumentada muchas veces su capacidad de articulación. Al mismo tiempo, en una red de pescar no hay jerarquía entre los nudos, y cada agujero que pueda aparecer podrá arreglar-se individualmente sin comprometer al todo (Viezzler, 1987).

Las redes permiten a los colectivos no perder su autonomía y ganar en información, intercambio, solidaridad y suma de energías en torno a objetivos precisos. En salud, el caso más notable de América Latina es la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, formada en 1984 y que articula aproximadamente a 1 400 contactos de los distintos países.<sup>11</sup> Es una red horizontal con una coordinación central, destinada a informar, comunicar y educar sobre salud de la mujer desde una visión que contempla sus intereses, a través de los diversos grupos que lo integran. Aunque no se desarrollan actividades tradicionales de formación en educación en salud dirigidas a personal en este campo, la visión feminista alternativa y crítica de la salud, expresada fundamentalmente en la revista que publica la red, es un elemento de educación e información, tanto para las mujeres como para médicos, enfermeras, etcétera.<sup>12</sup>

Las redes permiten trascender el ámbito local de las experiencias, al compartirlas, revisarlas y multiplicarlas (por medio de intercambios de correspondencia, visitas personales, programas de entrenamiento, etc.). El acervo de información sobre ciertos aspectos se va acumulando y socializando, de manera tal que los nuevos grupos que comienzan a trabajar un área 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. La socialización del conocimiento y la “desmonopolización” del saber que detentan los profesionales de la salud es una línea fundamental del trabajo de centros y redes.

Al desarrollarse “por fuera y por abajo” de las instituciones dominantes públicas y privadas, estos movimientos plantean serias interrogantes sobre la legitimidad de las relaciones macropolíticas, hacen denuncias públicas, se cuestionan la vida cotidiana y enfrentan los arcaicos códigos de la interacción social (...) estos movimientos emergen sólo

<sup>11</sup> Inspirados en el modelo de esta red, recientemente los grupos de salud de las mujeres del Uruguay constituyeron una red nacional.

<sup>12</sup> Información proporcionada por Amparo Claro, coordinadora de la red, a través de un cuestionario elaborado para la presente investigación.

en espacios y fases limitadas, y esos momentos de movilización son la otra cara de las redes ocultas (Lamas, 1989).

Los Encuentros Feministas Latinoamericanos y del Caribe son probablemente uno de esos momentos en los cuales estas organizaciones se hacen clara y colectivamente visibles. Si analizamos la forma de abordar el tema de la salud en los cuatro encuentros realizados hasta 1990, encontramos que el año 1981, en Bogotá, partiendo del tema eje de discusión "Feminismo y lucha política", la problemática de salud de la mujer es analizada fundamentalmente en la comisión de trabajo sobre "Sexualidad y vida cotidiana", en el taller sobre salud y en las discusiones sobre salud mental.

En los siguientes Encuentros (Lima, 1983; Bertioga, 1985), la salud de la mujer va ocupando un lugar de mayor definición e importancia en las discusiones y talleres de trabajo, y se organizan actividades diversas sobre salud, autoexamen, sexualidad, violencia, políticas demográficas, aborto, etc. La reunión realizada en 1987 en Taxco, contó con la asistencia de 1 500 participantes, lo que fue una muestra del crecimiento alcanzado por el movimiento de mujeres y del interés que existe por realizar un intercambio de experiencias entre latinoamericanas. Aunque en esta reunión el mayor número de mujeres se integró al taller sobre "Feminismo y movimientos populares" (400 participantes), muchas se interesaron por el área de la salud en las diversas opciones que se ofrecían: sexualidad, salud mental, autoexamen, maternidad, violación, etc. La "Casa de la Salud", organizada por CIDHAL de Cuernavaca, fue una experiencia particular:

... era la casa del alivio para mujeres, se les daba un servicio, trabajamos desde nuestra concepción de dar un servicio, mostrarles el recurso de la herbolaria, ponerlas en contacto con el respeto a las plantas. Nosotras ayudábamos a doña Modesta, que hacía "limpias" a las mujeres; para algunas era la primera vez. Otras gentes que se acercaban eran mujeres enfermas a las que les hacíamos conocer la acupuntura, la homeopatía, las terapias tradicionales. Organizamos también un espacio de discusión para las que trabajamos en salud, pero no hubo mucho interés en eso.<sup>13</sup>

<sup>13</sup> Guadalupe Mainero, CIDHAL-Cuernavaca, entrevista personal.

El autoexamen, el manejo de recursos terapéuticos no convencionales, los masajes, el trabajo práctico en talleres *versus* la conferencia magistral, la selección de ponencias, los discursos de apertura a cargo de funcionarios y autoridades... ¿Rescate del saber (incluido el médico) popular en bloque *versus* medicación “al estilo” occidental? Debemos ver si éstas son disyuntivas reales, si es posible tender puentes que permitan comprender más sin abandonar los referentes fundamentales que fueron definiendo un conocimiento y una práctica característicos.

Las redes y colectivos que abordan la salud de la mujer tienen conciencia de que es necesario hacerse visibles, impactar cada vez más, romper los límites del grupo de autoconciencia. Surgido de la necesidad de reconocerse a todos los niveles, incluido el corporal, y sin abandonar totalmente el pragmatismo de una primera etapa, una buena parte del feminismo de hoy se hace una serie de preguntas, reflexiona sobre su praxis y rompe con aquellos supuestos que le impidieron lograr una mayor trascendencia. Su desarrollo “por fuera y por abajo”, le permitió la confluencia con otros movimientos y visiones alternativas. Son muchos los casos en que la educación popular con mujeres y la adhesión a las luchas de colonos indígenas, proveyó a los grupos de herramientas teórico-metodológicas y de una perspectiva de la salud colectiva comprometida con su momento histórico y con las necesidades de los sectores golpeados por las crisis.

Revisar todo esto es necesario. Pensar (y construir) como mujeres una propuesta educativa en salud es una tarea compleja, más aún que otras, porque, como nos señala Rossana Rossanda (1986):

...de una secular condición de subalternidad no nacen bella e inmediatamente los valores, *los otros valores*: sólo nacen algunos valores y una mirada sobre los valores negativos de los demás, pero subsisten aún muchos elementos de analogía, seducción, pobreza y una difícil renuncia a la competencia para diferenciarse...

La identificación y el análisis de las actuales tendencias de la Educación en Salud para la mujer se han venido desarrollando en la presente investigación a dos niveles: a través de la revisión documental sobre el tema, y por medio de la selección y análisis de

experiencias significativas institucionales y no institucionales. En este último caso, la recolección de información se realiza en el terreno adonde se lleva a cabo la propuesta educativa y/o mediante la aplicación de encuestas a los responsables y participantes en la misma. Siguiendo esta línea, la segunda parte de este documento se refiere al análisis de dos experiencias de salud de la mujer con importante componente educativo, basadas en un enfoque feminista.

El caso que presento a continuación es el modelo de trabajo del *Women's Therapy Centre* de Londres, que analizo a través de fuentes documentales, y aunque no refleja las tendencias latino-americanas en el campo, es un caso significativo que seguimos analizando y discutiendo por la importancia que tienen en nuestro medio los problemas nutricionales de las mujeres.

DOS CASOS CONCRETOS: WOMEN'S THERAPY CENTRE (LONDRES) Y  
COMUNICACIÓN, INTERCAMBIO Y DESARROLLO HUMANOS EN  
AMÉRICA LATINA (CIDHAL-CUERNAVACA)

### **Women's Therapy Centre**

#### *Algunos antecedentes del caso seleccionado*

Susie Orbach y Luise Eichenbaum, fundadoras del Women's Therapy Centre, se conocieron en 1970, coincidiendo en su militancia en el feminismo activo de la época y en su interés por incorporar y perfeccionar las propuestas de este movimiento en el ámbito académico. Es así como en esa época trabajan conjuntamente con Carol Bloom, coordinadora de Estudios de la Mujer en el Richmond College de la City University of New York, para la elaboración del primer programa sobre estudios de la mujer a nivel de licenciatura. Esta experiencia de trabajo, que tuvo la doble característica de ser enormemente prometedora en una primera etapa en que se actuaba contra la administración general de la institución, y altamente desgastante cuando el grupo de mujeres comenzó a desintegrarse en una lucha interna por el poder, fue un hito en la definición de las temáticas que ambas mujeres abordarían en el futuro.

La "clínica" de Londres (y posteriormente la de Nueva York) ha tenido entre sus propósitos el de desentrañar la enorme cantidad de malos entendidos que se presentan entre las mujeres, descubrirlos, analizarlos y comentarlos abiertamente. Se busca así superar el discurso ideológico de otras épocas acerca de la hermandad "natural" entre mujeres, discurso que ha oscurecido la comprensión de las dificultades en las relaciones entre amigas, colegas, compañeras, en el interior de colectivos feministas que no pueden resolver la etapa de diferenciación de sus integrantes y de superación de los momentos iniciales en que el vínculo dominante es la conmiseración recíproca (Eichenbaum y Orbach, 1988).<sup>14</sup>

Las mujeres militantes en los países industrializados, en los años sesenta y setenta, se lanzaron a la tarea colectiva de rebelarse contra los papeles que les imponía la sociedad patriarcal, y para ello utilizaron diversas vías: desde los diálogos entre dos personas hasta la participación en marchas, organizaciones, acciones de protesta y reuniones en grupos de autoconciencia. Progresivamente, se fue tratando de incidir en los sistemas educativo, legal y de salud, y se lograron algunos cambios en diversas políticas sectoriales. Las críticas a la práctica médica dominante alcanzaron también al campo de la psicología, al de la psiquiatría y al psicoanálisis. En este terreno de debates se va elaborando el conjunto de referencias teóricas, políticas y metodológicas que darán sustento al Women's Therapy Centre.

Los trabajos de Broverman (1970), Chesler (1972), del Frente para la Liberación de los Pacientes Mentales y del Colegio de Terapia Radical (1971-1973), son señalados por las fundadoras del Centro como elementos de importancia en la construcción de una teoría feminista sobre la psicología de la mujer (Eichenbaum y Orbach, 1983: 4-25).

El desarrollo de esta alternativa se valió inicialmente de los grupos de autoconciencia (o grupos de reflexión) como forma de organización que permitió avanzar en la delimitación del problema y reunir la evidencia empírica que demostraba cómo los papeles

<sup>14</sup> Sobre este aspecto es interesante la discusión desarrollada en el Cuarto Encuentro Feminista Latinoamericano y del Caribe y, en particular, el documento "Del amor a la necesidad" producido en dicha reunión por un grupo de feministas.

sociales de las mujeres no surgen naturalmente de una psicología determinada por la biología. Es a partir del análisis de la experiencia social de las mujeres como puede ser comprendida su psicología y particularmente la dinámica a través de la cual sus prácticas y su afectividad se organizan para habérselas con el conjunto de normas sociales que les imponen una forma determinada de “ser mujer”.

Los grupos de autoconciencia fueron herramientas útiles para definir exactamente cuál es esa normativa y comenzar el análisis de los costos psicológicos de esta situación. En tal sentido cabe señalar tres principios que dan cuenta de dicha legalidad (Eichenbaum y Orbach, 1983: 7-9). Éstos son:

1. La primera demanda psicológica que surge del papel social de una mujer es que *debe ponerse a disposición de los demás*, seguir sus indicaciones, articulando sus necesidades exclusivamente en relación con las de otros. Como resultado de ello, la mujer considera que ella misma no es importante, se siente devaluada e insegura respecto a sus deseos y opiniones, rechaza el actuar por sí misma, expresando sus propias ideas, y tiene una enorme dificultad para reconocerse como un ser con necesidades específicas. Esto tiene desarrollo en una situación de gran aislamiento, de ahí que no pueda imaginar que otras mujeres viven lo mismo.

2. El segundo requerimiento que le impone su papel en la sociedad es que debe estar siempre *conectada* con los demás y definir su vida en función de la de un hombre. Su estatus deriva del de su marido; en la pareja se busca, pues, identidad y una plenitud de la que siente carecer cuando no está “conectada” con un hombre. En el desarrollo de esta capacidad de relacionarse con los otros según la imagen que le resulta aceptable, la mujer muchas veces no puede capturar la perspectiva sobre quién es ella realmente; en otras palabras, se pierde a sí misma.

3. Las dos primeras demandas se vinculan con una tercera: la mujer ha de tener una especie de “antena emocional”. Toda mujer debe aprender a anticiparse a las necesidades de los otros; debe cuidarlos y ayudarles a expresar qué necesitan, particularmente en lo referido a las emociones, para posteriormente satisfacer esas necesidades. En la función de dar sin recibir existe un desbalance total; la mujer, en su calidad de satisfactora de necesidades ajenas,

de sujeto “nutriente”, se desenvuelve frecuentemente en una profunda sensación de vacío y de carencia.

Los rasgos mencionados no pueden ser comprendidos totalmente sin hacer referencia al hecho de que los papeles sociales femeninos, las pautas de conducta sobre qué necesidades son permisibles y cuáles no, son transmitidos fundamentalmente a través de la relación madre-hija. La complejidad de esta situación feliz y problemática, reafirmadora y castradora a la vez, fue motivo de análisis para numerosos grupos de autoconciencia, labor que, al mismo tiempo que permitió avanzar en la comprensión de esta problemática, puso al descubierto la necesidad de complementar la búsqueda a través de otras vías:

Nos encontrábamos en una situación en la cual nuestro grado de conciencia cambiaba a una velocidad tremenda y también los patrones de vida de las mujeres en términos de sus relaciones en el hogar, en el trabajo, con sus hijos y con su familia, pero la sociedad como totalidad no se ajustaba al ritmo del tipo de demandas que exigíamos las mujeres. Las mujeres sentían que habían cambiado muchísimo y que la sociedad no lo había hecho: los cambios materiales no reflejaban los cambios que habían ocurrido a nivel de la conciencia (*op. cit.*: 11).

La necesidad de plantear una nueva manera de abordar el problema surge del reconocimiento de esta situación y de las limitaciones del grupo de autoconciencia como herramienta que no llegaba a producir transformaciones a niveles más profundos de la personalidad de las mujeres, ya que la claridad respecto a los nuevos valores y prácticas que éstas debían poner en juego, no se traducían inmediatamente en un cambio y continuaban teniendo miedo a ocupar espacios de poder y/o a ser “visibles”. Los grupos de autoconciencia, por su gran carga emocional, generaban muchas veces situaciones que no llegaban a ser resueltas adecuadamente por sus integrantes. Por otra parte, el avance en un proceso de reconocimiento de las propias necesidades y afectos llevaba al callejón sin salida de no saber cómo manejarse con el nivel inconsciente.

Un eje central del trabajo en el Women’s Therapy Centre ha sido, por tanto, el estudio y el rescate de los aportes del psicoanálisis.

sis para la elaboración de una alternativa de trabajo terapéutico con mujeres. En un ambiente generalizado de rechazo a Freud por parte del feminismo, Eichenbaum y Orbach (1983: 28-31) se adhieren a algunas de las críticas elaboradas desde dicho movimiento,<sup>15</sup> pero rescatan el grueso del aporte teórico y metodológico de este autor, particularmente el descubrimiento del inconsciente, la dinámica de los factores que entran en juego en la vida psíquica de los individuos y los principios más generales sobre el desarrollo psicosexual de la mujer y el varón (Orbach, 1979).

Sin dejar de señalar el valor que tienen otros enfoques en el esfuerzo por lograr poner a las mujeres en contacto con sus emociones más rápidamente que a través del enfoque psicoanalítico,<sup>16</sup> las autoras mencionadas consideran que este último es el que aporta explicaciones más adecuadas sobre la reiteración de determinados bloqueos que impiden cambios sustanciales en la forma de comportamiento y sobre la influencia de las experiencias más tempranas en la organización de la psicología de los individuos.

*El Women's Therapy Centre de Londres y su trabajo con mujeres que presentan desórdenes nutricionales*

Después de una intensa tarea propagandística desplegada por sus fundadoras y gente cercana a las mismas, en abril de 1976 inicia sus actividades el Women's Therapy Centre de Londres. La institución logra un rápido desarrollo y en su primer año de funcionamiento el grupo de terapeutas aumenta de dos a siete, debido a la gran demanda que se presenta.<sup>17</sup> El trabajo se despliega bajo dos líneas principales: la práctica psicoterapéutica con mujeres y la formación de psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, consejeros y psicoterapeutas interesados en el enfoque de la institución.

<sup>15</sup> Especialmente en lo que se refiere al desarrollo de la psicología de la mujer, sin tomar en cuenta que la identidad de género se adquiere en una sociedad patriarcal.

<sup>16</sup> Como es el caso de la psicología humanística, el análisis transaccional, la terapia Gestalt, etcétera.

<sup>17</sup> En 1987 el número de terapeutas había aumentado a doce y el centro recibía financiamiento tanto público como privado (Eichenbaum y Orbach, 1988: 5).

El servicio psicoterapéutico atrajo a numerosas mujeres de todos los grupos de edad, provenientes de diversos sectores sociales. Se ha venido trabajando con ellas en forma grupal, derivándolas posteriormente, en algunos casos, a talleres en los que se abordan temáticas específicas, como sexualidad, imagen corporal, obesidad, etcétera.

Este trabajo se complementa con una intensa labor de promoción de la salud, que se realiza a través de los medios masivos de comunicación (especialmente la radio) y de conferencias y grupos de discusión organizados en instituciones académicas y de servicio, gubernamentales y no gubernamentales de Europa y Estados Unidos.

El programa de entrenamiento a terapeutas se desarrolla bajo la modalidad de impartir conferencias sobre los temas de un programa previamente definido, los que posteriormente son objeto de discusión grupal. Estas actividades se complementan con un trabajo de supervisión de la práctica clínica en pequeños grupos. En 1981 se crea en Nueva York una institución similar a la de Londres, para extender la capacitación a los numerosos solicitantes de Estados Unidos. Su coordinación está a cargo de Carol Bloom.

Los hallazgos de la práctica clínica desarrollada en el Women's Therapy Centre son complementados por el trabajo de los terapeutas y pacientes que se acercan al mismo. El grupo interno de la institución desarrolla su propio aprendizaje a través de tres vías:

- Los análisis que se hacen en el grupo de supervisión, al que pertenecen todas las integrantes del centro y en el cual se comparte la perspectiva feminista, pero se encara la psicoterapia desde diversos estilos, lo que da lugar a enriquecedoras discusiones.
- La revisión de los textos que se trabajan en el grupo de estudios que componen todas las terapeutas, espacio en el que se parte de la presentación de experiencias personales y clínicas.
- La pertenencia rotativa al grupo de administración, desde el cual se ponen en conocimiento del tipo y cantidad de demanda que arriba al Centro y ayudan a contestar las numerosas cartas y llamadas que llegan desde diversos lugares.

En este contexto general, se inscribe el trabajo con mujeres que presentan trastornos nutricionales, de cuyo manejo de desprende un nuevo enfoque educativo en salud.

Los desórdenes en la alimentación, particularmente la obesidad debida al comer compulsivamente, han sido considerados tradicionalmente desde una perspectiva que responsabiliza al propio paciente por la problemática que padece. La mujer está "excedida" de peso porque no logra controlar su apetito, porque no sabe cuáles son los alimentos que engordan, cómo debe preparar una dieta balanceada, con qué frecuencia ha de tomar sus comidas, cuál es el peso adecuado para su estatura, etc. Las soluciones se mueven en una amplia gama de opiniones, aparentemente diversas, pero que tienen en común el imponer esquemas externos. Así, en todos los casos el objetivo es bajar de peso manejando de una manera particular la ingestión de los alimentos: dando prioridad a unos sobre otros, haciendo cálculos de calorías, eliminando completamente los hidratos de carbono o, por el contrario, aumentando su ingestión, ayunando completamente en ciertos días de la semana o del mes, etcétera.

Estas propuestas han fracasado, principalmente en dos aspectos: a) la pérdida de peso es temporal ya que la persona lo recupera en el corto plazo; y, b) se refuerza la actividad de comer compulsivamente.

La aproximación psicoanalítica es de enorme utilidad para analizar esa compulsión a comer, ya que permite rastrear las raíces del conflicto desde las experiencias más tempranas de la mujer y poner de manifiesto, a la luz de la historia personal, el significado que tienen para ella el engordar y el comer en exceso.

Sin embargo, el enfoque del psicoanálisis clásico, sin una perspectiva feminista, resulta incompleto (...) La obesidad femenina se ha clasificado como un síntoma obsesivo-compulsivo, relacionado con el proceso de separación-individuación, el narcisismo y un desarrollo deficiente del yo (...) Se ha reducido este problema a un defecto de carácter, en vez de considerarlo la expresión de vivencias conflictivas y dolorosas. Más aún, los profesionistas que manejan el problema se preocupan más porque la mujer adelgace, que por ayudarla a descubrir y enfrentar sus malos sentimientos hacia su cuerpo y hacia los alimentos (Orbach, 1987: 4-5).

El feminismo se interroga acerca de por qué tal compulsión se observa con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres, y encuentra que una parte de las explicaciones se relaciona con el rol social impuesto a la mujer. La obesidad no tiene que ver con la falta de control o de fuerza de voluntad, sino con el sentido de protección, con la sexualidad, con la alimentación, con la fuerza, con los límites corporales, con la maternidad, con la autoafirmación y con la rabia (Orbach, 1987: 6).

El enfoque del Women's Therapy Centre se funda en los significados que tiene el alimento (y el acto de alimentar a los otros) en cada caso particular. "Lo que comemos, cómo lo comemos y cómo nos sentimos en relación con los alimentos, es una reflexión sobre quiénes somos" (*op. cit.*: 22). Las dietas raramente ayudan a las mujeres a mantenerse por un largo tiempo en el peso que desean, o a cambiar sus hábitos alimenticios; por el contrario, las vuelven personas temerosas de la comida y pasan a ser objeto de castigo o a tener cualidades mágicas. La obsesión actual por la delgadez ha generado un ejército de mujeres que tienen, innecesariamente, problemas nutricionales.

Comer compulsivamente significa tomar alimentos prescindiendo de todo tipo de señales físicas relacionadas con el hambre o con la satisfacción. Estos mecanismos se han suprimido, porque se ha desarrollado una total incapacidad de estar en contacto con el propio cuerpo.

El grupo de Londres ha desarrollado un esquema para abordar esta problemática, basada, entre otros, en los siguientes principios (*op. cit.*: 33-36).

1. El comer compulsivamente está motivado por factores emocionales.

2. El comer compulsivamente y "ponerse a dieta" también compulsivamente, son dos caras de la misma moneda: son adicciones. Las dietas no significan control; son estructuras impuestas al yo desde afuera. El comer compulsivo se vive como estar "fuera de control", pero, de hecho, se origina en nuestro interior; conocer nuestros procesos inconscientes puede llevarnos a tener una mayor armonía con nuestras propias necesidades.

3. Los factores psicológicos del comer compulsivo tienen que ver con ideas conscientes e inconscientes sobre la imagen corporal (¿quién seré si llego a enflacar? ¿quién soy estando gorda?).

4. Las mujeres tienen una relación particularmente complicada con los alimentos, por el significado social de éstos, del dar de comer, de la gordura y la flacura, de las dietas y de la femineidad.

5. El comer y el “ponerse a dieta” compulsivamente no son condiciones crónicas ni incurables, son respuestas a presiones psicológicas y sociales, que puede llegar a comprenderse y a manejarse.

En los grupos se pasa mucho tiempo descubriendo y desmistificando las variadas fantasías que se asocian con la obesidad y la delgadez, y al mismo tiempo se busca el aprendizaje de nuevas formas de relacionarse con el hombre y con la comida.

En líneas generales, pueden señalarse algunas etapas en este proceso:

a) Aprendizaje respecto a los patrones de alimentación de cada integrante del grupo.

En esta etapa se trata de conocer en qué momentos del día se está más propenso a ingerir compulsivamente cierto tipo de alimentos y en cuáles se está más relajado. Registrando durante un cierto lapso estas situaciones, se comienza a desarrollar una parte del yo de la misma mujer que observa (y realiza otras actividades), a la parte que come compulsivamente. Se trata de identificar posteriormente la diferencia entre el hambre que proviene del estómago y la que es “ganas de llenarse con algo la boca” (Orbach, 1987: 118). Para ello se estimula el desarrollo de la capacidad de sentir la sensación de hambre en el cuerpo, después de varias horas de no comer. Se trabajan grupalmente las diversas fantasías y asociaciones que surgen de esta sensación: para unas mujeres tienen connotaciones sexuales, mientras que a otras las remite a recuerdos de privaciones vividas en la infancia o imágenes de ambivalencia respecto a haber dejado la mesa familiar, etc. Esta labor permite elaborar las historias personales en relación con la alimentación.

b) Aprendizaje de una forma de alimentarse que responda al “hambre proveniente del estómago” predominantemente.

Una vez que se aprendió a reconocer las señales que indican hambre, se trata de localizar exactamente qué clase de alimento podrá satisfacerla, o sea, qué cosa se desea comer. Es ésta una capacidad difícil de recuperar, ya que los años de dietas forzadas imponen un velo entre lo que nos gusta y lo que “es bueno” comer. En esta situación se trabajan los aportes grupales y se introducen ejercicios que estimulan la fantasía de las integrantes acerca de qué desean realmente y cómo apreciarían el sabor de ese alimento.

Paralelamente, se trata de reconocer la necesidad de ser alimentada con otras cosas que no sean comida y que, muchas veces, reemplazamos por ésta (deseos de hablar con alguien, de relajarse, de llorar, etcétera).

En esta etapa se intenta salir del encasillamiento respecto a los alimentos malos y los buenos y de las horas preestablecidas para comer. Se trata de recuperar una relación “normal” con la comida. En este proceso se emplean diversos recursos: ejercicios que permitan ponerse en contacto con los alimentos “prohibidos”, para analizar lo que se siente y los límites de la insaciabilidad probándolos y comprándolos, hasta abarrotar la casa, si se desea. De esta forma, lo “no permitido” pasa a ser, antes que un enemigo a quien conquistar, un elemento con el cual podemos convivir y hacer uso de él adecuadamente.

La determinación de cuándo una mujer tiene hambre y el aprendizaje de las distintas formas para satisfacerla, se complementa con el análisis individual y grupal de las trabas psicológicas que interfieren con la habilidad de satisfacer las propias necesidades nutricionales.

El trabajo en grupo permite realizar este reconocimiento y plantear respuestas alternativas a las situaciones que se presentan al comer compulsivamente. La dramatización grupal de esas respuestas ha sido un recurso muy eficaz para encauzar la agresión y la culpa, que frecuentemente se canalizan hacia la obesidad. La realización de ejercicios que ponen en contacto con las funciones del propio cuerpo y con el esquema corporal, complementan el trabajo de autoaceptación y de ruptura con la adicción a la comida, que ha venido desarrollando el Women's Therapy Centre.

Como señalábamos en otro texto, la necesidad de abordar esta temática en nuestros países es algo que debe ser tomado en su real

importancia, ya que la obesidad no es un problema que afecta solamente a los sectores sociales con mayor capacidad adquisitiva. Los resultados y la experiencia del Women's Therapy Centre ofrecen también elementos útiles para comprender las actitudes y hábitos alimenticios de las mujeres pertenecientes a las clases populares, que son objeto de un constante "bombardeo" propagandístico por parte de los medios de comunicación de masas, en favor del consumo de ciertos productos (Cardaci y Álvarez, 1980: VIII).

### **Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humanos en América Latina (CIDHAL)**

#### *Notas sobre un comienzo...*

Teresita de Barbieri, en un trabajo publicado en el año 1986, define a la organización Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humanos en América Latina (CIDHAL) como un claro expositor del *feminismo de base popular*. Esta caracterización alude, indudablemente, a diversas influencias que es preciso analizar detenidamente para conocer la propuesta en salud desarrollada por este grupo feminista pionero en México.

El antecedente inmediato de CIDHAL-Morelos<sup>18</sup> es el Centro Intercultural de Documentación (Cidoc), fundado en Cuernavaca por Iván Illich y Betsie Hollants. En 1969, Betsie, periodista belga, se separa de Cidoc e inicia la organización de un centro de documentación y una biblioteca que analizarán la problemática de la mujer. En esta tarea y en la de sensibilizar sobre temática tan poco difundida en el medio mexicano, es ayudada por un grupo de intelectuales ligadas a la academia y a la iglesia, entre ellas Elena Urrutia, Alaíde Foppa, Silvia Marcos y Perla Ortiz Monasterio. Organizan "seminarios, publican sin interrupción un boletín trimestral durante seis años, en el que mucho material provenía de traducciones pero también abundaban los trabajos elaborados en México y otros países latinoamericanos" (Urrutia, 1980).

<sup>18</sup> El presente trabajo no extiende su análisis a CIDHAL-México, surgido en años posteriores.

En 1977, cuando algunas de las integrantes del grupo inicial decidieron comenzar a publicar la revista *Fem*, se consolida un nuevo equipo que extiende el radio de acción del proyecto de centro de documentación y empieza a establecer vínculos con mujeres de algunas colonias. Salud, nutrición y alfabetización son los ejes fundamentales alrededor de los cuales se organiza este trabajo. La asesoría en el establecimiento de pequeñas cooperativas es también un factor que permite consolidar la tarea de CIDHAL en esta etapa. El desarrollo de diversas temáticas se realiza en grupos pequeños, difundiéndose masivamente a las mujeres del estado de Morelos a través del periódico local *Correo del Sur*. Así, las notas editoriales abordan aspectos como el tipo de atención a la salud que prestan IMSS, ISSSTE y otras instituciones, la expropiación del cuerpo femenino que efectúa la práctica médica dominante, la revalorización del trabajo de las parteras, las políticas de control de la natalidad, etcétera.<sup>19</sup>

Gabriela Videla, al analizar la figura y trayectoria de monseñor Sergio Méndez Arceo como obispo de Cuernavaca, establece tres etapas en su ejercicio de treinta años (1952-1982). CIDHAL surge en lo que sería, según esta división, la tercera etapa, cuyos inicios se ubican en 1968 con el amplio apoyo del obispo al movimiento estudiantil, y que se caracteriza por una muy clara definición suya en favor de las causas populares (Videla, 1984). Consideramos importante esta referencia, ya que Méndez Arceo jugó un papel fundamental en lo que sería el “clima” de la época, en el desarrollo de una serie de iniciativas nuevas emprendidas en Morelos.

Es durante las décadas en que lleva a cabo su labor como obispo cuando se organizan y expanden las comunidades eclesiales de base, grupos cristianos que “dependen de sus propios recursos y organización para resolver sus problemas. Intercambian experiencias y sentimientos sobre la realidad, se ayudan mutuamente y pierden así la sensación de inseguridad económica, social y política que sufre cada uno de los miembros en la sociedad” (Videla, 1984: 94). Paralelamente, surgen experiencias novedosas en la construcción de un cristianismo comprometido y no dogmático, entre ellas

<sup>19</sup> *Correo del Sur*, 26 de noviembre y 17 de diciembre de 1978; 25 de febrero y 3 de junio de 1979.

la labor de Lemercier en un monasterio benedictino, quien logra transformar la liturgia religiosa, así como una recreación del bagaje teórico del psicoanálisis, y la de Iván Illich, orientada en una primera etapa al cuestionamiento de la penetración cultural de los misioneros norteamericanos.

En 1979 se incorporan a CIDHAL dos médicas,<sup>20</sup> y con su presencia empiezan a consolidarse las tareas en el campo de la salud. El mismo año, el centro logra tener oficinas propias y recibir recursos de organismos no gubernamentales, europeos y norteamericanos, lo que le permite extender sus actividades. Estos aportes son, hasta el presente, la principal fuente de financiamiento con que cuenta la institución.

El Colectivo del libro de salud de las mujeres de Boston apoyó en aquellos años la elaboración de un folleto sobre menopausia y otro sobre nutrición. Los nexos con este grupo de mujeres han seguido siendo muy estrechos, y CIDHAL recibió en los años ochenta la solicitud de coordinar la elaboración del libro *Nuestros cuerpos, nuestras vidas* en su versión latinoamericana. Este proyecto resultó demasiado amplio como para ser asumido por el grupo, y particularmente por el pequeño equipo de salud; debido a ello, los esfuerzos se canalizaron hacia la elaboración de textos más breves, así como a la publicación de un documento con otra línea más adecuada para el medio mexicano, titulado *Cuerpo de mujer*.

Es importante la influencia que ejerció sobre el equipo de salud la Federación de Clínicas de Salud Feministas de Estados Unidos (Federation of Feminist Health Centers). Al abrirse el consultorio en 1979, integrantes de esta red se trasladan a Cuernavaca e imparten el taller de "autoayuda", en el cual se plantea una de las ideas que serán eje central del trabajo: la necesidad de socializar el conocimiento sobre salud entre mujeres no médicas.

El interés por la "desmedicalización" y toda la discusión sobre la búsqueda de un lenguaje menos oscuro que permita el ejercicio más democrático del poder, tuvo necesariamente vinculación con esta influencia del feminismo anglosajón y también, indudablemente, con Illich:

<sup>20</sup> Lourdes Álvarez y Guadalupe Mainero. Esta última ha seguido laborando en CIDHAL ininterrumpidamente.

Toda la gente que quería salir de lo clásico en aquella época leía y discutía a Illich, pero a las que trabajábamos salud en CIDHAL no creo que nos haya determinado más que a otras gentes. La idea de compartir la información médica con los grupos era una posición que se nutría de distintas fuentes, especialmente del feminismo que quiere romper con una disposición piramidal del poder. También tuvo que ver en ello la construcción de una concepción sobre la educación popular en salud. La Red de Educación Popular en Salud se fue desarrollando en paralelo con nuestro propio desarrollo.<sup>21</sup>

En 1980 CIDHAL se incorpora a una comisión de enlace promovida por Servicios Educativos Populares (SEPA) para crear una red, de la que se derivarán coordinaciones regionales. CIDHAL participó sostenidamente en el trabajo de la red en Morelos. Y en ese mismo año el Centro se integró, además, al Frente Pro Derechos Humanos del Frente Nacional Contra la Represión, y al Frente Pro Maternidad Voluntaria que pugna por la aprobación de un proyecto de ley sobre despenalización del aborto.<sup>22</sup> Esta participación de CIDHAL es parte de la integración que va logrando con diversos grupos de mujeres del valle de Cuernavaca, con los que contribuyó a preparar el Primer Encuentro Nacional de Mujeres, realizado en el Distrito Federal el año 1980, constituyéndose en 1982 la Coordinadora de Mujeres de Morelos. En ese mismo año, dicha organización impulsa en algunas localidades morelenses diversos talleres sobre participación política de la mujer.

En lo que se refiere a salud, CIDHAL participa desde 1981, año en que se realizó el Primer Encuentro Nacional de Salud, en la Red Nacional de Salud Popular que se estructura en coordinadoras regionales y fomenta anualmente la realización de encuentros nacionales, los cuales son precedidos por reuniones preparatorias que fijan posiciones locales sobre diversas problemáticas.

<sup>21</sup> Guadalupe Mainero, entrevista personal.

<sup>22</sup> El Frente Pro Maternidad Voluntaria se crea a raíz de la detención de una campesina morelense a la que se había practicado un legrado. Participan en él mujeres académicas y de partidos, y agrupaciones políticas. *Correo del Sur*, 10 de agosto, 1980.

*Desarrollo y perspectivas de la propuesta educativa en salud de CIDHAL*

Dar cuenta adecuadamente y por periodos de los avances y cambios en la propuesta de educación en salud de CIDHAL es una tarea compleja. Las transformaciones que se han dado en este terreno no coinciden exactamente con las que se producían en el trabajo del centro en general. Las etapas a las cuales haremos referencia no son por tanto rígidas, ya que están ligadas a cambios en las circunstancias externas, a cuestiones de desarrollo personal de las participantes, a modificaciones en el equipo y a la construcción colectiva de una concepción del proceso salud/enfermedad, surgida del trabajo con mujeres en distintos niveles.

La apertura del consultorio en 1979 surge del interés por dar un mayor impulso al área de salud, aspecto éste que siempre aparecía como una demanda importante. En una primera etapa, que se extendió hasta aproximadamente 1983, las actividades se desarrollaron en dos planos: dando atención médica en el consultorio, y formando como promotoras de salud a mujeres de comunidades con las que se establecía contacto.

A través de un proceso pedagógico que incluía el análisis del patriarcado, se trabajaba en pequeños núcleos de mujeres que se transforman en un espacio adecuado para entrar en contacto con los propios sentimientos y conductas y con las demás compañeras sin temor a críticas, regaños o presiones, a fin de parecer "normales" o "buenas mujeres" (CIDHAL, 1985: 4). Lo anterior tenía como eje el análisis de la coyuntura del contexto en que ellas se desenvolvían y de las repercusiones de esta situación en sus propias vidas. En el caso de la salud, se abordaba no sólo la salud reproductiva sino toda en general: el conocimiento del propio cuerpo, la nutrición, las medicinas alternativas y otros puntos particulares que se vinculaban con la situación general, que podían ser el proceso de producción y distribución de los alimentos, las repercusiones de la crisis económica sobre el salario, sobre la alimentación y sobre el acceso a los servicios médicos, etcétera.

Esta labor resultaba muy enriquecedora y la educación popular en salud aportaba una forma de aproximación a la tarea que adquiriría su especificidad en el hecho de vincularse con mujeres de

sectores populares. El trabajo con ellas permite conjugar “tanto la posibilidad de lucha por la emancipación de la mujer, como su potencialidad de clase en contra del sistema” (CIDHAL, 1985: 2).

En términos generales, se pueden establecer las siguientes etapas en el trabajo educativo con los grupos (CIDHAL, 1989):

#### *Análisis de la práctica como punto de partida para llegar a la reflexión*

El primer paso debe consistir en compartir experiencias, para comenzar la definición de los aspectos sobre los que se ha de profundizar. Se trata de rastrear asuntos tales como cuáles son las diversas concepciones de salud que coexisten en un grupo, qué se hace por la propia salud, por la de los otros, etcétera.

#### *Reflexión y jerarquización de las temáticas*

A partir del conjunto de participaciones de las integrantes del grupo se toman decisiones respecto a las líneas sobre las que se profundizará. Así, se explorarán problemáticas de salud específicas, se dará más peso al tema de los factores que determinan las enfermedades, o se dirigirán los esfuerzos hacia otras áreas que sean de interés para el grupo, dándoles un orden de tratamiento especial.

#### *Análisis teórico*

Las reflexiones individuales se profundizan y contextualizan a través de la referencia a documentos, audiovisuales u otro tipo de materiales que permitan abordarlas en forma más teórica. En esta etapa, el método se aleja de posiciones dogmáticas de la educación popular que, particularmente los trabajos iniciales de Freire, consideran que los individuos por sí mismos poseen los conceptos necesarios para analizar su propia situación. En sus propias palabras: “No todo lo que se descubre en grupo tiene que salir de las mismas integrantes. La teoría no se ha ido construyendo para que los demás la ignoren sino para que se vaya comprobando y asimilando en el análisis y en la práctica” (CIDHAL, 1989: 10).

*Organización, sistematización del proceso de reflexión e integración de los contenidos y de la experiencia práctica a la vida cotidiana*

Al conjugar la reflexión y las opiniones colectivas se va enriqueciendo la experiencia. Se debe dejar testimonio del trabajo, tendiendo a que del método educativo surja un proceso de organización de las mujeres y de replanteo de la vida cotidiana, lo que puede incluir desde los cambios más simples en los hábitos alimenticios o de higiene personal y de la familia, hasta propuestas de transformación de las condiciones que se dan en la colonia y/o en un marco más general.

El trabajo con mujeres de colonias es muy difícil y exige mucha dedicación, así como permanencia en el lugar. Durante los primeros años se enfocaba la salud como un punto central, y aunque las mujeres se capacitaban en algunas técnicas concretas, no estaban en condiciones de afrontar los problemas serios. Esta actividad complementaba muy bien la atención en el consultorio y proveía de elementos para entender mejor la compleja problemática de la salud en el sector popular, pero en la práctica lo que más solicitaba la gente era la consulta médica.<sup>23</sup>

Esta situación llevó a que se delegase la formación de promotoras especialmente en el equipo de comunidad de CIDHAL, y a que desde 1982 se dedicase mayor número de horas a la consulta en el local del centro. Esta práctica permitió establecer una calidad especial de relación médica-paciente y una nueva forma de practicar la educación y de socializar el conocimiento.

En el contacto cotidiano con las mujeres que asisten a la consulta se va elaborando una nueva forma de comprender la salud y la enfermedad, que difiere notablemente de la concepción que se maneja cuando se habla en abstracto de hacer prevención, de reforzar la atención primaria o de resolver la falta de drenaje y agua potable. A un nivel tan discursivo y general, se pierde de vista al individuo concreto. En la consulta, la mujer habla mucho de cómo se enfrenta a la enfermedad en su vida y lo importante ha sido valorar ese relato, no considerarlo secundario y ubicarlo en una totalidad que es la integridad de la persona; no tomarlo como algo

<sup>23</sup> Guadalupe Mainero, entrevista personal.

que está fuera de ella, que le es ajeno y que, por consiguiente, hay que eliminar porque no le pertenece. La relación que se construye en la consulta se dirige a propiciar que la mujer asuma su enfermedad, a incorporarla como parte de sí misma, ofreciendo alternativas para que la resuelva de la mejor manera, y la ubique en la secuencia de momentos que constituyen su vida.<sup>24</sup>

La entrevista y la historia clínica se vuelven entonces más largas y adquieren otra calidad, otros objetivos; se elabora un estudio más profundo que parte, igual que en el primer momento, de una acción hacia el conocimiento del propio cuerpo, del autoexamen, del análisis conjunto de las molestias y/o de las secreciones, por ejemplo. Sin embargo, no se trata de ver la causa inmediata del padecimiento (como el mal uso de los anticonceptivos, la dieta desbalanceada, etc.) para dar el tratamiento y con eso concluir, sino que esta nueva concepción lleva a explorar en qué condiciones se presenta y se repite la molestia, qué modificaciones produce a la persona en su estado de ánimo, en su vida social, sexual, etc. Viendo cómo se reitera ese problema de salud, analizando las circunstancias emotivas, metabólicas, etc., en que aparece, se pueden ir integrando fragmentos de la vida de una mujer en un todo, y reconocer las necesidades que se expresan en un cuadro determinado.

Tal concepción surge de una idea más integral del ser humano y, por tanto, de la medicina, perspectiva que es recogida por diversos grupos latinoamericanos que trabajan sobre la salud de la mujer desde una posición feminista. El marco teórico y la experiencia práctica en salud de CIDHAL fueron presentados en el año 1983 durante el Segundo Encuentro Feminista Latinoamericano y del Caribe, en el que la institución asume la organización del taller "Patriarcado y salud", evento que permitió conocer algunas experiencias en salud de otros países. Pero debido a lo incipiente del trabajo en este campo, no se pudo sistematizar el conjunto de los aportes ni profundizar sobre el tema eje del taller (ISIS, 1984).

A fines de enero de 1982 se impartió el primer curso sobre parto psicoprofiláctico, otro de los elementos innovadores de la propuesta educativa en salud de CIDHAL, actividad que se vincula

<sup>24</sup> *Ibid.*

estrechamente al trabajo de atención de partos en las casas, que se venía realizando desde el año anterior. La demanda de atención domiciliaria es propia de aquellas mujeres que no tienen servicios de seguridad social, que por tradición han tenido a sus niños en sus domicilios y que piden se las asista en ese momento. El curso psicoprofiláctico, como etapa previa de preparación, permite a las mujeres conocer mejor qué va a pasar antes, durante y después del nacimiento de su hijo.<sup>25</sup> Este tipo de preparación normalmente tiene un alto costo y sólo la reciben mujeres de clase media o alta; CIDHAL, por el contrario, lo organiza para “mujeres embarazadas de los sectores populares; aquéllas que en general ni siquiera cuentan con control médico, seguro social, o cualquier atención prenatal de parte de instituciones”.<sup>26</sup>

La preparación difiere de la proporcionada tradicionalmente, que consiste en impartir cátedra sobre temas generales y tomar clases de ejercicios. La perspectiva feminista ligada a la metodología de educación popular provee otro acercamiento al tema: se trabaja en pequeños grupos (no más de cinco personas), y rescatando la reflexión feminista, se parte de lo cotidiano, de lo personal, de lo que significa en cada vida individual el embarazo, su propio proceso. No se informa sobre generalidades, sino que se ofrece la posibilidad de compartir, de prepararse y documentarse en función de las diversas necesidades. Los hombres tienen también su espacio para ir y discutir antes y después del parto sobre sus vivencias, su participación, etcétera.

En marzo de 1984, en medio de una ola de represión al movimiento popular del estado de Morelos, el gobernador Lauro Ortega (que ejercía el cargo desde 1982) ordena el cierre de CIDHAL lanzando una serie de acusaciones a la institución, ninguna de las cuales fue probada. El centro, sin embargo, permanece cerrado once días, durante los cuales se le practica una auditoría con el ánimo de intimidar a sus integrantes (*Fem*, 1984). El apoyo de organizaciones y partidos políticos, de mujeres independientes y

<sup>25</sup> Guadalupe Mainero, entrevista personal.

<sup>26</sup> “Invitación a inscribirse en el Curso sobre Parto Psicoprofiláctico”, Cuernavaca, *Correo del Sur*, 31 de enero, 1982.

de grupos, así como de algunos sectores de la prensa, es decisivo y culmina con la reapertura del centro.<sup>27</sup>

Los hechos del año 1984 tuvieron repercusiones en el trabajo de salud y en el de CIDHAL como un todo: "Tuvimos que iniciar un proceso de análisis de nuestro desarrollo, de nuestras relaciones políticas y sobre todo, nos llevó a tomar más conciencia de que éramos una institución y que debíamos redefinir y preservar nuestro trabajo institucional".<sup>28</sup>

En 1986, con la conclusión de los estudios de posgrado de la médica responsable del consultorio, la atención de salud que otorgaba CIDHAL pasó a ser homeopática, exclusivamente. La consulta está constituida en 80 o 90% por mujeres de colonias pobres o campesinas, que se acercan como consecuencia del trabajo realizado en poblaciones cercanas o por grupos que las derivan. La nueva concepción de salud en CIDHAL se difunde a través de la consulta a la que acuden las mujeres, sus hijos y, en algunas ocasiones, los esposos o compañeros que necesitan ser incorporados a esta perspectiva. Otra vía de difusión sigue siendo el trabajo en la comunidad y la asesoría a grupos de distintas partes del país que solicitan entrenamiento en aspectos generales y particulares sobre temas menos conocidos: cómo medir diafragmas, información sobre anticonceptivos riesgosos, etcétera.

Desde hace aproximadamente dos años se abrió también la consulta de acupuntura en la sede de CIDHAL y, algunos días, en la colonia Tejalpa. En esta última se creó una "Casa de la Mujer" en la que se imparten cursos sobre acupuntura y sobre temas de salud basados en la estructura que se ha mantenido siempre, de trabajo en pequeños grupos.

En opinión de Guadalupe Mainero, pionera del Área de Salud de CIDHAL,

Los grupos de mujeres se acercan a las terapias tradicionales, a la "medicina con raíces"; sin embargo, recién se está empezando. Otro

<sup>27</sup> En relación con la prensa, cabe señalar que aparecieron desplegados en periódicos nacionales y extranjeros, además de editoriales en *Excelsior*, *Uno más Uno* y *Fem*, entre otros. Así, Manuel Buendía escribió en su columna Red Privada: "A qué le tiene miedo Lauro Ortega. Otra de Ortega, el veterinario", *Excelsior*, 14-4-84.

<sup>28</sup> Guadalupe Mainero, entrevista personal.

tipo de gentes o de grupos acuden como una forma de resolver una necesidad, porque van a las comunidades y les dicen "cúreme". Entonces se deciden a tomar un breve cursillo de acupuntura para saber cómo se para la diarrea. Pero el concepto de estas medicinas como globalidad creo que no se ha incorporado (...) Por otra parte, en los grupos, aún en los integrados por mujeres que trabajan en salud, existe mucha culpabilidad por trabajar exclusivamente con mujeres. Se hace la aclaración: "pero no somos feministas" o "trabajamos salud de la mujer pero también con hombres". Es difícil ir cambiando esto, ir acabando con esta especie de terror.

Nosotras sí trabajamos la especificidad de la salud de la mujer desde el feminismo. No nos sirven las generalidades. Tratamos de enseñar a las mujeres a reconocer qué es lo que quieren: si nunca has entrado en contacto con tu necesidad, vas a demandar que te resuelvan todo desde afuera, como se pide a un papá que resuelva las cosas. Si entras en contacto con otra visión del proceso salud/enfermedad, tu demanda cambia, ya no será solamente técnica, del tipo: "tómenme placas, háganme estudios, resuélvánme mi vida". Si te tratan de forma más humana, pedirás algo más completo. Nuestra experiencia es más redonda: se arma a través del contacto con las mujeres en la consulta, pero también en lo colectivo con los grupos de las colonias, con las mujeres que trabajan sexualidad, salud, feminismo, en el país y también en otros lugares de Europa y América con los que tenemos contacto.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Associação de Pesquisas e Estudos sobre as Mulheres, "Mulher: saúde, moral, aborto", Río de Janeiro, 1982, mimeo.
- Aguilar Mora, M., "CIDHAL: clausura policiaca de un centro feminista en Cuernavaca", *Uno más Uno*, 7 de abril, 1984.
- Alames, *Taller Latinoamericano de Medicina Social. Documentos de trabajo*, Medellín, 1987.
- Ángel, J., *The Radical Therapist*, Nueva York, Harper and Row, 1971.
- Bates, J. y A. Winder, *Introduction to Health Education*, Palo Alto, California, Mansfield, 1984.
- Beier, C. *et al.*, "Health Behavior and Gain From Illness", en *European Monographs in Health Education Research*, núm. 2, Scottish Health Education Group, 1982, pp. 59-100.
- Berlinguer, G., *Donna e Salute*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1978.
- Bochetti, A., "¿A chi tocca pulire il mondo?", *Il Manifesto*, 23 de mayo, 1986.
- Boletín Taller Salud, *La salud del pueblo puertorriqueño comienza con la salud de sus mujeres*, San Juan, enero, 1981.

- Broverman, I.K. *et al.*, "Sex-Role Stereotypes in Clinical Judgements of Mental Health", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 1970.
- Brown, E.R. y G. Margo, "Health Education: Can the Reformers be Reformed?", *International Journal of Health Services*, 8 (1): 3-26, 1978.
- Brown, P., *Radical Psychology*, Nueva York, Norton, 1973.
- Bunch, Charlotte, *Going Public with Our Vision*, Denver, Antelope, 1983.
- Cardaci, Dora, *Educación para la salud: Evaluación histórica*, Santo Domingo, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, 1981.
- , *Atención primaria de salud y participación comunitaria en Centro América y Panamá*, Guatemala, Unicef, 1988.
- y L. Álvarez, *De cómo fuimos perdiendo nuestros cuerpos*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, 1980.
- Carrillo, Roxana, "Centros de mujeres, espacios de mujeres", en *Feminismo en América Latina. Balance y perspectivas*, Ediciones Isis Internacional de las Mujeres núm. 5, 1986.
- Centro de Estudios de la Mujer, *Mujer y salud. VI jornadas multidisciplinarias del CEM*, Buenos Aires, Centro de Estudios de la Mujer, 1985.
- Centro Flora Tristán, Mor. Manuela Ramos, CESIP, *Mujeres y salud*, Lima, 1987.
- CIDHAL, "La experiencia de CIDHAL", documento interno de discusión, Cuernavaca, 1985.
- , "Metodología de la educación popular feminista", abril de 1989, mimeo., Documento elaborado para el Taller para Promotores del Sector Rural.
- , *CIDHAL Noticias: Boletín informativo/Centro para Mujeres*, Cuernavaca, 1986-1989.
- Coalition for the Medical Rights of Women, *Second Opinion*, San Francisco, junio, 1981.
- Comitato Italiano per L'Educazione Sanitaria, Istituto Italiano de Medicina Sociale, *Educazione Sanitaria e Politica per la Salute: Atti della 2a. Conferenza Italiana di Educazione Sanitaria*, Perugia, 1976.
- Comité de Expertos de OMS, *Educación higiénica del público: primer informe*, Washington, Publicación Científica, núm. 80, 1963.
- Comité Regional de Promoción de la Salud Comunitaria, "Las mujeres queremos en Centroamérica", ponencia presentada en el V Encuentro Salud y Mujer, Costa Rica, 1987.
- Consejo Nacional de Población, *Proyecto de Plan de Acción para la Integración de la Mujer al Desarrollo*, México, UNFPA/CONAPO/PRONAM, 1982.
- Chen, T. y G. Cernada, "Community Health Education Literature from the Seventies: A Field Practitioner Survey", *International Quarterly of Community Health Education*, parte I, 4 (4): 367-389, 1983-1984.
- Chesler, *Women and Madness*, Nueva York, Routledge, 1972.
- Direzione del Pci, "Donna, maternità e salute", *Quaderni Ambiente e Sanità*, núm. 3, Roma, octubre, 1980.
- Dawn/Mudar, *Mudar Informa*, Río de Janeiro, octubre-diciembre, 1987.

- De Barbieri, T., *Movimientos feministas*, México, UNAM, Coordinación de Humanidades, 1986.
- Eichenbaum, L. y S. Orbach, *Between Women: Love, Envy and Competition in Women's Friendship*, Nueva York, Penguin Books, 1988.
- , *Understanding Women: A Feminist Psychoanalytic Approach*, Nueva York, Basic Books, 1983.
- Fem, “La represión a las mujeres hoy en CIDHAL”, abril de 1984, pp. 51-54.
- Fisher, D.W., “Adult Education Theory Necessary in Health Education Practice”, *International Journal of Health Education*, núm. 20, 1976, pp. 129-135.
- Freudenberg, N., “Shaping the Future of Health Education: From Behavior Change to Social Change”, *Health Education Monographs*, 6 (4): 372-377, 1978.
- , “Training Health Educators for Social Change”, *International Quarterly of Community Health Education*, 5 (1): 37-52, 1984-1985.
- Gerber, L., *Married to Their Careers: Career and Family Dilemmas in Doctor's Lives*, Londres, Tavistock Publications, 1983.
- Green, L. et al., “Guidelines for Health Education in Maternal and Child Health”, *International Journal of Health Education*, julio-septiembre, 1978, pp. 1-12.
- Hindson, P., “International Health Education in Perspective”, *International Quarterly of Community Health Education*, 4 (4): 285-292, 1983-1984.
- Hochbaum, G., “Measuring the Effectiveness of Health Education”, *International Journal of Health Education*, núm. 14, 1971-1972, pp. 56-60.
- ISIS Internacional, *II Encuentro Feminista Latinoamericano y del Caribe*, Santiago de Chile, Ediciones de las Mujeres, núm. 1, marzo, 1984.
- , *Feminismo en América Latina. Balance y perspectivas*, Santiago de Chile, Ediciones de las Mujeres, núm. 5, 1986.
- , *Crecer juntos. Mujeres, feminismo y educación popular*, Santiago de Chile, Ediciones de las Mujeres, núm. 8, 1987.
- Le Comite National D'Action Sur le Statut de la Femme, “What's NAC?”, Toronto, 1982, mimeo.
- Labra, E. (org.), *Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil*, Río de Janeiro, Vozes-Abrasco, Río de Janeiro, 1989.
- Lamas, M., “La antropología feminista y la categoría género”, *Nueva Antropología*, núm. 30, 1986, pp. 173-198.
- , “IV Encuentro Nacional Feminista. Movimiento social, identidad y acción colectiva”, *La Jornada*, 4 de septiembre, 1989.
- Lewin, E. y V. Olesen (eds.), *Women, Health and Healing. Toward a New Perspective*, Londres, Tavistock Publications, 1985.
- Mandukian, F., *Il consultorio difficile. Essame di un'esperienza e guida per la realizzazione di un nuovo servizio sociale*, Bari, De Donato, 1980.
- Mc Donnell, K., *Adverse Effects: Women and the Pharmaceutical Industry*, Malasia, IOCU, 1986.

- Menéndez, E., "Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina", *Nueva Antropología*, núm. 28, 1985, pp. 11-27.
- , *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y auto-atención (gestión) en salud*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Cuadernos de la Casa Chata, núm. 86, 1984.
- OMS, *Plan de acción para aplicar la Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000*, Serie "Salud para Todos", núm. 7, Ginebra, 1982.
- ONU, Conferencia Mundial para el examen y la evaluación de los logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, *Igualdad, desarrollo y paz*, Nairobi, Kenya, 15-26 julio de 1985.
- OPS/OMS, *Mandato de cambio: la mujer, la salud y el desarrollo en las Américas*, Washington, 1985.
- OPS-CIESU, *Ciencias sociales y salud en la América Latina: tendencias y perspectivas*, Montevideo, 1986.
- OPS, Health Education Unit, *Annotated Bibliography in Health Promotion, Education and Community Participation*, Washington, PNSP/87, 22 de abril, 1987.
- Orbach, S., *Fat Is a Feminist Issue*, Nueva York, Berkeley Books, 1979.
- , *Fat Is a Feminist Issue II*, Nueva York, Berkeley Books, 1987.
- Piccini, Mabel, "El feminismo y América Latina", ponencia presentada en el Segundo Simposio de Estudios e Investigación sobre la Mujer en México, Baja California, abril, 1982.
- Pronamusa, *La Salud de la Mujer Mexicana: Memorias*, México, 1984.
- Promoción al Desarrollo Popular, "Las Mujeres y la salud popular", ponencia presentada en el Primer Simposio de Estudios e Investigación sobre la Mujer en México, abril, 1981.
- Rapold, D., "Movilización femenina y toma de conciencia", ponencia presentada en el Tercer Simposio de Estudios e Investigación sobre la Mujer en México, Guanajuato, abril, 1983.
- Rodríguez, M.I., "Tendencias de la educación médica en América Latina en los últimos quince años", ponencia presentada en el seminario "La profesión médica en México", Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 21 de junio, 1989.
- Roper, A., *Woman to Woman. A Health Care Handbook and Directory for Women*, Dublín, Dublin Attic Press, 1986.
- Rossanda, R., "Stasera non lasciate la città", *Il Manifesto*, 24 de mayo, 1986.
- , "Care amiche, di che parliamo?" *Il Manifesto*, 3 de junio, 1986.
- Ruzek, S. y J. Hill, "Promoting Women's Health: Redefining the Knowledge Base and Strategies for Change", *Health Promotion*, 1 (3): 301-311, 1986.
- Sandoval Marcondes, R. y N. Martins Ferreira, "From Hygiene to Public Health Education", *International Quarterly of Community Health Education*, 4 (2): 138-143, 1983.

- Seppelli, A., "Per una cultura della salute", *Rev. Educazione Sanitaria e Promozione della Salute*, 11 (1): 3-5, 1988.
- Tuckett, D. et al., *Meetings Between Experts. An Approach to Sharing Ideas in Medical Consultations*, Londres, Tavistock Publications, 1985.
- UIES, *Actas de la Primera Conferencia Interamericana de Educación para la Salud*, Ottawa, ORNA/UIES, 1982.
- Unicef, *Programa de Educación de la Mujer y Supervivencia Infantil en El Salvador*, Guatemala, junio de 1987.
- Urrutia, Elena, "El CIDHAL de Cuernavaca analiza la situación de una ayuda real a la mujer", *Uno más Uno*, 9 de julio, 1980.
- Videla, G., *Sergio Méndez Arceo. Un señor obispo*, México, Nuevo Mar, 1984.
- Viezzler, M., "Educación popular y movimiento de mujeres", en *Creecer juntas. Mujeres, feminismo y educación popular*, Ediciones Isis Internacional, núm. 8, 1987.
- Villar, J., *La mujer en la salud y el desarrollo. Algunos problemas de salud de la mujer en el tercer mundo*, Washington, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1982, pp. 327-340.
- Wenzel, E., "Lifestyles and Living Conditions and Their Impact on Health. A Report of the Meeting", en *European Monographs in Health Education Research*, núm. 5, Escocia, 1983, pp. 1-18.



# CRIMEN Y CASTIGO: EL ABORTO EN LA ARGENTINA

Ana Isabel González<sup>1</sup>

## INTRODUCCIÓN

La interrupción voluntaria del embarazo<sup>2</sup> es uno de los temas ineludibles en el debate alrededor de los derechos reproductivos en casi toda América Latina, ya que genera una de las controversias más fuertes por sus implicancias morales, emocionales, ideológicas, políticas, sociales y jurídicas, pero sobre todo porque pone en la arena de la polémica el derecho de las mujeres a decidir sobre su sexualidad y su capacidad reproductiva.<sup>3</sup> En el caso de Argentina, las altas tasas de mortalidad materna producto de los abortos sépticos realizados en la clandestinidad, ponen en evidencia con

<sup>1</sup> Antropóloga Social, investigadora y docente de la Universidad Nacional de Buenos Aires.

Una versión preliminar de este trabajo fue presentada como ponencia en la sesión "Políticas Públicas y Mujeres", del XIII Congreso Internacional de Ciencias Antropológicas y Etnológicas, que tuvo lugar en la ciudad de México en agosto de 1993. La mesa fue organizada por Mercedes Barquet y Elena Urrutia, del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer.

<sup>2</sup> Si bien a los hospitales llegan mujeres con abortos espontáneos, aquí nos vamos a referir básicamente a los abortos inducidos o provocados. Como la mayoría de ellos son médicamente catalogados como abortos sépticos o infectados, vamos a utilizar cualquiera de estos términos: aborto inducido, provocado o séptico.

<sup>3</sup> Una idea cabal de la preocupación por el tema del aborto entre las investigadoras latinoamericanas nos la da la cantidad de proyectos referidos al aborto que fueron presentados al concurso "Pesquisa sobre Direitos Reprodutivos" (PRODIR), convocado por la Fundación Carlos Chagas de Brasil, en 1991. De los 66 proyectos brasileños, ocho eran sobre aborto, así como la mitad de los proyectos ecuatorianos. El tema estuvo presente en los proyectos de casi todos los países restantes, incluidos la Argentina y México, con dos proyectos sobre aborto cada uno (Azeredo *et al.*, 1991).

total crudeza la distancia que todavía falta por recorrer entre la discusión alcanzada respecto de la definición de los derechos reproductivos y la práctica.<sup>4</sup>

Más allá del peso de las cifras estadísticas y las discusiones teóricas, nuestro trabajo etnográfico, realizado en un hospital público de la Capital Federal, nos devela un aspecto poco investigado: el mal trato y la violación a la dignidad humana que sufren las mujeres que llegan al hospital público con un aborto séptico. La constante repetición de escenas en el hospital, donde una mujer con fuertes dolores y hemorragias es presionada por un grupo de profesionales para que "confiese" el procedimiento al que recurrió para interrumpir su embarazo, a menudo ante la mirada de un agente de policía, y su cerrada negativa a admitir una acción intencional, nos llevó a indagar sobre las relaciones sociales, políticas e ideológicas que se ponen en juego entre los actores sociales involucrados en la atención del aborto inducido.

Desde un principio intuimos que tales comportamientos sociales sólo podían ser analizados a partir de una compleja constelación de variables. Por otro lado, previmos que nuestra tarea no iba a ser sencilla, ya que no encontramos trabajos en nuestro país que trataran el tema a este nivel de las relaciones médico/paciente y de las representaciones sociales e ideológicas de los agentes que atienden estas situaciones en las instituciones de salud.

En los últimos tiempos se ha incrementado la investigación alrededor del aborto. Sin embargo, sigue dominando el abordaje epidemiológico (Calandra, 1973; David, 1983; Gaslonde, 1986; Gómez, 1990; Barbato, 1990), de enorme utilidad para hacer "visible" el tema del aborto en tanto "problema de salud pública", silenciado durante mucho tiempo. Por lo que respecta al feminismo, gran parte de la literatura sobre este tema ha estado dirigida

<sup>4</sup> Una investigación realizada por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (Ministerio de Salud y Acción Social, 1989), presenta como tasa oficial de mortalidad materna para 1985 la cifra 55 por cada 100 mil nacidos vivos. De acuerdo con esta fuente, la mortalidad materna es la quinta causa de muerte para las mujeres de entre 15 y 49 años de edad. La tasa aumenta a 79 por cada 100 mil nacidos vivos cuando se le agregan los casos de subregistro comprobado. El aborto es la primera causa de muerte materna, con 35% de las defunciones.

a discutir las implicancias del aborto en la salud reproductiva de las mujeres. La despenalización o la legalización del mismo, según sea la estrategia adoptada, ha sido uno de los “caballitos de batalla” de la política feminista. En este sentido, muchos de los trabajos han indagado sobre los aspectos éticos y jurídicos involucrados (Católicas por el Derecho a Decidir, 1989; Barranco, 1991; Bartra, 1992; Lamas, 1992; Comisión por el Derecho al Aborto, Argentina, 1988-1992). En Argentina, algunos trabajos de corte sociológico han indagado con mayor profundidad las variables sociales que caracterizan a la población que recurre al aborto, los comportamientos reproductivos de la misma y la utilización de distintos recursos de salud para interrumpir la gestación, en diversos sectores sociales. En general, son los comportamientos de los sectores populares los más estudiados (Llovet y Ramos, 1988; Viladrich, 1990; Aztarayn *et al.*, 1991).

Desde nuestra perspectiva analítica, la opción por el aborto cuestiona de manera contradictoria y trágica el mandato social de la maternidad, movilizandando las concepciones ideológicas que se tienen sobre la maternidad, la sexualidad y la moral sexual femenina. En este sentido, las relaciones de subordinación genérica no pueden estar ausentes del análisis del tema que nos compete. A esto se agrega que las condiciones en las cuales se realiza el aborto y sus consecuencias para la salud de las mujeres, varían según los sectores sociales, lo que supone introducir este aspecto como variable en el análisis. Ambos elementos —la problemática del género y la clase social— son centrales para entender las representaciones ideológicas de los prestadores de servicios involucrados en la atención del aborto inducido en las instituciones públicas de salud.

Consideramos además que es fundamental contextualizar social y jurídicamente estas relaciones, ya que el aborto pone en evidencia las fuerzas sociales y políticas que disputan el control de la capacidad reproductiva de las mujeres y el derecho legítimo para decidir respecto a la “moral sexual”, uno de los pilares del ordenamiento jerárquico imperante en nuestra sociedad. Desde diferentes relaciones de fuerza y poder, son múltiples los discursos ideológicos que compiten en la sociedad por el derecho a definir la naturaleza del aborto y la actitud ante el mismo: la Iglesia, la Ley,

el Estado, las instituciones de salud, los movimientos de mujeres, entre otros. Estos discursos subyacen de diferentes maneras a las actitudes que los agentes de salud adoptan a la hora de atender a las mujeres que han decidido interrumpir su embarazo.

Desde nuestro punto de vista, una descripción de lo que sucede dentro de las instituciones de salud cuando llega una mujer con un aborto en curso es un emergente que pone de manifiesto mecanismos sociales que podrían ser calificados de "perversos". Los calificamos de esa manera porque ponen en evidencia la existencia en nuestro país de una verdadera "cultura del aborto" y un mercado clandestino del mismo, en un contexto de silencio de la sociedad, mientras miles de mujeres mueren al año al recurrir al aborto como método de regulación de su fertilidad, acorraladas por la falta de condiciones para criar a sus hijos y la dificultad para acceder a una contracepción adecuada, producto de políticas pasadas y presentes que la desalientan.

### METODOLOGÍA

Este artículo es parte de una investigación más amplia sobre la reproducción de las desigualdades de género y clase en la atención obstétrica institucional. Si bien el tema central es la construcción social de la atención del embarazo, parto y puerperio, la problemática de la atención del aborto se manifestó como ineludible, dada su recurrencia en nuestra tarea de observación en las salas de partos e internación obstétrica y ginecológica. Este hecho puso en evidencia lo inadecuado de abordar la comprensión del proceso de atención obstétrica dejando de lado la manera en que es tratada la anticoncepción y la interrupción del embarazo.

Nuestra forma de acercarnos al problema reveló que existe una concepción médica fragmentada respecto a la salud reproductiva de las mujeres que se atienden en estos servicios. También nos da algunas pistas, como analizaremos más adelante, para entender por qué, mujeres que tienen una relación fluida con las instituciones de salud, donde ellas atienden sus partos y la salud de sus hijos, con suma frecuencia se encuentran ante la alternativa de inducirse un aborto.

Por todas estas razones hicimos un alto en el camino para sistematizar el material sobre aborto, recabado a lo largo de casi seis meses de observación en sala de partos y de internación en un hospital del sistema público de salud de la Capital Federal. Para completar nuestro trabajo realizamos entrevistas estructuradas a médicos y obstétricas del Servicio de Ginecología y Obstetricia.<sup>5</sup>

Otra fuente invaluable de información fue el trabajo desarrollado durante seis años en la formación de obstétricas profesionales, en la Facultad de Medicina.<sup>6</sup> A través de la discusión de su práctica profesional, ellas oficiaron de "informantes claves", permitiéndonos tener un panorama de conjunto de lo que sucede en diversos hospitales de la Capital y el Gran Buenos Aires<sup>7</sup> con respecto a la atención del aborto. Esta fuente adicional de información corrobora que lo observado en nuestro trabajo de campo no difiere en lo sustancial de lo que ocurre en otros hospitales.

El hecho de que nuestro estudio haya sido realizado en un hospital del sistema de salud pública recorta nuestro universo social, ya que la población que se atiende en el sector público es la de menores recursos.<sup>8</sup>

<sup>5</sup> Respecto del trabajo de observación y entrevistas, deseo destacar la valiosa colaboración de mis ayudantes de cátedra en la materia "Antropología Aplicada a la Obstetricia", las obstétricas Gilda Nuñez y Laura Lamas.

<sup>6</sup> Durante seis años he impartido un seminario-taller obligatorio en la carrera de obstetricia en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, correspondiente a la materia "Antropología Aplicada a la Obstetricia". Las alumnas que asisten al mismo tienen tres años de práctica hospitalaria. El conjunto de las alumnas están distribuidas entre los hospitales de la Capital Federal y los municipios que componen el Gran Buenos Aires.

<sup>7</sup> "Gran Buenos Aires" se le llama a los 19 municipios que rodean la Capital Federal. Es la zona de mayor densidad demográfica de la provincia de Buenos Aires, donde se concentran las barriadas populares.

<sup>8</sup> En Argentina, el sistema de salud está dividido en tres sectores: público, de obras sociales y privado. El primero presta servicio a toda la población que así lo requiera. El sector de obras sociales es un sistema de acceso restringido a los derechohabientes de las mismas, es decir, la población asegurada a partir de su empleo. El sector privado opera a través del mercado de oferta y demanda de servicios médicos y la capacidad adquisitiva de los individuos. Los servicios del sector público han sido recientemente arancelados, pero en caso de extrema pobreza el arancel es exceptuado. A pesar de que hay algunos indicios de que sectores medios pauperizados o que han perdido sus obras sociales han comenzado a hacer uso del

Apelamos a la descripción etnográfica como método de investigación y de exposición de los datos porque nos permite describir con minuciosidad la lógica y la dinámica de la relación de la institución de salud y sus agentes, con las mujeres que concurren a ella con un aborto en curso. Este abordaje nos facilita una visión sobre lo que sucede en la cotidianidad de los servicios de salud, sin perder la experiencia del sufrimiento en la concepción más fría. A su vez, esta aproximación nos permite dar cuenta de los significados de las acciones de los actores sociales en contextos institucionales determinados.

#### COMPORTAMIENTOS REPRODUCTIVOS, POLÍTICAS POBLACIONALES Y ANTICONCEPCIÓN

### **Comportamientos reproductivos en Argentina**

Para analizar la problemática del aborto es necesario ubicarla en el marco histórico de los comportamientos reproductivos de la población y de las políticas estatales sobre este tema. La relación entre estos dos aspectos ha conllevado una paradoja: por un lado, la orientación histórica de las dirigencias políticas, que como lo expresa Susana Torrado “quedó anclada en el dogma decimonónico de que ‘gobernar es poblar’” (Torrado, 1993); y por otro, los comportamientos reproductivos efectivos de la población, que de manera progresiva adoptó la regulación de la fecundidad y un modelo de familia pequeña, a pesar de las fuertes presiones en dirección contraria.

Todos los autores coinciden en señalar que en Argentina la “transición demográfica” se produjo de manera temprana respecto del resto de América Latina, pues tuvo lugar entre 1880 y 1910. Con altos y bajos en distintas coyunturas históricas, la tasa global de fecundidad se estabilizó en 2.93 hijos por mujer para todo el país en 1960 (Ramos *et al.*, 1993). Sin embargo, existen diferencias importantes por región y por sector social. Por ejemplo, para

---

sector público, éste sigue siendo el recurso de salud de los sectores más pobres de la población.

1980 la tasa global de fecundidad para Capital Federal era de 1.9 hijos, mientras que para la región nordeste del país ascendía a 4.6 hijos. Por su parte, la fecundidad de los estratos sociales altos y medios gira alrededor de 2.41 y 2.95 hijos, mientras entre los estratos bajos el rango va de 3.36 a 4.98 hijos, según el sector social, siendo los obreros no calificados los que presentan una tasa más alta.

Varios autores vinculan estas tasas diferenciales con las características en la conformación poblacional de la Argentina, y la manera en que han impactado e impactan las políticas estatales sobre los distintos sectores sociales.<sup>9</sup>

### **Políticas poblacionales**

La orientación de los gobiernos argentinos, independientemente de su signo político, ha sido pronatalista, fundándose en términos históricos en la escasa relación población/territorio y en criterios de índole geopolítica.

Dos han sido los medios para promover el crecimiento de la población en las últimas décadas, con posterioridad a las políticas inmigratorias del siglo pasado y principio de éste.<sup>10</sup> Uno fue la protección social y legal de la maternidad, y el otro, la restricción del acceso a los métodos anticonceptivos.

Para lograr la protección de la maternidad se recurrió a la Ley de Contrato de Trabajo y a las políticas salariales. Los mecanismos utilizados fueron las licencias ordinarias por maternidad de 90 días, las licencias extraordinarias, los periodos de excedencia, la protección de la lactancia, la estabilidad en el empleo de las mujeres embarazadas, la prohibición de que las mujeres hagan trabajos insalubres que afecten su capacidad reproductiva, etc. A nivel salarial, la maternidad se estimuló por medio del pago del

<sup>9</sup> Sin entrar en excesivos detalles, la transición demográfica habría tenido lugar principalmente entre los sectores urbanos de origen europeo, y en mucho menor medida y con posterioridad, entre los sectores criollos de origen rural (Torrado, 1993).

<sup>10</sup> Desde el siglo pasado y principios de éste, el proyecto de las clases dirigentes fue poblar el país con inmigrantes. En 1914, 50% de la población en Buenos Aires y 30% de la población total del país era extranjera (Ramos *et al.*, 1993).

salario prenatal, las bonificaciones por hijo, por nacimiento, por familia numerosa a partir del tercer hijo, y los subsidios a madres con más de siete hijos.<sup>11</sup>

### **Políticas y prácticas anticonceptivas**

Las políticas sanitarias sobre anticoncepción regulan el marco jurídico y las relaciones entre los diversos agentes sociales que intervienen en lo que algunos autores llaman la “cultura anticonceptiva”, a saber: los medios de comunicación de masas, el sistema educativo, las iglesias, los agentes e instituciones de salud (Balán y Ramos, 1989). Estas políticas favorecen u obstaculizan la instauración de comportamientos de control de la fecundidad por métodos modernos. En nuestro país destaca la Iglesia católica como un factor de poder que presiona constantemente en la orientación de las políticas de salud y educativa referidas a la anticoncepción y en cualquier legislación que esté vinculada con los derechos reproductivos.

Regímenes políticos diferentes establecieron restricciones legales a la anticoncepción. En 1974, el gobierno electo de Isabel Perón promulgó el decreto 659, por el cual se disponía la prohibición de actividades destinadas al control de la natalidad, a través del control de la comercialización de anticonceptivos, cuya venta sólo se podía realizar con receta triplicada y archivable, el cierre de los consultorios de planificación familiar en los hospitales públicos y la realización de una campaña intensiva de educación sanitaria que destacase los riesgos de las prácticas anticonceptivas.

Posteriormente, el gobierno militar, siguiendo los lineamientos de la Comisión Nacional de Política Demográfica, reafirmó la eliminación de “las actividades que promuevan el control de la natalidad”, a través del decreto 3 938 de 1977. El fundamento

<sup>11</sup> Esta legislación, según algunos autores, encareció la fuerza de trabajo argentina, e incentivó el trabajo “en negro” o trabajo informal. Por otro lado, algunos grupos feministas la criticaron planteando que, al ser paternalista con la mujer, sentó las bases para su discriminación en el plano laboral. En la actualidad, con el aumento del desempleo y los planes de ajuste, esta legislación corre serios peligros en su aplicación y su propia existencia está cuestionada por los proyectos de flexibilización laboral que son estudiados en el parlamento.

ideológico esgrimido era “fortalecer la familia”, elemento que el régimen consideraba de vital significación para “la reconstrucción moral de la sociedad argentina”, tarea que los militares se arrogaban (Balán y Ramos, 1989).

Si bien no todas las propuestas se pusieron en práctica,<sup>12</sup> se cerraron los consultorios de planificación familiar en los hospitales públicos y se suspendieron todas las actividades relacionadas con la planificación familiar. Es interesante señalar que hasta ese momento en los hospitales públicos sólo se proveía información y métodos anticonceptivos a las mujeres que tuvieran por lo menos tres hijos.

Estas medidas contribuyeron a crear un clima político-ideológico adverso a la anticoncepción y marcaron una fuerte diferenciación en el acceso a la anticoncepción por sectores sociales, ya que las mismas no afectaron la atención privada.<sup>13</sup> Recién en 1986, casi tres años después de instalado el gobierno democrático, se derogaron esos decretos y se estableció de una manera muy general que el Ministerio de Salud y Acción Social, a través de las Secretarías de Salud y Desarrollo Humano y Familia, debía promover acciones “tendientes a mejorar la salud de la madre y el niño...”, para lo cual se estipulaban “tareas de difusión y asesoramiento necesarias para que el derecho a decidir acerca de su reproducción pueda ser ejercitado por la población con creciente libertad y responsabilidad” (Balán y Ramos, 1989).

Si bien la situación legal fue modificada en el sentido de destrabar los obstáculos para el funcionamiento de programas de anticoncepción, en la actualidad las prestaciones no se garantizan en todas las instituciones del sistema público de salud, ya que no existe ninguna reglamentación que obligue a proveerlas. La existencia de servicios de anticoncepción en las instituciones públicas de

<sup>12</sup> En realidad el requisito de receta triplicada y archivable de los anticonceptivos nunca se cumplió en la práctica.

<sup>13</sup> Las entrevistas a médicos de servicios de ginecología y obstetricia de instituciones privadas reafirmaron que en estas instituciones las actividades de anticoncepción continuaron en todo momento, independientemente de la legislación. Cf. “Instituciones y comportamientos reproductivos de familias de sectores medios urbanos”, informe de investigación presentado por Estela Grassi a la Fundación Carlos Chagas en 1992.

salud depende entonces de la orientación ideológica de las autoridades sanitarias municipales e incluso de los jefes de Servicios de Ginecología y Obstetricia.<sup>14</sup>

También es necesario destacar que en nuestro país la Ley de Ejercicio Profesional de la Medicina prohíbe practicar toda operación que provoque esterilidad o afecte el aparato reproductivo, con lo cual la "ligadura de trompas" o salpingoclasia y la vasectomía quedan excluidas del repertorio anticonceptivo en el hospital público.

Aunque la legislación autoriza a realizar la ligadura de trompas cuando la vida de la mujer corre riesgos, los médicos en el hospital público no se arriesgan a realizarla aunque la mujer que la demande tenga más de seis cesáreas, ya que se sienten expuestos a un gran control y posibles sanciones. En el sector privado, en cambio, la salpingoclasia se realiza habitualmente. Este panorama muestra claramente cómo las políticas estatales y la legislación impactan de manera diferencial la práctica médica anticonceptiva según el sector social del que se trate.

#### LAS INSTITUCIONES DE SALUD Y LA SALUD REPRODUCTIVA

Un estudio realizado por investigadores del Centro de Estudios de Sociedad y Estado (Cedes) encuentra que existe una gran precariedad y confusión en la población de bajos recursos respecto del uso de los anticonceptivos. Los autores señalan que a pesar de que la vida cotidiana de nuestra sociedad está fuertemente medicalizada, y que aun cuando en los sectores populares la relación con los servicios de salud institucionales es rutinaria, los profesionales de

<sup>14</sup> En 1991, el bloque del Partido Justicialista de la Cámara de Diputados de la Provincia de La Pampa presentó un proyecto de ley para que se garantizara la provisión de servicios de anticoncepción en las instituciones públicas de salud. El proyecto fue fuertemente resistido por diversos sectores encabezados por la Iglesia católica. Finalmente fue archivado y no se promulgó.

En el hospital donde realizamos el trabajo de campo, el jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia no autoriza la colocación del dispositivo intrauterino por razones religiosas. En cambio sí lo promueve el Jefe de Área Programática, del cual dependen los Centros de Salud Periféricos.

la salud no juegan un papel que favorezca el acceso a la anticoncepción moderna en este sector de la población (Balán y Ramos, 1989).

Indudablemente, esta situación se vincula con la orientación del sistema de salud con respecto a la reproducción, producto de las políticas oficiales en esta materia. Las mismas crean un clima poco propicio para que los profesionales médicos asuman una actitud activa en relación con la anticoncepción, y tienen un efecto diferenciador según sectores sociales en el acceso a la planificación familiar. A estos se agregan otros aspectos que consideramos fundamentales para entender el papel de las instituciones y sus agentes en la preservación de la salud reproductiva de la población femenina de bajos recursos.

Por un lado, debido a la forma en que está estructurada la oferta de servicios anticonceptivos en el hospital público, se obstaculiza el acceso a una anticoncepción eficiente a la población que hace uso de ellos. Estos servicios no existen en todos los hospitales y centros de salud. Su déficit se nota especialmente en el Gran Buenos Aires, que es donde se concentra la población de menores recursos. Cuando aquéllos existen, muchas veces tienen condiciones precarias y no se coordinan con otros servicios médicos que atienden a mujeres en edad fértil. El acceso es engorroso por el tiempo que demanda conseguir los turnos y realizar los análisis, a lo que se suma "la persistente falta de insumos (DIU, anovulatorios, preservativos), la carencia de recursos del equipo de salud y la ausencia de propuestas realistas y factibles" (Departamento de Salud Familiar, 1993).<sup>15</sup>

Por otro lado, las representaciones y modelos ideológicos que manejan los agentes de salud referidos a la población que atienden, también juegan un papel importante en desalentar el acceso de la población a una anticoncepción médica. En este sentido es necesario señalar que las relaciones técnicas que se establecen en el proceso de atención de la salud, implican relaciones sociales y representaciones ideológico-culturales de los actores.

<sup>15</sup> Es necesario señalar que las autoridades sanitarias de la municipalidad de la ciudad de Buenos Aires se han destacado por demostrar una mayor preocupación por estos problemas que otras instituciones. Sin embargo, el Programa de Procreación Responsable se instaló recién en 1988 en cuatro de los 21 hospitales de su dependencia (Vitale, 1992).

### **La anticoncepción en el proceso de atención obstétrica**

Un aspecto central en el proceso de atención obstétrico-ginecológica es su carácter fragmentado. La fragmentación puede ser analizada en diversos niveles. Uno de ellos, es la forma como están organizados los servicios, que de alguna manera expresa la concepción médica sobre salud/enfermedad y la profundización de los procesos de división del trabajo propios del capitalismo, que resultan en la ultraespecialización de la atención de la salud. En este sentido, un embarazo de menos de tres meses es concebido como “una instancia ginecológica” y si se presenta alguna complicación, es atendida por el consultorio de ginecología; un embarazo de mayor tiempo es atendido por el consultorio de obstetricia.

Con posterioridad al parto a la mujer se le atiende en el consultorio de puerperio<sup>16</sup> y para indicarle un método anticonceptivo se le envía al consultorio de procreación responsable. En cada uno de estos consultorios las mujeres son atendidas por profesionales diferentes en los aspectos específicos.<sup>17</sup>

En el hospital público, por esta forma de organización de la atención, “la responsabilidad médica” de las pacientes cambia constantemente de un profesional a otro, sin que ninguno llegue a tener realmente una visión de conjunto sobre la situación de las mujeres.<sup>18</sup>

Por lo que respecta a nuestro problema de análisis, hemos encontrado que esta concepción fragmentada del individuo en la atención, se potencia con las representaciones ideológicas de los profesionales, referidas a la sexualidad y la anticoncepción, dando como resultado una dificultad para comprender la salud reproduc-

<sup>16</sup> Es necesario aclarar que en el caso de las mujeres que utilizan el hospital público, es muy baja la concurrencia de pacientes que acuden para controlar médicamente el puerperio.

<sup>17</sup> El problema se hace más complejo si la mujer padece alguna enfermedad durante el embarazo, porque entonces las jurisdicciones médicas se oscurecen: ¿se está atendiendo un ataque de asma o un embarazo?, ¿“de quién es” finalmente la paciente? Este tipo de conflictos son cotidianos en el hospital.

<sup>18</sup> Muchas veces los mismos profesionales perciben las limitaciones y complicaciones de este sistema de atención.

tiva como algo integral, que incluye la anticoncepción como parte de la consulta médica de mujeres en edad fértil.

Podemos ilustrar estas afirmaciones con observaciones realizadas en los consultorios de hipertensión del embarazo y del puerperio de los hospitales. En un caso, una mujer de 40 años a la que se le ha muerto su bebé por parto prematuro, producto de la hipertensión que padece, sigue concurrendo durante varios meses al consultorio de "hipertensión del embarazo" para controlar su enfermedad, sin que se le pregunte si está controlando su fertilidad. Se atiende "una hipertensión" pero no se prevén los efectos que tendría un nuevo embarazo, de modo que ese problema queda fuera de la consulta por hipertensión. Se tratan afecciones que se agudizan con un nuevo embarazo, pero la orientación curativa deja de lado la prevención.

En otro caso, una mujer de 18 años con su segundo parto y que está amamantando, le dice al obstetra del consultorio de puerperio que ella desea colocarse el DIU, a lo que él le responde: "Cuando se te regularice el ciclo vení para que te envíe a Procreación Responsable para que te hagan los análisis".<sup>19</sup> Ante otra demanda de anticonceptivos en el mismo tipo de consultorio, pero en otro hospital, el médico de turno le contesta a la mujer: "Decile a tu marido que no te toque porque yo te he mandado hacer estos análisis. Cuando tenga los resultados te enviaré a Procreación Responsable".

Sabemos que estas respuestas significan que pueden pasar más de dos o tres meses hasta que se realicen los análisis y se obtenga la consulta con Procreación Responsable,<sup>20</sup> con lo cual en ambos casos existen serios riesgos de embarazo.

La concepción biológica y curativa que sostienen los médicos explica en parte estas orientaciones que ignoran los aspectos psicológicos y sociales que rodean el ejercicio de la sexualidad. Por otro lado, la falta de formación médica en lo que se refiere a la se-

<sup>19</sup> Se sabe que muchas veces, cuando se está amamantando, el ciclo menstrual es irregular, pero el riesgo de embarazo está presente.

<sup>20</sup> Los consultorios de Procreación Responsable son los encargados de prescribir los anticonceptivos. Son consultorios separados de los de obstetricia y ginecología y suelen estar en lugares muy alejados de estos últimos.

xualidad y los propios modelos ideológicos que operan en la atención, hacen que el profesional se arrogue autoridad para interferir en la vida sexual de las parejas, a la vez que reproduce las visiones que niegan las necesidades sexuales de las mujeres y desconocen las dificultades que ellas tienen en nuestra sociedad para negociar la sexualidad con sus parejas. Si bien no se niega el acceso a la anticoncepción, al diferirla en el tiempo, las mujeres no encuentran una respuesta eficaz a su problema concreto.<sup>21</sup>

Tendríamos muchos ejemplos más. Sin embargo, consideramos que los expuestos son suficientes para ilustrar algunos de los factores que dificultan la incorporación de la anticoncepción como parte integral de la prevención en la atención de la salud reproductiva de las mujeres.

### **Las diferencias sociales en la atención**

La atención de la salud reproductiva de las mujeres en el sector privado reviste algunas diferencias respecto de lo que sucede en el sector público. Esto no se debe a que cambien las concepciones médicas básicas, sino a que las condiciones de la atención son distintas y la relación médico-paciente se establece en otros términos. Al existir una relación más permanente con un mismo profesional se delimita con mayor claridad la “responsabilidad médica” y existen mayores posibilidades de que el médico tenga una visión un poco más integral sobre las condiciones de salud de la mujer. Por el tiempo que se le dedica a la consulta, la relación de mayor confianza con el profesional, y porque al mediar un pago por la consulta, la mujer se siente con mayores derechos frente al médico; es decir, están dadas las condiciones para que la mujer pueda expresar su demanda de anticoncepción y sea escuchada. Puesto que la anticoncepción es uno de los tantos servicios que el

<sup>21</sup> Si uno interroga al profesional acerca de por qué no aplica un método provisional hasta que se pueda indicar el definitivo, la respuesta habitual es que la paciente desertaría y no se realizarían los estudios. Sin embargo, en una experiencia llevada a cabo por una psicóloga y una ginecóloga en un hospital público, en la cual se aplicó un método provisional, la deserción resultó menor que donde no se aplicó. Cabe aclarar que esta experiencia está relacionada con un involucramiento personal con el tema de la anticoncepción por parte de las profesionales que la llevan a cabo.

mercado obstétrico-ginecológico puede ofrecer a las mujeres, no se elude con tanta facilidad como sucede en el hospital público. El análisis se complica aún más si tenemos en cuenta cómo incide la visión que tienen los profesionales de la salud sobre los distintos sectores sociales en la atención.

Respecto a los sectores medios, se espera que no deseen tener más de dos o tres hijos y que recurran a la anticoncepción. En el caso de los sectores populares, la expectativa es que tengan muchos más hijos y se los percibe con "falta de responsabilidad" respecto al ejercicio de su sexualidad.<sup>22</sup> Un obstetra de hospital público, de 40 años de edad, explicaba así la diferencia en relación con el ejercicio de la sexualidad entre un sector social y otro: "Algunos se pueden aguantar, pero no los que viven en una villa [ciudad perdida]. Allí es todo más por instinto, como los animales. Cuanto mayor es el nivel intelectual, hay más comprensión y se pueden controlar".

En una discusión sobre el funcionamiento del servicio de Procreación Responsable, la socióloga de un hospital público planteaba que los médicos no tenían una actitud de captar a las mujeres para que concurrieran a dicho servicio, ante lo cual una de las obstétricas respondió: "Ése no es tu problema. Si la mujer no se toma el trabajo de buscar un método anticonceptivo, es su problema. Hay mucha desidia por parte de la gente".

En el discurso de los profesionales médicos y de las obstétricas del espacio institucional estudiado aparece permanentemente el concepto de que los problemas de salud de las mujeres derivan de la cantidad de embarazos y la falta de espaciamiento entre los mismos. A pesar de que esto se atribuye a "la falta de educación e información", la percepción ideológica de "clase"<sup>23</sup> que tienen

<sup>22</sup> Como marco comparativo entre el sector público y el privado, tomamos como referencia la investigación que llevamos a cabo entre 1991 y 1992, referida a "Instituciones y comportamientos reproductivos en familias de sectores medios urbanos", patrocinada por la Fundación Carlos Chagas de Brasil y dirigida por Estela Grassi.

<sup>23</sup> No deseamos entrar aquí en un debate conceptual sobre las clases sociales. Utilizamos el concepto provisionalmente en un sentido laxo, para designar sectores sociales según su posición en relación con el consumo de servicios de atención médica. Otras investigaciones han demostrado su pertinencia (Menéndez, 1987;

respecto a la población que atienden, impide la comprensión de las raíces sociales de los comportamientos, y el papel que juegan las propias instituciones y sus agentes en la reproducción de las condiciones de desinformación. Esto también interfiere con la adopción de una actitud pedagógica en la relación médico-paciente.

Puesto que consideran que la población que ellos atienden en el hospital "son mujeres desinteresadas por su estado de salud", o que "los sectores carenciados no tienen voluntad de recibir información por desidia", resulta muy difícil que intenten hacer un esfuerzo por modificar una relación que se caracteriza por la dificultad en la comunicación. No es raro que algunos profesionales digan que no es posible enseñar a la población que atienden porque "no tienen dos neuronas juntas" (médica ginecóloga de 47 años).

En este sentido, junto a la "naturalización" de los comportamientos reproductivos de los pobres, a los que se asocia con un estado "casi animal", los prejuicios sociales hacen que se adopte una actitud que contribuye a la reproducción de las condiciones que favorecen que estos sectores sigan recurriendo a fuentes no especializadas para obtener información anticonceptiva. De ello se deriva la gran frecuencia con que se recurre al aborto como método de regulación de la fecundidad.

Estas construcciones ideológicas que median la relación profesional-paciente operan como mecanismos de exclusión que obstaculizan que los profesionales escuchen las demandas de anticoncepción de las mujeres. Después de observar durante varias horas la atención proporcionada en el consultorio de puerperio, al comentarle al médico que la mayoría de las mujeres había pedido un método anticonceptivo, éste respondió: "No te creas, es un tema que les preocupa poco".

Pocos son los médicos que tienen una orientación ideológica diferente y cuestionan el funcionamiento de los servicios y la calidad de la atención como factores que contribuyen a la falta de acceso de los sectores más marginados a una información anticonceptiva adecuada.

---

Pierret, 1987). Junto con autores como Mitjávila, también consideramos que la "clase" es un referente discursivo para la práctica médica (Mitjávila *et al.*, 1992).

Sin duda, la actitud de los servicios de salud y de los profesionales no son los únicos elementos que dificultan el acceso de los sectores populares a una contracepción eficaz y segura. Pero a nosotros nos interesa centrarnos en este aspecto porque son las instituciones de salud pública y los profesionales que en ellas trabajan, los que luego deben enfrentar cotidianamente las consecuencias dramáticas de los abortos sépticos. A pesar de lo cual se mantiene una generalizada indiferencia por parte de los prestadores directos de los servicios hacia la problemática de la anticoncepción.

#### EL ABORTO, LA LEY Y LA PRÁCTICA SOCIAL

En Argentina, las tasas de aborto son muy altas. Sí bien no hay estadísticas debido a su clandestinidad, investigaciones periodísticas hablan de alrededor de 400 000 por año o de uno por cada nacimiento (*Diario Clarín*, 8/4/91, 5/11/91).<sup>24</sup> La Dirección de Maternidad e Infancia atribuye al aborto la tercera parte de la mortalidad materna. Estadísticamente, también en este punto se verifican desigualdades sociales, ya que las 3/4 partes de las muertes maternas pertenecen a las clases bajas (Dirección de Maternidad e Infancia, 1986).

La relación institucional con las mujeres que abortan y demandan atención en el hospital público está enmarcada en la legislación que penaliza el aborto (los artículos 85 al 88 del Código Penal de la República Argentina). Se sanciona tanto al que produce el aborto como a la mujer que lo consiente, aunque las condenas son mayores para el profesional que lo realiza. Teóricamente no es punible en el caso de que esté en peligro la vida de la madre, o si el embarazo es producto de una violación. Con anterioridad a 1986, la redacción del texto de la ley era ambigua y dejaba lugar a dudas respecto a si se refería a cualquier mujer violada o sólo al caso de

<sup>24</sup> Según la coordinadora de políticas del Área de la Mujer, doctora Argentina Bertis, en 1991 se practicaban 1000 abortos diarios en el país. El aborto es la tercera causa de muerte entre las argentinas de 20 a 24 años de edad. El 2.5% de todas las internaciones de urgencia que se producen en los hospitales municipales se deben a complicaciones por aborto. El 40 % de las muertes por causas maternas se deben al aborto (*Clarín*, 21/4/91, pp. 32-33).

que la violada fuese menor, idiota o demente (*Código Penal*, 1968). Posteriormente, la redacción se corrigió y expresa claramente que no es punible exclusivamente en caso de que la mujer violada sea idiota o demente.

En la práctica no se realizan abortos en hospitales públicos, aún cuando se haya constatado judicialmente la violación.<sup>25</sup> Ramos *et al.* (1993) señalan que “no se conoce jurisprudencia alguna sobre casos de abortos que hayan sido ‘autorizados legalmente’ en el marco de las causas previstas por el *Código Penal*”. En nuestro trabajo de campo hemos encontrado situaciones en las cuales, ante la necesidad de realizar un aborto por cáncer de la embarazada, los médicos, para protegerse legalmente, solicitaron autorización judicial para realizarlo, y el juez la denegó.<sup>26</sup>

Esta legislación genera las condiciones para la práctica clandestina del aborto y su consecuente mercantilización. Esto deriva en un acceso diferencial respecto a las condiciones en que se realiza el aborto, por sectores sociales, según su capacidad de pago. Los sectores medios y altos acceden a un aborto realizado por médico y anestésista, en una clínica o consultorio bien equipado, a un costo que fluctúa en la actualidad entre los 1 000 y los 1 500 dólares. De ahí las ofertas bajan en calidad de atención y precio, pasando por abortos realizados por parteras profesionales,<sup>27</sup> o por practicantes empíricas que por 200 dólares colocan una sonda, hasta llegar al consejo de una vecina o familiar que recomienda y/o ayuda en la colocación de la sonda, el tallo de perejil, una pastilla de

<sup>25</sup> En 1989 se hizo público el caso de una mujer violada que solicitó la autorización del juez para abortar, y éste se la denegó, corrigiendo el texto de la ley.

<sup>26</sup> El juez no sólo denegó la autorización sino que les comunicó al director del hospital y al jefe del servicio que los hacía directamente responsables por la continuidad de ese embarazo (comunicación personal de un médico del hospital involucrado directamente en el caso).

<sup>27</sup> Las parteras profesionales han sido muy estigmatizadas porque se las vincula habitualmente con el aborto. Sin embargo, nunca se ha comprobado que las obstétricas participen en este mercado en mayor medida que los médicos. En otro trabajo interpretamos que esta estigmatización es una forma de desvalorizar la profesión, en el contexto de la disputa por los campos profesionales (González, 1991).

permanganato de potasio<sup>28</sup> colocada en el cuello del útero, o una “inyección”, que en realidad no es un abortivo sino un regulador menstrual.

Los abortos que se “visibilizan” en general son estos últimos, que por ser realizados en condiciones sumamente precarias derivan en una complicación séptica que exige recurrir al hospital público para solucionar el problema.<sup>29</sup>

Ante el temor a la represión policial, muchas mujeres esperan hasta el último momento para acudir al hospital y generalmente llegan en condiciones críticas: con fuertes hemorragias, temperatura o shock séptico.<sup>30</sup> Muchos de estos casos terminan con una histerectomía (remoción quirúrgica del útero), esterilidad, u otro tipo de secuela, cuando no, con la muerte de la mujer.<sup>31</sup>

#### LOS SERVICIOS DE SALUD ANTE EL ABORTO

Cuando la mujer llega al hospital en estas circunstancias, en la mayoría de los casos se genera una situación de tensión entre

<sup>28</sup> La pastilla de permanganato se coloca en el cuello del útero y provoca hemorragias por ulceración de las mucosas. Si no está bien colocada produce la hemorragia pero no necesariamente el aborto. Es un método muy extendido entre las mujeres de los sectores populares a pesar de que tiene un alto nivel de fracasos. En nuestra observación encontramos que muchas veces los médicos no le comunican a la mujer que el aborto no se ha realizado cuando la dan de alta, y muchas de ellas se van pensando que han abortado, cuando en realidad el embarazo continúa.

<sup>29</sup> En nuestro trabajo hemos encontrado casos de mujeres que han recurrido a la colocación de una sonda para abortar, varias veces en sus vidas, sin complicaciones. En muchos casos acompañan este método con la ingesta de antibióticos comprados en la farmacia, sin indicación médica alguna.

<sup>30</sup> Cuando es una comadrona empírica la que coloca la sonda, generalmente ella misma se encarga de aconsejar a la mujer que recurra al hospital cuando comience con hemorragia y que guarde silencio ante las preguntas de los profesionales.

<sup>31</sup> En nuestra observación de campo detectamos que algunas mujeres concurren al hospital cuando comienzan a tener fiebre y hemorragias; por su temor y por no poder definir si requieren un turno para ginecología u obstetricia, se retiran de la fila que hay que hacer con el fin de solicitar un turno para los consultorios externos. Es decir, desisten de atenderse. Algunas de ellas luego reingresan al hospital por la guardia de urgencias, en estado crítico.

pacientes y profesionales, en la cual las primeras recurren a diversas estrategias de ocultamiento para protegerse y los segundos sienten menoscabado su poder profesional, al negarse ellas a admitir su maniobra abortiva.

La actitud varía de un servicio a otro y aún entre diferentes guardias.<sup>32</sup> En todos los casos se trata de resolver el problema de emergencia de salud, pero la relación hacia la paciente puede ir desde una indiferencia marcada, en la que no se le dirige la palabra, hasta llegar en algunos casos a la violencia física y/o síquica contra las mujeres. El maltrato adopta diversas formas. En nuestro trabajo de campo hemos detectado casos en que se deja a la mujer un buen rato sin atención, a pesar de que tiene fuertes dolores; o se le presiona amenazándola con hacer la denuncia policial; o de manera más sutil, hablándole del bebé o colocándola con una madre que acaba de dar a luz.<sup>33</sup> Lograr la “confesión” de la mujer es el elemento central de la presión. En esta requisitoria de la “confesión” participan prácticamente todos los integrantes del servicio.

En el hospital público encontramos que por lo general se sospecha que todo aborto es provocado. La relación médico-paciente en este marco institucional se caracteriza por la desconfianza y la presunción de que la paciente está mintiendo. Los profesionales apelan a su experiencia empírica para discriminar si el aborto es provocado o espontáneo, como lo ilustra la siguiente cita de una obstétrica que trabaja en un hospital de Capital Federal: “Te das cuenta de que es un aborto provocado en cuanto le preguntás a la mujer cuántos chicos tiene y qué edad tiene el menor”.

Muchas veces, aunque no siempre, la maniobra abortiva realizada es clara para los médicos; sin embargo, en todas las ocasiones

<sup>32</sup> “Guardias” se refiere al conjunto de profesionales que prestan asistencia durante 24 horas en el Servicio de Internación de Obstetricia y Ginecología del hospital.

<sup>33</sup> Varias alumnas del curso “Antropología Aplicada a la Obstetricia” (véase nota 6) expresaron que en una de las guardias de uno de los hospitales más importantes de Capital Federal se practica el “raspaje” o “legrado” (curetaje para completar el aborto) sin anestesia, “para que la mujer escarmiente”. No pudimos comprobar esta información, que de ser verídica, significa que allí se está sometiendo a las mujeres a una forma de tortura.

se presiona a la mujer “para que confiese qué se hizo”. El interrogatorio puede durar un largo rato, y en muchos casos se recurre a toda clase de amenazas, exacerbándose el clima de violencia cuanto más cerrada es la negativa de la mujer a reconocer la maniobra abortiva.<sup>34</sup> Los médicos y demás agentes de salud conocen sobradamente las razones que inducen a las mujeres a actuar de la manera en que lo hacen: “Niegan que se provocaron el aborto porque las han asustado tanto que no lo van a decir aunque las amenacen con cualquier cosa” (médico obstetra de 44 años de edad, con 15 años de experiencia en un hospital provincial del Gran Buenos Aires). El que la mujer no reconozca este hecho es percibido como un desafío al conocimiento científico y a la autoridad médica, y como un intento explícito de engañar al profesional. La presión para que la mujer “confiese”, claramente, tiene por objeto restablecer las jerarquías de poder en la atención.

Frente a estas condiciones, es muy frecuente que la mujer se fugue del hospital una vez que ha sido atendida y la hemorragia ha sido detenida, para eludir la denuncia policial.

La conducta de los servicios de ginecología y obstetricia de Capital Federal y el Gran Buenos Aires, respecto a la denuncia policial, difiere según el servicio del que se trate, y en muchos casos depende del criterio del jefe de la guardia. En algunos casos los médicos hacen la denuncia policial siempre que llega una mujer con un aborto en curso, sospechado de ser intencional. En otros servicios sólo se realiza la denuncia si las condiciones de la mujer son muy críticas y se teme por su vida. La mayoría de los médicos consideran que deben hacer la denuncia “para cubrirse” (protegerse) en caso de que la paciente muera o quede con alguna lesión, de manera que no puedan ser culpados de haber realizado el aborto.

<sup>34</sup> En un caso que presenciamos, una mujer juraba por sus hijos “que no se había hecho nada”, ante lo cual el jefe de la guardia respondía con improperios, ya que había rastros de pastilla en la vagina. “Fue como si le hubiéramos dado una paliza”, reflexionó posteriormente una obstétrica. En la escena participaron por lo menos seis profesionales. La calma se restableció cuando la mujer se puso a llorar desconsoladamente y “confesó”. Entonces fue atendida y el trato hacia ella cambió sustancialmente.

La conducta policial también varía. Puede suceder que sólo se registre la denuncia médica y nada más. Sin embargo, muchas veces la policía concurre al servicio y hace un “interrogatorio de rutina” a la paciente. En algunos casos el policía está presente mientras la mujer es revisada, pero son contadas las ocasiones en que la mujer es citada a la comisaría.<sup>35</sup>

#### CRIMEN Y CASTIGO: EL ABORTO DE LAS MUJERES POBRES

### **Práctica médica y control institucional**

Hay consenso entre los profesionales de la salud sobre el hecho de que todos los sectores sociales abortan y que lo que difiere son las condiciones en que lo hacen y los resultados sobre la salud de las mujeres de uno y otro sector social. Cuando en una entrevista formal se les pregunta sobre las razones que inducen a abortar a las mujeres que acuden a los hospitales públicos, sostienen sin vacilar: “Las razones son la situación económica dramática, la falta de trabajo de los maridos, porque tienen cinco o seis pibes [niños]...” (médica obstetra de un hospital de la provincia de Buenos Aires, 31 años de edad); “...detrás de un aborto siempre hay una situación dramática” (médico obstetra de un hospital de Capital Federal, 34 años de edad).

Si estas son las respuestas, ¿por qué está, entonces, tan generalizado el maltrato a las mujeres que abortan? Según nuestra interpretación, el aborto pone en funcionamiento una serie de reacciones profundamente enraizadas en la subjetividad de los agentes de salud, fundadas en modelos ideológicos referidos a la maternidad y la sexualidad, a la vez que reactualiza prejuicios de clase y refuerza relaciones de poder propias de la atención médica en nuestra sociedad. En este sentido, la intervención técnica está

<sup>35</sup> En nuestro trabajo de campo no hemos visto o sabido de situaciones en que la paciente haya sido arrestada, en cuyo caso sólo se le toma declaración. Sin embargo, tenemos conocimiento del caso de una mujer condenada por un aborto, ocurrido durante la dictadura militar (comunicación personal de un empleado del juzgado donde ocurrió el hecho).

ligada a una función de control social, de modo que la función punitiva no ha sido ni es ajena a la práctica médica.<sup>36</sup>

Para comenzar, el aborto aparece como expresión de la voluntad de separar la sexualidad femenina de la procreación. Si no en el discurso, por lo menos en el inconsciente la sexualidad de la mujer aún es concebida con connotaciones de pecado, y conlleva el aceptar su consecuencia, la procreación. De ahí que sea habitual escuchar a los médicos decir en la sala de partos, cuando una mujer está pujando durante el parto: “Te gustó hacerlo, [refiriéndose al acto sexual] ¡ahora sacálo! [al niño]”.

El aborto aparece como un cuestionamiento al “instinto maternal”. El no desear un hijo constituye una “desviación”, no sólo para el sentido común, sino específicamente para la obstetricia. No sólo se percibe como una “anormalidad biológica”, sino también con connotaciones de “delito” que atenta contra la moral. Doyal (1990) señala que en la base de la visión médica de las mujeres persiste la creencia, derivada del pensamiento freudiano, de que su papel reproductivo es “el pivote de su estructura de personalidad y, por lo tanto, de su salud psicológica”.

Al preguntarle a un grupo de obstétricas jóvenes, de hospitales municipales de Capital Federal, qué sienten al atender un aborto provocado, la respuesta generalizada es que les provoca reacciones de rechazo:

Sentimos bronca [coraje], porque lo normal es que el embarazo sea prosiga; es lo lógico.

Tengo sentimientos encontrados: me da bronca e impresión porque la mujer cometió semejante aberración; y lástima porque no está ni síquica ni físicamente equilibrada como para cometer semejante locura.

Hay una ley que prohíbe el aborto; es un delito.

<sup>36</sup> Mitjavila (Mitjavila *et al.*, 1992) define el ejercicio de la medicina como “el conjunto de prácticas técnico-políticas orientadas a sancionar en forma negativa, fundamentalmente a través de mecanismos de aislamiento, estigmatización y confinamiento, aquellas conductas ‘socialmente desviadas’ o que representan algún tipo de amenaza o riesgo para el conjunto social”.

Aun cuando existe una ley que penaliza la interrupción voluntaria del embarazo, es muy raro que se llegue a condenar jurídicamente a la mujer. La denuncia policial se realiza para intimidarla y para proteger legalmente a la institución y a los médicos en caso de deceso. Encarcelar a todas las mujeres que abortan sería poner en evidencia una práctica social extremadamente extendida en nuestra sociedad, que es silenciada por los efectos disruptivos que su reconocimiento tendría para el orden social establecido. Sin embargo, el castigo está garantizado a través de la forma en que se atiende a la mujer en el hospital, la manera en que se la presiona, se la aísla y no se le ahorran sufrimientos.

Si bien en los consultorios privados también hay expresiones estigmatizantes y devaluadoras hacia las mujeres que concurren a practicarse un aborto, es en la atención de los abortos sépticos de las mujeres pobres donde se manifiesta con mayor crudeza y cotidianamente la acción punitiva de la sociedad. No sólo se castiga el aborto, se castigan “la ignorancia, la irresponsabilidad sexual, la promiscuidad...”, elementos con los cuales se construye la visión que portan la gran mayoría de los profesionales de la salud respecto de la población de bajos recursos que atienden en el hospital.

El núcleo central de estas representaciones colectivas no sólo deriva de saber que la población atendida tiene escasa escolaridad y bajos ingresos, sino que también involucra una sanción moral de la pobreza, como lo atestiguan las siguientes expresiones:

Me da bronca cuando son tan ignorantes y se hacen el aborto en esas condiciones, pero estoy de acuerdo con un buen aborto (obstétrica de 29 años de edad, de un hospital provincial).

A una mujer que sabe que está embarazada y le importa un carajo el pibe [niño] que tiene adentro y no viene a controlarse, cuando no quiere más pibes se mete algo, como ésta que se fugó. Aborta y la otra cosa! (médico varón de 43 años con 16 años de antigüedad en un hospital de Capital Federal).

Se interpreta como una “falta de interés” o “desidia” de la mujer por su salud o la de su hijo todo comportamiento que no sea el esperado desde el punto de vista médico. En el discurso racional los agentes de salud reconocen las causas sociales, económicas y

hasta culturales que generan la prácticas del aborto, pero en la relación con la paciente prevalecen los propios modelos ideológicos y la discriminación de clase. En la atención del aborto séptico, la práctica médica aparece no sólo en su función habitual de control social y de reproducción de un orden social establecido, sino también como vehículo del poder punitivo del Estado, ejercido sobre la sexualidad femenina.

Así las cosas, los médicos hospitalarios se ven en la obligación de afrontar, en muchos casos con recursos insuficientes, las consecuencias de políticas que ellos no elaboran, pero que contribuyen a reproducir y que habitualmente no cuestionan como colectivo. Parte del maltrato al que someten a las mujeres puede ser interpretado, aunque no justificado, por la impotencia que experimentan ante cuadros verdaderamente dramáticos. La crisis del sistema público de salud, producto de las recientes políticas sanitarias, y la falta de recursos, parecen exacerbar este maltrato. Algunos médicos refieren que les causa mucha "bronca" tener que utilizar anestesia y otros recursos en la atención de un aborto, cuando luego no van a tenerlos para atender un parto o una cesárea.

### **El silencio y los mecanismos perversos del mercado del aborto**

La atención hospitalaria de los abortos sépticos en Argentina devela una situación perversa. Por una parte, la ausencia de una política que garantice el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres, en especial de las más pobres, a través de servicios de anticoncepción al alcance de todas. Por la otra, la existencia de un gran mercado del aborto clandestino, que lucra con la desesperación de las mujeres de todas las clases sociales, y que es tolerado por el Estado y la sociedad en su conjunto.

Esta situación genera mecanismos de corrupción a todos los niveles, en particular al articularse la policía con los profesionales que ejecutan los abortos.<sup>37</sup> En nuestra investigación detectamos

<sup>37</sup> En el Municipio de Quilmes, cercano a la capital, aún funciona la clínica que se dedica a hacer abortos, propiedad de un médico que fue condenado a seis años de cárcel durante el juicio a las Juntas Militares, por su participación como torturador durante la dictadura. Fue indultado a fines de 1989. Otra clínica donde

que algunos profesionales inescrupulosos de los servicios hospitalarios no son ajenos al mercado clandestino del aborto, pero no nos fue posible conocer el grado de extensión del fenómeno. Lo que sí está claro es que cuando estos hechos trascienden a la opinión pública, los demás profesionales médicos se sienten afectados, pero les es muy difícil tomar alguna determinación para modificar la situación. El siguiente testimonio ilustra lo expuesto:

La policía no hace nada porque hay arreglos entre ellos y todos los aborteros de la zona. En los años que llevo aquí nunca vi a nadie preso, y eso que nosotros tenemos uno en el hospital. Es el doctor... Es de lo peor. A fin de mes viene a repartir los cheques al servicio (médico obstetra de 34 años, de un hospital municipal del Gran Buenos Aires).

Muchos médicos y obstétricas critican "el lucro" y el engaño al que son sometidas las mujeres con un aborto hecho en malas condiciones. Saben que luego ellos tienen que resolver las complicaciones, y condenan a sus colegas de forma privada, sintiéndose afectados profesional y humanamente por la situación. Sin embargo las presiones del medio laboral y las relaciones profesionales hacen que prevalezcan los intereses corporativos y los médicos optan por el silencio. Así lo expresan los siguientes testimonios:

Hace unos dos meses vino una mujer con una hemorragia terrible, con temperatura y fetidez. Cuando la revisamos tenía un pedazo de calota [hueso del cráneo] en la vagina... Lo peor es que después nos enteramos de que el médico que realizó el aborto es de aquí, de Clínica Médica. ¿Y le vas a decir "flaco, pasá por tocogineco[logía] para que alguien te enseñe cómo hacer un aborto"? (Ginecólogo de 45 años de edad, de un hospital municipal de Capital Federal.)

A pesar de que conocen las estadísticas sobre mortalidad materna por aborto, no han sido los médicos quienes han denunciado el problema públicamente en nuestro país. Salvo contadas excepciones, mantienen una actitud de indiferencia ante el funcionamiento ineficaz de los servicios de Procreación Responsable.

---

se realizan abortos, en el mismo municipio, está situada a pocos metros de la comisaría.

Han sido las organizaciones de mujeres y los grupos feministas quienes intentan hacer públicas las consecuencias del aborto para la salud de las mujeres, poniendo en debate la necesidad de una política que garantice el acceso de toda la población a una anticoncepción eficaz. Ellas han presentado varios proyectos de ley para despenalizar o legalizar el aborto, según sea la estrategia adoptada, para evitar que las mujeres sigan muriendo por aborto clandestino. Estas iniciativas no han prosperado, pero al menos en los últimos tres años se ha logrado introducir, de manera aún incipiente, el debate en la prensa nacional.

### CONCLUSIONES

Investigar sobre el aborto reviste dificultades de todo tipo pues éste tiene connotaciones de estigma moral y de delito. Son pocos los profesionales que están dispuestos a hablar con sinceridad sobre el tema, y hacer estudios de este tipo en las instituciones es aún más difícil. Sin embargo creemos que es fundamental hacer este esfuerzo, pues logra conocimientos que de otra manera son imposibles de obtener. Nuestro trabajo es apenas una primera aproximación a un vasto campo que aún está prácticamente virgen, pero nos permite subrayar algunos aspectos que creemos importantes:

1. Los obstáculos que encuentran las mujeres para decidir sobre su capacidad reproductiva y ejercer su sexualidad con libertad y garantías para su salud.
2. La función social punitiva que asumen las instituciones de salud ante los abortos inducidos.
3. Las dificultades de las mujeres para ejercer sus derechos reproductivos y las sanciones que sufren cuando recurren al aborto son mayores cuanto más humilde es su condición social.

En Latinoamérica y el Caribe, los movimientos de mujeres estan abocados, de una u otra manera, a la defensa del derecho de las mujeres a regular su propia sexualidad y capacidad reproductiva, y el derecho a separar la sexualidad de la reproducción. Para

que el derecho a la maternidad voluntaria se pueda ejercer, es imprescindible que los gobiernos creen las condiciones jurídicas, médicas y educativas adecuadas.

Cuando los derechos reproductivos están sujetos a metas demográficas formuladas al margen de las destinatarias de las medidas que se toman, se incurre en actitudes coercitivas y dañinas para la salud de aquéllas, sean estas políticas de tipo controlista o pronatalista. Con ambas orientaciones se lesionan los derechos de las mujeres. Y hay que destacar que generalmente las destinatarias fundamentales de estas políticas son las mujeres de los sectores populares.

En Argentina, como hemos visto, la transición demográfica apareció de manera temprana, acompañada por un ideal de familia relativamente pequeña. Estos comportamientos se relacionan con una rápida urbanización, el aumento de la educación formal, la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo, etc. (Balán y Ramos, 1989). Sin embargo, se mantuvieron tendencias diferenciales en las tasas de fertilidad según los estratos socioeconómicos. Las políticas públicas en el área de la salud reproductiva obstaculizaron el desarrollo de una anticoncepción médica, restringiendo la oferta de servicios anticonceptivos. Estas políticas afectaron de manera específica a los sectores populares.

Ante la falta de una política preventiva clara, predominaron los canales domésticos de información anticonceptiva, con sus consecuentes falencias, y el aborto. El silencio y ocultamiento que rodean a esta práctica, ya sea en el marco de políticas natalistas o controlistas, su clandestinidad y mercantilización, permiten mantener el status quo ideológico, condenando a las mujeres a situaciones de explotación y de gran crueldad.

En la atención institucional del aborto séptico se ponen en funcionamiento relaciones dirigidas a castigar "la conducta desviada" de las mujeres que abortan, que aparece como un intento de sustraer del control social y estatal su sexualidad y su capacidad reproductora.<sup>38</sup> La clandestinidad y mercantilización de esta prác-

<sup>38</sup> Doyal (1990) plantea que el aborto es percibido por la orientación hegemónica de la sociedad como "una fisura en la ideología patriarcal y en el dominio político".

tica hace que el costo que pagan las mujeres en términos de su salud sea muy alto.

El hecho de que sean las mujeres de los sectores sociales más desprotegidos en términos económicos, sociales y políticos, quienes pongan en evidencia que el aborto es una práctica extendida en nuestra sociedad, permite que la acción punitiva, ejercida a través de la atención médica institucional, reafirme las relaciones de opresión y subordinación en términos no sólo de género, sino también de las desigualdades de clase.

El control y la subordinación de la sexualidad femenina en general se ven acentuados en el caso de las mujeres más pobres. Sin duda la prevención del aborto radica en la posibilidad de desarrollar una sexualidad libre y segura en todas las clases sociales, en cuyo ejercicio tanto hombres como mujeres asuman la responsabilidad respecto a las consecuencias que puede implicar.

Por otro lado, consideramos que esta investigación nos está indicando la importancia de la tarea de formación que habría que desarrollar en las instituciones de salud con los profesionales que allí trabajan. Ellos están atrapados en un sistema perverso de relaciones, pero sujetos a otras orientaciones podrían cumplir un papel muy positivo en la prevención del aborto, la preservación de la salud reproductiva de las mujeres y la erradicación del maltrato al que éstas son sometidas.

Desde el punto de vista de la población en general, la instalación de conductas anticonceptivas que prevengan el aborto es mucho más compleja, pues además de los recursos económicos, involucran aspectos subjetivos, procesos de autoafirmación personal, de identidades, autonomía sexual, y de transformación de las relaciones entre los géneros, muy profundos.

Todavía falta mucho por investigar sobre la realidad de la salud reproductiva de las mujeres en nuestro continente. En nuestro trabajo intentamos desnudar una situación que no sólo lesiona los derechos reproductivos, sino también los más elementales derechos humanos de la persona.

## BIBLIOGRAFÍA

- Azeredo, Sandra y V. Stolcke (coords.), "Direitos Reproductivos", Fundación Carlos Chagas, Concurso de Pesquisa sobre Direitos Reproductivos, São Paulo, Prodir, 1991.
- Azize, Yamila *et al.*, *La realidad del aborto en Puerto Rico: Guías para la elaboración de políticas públicas*, Proyecto de Estudios de la Mujer, Colegio Universitario de Cayey, Universidad de Puerto Rico, 1993.
- Aztarayn, N., A. Cacopardo y P. González, "El aborto clandestino en las mujeres pobres", V Jornadas de Atención Primaria, Buenos Aires, mimeo., 1991.
- Balán, Jorge y S. Ramos, *La medicalización del comportamiento reproductivo. Un estudio exploratorio sobre la demanda de anticonceptivos en los sectores populares*, Buenos Aires, Documentos CEDES/29, 1989.
- Barbato, Walter, "Aborto inducido: epidemiología y profilaxis", *Cuadernos Médico Sociales*, Rosario, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS), núm. 42, 1990.
- Bartra, Eli, "Mujeres y política en México: Aborto, violación y mujeres golpeadas", *Política y Cultura*, número especial sobre Mujeres y Política, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, 1992.
- Barranco, Dora, "Contracepción y aborto en la década de 1920: Problema privado y cuestión pública", ponencia presentada en el Simposio "Historia y Género: Pasado y Presente de las Mujeres Argentinas", Buenos Aires, 1991.
- Calandra, Dante *et al.*, "Aborto: Estudio clínico, psicológico, social y jurídico", Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1973.
- Católicas por el Derecho a Decidir, *Aborto, decisión ética*, 1989.
- Código penal de la República Argentina*, Buenos Aires, Abeledo-Perrot, 1968.
- Comisión por el Derecho al Aborto, "Anteproyecto de Ley de Aborto", Buenos Aires, ATEM, 1988.
- Conrad, Peter y Joseph Schneider, *Deviance and Medicalization*, Columbus, Toronto, Londres, Merril Publishing Co., 1981.
- David, Henry, "Abortion: Its Prevalence, Correlates, and Costs", en R. Bulatao y R. Lee (eds.), *Determinants of Fertility in Developing Countries*, Nueva York, Academic Press, vol. 2, 1983.
- Departamento de Salud Familiar, "Seminario de Evaluación del Programa de Procreación Responsable", Buenos Aires, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, 1993.
- Dirección de Maternidad e Infancia, "Causas de Defunciones Maternas", Buenos Aires, serie 5, Estadísticas Vitales, 1986.
- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, "Estudio de la mortalidad materna: Análisis del Subregistro de las muertes maternas en Capital Federal (1985)", Buenos Aires, Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Salud, 1989.

- Doyal, Lesley, "Mujeres, medicina y control social", *Cuadernos Médico Sociales*, núm. 16, Rosario, CESS, 1982.
- Foucault, M., "Historia de la medicalización", *Educación Médica y Salud*, 11, núm. 1, 1977.
- Gaslonde, S., "Investigación sobre el aborto en América Latina", *Estudios de Población*, Bogotá, vol. 1, tomo II, 1976.
- Gómez, Elza, *Perfil epidemiológico de la salud de la mujer en la región de las Américas*, Washington, D.C., Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo, OPS, 1990.
- González, Ana I., "La profesión de obstétrica: género y subordinación", tesis de licenciatura en Antropología Social, Universidad Nacional de Misiones, 1991.
- Lamas, Marta, "El feminismo mexicano y la lucha por legalizar el aborto", *Política y Cultura*, número especial sobre Mujeres y Política, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, 1992.
- Llovet, Juan José y Silvina Ramos, "La práctica del aborto en mujeres de sectores populares", Buenos Aires, CEDES, 1988.
- Menéndez, Eduardo, "Estratificación social y condiciones de morbimortalidad: Algunas reflexiones sobre la crisis y recuperación teórica de esta relación", *Desarrollo Económico*, vol. 27, núm. 105, 1987.
- Mitjávil, Myriam y L. Echeveste, "La medicalización de la reproducción humana: las desigualdades de clase y de género en los discursos médico-sanitarios sobre la lactancia materna", mimeo., Montevideo, 1992.
- Pierret, Jeanine, "Clases sociales y salud", en *Tercer Seminario de Investigación en Ciencias Sociales y Salud*, Buenos Aires, Secretaría de Ciencia y Técnica, 1987.
- Prensario, "Nuevos aportes sobre aborto: Comisión Argentina por el Derecho al Aborto", Buenos Aires, 1991.
- Ramos, Silvina y A. Viladrich, *Abortos hospitalizados: Entrada y salida de emergencia*, Buenos Aires, Documentos CEDES, Serie Salud y Sociedad, 1993.
- Torrado, Susana, *Procreación en la Argentina, hechos e ideas*, Buenos Aires, Ediciones de la Flor, CEM, 1993.
- Viladrich, Anahí, "La práctica del aborto: sectores sociales y servicios de salud", *Cuadernos Médico Sociales*, núm. 53, Rosario, CESS, 1990.
- , "Los discursos privados del aborto en distintos sectores sociales", *Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad*, Buenos Aires, CEDES-CENEP, 1993.
- Vitale, Analía, "Diagnóstico del Programa de Procreación Responsable (MCBA)", mimeo., Buenos Aires, Instituto de Administración Pública, 1992.



# GÉNERO Y SALUD FEMENINA: UNA REVISIÓN DE LAS INVESTIGACIONES EN MÉXICO

*Patricia Ravelo*<sup>1</sup>

## INTRODUCCIÓN

El conocimiento de los procesos de salud/enfermedad femenina ha adquirido cada vez mayor importancia, no sólo en el medio académico, en el diseño de políticas de salud y en los programas de atención, sino también en otros ámbitos relacionados con la educación y con la divulgación de la información.

Los conocimientos generados por la actividad científica han estado incorporándose muy lentamente a la enseñanza escolarizada, a los programas de educación para la salud dirigidos al conjunto de la población y a otras instancias de socialización informal. Por ello es necesario producir materiales de divulgación que complementen el conocimiento y la información que recibe la sociedad en general.

El trabajo que presento pretende cumplir con este propósito: difundir los enfoques y perspectivas de los estudios sociales, principalmente los de género, sobre la salud de las mujeres, no sólo como se concebía tradicionalmente (a partir de la reproducción y de la medicina), sino de un conjunto de aspectos que incorporan otras dimensiones como el trabajo y la sexualidad.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Socióloga, investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) del Distrito Federal.

<sup>2</sup> Una versión preliminar de este artículo fue presentada en la Reunión Latinoamericana de Antropología de la Mujer, organizada por el PIEM de El Colegio de México en junio de 1990. La ponencia fue publicada posteriormente en la revista *Salud Problema* (UAM-X, núm. 20, 1990) y sirvió de base para la elaboración del trabajo final del Curso de Especialización en Estudios de la Mujer (PIEM, 1991-1992). Contó con la asesoría de Ma. Luisa Tarrés, profesora del Centro de Estudios Sociológicos y del PIEM.

Para tener un panorama global de las principales áreas de conocimiento sobre la salud de la mujer en México, se realizó una exploración bibliográfica y se seleccionaron aquellos materiales que mostraran las principales tendencias de los enfoques y perspectivas de estudio. El objetivo de este trabajo consiste en presentar un panorama general de los campos de conocimiento desarrollados desde la investigación social; busca articular las dimensiones de género y salud femeninas al abordar principalmente los trabajos referidos a México y en menor medida a América Latina y otros países.

Si bien no todos los enfoques parten de alguna corriente teórica del feminismo, muchos de ellos los ubico en el campo de los estudios de género y feminismo desde disciplinas como la antropología, sociología, medicina social y psicología, principalmente.

La exposición del trabajo está organizada por las siguientes áreas de estudio: salud reproductiva, salud mental, sexualidad, salud ocupacional, morbilidad y mortalidad.

#### ALGUNAS CONSIDERACIONES EN TORNO A LA SALUD FEMENINA

Los aportes de algunas corrientes del feminismo son interesantes, pues proponen como eje articulador el género en tanto condicionante y determinante de los procesos de salud/enfermedad/muerte y resaltan las críticas al dominio de la visión masculina sobre casi todas las dimensiones de la salud femenina. Éstas se expresan, entre otras cosas, en políticas de salud y en políticas sexuales sesgadas y discriminatorias (Millet, 1975; Vance, 1989; Ehrenreich y English, 1973; Basaglia, 1985; Burin, 1990; Teixeira, 1986; Lozano, 1989).<sup>3</sup>

Es importante señalar que el campo de conocimiento de la enfermedad y la salud femenina (caracterizado por la hegemonía

<sup>3</sup> Un ejemplo de estas políticas es la práctica de esterilización femenina que se lleva a cabo por "voluntad" de las mujeres o bajo presión (considerando las condiciones sociales en la opción reproductiva). Por ello es común que ante la falta de opciones seguras, las mujeres, sobre todo trabajadoras, opten por la esterilización, ya que les prometen "una vida sexual sin preocupaciones" (Barroso, 1986).

del saber médico, a su vez hegemonizado por la perspectiva masculina) ha sido recientemente explorado en México por las ciencias sociales. A estos estudios se suman los aportes generados a partir de las experiencias de los movimientos feministas, centrados en la práctica militante, en proponer modelos alternativos de atención y tratamiento desde la propia práctica femenina, en la sistematización (aunque inicial) de este saber femenino. También están proponiendo marcos teorico-metodológicos que incorporen este saber, y una visión crítica de cómo se ha conceptualizado la salud de las mujeres y cómo se tendrían que enfocar y resolver las enfermedades y el malestar femenino. Sin embargo, existe una limitante de carácter teórico (incluida la producción cualitativa y cuantitativa), pues falta impulsar más estudios teórico-empíricos, generar mayor información y llevar efectivamente a la práctica de manera generalizada los cambios en la conceptualización y atención de la salud femenina.

Los procesos de salud/enfermedad femenina han sido abordados históricamente por la medicina como procesos patológicos o enfermantes en sí mismos, e inherentes a las mismas mujeres. De ahí el mito sobre la mujer hipocondriaca (Ehrenreich y English, 1973). Mucho se ha escrito sobre la maternidad y la sexualidad también con una serie de mitos (Horer, 1988; Leres, 1987). Tan sólo en la filosofía, el pensamiento dicotómico concibe a la mujer como representante del mal (Hierro, 1991; Maffía, 1991) y la enfermedad, mientras que el hombre representa el bien, la salud (Ehrenreich y English, 1973). Suponemos que esta misma visión puede producirse y reproducirse también en las prácticas y saberes populares que se extienden hacia casi toda la sociedad, incluidos en ocasiones hasta los propios sujetos femeninos.

Los enfoques feministas o de corte especializado en estudios de género surgen a mediados de los setenta en México y tienen su principal efervescencia durante los ochenta. Uno de sus principales aportes es la contrucción de categorías de análisis sobre la salud femenina que incidan en el reconocimiento de un campo específico de conocimiento.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Castro y Bronfman llegan a la conclusión de que a partir de la relación entre la teoría feminista y la sociología médica, se está construyendo un nuevo tipo de conocimiento, sea nuevo o reconceptuador del conocimiento actual, pero que está plan-

Hay que destacar que la producción teórica generada sobre el estudio del proceso salud/enfermedad femenina plantea distintas posiciones ideológicas y teóricas, pero con un común denominador: el cuestionamiento a la eficacia de las prácticas médicas científicas, al grado de llegar a proponer la recuperación de las prácticas médicas alternativas (Menéndez, 1983).

Esto ha sido bastante evidente en el caso de los grupos de mujeres organizadas en torno a la defensa de la salud, que han impulsado una serie de planteamientos, acciones y proyectos alternativos de (auto)gestión en salud desde una mirada feminista.<sup>5</sup>

Asimismo cabe reconocer que el estudio de la problemática de la salud de las mujeres ya ha tenido algunos avances en diversas áreas de conocimiento, específicamente desde el feminismo, en sus distintas corrientes de pensamiento, y en general en las áreas de estudios de la mujer. En éstas se han abordado una gama de aspectos tanto en el plano de la denuncia como de la acción, y de la conceptualización teórico-metodológica (Burin, 1990; Lozano, 1989 y 1987; Goodrich *et al.*, 1989; Castro y Bronfman, 1993). Sin embargo, en México los datos empíricos producto de investigaciones son aún incipientes.

En México, las ciencias de la salud, en particular algunas áreas de la medicina como la ginecología, la obstetricia, la nutrición y la salud pública, entre otras, exploran perspectivas distintas impulsadas muchas de ellas en la práctica tanto por grupos de mujeres como por feministas. En estas nuevas visiones se está reformulando

---

teando nuevos paradigmas en el pensamiento científico tanto de los procesos de salud/enfermedad, como en el saber médico y las prácticas médicas. Señalan que una de las contribuciones de la teoría feminista en este campo es la insistencia en problematizar los conceptos mismos de salud y enfermedad.

<sup>5</sup> En la revisión preliminar que realicé sobre la producción generada en torno a la salud de la mujer desde la perspectiva social, destaco varios de estos aspectos referidos a los grupos organizados de manera independiente y a las áreas de estudio encontradas (Ravelo, 1990). Igualmente cabe señalar un estudio realizado en 1986 por Maricarmen Elú, sobre la involucración de los organismos de mujeres en las acciones de salud, en el cual participamos con M. Loya. Registramos más de 60 organizaciones de mujeres regionales y nacionales que en sus programas contemplan acciones en salud. Faltaría agregar las organizaciones o grupos creados en los siguientes años, al calor de la discusión de la mortalidad materna y de la violencia hacia las mujeres (véase el Anexo 1).

la conceptualización psicosocial del cuerpo femenino, que ha sido permanentemente "psiquiatrizado" y "cosificado", como veremos.

La concepción de la salud de la mujer a partir del modelo médico hegemónico,<sup>6</sup> se basa en el modelo biológico, el cual plantea la diferencia sexual principalmente por la funcionalidad reproductiva. La crítica realizada al modelo médico desde posiciones feministas con énfasis en el área ginecobstétrica, conduce a interesantes reflexiones e interrogantes. La salud femenina ¿puede ser entendida como un conjunto de procesos genéricos diferenciales, donde la dicotomía sana/enferma se pueda sustituir por otros conceptos de salud que reflejen otro modelo de concebir estos procesos, que conformen a su vez una cultura de la salud femenina?, ¿se podría hablar de una ideología alternativa en esta cultura de la salud?, y ¿cuáles serían los espacios de subalternidad o hegemonía de esta cultura de la salud femenina? ¿Sería únicamente la salud reproductiva la que hace la diferencia en la salud genérica o hay otras áreas de la salud donde encontramos esta diferencia?

El supuesto del cual parto es que los procesos de salud, enfermedad y muerte son procesos sociales, determinados a su vez por otros procesos sociales, biológicos y psicológicos que significan el deterioro, disminución o eliminación de las capacidades de desarrollo físico y mental y pueden conducir a la aparición de molestias, enfermedades y/o muerte, y/o al desgaste y envejecimiento prematuros del cuerpo.

En el caso de las mujeres estos procesos de salud (molestias, enfermedades, cansancio y estrés, entre otros), adquieren algunas particularidades dado que el género, como señalaba, es un elemento que evidencia aspectos diferenciales importantes.

Como punto de partida cabe señalar que los sujetos femeninos viven condiciones y situaciones de salud menos favorables por estar inmersos en una sociedad donde la reproducción, la sexualidad y en general la salud han estado dominadas por el saber médico hegemónico masculino. Éste es un aspecto importante a considerar. Igualmente, hay que destacar que la mayoría de las

<sup>6</sup> Este modelo es caracterizado por Menéndez como biologista, individualista, ahistórico, asocial, mercantilista y de eficacia pragmática (en Basaglia y otros, 1978: 15).

actividades productivas realizadas por las mujeres están y han estado sujetas a determinadas condiciones de género conformadas principalmente, en este caso, por la división sexual del trabajo que se manifiesta, entre otras cosas, en procesos de segregación ocupacional y discriminación salarial. En otro sentido, el conocimiento de la salud femenina generado desde las propias mujeres reconoce, reformula y propone problematizar y profundizar el estudio de áreas específicas de la salud femenina a la luz de los planteamientos de autonomía y autogestión.

#### SALUD REPRODUCTIVA

Es interesante destacar los enfoques históricos sobre la salud femenina a partir del estudio de las ideas médicas. Ehrenreich y English (1973), quienes estudiaron el periodo 1865-1920 referido a la sociedad norteamericana, sostienen que la primera contribución de las ideas médicas a la ideología sexista fue haber descrito a la mujer como enferma. La menstruación, por ejemplo, es vista como un desorden crónico y la menopausia como una enfermedad, igual que el embarazo. Esta visión de la mujer-enferma se apoya también en una serie de tabús, principalmente sobre la menstruación y el parto. De este modo, la reproducción constituye una de las áreas principales donde, según estas autoras, se expresan todas las caras de la ideología sexista, pues el médico desde entonces es quien controla "legalmente" los abortos y la contracepción,<sup>7</sup> mientras que hasta

<sup>7</sup> Es importante señalar la relevancia asignada a la salud femenina en algunos estudios desde la perspectiva historiográfica. Varios de ellos van en la línea de profundizar en el estudio sobre la relación mujer/medicina/sociedad (Ehrenreich y English, 1973; Nash, 1984). La salud femenina y la opinión médica tienen tal trascendencia que hasta han sido determinantes para configurar cierto prototipo de mujer. Se ha comprobado hasta qué punto estaban difundidas las concepciones misóginas acerca de la naturaleza y tipificación de la mujer halladas en los escritos médicos ingleses del siglo XII (Smith, cit. en Nash, 1984: 29). También se critica la visión biológica y misógina que ha predominado en el saber y la práctica médica (Blierier, 1985). En el siglo XIX, las reacciones médicas ante los problemas nerviosos de la mujer son indicadores del comportamiento de la época frente a la enfermedad y a la sexualidad en general, y a la identidad sexual femenina en particular. Estas reacciones médicas diferenciaban el diagnóstico y el tratamiento

la época moderna, en muchas sociedades, las mujeres que practican el aborto son acusadas y castigadas.

El estudio del control de la natalidad, la sexualidad y la salud femeninas ha sido un bloque temático importante en la historia de la mujer y en la historia social. Su relevancia es tal que hasta se propone la conformación de una nueva periodicidad de la historia sobre la base de los cambios importantes en la demografía y la práctica sexual (Nash, 1984: 29).

Varios estudios realizados en México han enfocado la salud de la mujer como categoría poblacional y en función de los programas de planificación familiar. Existen, sin embargo, otros enfoques que incorporan a los sujetos femeninos en cuanto grupos poblacionales con características particulares. Esta perspectiva de la salud reproductiva se ha extendido notablemente. Los estudios de población, realizados principalmente desde la demografía, se han dedicado a las características de la población femenina,<sup>8</sup> privilegiando variables sociodemográficas tales como los niveles de fecundidad, la nupcialidad y la anticoncepción, entre otros. Pero en años recientes han aparecido trabajos que incorporan otros ejes de análisis, como la "unidad familiar", para explicar los procesos de reproducción social. Incorporan los ciclos vitales y plantean la unidad doméstica como una unidad de producción y consumo (De Oliveira

---

entre hombres y mujeres, pues partían de la idea de que la causa y curación de muchos trastornos físicos de las mujeres era la matriz. No consideraban que la mala salud entre las mujeres ("las enfermedades de moda") era una válvula de escape frente a las obligaciones de la cama y la cocina (Wood en Nash, 1984), es decir, frente a los papeles femeninos que esa época les asignaba socialmente.

<sup>8</sup> La expansión de la población mexicana hasta la década de los setenta, impulsó el desarrollo de importantes líneas de investigación demográfica en distintas instituciones, como el Centro de Estudios Económicos y Demográficos del Colegio de México, fundado en 1964; el Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM; e instituciones privadas como la Fundación de Estudios de la Población, A.C., creado en 1965, que asumió el proyecto de planificación familiar del país en la década de los setenta; el Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A.C., fundado en 1960, especializado en temas de familia y religión (Lines, 1989: 10). Para quienes estén interesadas(os) en los estudios de población, tanto de aspectos demográficos como de planificación familiar en México, Lines (1989) realizó una exhaustiva revisión de 500 referencias bibliográficas que abarcan el periodo 1968-1982.

y Salles, 1989; García y De Oliveira, 1982; Peña Saint y Gamboa, 1988; Zuñiga *et al.*, 1986).

El estudio de los comportamientos reproductivos relacionados con factores socioculturales ha sido una importante línea de investigación que se ha impulsado casi desde todas las áreas disciplinares. Una de las perspectivas teóricas se inscribe en el análisis del papel reservado a la mujer en los procesos de reproducción social a fin de explicar su condición subordinada (Selva, 1991). Desde el enfoque médico también se ha considerado la situación vital de las mujeres en relación con el estado emocional que se genera durante el embarazo, predominando una interpretación biológica que incorpora factores sociales (González *et al.*, 1991).

El enfoque antropológico y sociológico médico-social ha tenido también importantes aportes. Propone el análisis de los procesos de salud/enfermedad/muerte articulando estos procesos en la dimensión económica-social e ideológica-política. Esta perspectiva está incursionando en temas fundamentales como la mortalidad materna y la reproducción social. Sugiere construir modelos de investigación sobre la mortalidad diferencial (incluida la mortalidad etérea) a partir de los determinantes histórico-sociales de clase social y género, aunque se consideran otros más globales como la crisis socioeconómica, el impacto de los servicios de salud y el de las políticas de salud (Menéndez, 1988 y 1989; Salazar, 1988; Bronfman y Tuirán, 1984).

En cuanto a los estudios sobre embarazo, parto, puerperio y crianza, existen varias investigaciones antropológicas y sociológicas que se han realizado en comunidades rurales, semirurales, urbanas y semiurbanas. La mayoría de estos estudios analizan las prácticas tradicionales, su relación con la medicina científica y las repercusiones en la salud reproductiva, incluida la salud infantil (Osorio, 1988; Zolla *et al.*, 1988; Castro *et al.*, 1991). En estos estudios es interesante el reconocimiento de una "cultura médica-materna" frente a la morbilidad infantil (Osorio, 1988).

Asimismo, los procesos reproductivos se abordan de manera directa e indirecta en la antropología a través del estudio de las prácticas de las parteras empíricas, el papel de la madre, de otras figuras femeninas y de las curanderas(os) en el cuidado del embarazo, el parto y el posparto. Igualmente se analizan los

aspectos tradicionales y modernos de estos procesos y la participación de las mujeres en los mismos (Leiter, 1982; Keller y Huerta, 1976; Kelly, 1955; INI, 1985; Elú, 1990; Freyermuth, 1990; Módena, 1990; Galante *et al.*, 1988; Guadarrama y Piedrasanta, 1988; Marcos, 1989). En Hidalgotitlán, Veracruz, por ejemplo, Módena (1990: 126-137) encontró en el primer nivel de atención que tanto el parto como la salud familiar forman parte de la esfera de acción femenina. Las mujeres han mantenido el control de este espacio, a la vez que mantienen su papel tradicional de curadoras.

Dentro del cambio en la salud reproductiva, la lactancia constituye otro de los aspectos que han despertado interés. Destaca en este sentido el estudio de la relación de la lactancia con el trabajo asalariado, el doméstico, las prácticas hospitalarias y los conocimientos y prácticas de salud materno-infantil, para determinar algunas de las causas que influyen en el abandono de la lactancia. El aporte principal de estas investigaciones es que analizan los efectos de la lactancia sobre las mujeres lactantes, rompiendo con el enfoque que privilegia sus implicaciones para la vida del hijo (Pérez-Gil, 1988; Ysunza, 1988; Salas, 1991; Cardaci, 1988).

Es importante señalar que durante la década de los setenta las antropólogas feministas se planteaban investigaciones y teorizaciones para discutir el origen de la opresión femenina. Todas ellas lo ubicaban en la expresión máxima de la diferencia biológica: la maternidad. A partir de estos conceptos se genera una nueva ronda de debate "naturaleza versus cultura" (Lamas, 1986: 178-182). Creo que este ha sido uno de los terrenos más debatidos dentro de estas corrientes, tanto en relación con la maternidad biológica como con la social. No me detendré en estos debates pues sería materia de un trabajo completo. Únicamente señalaré de manera sintética, aunque parezca simple, que en esta discusión se definen dos posiciones: una que señala los problemas de la maternidad, incluida la crítica a la ideología dominante y al discurso médico; y la otra, resalta los aspectos positivos de esta experiencia femenina (Badinter, 1981; Tubert, 1991; Langer, 1980).

De la misma manera, la crítica al uso indiscriminado de anti-conceptivos y a los programas de planificación familiar ha sido tema de denuncia feminista y objeto de estudio (Hiriart, 1986; García, 1990; De Barbieri, 1990; Deliens y Camus, 1986; Barroso,

1986; Cardaci, 1988; Lines, 1989). En publicaciones feministas se hace una crítica a la ginecología dominante y se propone, además, otra manera de hacer ginecología (Mainero, 1984; Colectivo de Mujeres de Boston, 1979; CIDHAL, 1982; Elías, 1984).

Dentro de esta área hay estudios sobre aborto y SIDA, así como otros referidos a prácticas sexuales que trataremos más adelante. Para concluir, es importante señalar que, por lo que se refiere a esta área de la salud femenina, se están construyendo algunos enfoques que rescatan líneas de investigación sobre cuerpo y sexualidad, e identidad y subjetividad femeninas, como veremos enseguida.

#### SALUD MENTAL

Es importante señalar que históricamente la salud de las mujeres ha sido asociada a la reproducción, mientras que todas las funciones femeninas fueron identificadas como inherentemente enfermas (Ehrenreich y English, 1973). En ese sentido, la salud mental es otra de las áreas donde se manifiesta esta visión de lo femenino. Si bien esta concepción tiene su origen en el modelo médico hegemónico, sus bases de sustentación derivan principalmente de las teorías psicoanalíticas, que han abundado sobre lo femenino en relación con las envidias y carencias respecto del "otro" —lo masculino (Delgueil, 1989).<sup>9</sup>

La salud mental femenina, desde la construcción de género, representa una dimensión amplia en cuanto articula otras dimensiones como la sexualidad, la maternidad, la reproducción, el trabajo y la enfermedad, entre otras.

<sup>9</sup> Delgueil (1989) recorre de una manera clara los fundamentos de la teoría psicoanalítica en relación con lo femenino y con algunas de las polémicas suscitadas en Europa hasta la década de los setenta. Destaca la visión de la mujer integrada al discurso masculino, desde Freud hasta Lacan, que piensan la sexualidad femenina como subordinada y construida a partir de la envidia del pene y la supremacía del falo. Aborda también la visión "disidente" de las voces femeninas que reivindican otra visión de la mujer. Se refiere a Hellen Deutsch, Melanie Klein y Karen Horney, entre otras.

Ya hemos señalado que el saber que se desprende de la experiencia femenina no ha sido el hegemónico, y que domina la "psiquiatrización" de la salud de las mujeres y en general del cuerpo femenino. Esta psiquiatrización tiende a definir a las mujeres como enfermas o locas. En la literatura feminista y en los estudios de género destacan los enfoques que ponen en cuestión este modelo ideológico que históricamente ha explicado y definido a las mujeres como locas (manifiestas o latentes), como individuos con comportamientos "raros" (perturbados) y desviados (anormales) o como grupos que tienden a reproducir trastornos psicopatológicos (Burin, 1990 y 1987; Basaglia, 1985; Douglas, 1984).

Franca Basaglia ha desarrollado una propuesta conceptual importante para la comprensión de la salud mental de la mujer. Su enfoque parte de caracterizar la condición femenina por la subordinación y la opresión. El concepto central de esta propuesta es el *cuerpo* con el cual la mujer ha sido identificada, y del cual se desprenden una serie de cuestiones: maternidad, contracepción, aborto, sexualidad, lesbianismo, violación y estupro. Las diferencias biológicas entre los sexos, según esta autora, han sido convertidas en desigualdad social, legitimada por el poder (1985: 15-20).

En este marco Basaglia ubica la relación entre el disturbio psíquico y la rigidez de las reglas de comportamiento femenino (prejuicios de orden moral). El problema de la locura estaría dado en gran medida por el reducido margen de error de comportamiento que se le concede a la mujer y por su confinamiento al ámbito doméstico. La premisa que sienta para entender un primer nivel de opresión de las mujeres es que "el denominador común consiste en haber nacido mujer dentro de una cultura en la que este hecho es, *per se*, un menosprecio" (1985: 34).

Las nociones que desarrolla para entender el contexto en el que se manifiesta la locura son: la mujer como *naturaleza*, la mujer como *cuerpo-para-otros* y la mujer *madre sin madre*. Estas tres características que para ella conforman la condición femenina, indican claramente la ausencia de una alternativa dialéctica: la mujer es naturaleza prefabricada o no es mujer, es cuerpo-para-otros o no es cuerpo, acepta su condición de ser madre sin madre o deja de existir, todo lo cual ha impedido a la mujer ser reconocida como sujeto histórico-social. De este modo, pasividad, desdoblamiento,

disponibilidad, son parte de su “naturaleza” y corresponden al ideal de salud mental para la mujer (1985: 47). La propuesta de Basaglia es invertir los términos en los que por definición se considera “enferma” a la mujer, y tratar de entender, no sólo interpretar, el fenómeno de la “locura” como un producto histórico-social (1985: 56).

Otro aporte interesante desde los estudios de la mujer es la dimensión del cuerpo como unidad de análisis, bajo el concepto de “cuerpo vivido”. Aida Aisenson (1981) señala que el cuerpo fue considerado tradicionalmente en tanto que materia, lo opuesto al alma, y sólo en relación con ésta era definido. El cuerpo en tanto existencia era visto como el factor individualizador que nos convierte en una particular “presencia en el mundo”. Por el contrario, en la fenomenología, el “cuerpo” y el “espíritu” pasaron a ser elementos constituyentes de una misma vida humana integrada. A su vez, la psicología logra una concepción muy interesante al retomar la vivencia del propio cuerpo: “El cuerpo es y el cuerpo es sentido, y esto último constituye un punto capital”. Es más que un ente natural, es un ente humano (Aisenson, 1981: 283).

De esta manera, el cuerpo empezó a ser conceptualizado a partir de su relación con el mundo vivido. El existencialismo, entre otras filosofías, reconoció los diversos planos del cuerpo, como cuerpo-conciencia y como cuerpo-persona. Además, se tenía que entender al cuerpo simultáneamente como sujeto y objeto, conciencia y no conciencia.

Las dimensiones en el nivel humano (infraestructura, economía, superestructuras psicológicas y sociológicas), en la medida que son determinantes en la conformación del cuerpo vivido, muestran las diferencias particulares entre el cuerpo vivo (objeto-ser biológico) y el cuerpo vivido (sujeto-ser histórico). El primero sólo se relaciona en el plano biológico, como materia físico-química, y el segundo se relaciona a través de la experiencia vital. Este último punto ha sido desarrollado por varias corrientes del feminismo, siendo una de las precursoras Simone de Beauvoir.

Al tratar la experiencia vivida, nos introducimos en otros planos como el de la subjetividad femenina, ampliamente abordada por Mabel Burin (1987, 1990) y el equipo de trabajo que ha participado en varios talleres de “Reflexión sobre Mujeres y Psico-

fármacos”, realizados en Argentina y otros países. Con la exposición de la propuesta teórica de esta autora sobre la subjetividad femenina y el malestar de las mujeres, concluiré este pequeño esbozo sobre salud mental.

Uno de los ejes de análisis en el planteamiento de Mabel Burin para la conceptualización de la salud mental, es que la subjetividad femenina configura los deseos y las posibilidades de transformación de esos deseos, de validar el deseo hostil y los deseos múltiples. Cuestiona la reducción de los deseos amorosos a los deseos maternos, y la realización de los deseos de trabajo en el trabajo doméstico, en el trabajo maternal y en sus extensiones en formas laborales extradomésticas. Los deseos inciden sobre los mismos deseos en tanto son representaciones culturales acerca de las mujeres.

De este modo vemos que la subjetividad en tanto estructura valorativa de la identidad femenina no podrá considerarse aisladamente, sino como parte constitutiva del cuerpo vivido y de la sexualidad. También en el terreno de la vida cotidiana se localizan elementos que pueden llegar a romper con ella misma, con su continuidad. Tales elementos son expresados cuando se toma conciencia de la vida cotidiana, y se manifiestan en la salud mental de las mujeres a través de síntomas, expresiones de malestar, de protesta sobre las condiciones de vida, etcétera.

Uno de los aportes importantes de Mabel Burin en este sentido es que subraya la especificidad de la salud mental de las mujeres a partir de la construcción de género. Destaca la *situación de conflicto* como uno de los determinantes clave. A la vez propone la participación de las mujeres en este campo para ejercitar prácticas que sean favorables a su salud mental:

Cada vez encontramos mayor énfasis en criterios referidos a la flexibilidad en lugar de la rigidez en la organización psíquica, a la creatividad en lugar de la repetición en cuanto a los modos de realización de intereses, a la participación comunitaria, o en grupos diversos, que al individualismo y al aislamiento, como modos de acción y participación social. Esto se relaciona con la consideración de un sujeto psíquico que, en su misma constitución, es un sujeto social... Hay que lograr que los conflictos no se estereotipen bajo la forma de enfermedad, sino que conserven su estado dinámico, su movilidad y flexibilidad. Hemos hallado que las situaciones de crisis

constituyen estados favorables para lograr tal movilidad. Es por ello que en nuestro estudio otorgamos un énfasis tan particular a las crisis vitales de las mujeres (Burin, 1987: 41-43).

En este marco Burin introduce como una categoría de análisis la noción de *malestar*, que no se encuentra en la dualidad salud/enfermedad, pues este concepto no refrenda la clásica diferenciación "sano/enfermo", "normal/patológico". El esquema teórico-crítico de Burin sugiere que las áreas que deben estudiarse, pues involucran la especificidad de lo femenino, son la maternidad, la sexualidad y el trabajo femenino. Enfatiza al mismo tiempo la importancia de *feminizar* las teorías y prácticas vigentes en salud mental, y hasta las técnicas que por tradición han sido diseñadas desde la perspectiva masculina. Esto significa incorporar la perspectiva de las mismas mujeres sobre sus condiciones de salud y sus modos de enfermar, incluyendo la de las mujeres profesionales y terapeutas.<sup>10</sup>

Los aportes de Burin son amplios y se apoyan sobre una base teórica y empírica, y creo que tendrían que ser retomados por quienes nos preocupamos por abordar la salud mental femenina desde la perspectiva de género, para incidir en cambios favorables tanto dentro de las prácticas y concepciones institucionales, como en las propias relaciones de género y en la producción teórica.

Coincido con Mabel Burin en cuanto a que la salud mental femenina no tiene aún el lugar que merece, si bien se han hecho avances sustanciales en la descripción de cuadros psicopatológicos

<sup>10</sup> Las psicoterapias feministas son, sin lugar a dudas, innovaciones importantes. El modelo de tratamiento centra su atención en las quejas de las mujeres no como cuestiones insignificantes, ni como producto de las culpas, sino ligadas a la diferencia sexual. Por ello se señala que las nociones sociológicas de papel femenino y de género son clave para abordar las problemática mental de otra manera. La mujer, por ejemplo, toma conocimiento de sus síntomas como un signo de una forma de vida que ella no puede aguantar más; no se le alienta a soportar matrimonios malsanos y peligrosos e incluso se considera que la ira de las mujeres necesita ser reconocida, validada y confirmada culturalmente, pues se deriva de su papel subordinado en una sociedad cuyo sistema relacional descansa sobre la desigualdad sociocultural. Es en el contexto en el que la ira como sentimiento se inhibe, que se crean conflictos entre el desarrollo femenino y las actuales exigencias culturales, lo que puede generar angustia y otros trastornos (Goodrich *et al.*, 1989; Kaplan *et al.*, 1990; Reale *et al.*, 1990).

tradicionales de las mujeres (histerias, fobias y depresiones, principalmente) porque se están incorporando causas de orden socio-cultural, tales como las formas de socialización temprana de las niñas, la represión ejercida sobre la sexualidad femenina, las prácticas sociales relativas a la maternidad y sus consecuencias y los trastornos psíquicos derivados de los ideales culturales patriarcales. Por ejemplo, se conoce poco sobre el alcoholismo femenino y sus consecuencias, así como sobre los problemas que viven las mujeres esposas de alcohólicos y los trastornos o conflictos provocados por la vivencia de estas situaciones. Pocos estudios toman en cuenta, por ejemplo, el maltrato a estas mujeres y los graves trastornos psiquiátricos que por ello padecen (Duarte, 1986; Jiménez, 1985; Ravelo, 1991).

En México, estudios realizados por el equipo de antropología médica del CIESAS han encontrado datos sobre la ingesta de alcohol en mujeres, incluso de grupos infantiles, que suponen un incremento de hábitos culturales de alcoholización femenina (Menéndez, 1983; Ravelo, 1988a). Estos estudios sugieren que existe una producción y reproducción de los patrones de comportamiento alcohólico masculino entre las mujeres, de los cuales el maltrato a menores realizado por mujeres es un claro ejemplo. El hallazgo, reiterado por varios estudios, de que la mujer consume menos bebidas alcohólicas que el hombre (Zubieta, 1988), va unido al hecho de que la alcoholización femenina muestra tendencias cada vez más elevadas en general, y en particular en los grupos infantiles y juveniles.

Otros estudios describen las características del alcoholismo femenino e incorporan el uso de psicofármacos. Se considera incluso el alcoholismo femenino como una patología reveladora, a la que no se le ha dado la importancia debida, a pesar de que existe "crueldad" contra la mujer que bebe y las medidas de rehabilitación para las mujeres alcohólicas son deficientes (Matrajt y Arbetman, 1990).

La mayoría de los estudios sobre salud mental referidos a México han explorado una diversidad de aspectos relacionados a hábitos sociales y culturales, trabajo, organización social, vida cotidiana, etcétera. Sin embargo, aún son escasas las investigaciones sobre los efectos del trabajo asalariado y doméstico en la salud mental.

principalmente el *stress* y la fatiga mental que generan las condiciones en las que se realizan el trabajo femenino y la doble jornada, como veremos más adelante. Además, falta profundizar ejes teóricos, conceptuales y metodológicos. Esto evidentemente presenta algunas dificultades, porque el campo de estudio de la salud mental es vasto y especializado.

### SEXUALIDAD

Este campo constituye, igual que el de la maternidad, otro de los más debatidos dentro del pensamiento feminista. Tales debates se han sustentado desde un principio en las obras de De Beauvoir (1987), Freud (1968) y Langer (1980), entre otras. Desde la perspectiva de género, la discusión tiene como punto de partida la crítica al enfoque dominante que explica la sexualidad principalmente con base en la reproducción biológica sin considerar la dimensión psicológica y social. Sobre esta base se plantea un nuevo modelo de relación sexual y de concepción de la sexualidad femenina (Ehrenfeld, 1989). Otro punto de debate que se incorpora posteriormente en el feminismo es la contradicción que aparece en el marco de las diferencias de clase y de etnia entre las mujeres (Lamas, 1986; Lagarde, 1990). Es decir, la identidad femenina, que incluye evidentemente la sexualidad, puede tener explicaciones particulares y complejas a partir de su historicidad (Riquer, 1989).

Es en este marco que varias de las experiencias de discusión y acción colectiva de grupos de mujeres reivindican el derecho de apropiación del cuerpo y el respeto a las nuevas formas de acercamiento erótico: lesbianismo, homosexualidad, bisexualidad (Hiriart y Ortega, 1987; Chasseguet, 1977; Catalá, 1983). Al mismo tiempo, estudios como el de Figueroa y Rivera (1993) demuestran que para la población de varias regiones del país, el tema de la sexualidad sigue centrado en las relaciones sexuales y continúa siendo abordado en un sentido biologista y sexista, sin que las mujeres logren tener un completo control sobre su cuerpo.

Por otra parte, un estudio antropológico realizado en una comunidad indígena de Puebla (Nauzontla), encontró una serie de procesos míticos y rituales ligados a una "cultura del cuerpo

femenino”, que reconoce la diferencia y conceptúa la sexualidad como el eje de una serie de procesos de apropiación y producción simbólica de género y etnia. En esta comunidad la sexualidad adquiere un valor distinto para cada grupo genérico: en el caso de las niñas debe negarse públicamente el conocimiento acerca de ella, mientras que los niños deben afirmarlo (Castañeda, 1993). La virginidad y la menarquia también tienen un significado social y cultural importante en el grupo étnico estudiado, en el que la menarquia es vista como el fin de la infancia (Castañeda, 1993).

Este tipo de estudios significa un gran aporte pues rescata las prácticas reales y simbólicas de culturas específicas, así como la relación sociedad-naturaleza, lo que nos permite aproximarnos a una antropología del cuerpo femenino. Pero si bien la investigación social en este campo es aún incipiente en México, cabe señalar que dentro del feminismo ya se están investigando, denunciando y proponiendo soluciones a algunos problemas educativos sobre la menstruación (Hiriart, Meza y Pérez, 1985) y la sexualidad (CIDHAL, 1982; *Mujeres para el Diálogo* y Regsamuni, s./f.). La sexualidad es sin duda un área compleja, con múltiples dimensiones. Con respecto a una de ellas, la referida a las políticas sexuales, el feminismo está proponiendo una reformulación que reivindica el placer erótico y la diferencia genérica (Vance, 1989; Millet, 1975).

#### SALUD OCUPACIONAL

Es importante destacar que en México la investigación sobre salud ocupacional femenina, desde la perspectiva de género, está en su etapa inicial. Sin embargo, ya hay algunos avances. De los trabajos revisados destacan los estudios realizados en dos grupos ocupacionales: obreras industriales y trabajadoras del sector servicios, aunque ya empiezan a investigarse problemas de salud en grupos de mujeres campesinas e indígenas.

De las investigaciones realizadas en grupos de obreras, resaltan las relativas a la industria maquiladora. Ésta, como sabemos, se caracteriza por absorber fuerza de trabajo femenina, aunque las tasas de ocupación masculina han estado aumentando en los últimos años. Es notable la preocupación y el interés por el estudio de la

salud de la mujer ocupada en esta rama dirigida a la exportación, debido a que los daños a la salud son en parte irreparables y se manifiestan de diversas maneras, fundamentalmente en el desgaste y el envejecimiento prematuros, y en un nuevo perfil patológico de la mujer obrera. Si bien son pocos los enfoques de género, es un avance importante que las especificidades de la salud en el trabajo femenino estén siendo estudiadas desde la sociología, la antropología, la medicina social, la salud pública y la economía.

Dentro de la corriente de los estudios sociológicos y económicos, la salud no es precisamente el problema central de la investigación. Las repercusiones de las condiciones de trabajo en la salud femenina se estudian a partir del análisis social y económico de la fuerza de trabajo femenina en esta industria (Carrillo y Hernández, 1986; Barrera, 1990).

Existe otro grupo de trabajos impulsados por la medicina social a partir de la metodología del "modelo obrero", que identifica las cargas laborales en los procesos de trabajo. Su principal eje es el patrón de desgaste, que destaca la incidencia de enfermedades relacionadas con la carga psíquica y la tensión (Márquez y Romero, 1988).

A estos estudios podemos agregar los aportes de las investigaciones sobre riesgos reproductivos en mujeres de la industria maquiladora de exportación, desde un enfoque de antropología médica (Denman, 1988), o de la medicina social (Freyermuth, 1986). Ambos privilegian el estudio de los efectos en los procesos de reproducción; fijan la atención particularmente en el producto y, de manera colateral, en las mujeres.<sup>11</sup> Asimismo, encontramos dos estudios que describen la situación laboral, sindical y familiar de las obreras a partir de testimonios e historias de vida, con un enfoque antropológico (Arenal, 1986; Iglesias, 1985). En estas descripciones aparecen los procesos de salud/enfermedad articulados a los procesos de explotación característicos de esta rama

<sup>11</sup> En los estudios sobre salud de la mujer trabajadora, según Denman (1992), hay un consenso respecto a la importancia de los problemas relacionados con el embarazo y su producto, esto es: aborto, premadurez, bajo peso al nacer, anomalías congénitas y mortalidad perinatal y materna.

industrial. Incorporan además categorías genéricas como la subordinación y el hostigamiento.

Cabe señalar que es principalmente en el norte del país donde están impulsándose estudios sobre diversos aspectos de la salud de las obreras de las maquiladoras. Las líneas de investigación que más destacan son las referidas a las condiciones de trabajo, el proceso de trabajo, los factores de riesgo, los procesos de desgaste y los procesos de explotación. Cabe mencionar también una investigación realizada en la Maquiladora RCA, de Ciudad Juárez, con 389 trabajadoras, que desde una perspectiva médica-epidemiológica estudia el proceso de salud/enfermedad. Si bien este estudio tiene como marco referencial un enfoque de medicina social, no logra ese objetivo porque predomina el enfoque biológico. Sin embargo, ofrece interesantes resultados sobre las condiciones en las que laboran estas obreras y cómo repercuten en su salud. Dentro de los perfiles de morbilidad destacan las enfermedades respiratorias, las gastritis, la anemia, la neurosis y las várices, entre otras (Palomares, 1985).

Además, también empiezan a estudiarse los problemas derivados de la contaminación industrial y de la reglamentación sobre el medio ambiente. Estas líneas de investigación son impulsadas principalmente en las zonas fronterizas del país, caracterizadas por el amplio desarrollo de la industria maquiladora de exportación. Al conjunto de estos trabajos se le conoce como "estudios en salud fronteriza" (Hathaway, 1990; Segovia, 1990).

En nuestra revisión encontramos otro conjunto de estudios referidos a las costureras del Sindicato "19 de Septiembre". Tres de ellos combinan la perspectiva antropológica, la médica y la de género. El estudio de Sánchez (1989) rescata la sintomatología en el desarrollo de la enfermedad a partir de la historia personal de cada obrera, teniendo como universo de estudio un grupo de 25 costureras.

Otro estudio aborda el trabajo asalariado como causa de abandono de la lactancia a partir de entrevistas a profundidad con cinco mujeres. Este es un estudio que contribuye al conocimiento de los cambios generados en la lactancia por el trabajo asalariado. Son interesantes los hallazgos, pues si bien la mayoría de las entrevistadas opinó que una de las causas de abandono de la

lactancia es no tener tiempo por el trabajo, otras manifestaron que éste se debe a la deformación del cuerpo (y en particular de los senos), al hecho de que son amas de casa "flojas" y porque el gobierno no hace nada por cambiar el régimen de amamantar (Salas, 1991).

Por otra parte, mi propia investigación sobre las costureras destaca las principales molestias y enfermedades que padecen, varias de ellas relacionadas con el exceso de trabajo y la fatiga laboral característica en esta rama debido a la sobreexplotación. Este estudio encontró que la enfermedad a veces es utilizada por las obreras como una estrategia para recuperarse del cansancio físico y mental. El estudio también reveló interesantes cuestionamientos de la visión dominante sobre la salud femenina, y finalmente propone algunas estrategias de solución a los problemas de salud, como el control sobre los ritmos del trabajo y la automedicación.

Otro estudio aborda desde la psicología, la relación mente-cuerpo entre las costureras. A través de técnicas de trabajo grupal analiza las manifestaciones somáticas de siete costureras que vivieron la experiencia de los terremotos de 1985 en la ciudad de México. Con base en los ejercicios gestálticos, este estudio (Sánchez, 1989) pretendió proporcionar un conocimiento del cuerpo, pero no del cuerpo enfermo ni somatizado, sino del cuerpo de mujer que habla de su sexualidad.

Otras investigaciones que se están impulsando desde la práctica de la medicina social también rescatan la experiencia obrera pero a partir de la metodología del modelo obrero. Además, hacen una reconstrucción de las condiciones de trabajo y sus repercusiones en la salud, con el objetivo de que las mujeres de esta industria, agrupadas en un sindicato, lleven a cabo acciones de prevención en materia de seguridad e higiene (Alvear, Ríos y Villegas, 1988). Este estudio, que abarca una serie de aspectos laborales y tiene la intención de perfilar un patrón de desgaste, encontró que los daños a la salud se manifiestan a través de una serie de afecciones producidas por estrés o tensión nerviosa.

Otro estudio realizado desde la antropología física en costureras domiciliarias y fabriles de Mérida, Yucatán, hace un análisis sociodemográfico de una población abierta, teniendo como uni-

dad de análisis la unidad doméstica y no la unidad obrera, aunque ambas esferas se consideran indisolubles.<sup>12</sup>

Entre los estudios realizados con mujeres obreras, hay que mencionar uno sobre las repercusiones de la doble jornada y la jornada doméstica en la salud de grupos de obreras, campesinas y alfareras del estado de Jalisco (Uribe y Ramírez, 1988). Este estudio plantea rebasar el ámbito reproductivo e involucrar los daños a la salud de la mujer partiendo de la noción de que la mujer es un individuo psicobiológico, de ahí que para sus autores el trabajo femenino contribuya a explicar los daños a la salud. Encuentra que las amas de casa tienen mayores problemas de salud que las asalariadas, sugiriendo que probablemente el trabajo doméstico influye en el deterioro mental de la mujer (*ibid.*, 1988: 12-13).

Entre las investigaciones acerca de la salud de las trabajadoras del sector servicios, encontramos varias realizadas con las trabajadoras o por ellas mismas, a través de sus organizaciones y corrientes sindicales. Se ha estudiado la salud y el trabajo secretarial en la Universidad Autónoma Metropolitana (Rangel *et al.*, 1988) y de las operadoras de Telmex. En esta empresa se reporta que el estrés y la fatiga visual son los padecimientos más comunes por el uso de nueva tecnología (STRM-Línea Democrática "22 de abril", 1987; Del Villar, 1988). Además, en el Primer Encuentro de Trabajadoras Asalariadas (1987), al que asistieron trabajadoras de las maquiladoras, costureras y obreras de otras industrias, hubo ponencias de mujeres de varias dependencias de gobierno, que denunciaron los problemas de salud generados por la reconversión o modernización en los centros de trabajo, como es el caso del Servicio Civil de Carrera. Estos problemas de salud derivan sobre todo de la tensión que provoca el mayor control sobre el trabajo.

Para el sector de trabajadoras asalariadas encontramos también una investigación en medicina social de la Universidad Autó-

<sup>12</sup> El proyecto global de esta investigación realizada en el Centro Regional de Yucatán del INAH se titula "Estrategias familiares de vida y salud en los hogares de las obreras de la industria del vestido en Mérida, Yucatán". Pretende analizar la situación de la salud de las obreras a través de entrevistas, técnicas antropométricas e indicadores de salud, elaborando un patrón de población "bien nutrida" (Peña y Gamboa, 1988).

noma Metropolitana-Xochimilco, sobre las taquilleras del Metro (Sistema de Transporte Colectivo) de la ciudad de México, cuyo eje de análisis es la relación salud-doble jornada (asalariada y doméstica), registrando una relación directa entre morbilidad general e intensidad del trabajo doméstico (Garduño y Rodríguez, 1990).

Por otra parte, es interesante que ya se esté estudiando la salud de las trabajadoras domésticas y la de las amas de casa (Uribe y Ramírez, 1988, 1989; Goldsmith, 1984; De Francisco, 1986), aunque habría que hacer más estudios comparativos. Éstos analizan la fecundidad por grupos ocupacionales, encontrando que las amas de casa muestran las cifras más altas de embarazos terminados en abortos, más del doble que entre las enfermeras, secretarías y maestras (Uribe y Ramírez, 1989: 2). Otros estudios de Uribe y Ramírez y su equipo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara son resultado de un proyecto amplio que han estado realizando sobre salud femenina y salud en distintos sectores de trabajadoras y amas de casa residentes en Guadalajara. El estudio que iniciaron en 1989 es de corte transversal y descriptivo, y comprende cuatro grupos de mujeres: enfermeras, maestras, secretarías y amas de casa (Ramírez *et al.*, 1991).

Estos autores también han levantado encuestas y entrevistas en dos grupos poblacionales de mujeres, uno rural y otro urbano, para identificar los problemas de salud más frecuentes y establecer las diferencias y similitudes entre ambas poblaciones (Ramírez *et al.*, 1991). En este estudio encontraron mejores condiciones sanitarias e indicadores sociodemográficos más favorables para las mujeres de la zona urbana con respecto a la zona rural, lo que abre una importante línea de investigación respecto a la salud diferencial entre grupos poblacionales del mismo género.

La salud de las mujeres que trabajan en el campo no ha sido tan estudiada como la de los sectores que trabajan en la industria y servicios. Sin embargo, ya se están planteando investigaciones que tratan la relación entre trabajo asalariado rural y enfermedades ocupacionales (Barrón, 1991); la salud mental de grupos de mujeres del Istmo de Oaxaca, la mayoría ocupada en actividades comerciales (Guerrero, 1988); y las experiencias de promoción de la salud femenina en el medio rural (Angulo, 1988; Uribe y

Ramírez, 1991). Pero no hemos encontrado investigaciones sobre la salud de las mujeres que pertenecen a grupos indígenas y que tienen ocupaciones específicas, como artesanas o productoras agropecuarias.

Es importante señalar que los daños y riesgos a la salud, así como las principales alteraciones de la mujer trabajadora y las repercusiones diferenciales de la salud de la mujer en el trabajo (Barrientos, 1988) son aspectos contemplados en casi todos los estudios (Barrientos, 1986; y los ya citados).

Si bien en México aún no se ha profundizado en la discusión teórica sobre la salud de la mujer en el trabajo, dentro de la antropología y la investigación social en general, comienzan a realizarse esfuerzos en esa dirección (Peña San Martín, 1988; Teixeira, 1986; Ravelo, 1986; Garduño *et al.*, 1991; Bressani, 1988).

En general, se podría decir que los materiales que he revisado sobre la relación salud/trabajo/mujer varían poco en cuanto a líneas de investigación y problemáticas estudiadas. La mayoría tratan los riesgos a la salud en el trabajo en las áreas de reproducción y salud mental principalmente. Pese a que la mayoría se han centrado en los aspectos reproductivos, incluidos los ginecobstétricos, no se ha desarrollado lo suficiente este campo de conocimiento a partir de la visión de las experiencias de las mujeres. Creo que se ha descuidado o abandonado, en términos de análisis, este campo tan importante para la vida y el cuerpo femenino, sobre todo en lo que se refiere a la teoría, a la atención de la concepción sobre la salud que tienen las mujeres en la dimensión del trabajo y la construcción de una epidemiología sociocultural, junto con la prevención y solución a los problemas de salud de las mujeres trabajadoras.

Otra área por desarrollar se refiere al estudio de la sexualidad en relación con el trabajo femenino, desde perspectivas que no se limiten a considerar las prácticas sexuales con base en el estudio del uso de anticonceptivos entre mujeres trabajadoras.

Quisiera destacar ahora algunos estudios realizados desde otras realidades sociales, que presentan interesantes líneas de investigación, así como los aportes teóricos que registran los principales puntos de debate en este campo de conocimiento.

Ellen M. Hall (1990) presenta un análisis de las condiciones sociales del trabajo y sus efectos psicosociales en grupos de mujeres

que se emplean y otras que sólo son amas de casa.<sup>13</sup> Su concepto central es el control del trabajo para mostrar los efectos de éste sobre la salud. Su indicador principal es la diferencia entre los sexos, por lo que aborda población masculina y femenina y compara el nivel de prevalencia de las enfermedades, considerando la salud física y mental. A partir de varios indicadores para detectar la presencia y nivel de depresión, encontró que las mujeres sin empleo presentan tres veces más casos de depresión. También encontró un 33% con enfermedades psicosociales severas, producto de la intensidad del trabajo, la tensión mental, los problemas del trabajo/casa y otros factores más, relacionados con la educación y el sexo.

La autora sostiene que los patrones de enfermedad son diferentes para hombres y mujeres. Estos estudios indican que la vida de trabajo tiene un impacto mayor sobre la salud mental y física de las mujeres con respecto a los hombres, debido a las diferencias psicológicas, genéticas y de estilos de vida. El *stress* en la vida de las mujeres es más diverso y difuso que en la experiencia masculina, por lo que se sugiere hacer más investigación sobre el ciclo de vida y las experiencias de género, para poder fundamentar demandas sobre el trabajo doméstico.

Otros estudios más enfocados al campo de la reproducción analizan las consecuencias del trabajo sobre las mujeres embarazadas, para proponer algunos programas de prevención en los lugares de trabajo. Parten del hecho de que cada vez son más las mujeres que trabajan durante sus periodos de embarazo y que se conocen poco los efectos del trabajo sobre estos procesos, tanto para la salud de las embarazadas como para la del feto (Chamberlain, 1984).<sup>14</sup>

<sup>13</sup> Esta autora compiló una serie de trabajos realizados en The Johns Hopkins University y otras instituciones gubernamentales de salud de los Estados Unidos, sobre los efectos del trabajo "invisible" y "visible" en la salud de grupos de mujeres suecas.

<sup>14</sup> Los trabajos compilados por Geoffrey Chamberlain (1984) son producto de una conferencia angloamericana realizada en 1983, organizada por la Royal Society of Medicine de Londres. Aborda esta problemática desde disciplinas como la obstetricia, la epidemiología, la patología, la toxicología y la salud ocupacional, entre otras.

Ann Oakley sostiene que las madres siempre han trabajado y que hay que considerar los problemas y conflictos que se suscitan en la maternidad, lo cual desde hace años ha sido motivo de debate. Esto evidentemente se relaciona con la concepción que se tiene sobre la maternidad, los roles madre/padre y el rol de la mujer en la casa y el trabajo. Oakley hace una serie de consideraciones acerca de la teoría de las privaciones maternas, de los efectos del trabajo de las mujeres sobre los hijos desde su gestación y, viceversa, la influencia de los hijos sobre el trabajo de las madres. Concluye señalando la necesidad de investigar más las consecuencias del trabajo para los hijos, las madres y padres. Es interesante destacar que encontró que quienes cuidan a los hijos mientras las madres trabajan son los padres y las abuelas, lo que demuestra el cambio en los roles masculino/femenino, y que aún no está resuelto el problema del cuidado de los hijos por parte del gobierno, la familia y las mujeres (Chamberlain, 1984).

El conjunto de los trabajos compilados por Chamberlain (1984) se centra en el estudio de los riesgos reproductivos y su aporte principal es que algunos incorporan y combinan la dimensión cultural, legal y médica para explicar aspectos de la ocupación, la familia y los servicios de atención a las mujeres embarazadas. No se quedan únicamente con la explicación biológica y proponen discutir líneas de investigación que recojan los problemas y conflictos que viven las mujeres embarazadas cuando trabajan.

Otro estudio clásico es el de Vilma R. Hunt (1975). Este estudio se centra en los riesgos reproductivos, ergonómicos, físicos, químicos y biológicos, pero incorpora otras consideraciones como las legales, históricas y demográficas. Si bien su perspectiva es médica, aborda el análisis histórico de la participación de las mujeres en el desarrollo económico y las ocupaciones que han tenido. Este trabajo es pionero. Tiene el mérito de plantear los procesos de fertilidad, esterilidad, menstruación, nutrición y otros procesos de salud femenina relacionados con el trabajo. Plantea también algunos aspectos de la reproducción masculina como un factor que influye en la reproducción femenina. Destaca que la exposición a factores tóxicos, además de afectar los procesos mencionados, puede provocar dolores de cabeza, náuseas, vómito y un conjunto de síntomas

de enfermedades psicogénicas. El *stress* es la enfermedad más intensa y común entre las trabajadoras. Igualmente aborda otros problemas, como los efectos del fumar en las mujeres trabajadoras, encontrando un incremento del tabaquismo en las más jóvenes. Correlaciona el ingreso al trabajo desde temprana edad con fumar, y critica el que en los estudios epidemiológicos no se haya investigado este problema.

Un problema central que plantea esta autora es la inexistencia de datos sobre mortalidad femenina en la industria y las consecuencias que el trabajo en la industria tiene sobre la reproducción: los abortos espontáneos, el bajo peso al nacer, la muerte fetal y neonatal, las deformaciones congénitas, etc. Evidentemente también los tóxicos afectan la reproducción masculina, pero la perspectiva epidemiológica que domina este estudio aborda los problemas de salud ocupacional en las mujeres trabajadoras, en particular entre las más jóvenes, pues son quienes están mayormente expuestas a los riesgos en la reproducción.

Respecto a los estudios realizados en México, encontramos una investigación exploratoria realizada por De Oliveira y García (1992) con base en cien entrevistas a profundidad realizadas en tres ciudades del país. Estas autoras hacen una crítica a los enfoques que sostienen que la participación económica femenina lleva por sí sola a una autonomía y poder que permiten lograr cambios en la conducta reproductiva. Su estrategia metodológica es la construcción de "tipos" para captar las diferencias y los matices en las vivencias de la maternidad. Este estudio está en una línea similar a la de Ann Oakley, pues privilegia la experiencia de la maternidad en las mujeres. Entre sus hallazgos está que las mujeres que trabajan viven la maternidad con ambivalencias en un importante número de situaciones, lo que problematiza la crianza de los hijos.

Jussara Teixeira (1986: 5), por su parte, constató un abandono relativo de las formas extremas de considerar la problemática femenina y el problema de la salud de la mujer: por un lado, el enfoque de la lucha entre los sexos y por otro el que reduce todo al marco de la lucha de clases. También critica esta autora que se reduzca el problema de la mujer al proceso de reproducción biológica, privilegiando el tema de la planificación familiar, con lo que las estrategias de atención se encaminan a controlar la amena-

za de explosión demográfica, en lugar de resolver las enfermedades que se gestan en las relaciones familia/sociedad/producción. Teixeira cuestiona que no se reconozca la estructura anatómica de la mujer, su fisiología y la psicología, que se construyen en el medio en que nace, se desarrolla y muere, como condicionantes genéricos de los procesos enfermantos y de las posibilidades de su atención. Las especificidades femeninas, el hecho de que la mujer esté sujeta a presiones psicológicas de discriminación, remuneración menor o inestabilidad en el trabajo por las posibilidades de embarazo, y aún las reconocidas alteraciones cíclicas asociadas a la menstruación, forman un *marco de incidencia diferente* del proceso enfermantos del hombre (1986: 6-7, subrayado nuestro).

En la mayoría de las publicaciones de Teixeira se aprecia una fuerte inclinación hacia la perspectiva de género aunque no lo explicita. La propuesta teórica de la autora es abordar el estado de salud a partir de los riesgos y características específicas del trabajo de la mujer (1989). Dentro de este marco de especificidades femeninas, es importante considerar precisamente que el problema de la segregación es característico del trabajo industrial. Tal segregación —según Peña y Gettman-Peña, de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Austin, Texas— ocurre en las ocupaciones donde existen diferencias o desigualdades en habilidades, estatus y salario (1984: 3). En estas ocupaciones, por lo general el control de la administración, la gerencia y otros puestos de poder (como los llamados “de confianza”, otorgados a los supervisores y jefes de producción), están mayormente ocupados por hombres.

Vale decir que no han cambiado las relaciones de poder, manteniéndose la hegemonía del “mando” masculino de la producción, aunque no se excluya totalmente a la mujer. Fernández Kelly —citada por estas autoras— encontró que las trabajadoras están subordinadas a las órdenes de supervisores masculinos. Tales relaciones de poder patriarcal son un aspecto importante de la división del trabajo, junto con el trato diferencial a la mujer en términos del nivel salarial, así como las actitudes y la exposición a los peligros para la salud. Esto puede crear problemas de salud mental (Nash y Kelly, en Peña y Gettman-Peña, 1984).

De acuerdo con estas autoras, la estratificación sexual y la segregación ocupacional de la mujer tienen sus repercusiones

principalmente en la disparidad de salarios, puesto que el trabajo femenino es menos valorado y pagado que el del hombre. La mujer obrera es más susceptible de ser explotada por diversos mecanismos, como el alargamiento de su jornada laboral, el descuento sistemático de días, vacaciones, descansos, etc. (Nieva y Gutek, en Peña y Gettman-Peña, 1984).

Otro problema importante que afecta la salud de las mujeres trabajadoras es el hostigamiento sexual, tema poco estudiado (Iglesias, 1985; Peña y Gettman-Peña, 1984). Morse y Furst reportan que las mujeres que sufren hostigamiento exhiben desórdenes o trastornos psicológicos y condiciones de *stress*, que se manifiestan como úlceras, dolores de cabeza, migrañas e hipertensión (Morse y Furst, en Peña y Gettman-Peña, 1984), además de la propensión a padecer trastornos de salud mental. "...Brodsky conceptualiza el hostigamiento como una demostración de dominación y control en tanto guarda al subordinado tenso y ansioso" (Brodsky, en Peña y Gettman-Peña, 1984).

Este fenómeno se produce cotidianamente entre aquellas trabajadoras más favorecidas físicamente y que no son complacientes con los supervisores. Toda esta situación la viven la mayoría de las obreras debido a que en el trabajo cuenta mucho el físico femenino y la imagen sexual.

Del mismo modo, cabe subrayar que la productividad exigida por las industrias donde hay un uso intensificado de la fuerza de trabajo, como es el caso de la industria maquiladora, sin duda produce situaciones de *stress* y fatiga que —como dice Iglesias (1985)— son pocas veces reconocidas por los empresarios o incluso por las mismas obreras.<sup>15</sup> Muchas de las tensiones expresadas a través del "miedo" y el "odio" a los regaños de los supervisores —según nos dice Iglesias (1985)—, se relacionan con el sistema de vigilancia en las fábricas.

<sup>15</sup> Timio (1979: 82) señala que el ambiente de trabajo puede estar cargado de situaciones productoras de *stress*. Entre los estímulos de corta duración menciona: la sobrecarga de trabajo que debe ejecutarse en una fracción de tiempo limitada; la confusión y distracción determinadas por rumores, luces, *flash*, hacinamiento del ambiente de trabajo; el temor de no hacer bien y en el tiempo debido el trabajo,

Varios estudios enfocan la problemática del *stress* relacionada con la dinámica social del trabajo. Igualmente han encontrado que la repetición, la falta de control sobre el ritmo de trabajo, la descalificación y el cambio de turnos, están ligados a problemas de salud mental. Así, Levine y Scotch (en Peña y Gettman-Peña, 1984) encontraron que la monotonía está asociada a una declinación en la satisfacción del trabajo y un incremento en las enfermedades psicosomáticas.

En ese sentido, cabe mencionar la información que aporta una publicación de la Oficina Panamericana de Salud: en la industria textil —donde se concentran grandes cantidades de mujeres en Latinoamérica—, se reporta que es habitual que el ruido produzca alteraciones cardiocirculatorias, hipersecreción e hiperacidez gástrica, neurosis y modificaciones endócrinas. En las obreras de esta industria se han encontrado psiconeurosis invalidantes, psiconeurosis leves y neurosis graves invalidantes. El calor excesivo produce sensación de fatiga, cansancio y hasta colapso circulatorio. En las trabajadoras puede favorecer la aparición de várices y en algunas puede ser causa de aborto (Epelman, en OPS, 1985: 159). Vale la pena subrayar que el dolor de cabeza, una de las afecciones más comunes entre las obreras, puede influir en la intensidad del cansancio, de la tensión y en los accidentes de trabajo.

Uno de los factores de alto riesgo en la industria es la intensidad en el ritmo de trabajo, a través del trabajo monótono y repetitivo que puede provocar, entre otras afecciones, cansancio mental y físico, tensión nerviosa, ansiedad, *stress* y dolor de cabeza (Ravelo, 1992). A su vez, la tensión ocasionada por el trabajo se manifiesta en neurosis, ansiedad, úlcera gástrica y duodenal y otras enfermedades (OPS, 1985).

Para terminar, sólo me resta señalar la importancia de impulsar estos estudios en México, donde no se ha prestado la atención debida a la salud ocupacional femenina, que como hemos visto es

---

de quedar expuestos a críticas, de incurrir en peligros físicos. Los estímulos productores de *stress* de larga duración que enumera son: la inseguridad de mantener el propio trabajo; la atención prolongada; el sentimiento de aislamiento que puede encontrarse en las cadenas de montaje; la organización del tipo de trabajo: ritmos, controles, destajo, extraordinario, etcétera.

compleja, ya que se relaciona no sólo con el ámbito laboral, sino también con la vida social en su conjunto. En ese sentido es igualmente importante rescatar las voces de las mujeres cuando hacen planteos ideológicos, políticos y sociales con respecto a su salud, su cuerpo y su sexualidad.

#### MORBILIDAD Y MORTALIDAD

La morbilidad y mortalidad femenina tienen dos características: una relacionada con los procesos reproductivos y concebida específicamente como femenina, y otra que podría considerarse como consecuencia de los procesos de salud/enfermedad y de otros factores socioculturales, que en el caso de las mujeres adquiere dimensiones particulares.

En México, el estudio de la morbilidad y mortalidad femenina no ha sido suficientemente desarrollado y únicamente hay trabajos exploratorios o aproximativos. Quizá uno de los aportes sustanciales sea que se ha generado una considerable producción estadística en los últimos ocho años y han sido las mujeres del sector salud quienes han impulsado la recolección de este tipo de información, que pese a sus deficiencias (por subregistro, incapacidad técnica y metodológica, etc.), es importante considerar (Programa Nacional Mujer y Salud, Pronamusa, 1984, 1985 y 1988; Programa Nacional Mujer, Salud y Desarrollo, 1990 y 1992). Igualmente hay que señalar que continúan desarrollándose los estudios de caso, sea para grupos femeninos con características específicas, o de enfermedades; pero escasean los estudios sobre muerte femenina, tema sobre el cual sólo hay algunos trabajos y datos imprecisos.

Los elementos conformadores de la identidad de género que inciden sobre la salud se relacionan con la calidad de vida, incluidos el trabajo, los servicios de salud y seguridad social; la educación, y en general las condiciones de vida; así como con la significación ideológica y cultural de la sexualidad, el cuerpo, la maternidad y los procesos de salud/enfermedad/muerte. Al mismo tiempo, las políticas sexuales con respecto a la enfermedad y la salud expresan el hecho de que los sujetos masculinos y femeninos viven, enferman y mueren de distinta manera. En efecto, la distri-

bución de las enfermedades, el acceso a los servicios médicos, la atención a la salud, las condiciones de salud y trabajo, y la manera como se perciben estos aspectos, son distintas para hombres y mujeres.

Las mujeres viven más años y reproducen a la especie humana, mientras que los hombres mueren antes y trabajan más años por ingresos monetarios. Cada sexo muere de distinta manera, por causas y condiciones diversas. La muerte de recién nacidos varones es mayor que la femenina y su esperanza de vida es menor. Las mujeres pueden morir durante el embarazo, el parto, el puerperio, o por interrupción del embarazo. También son quienes mueren más por violencia sexual, pero los hombres, en sentido amplio, mueren más por violencia en general. Tenemos que considerar que la agresividad y la violencia tradicionalmente han formado parte de los patrones de comportamiento masculino, relacionados en parte con los trabajos que realizan estos sujetos, ya que el estrés laboral es uno de los factores que según V. Hunt (1975) produce actitudes violentas. Por ello, se podría considerar esta violencia como violencia estructural.

Los procesos de salud/enfermedad y muerte conllevan una serie de interrogantes sobre los modos de vivir y morir de cada género. En este pequeño esbozo voy a presentar un panorama general sobre la situación de estos procesos, destacando los datos más sobresalientes para las mujeres, teniendo presente las limitaciones de la información por las consideraciones ya expuestas respecto a la visión que predomina de "la mujer enferma".

### **Morbilidad**

La mayoría de los estudios sobre el tema que nos ocupa plantean algunas consideraciones teórico-metodológicas de importancia, pero adolecen de escasez de información derivada de investigación empírica. Sus enfoques se centran en los riesgos que enfrentan las mujeres debido a las situaciones específicas que viven, tanto a nivel micro como macrosocial. Consideran dimensiones tales como el ciclo vital y su relación con otras variables sociodemográficas; la participación en el mercado laboral; la crisis socioeconómica; las políticas sexuales de salud y enfermedad, etcétera. En estos estu-

dios predomina una visión que separa las esferas de la vida social en pública y privada. Pero a estas alturas resulta difícil pensar que las relaciones sexuales corresponden enteramente a lo "privado", cuando los cuerpos femeninos son controlados por las políticas públicas.

Creo importante destacar algunas apreciaciones en el sentido de diferenciar la salud genérica. El hecho de que las mujeres vivan más que los hombres no significa que su calidad de vida sea mejor.<sup>16</sup> Ellas enferman más y utilizan más los servicios de salud que los hombres (Castro y Bronfman, 1993; Ramírez y Uribe, 1990). Ellas son quienes además cuidan la salud de los otros y de la familia, lo que supone mantener también un espacio de poder y control. Sin embargo, aquí valdría la pena preguntarnos ¿por qué si las mujeres han tenido este control sobre la salud familiar, no lo han tenido sobre su propia salud?, ¿son los elementos ideológicos

<sup>16</sup> Menéndez (1988) señala que la diferencia en la esperanza de vida al nacer, de la mujer respecto del varón, ha aumentado 6.34 años entre 1930 y 1985. Esta diferencia operaría en todos los grupos etáreos, y se incrementaría a partir de los 35 años de edad. Toda una serie de factores que afectan negativamente la salud de la mujer (doble explotación, deficiente alimentación, ausencia de la presencia/sostén de la figura paterna) supuestamente debieran tener consecuencias en el incremento de la mortalidad femenina en relación con la del varón, pero no es así, y no se cuenta con explicaciones específicas para la situación mexicana. Castro y Bronfman (1993) señalan que si bien no existen explicaciones concluyentes sobre estas diferencias, desde una perspectiva feminista se han propuesto diversas hipótesis, que Verbrugge (en Castro y Bronfman, 1993) ha agrupado en cuatro categorías: a) exposición diferencial a los riesgos; b) diferencias debidas a factores psicosociales; c) diferencias debidas a un sesgo sexista por parte de los médicos y d) diferencias de orden biológico (ésta es la de menor peso). Por su parte, Ramírez y Uribe (1990), en su estudio sobre mortalidad de la mujer en Jalisco 1960-1980, encontraron que esta diferencia por grupos de edad se ahonda al iniciar la edad productiva: en el grupo de 30 a 34 años, el hombre presentó para 1980 un riesgo de muerte 58% mayor en relación con las mujeres. Si bien no se cuenta con explicaciones precisas, se ha sugerido que son los mayores índices de empleo en el hombre lo que lo expone a una cantidad más alta de riesgos, puesto que es precisamente en la edad productiva donde se registran las diferencias. Estos autores piensan que el incremento de la participación de la mujer en el trabajo remunerado supondría una homogeneización de los riesgos y, por tanto, las tasas y porcentajes de defunción por sexo tenderían a ser similares, pero hasta 1980 esto no había ocurrido, por lo que el problema se debe investigar más a fondo.

los que han influido para que esto no ocurra?, ¿cuáles serían los elementos que han imposibilitado esta apropiación?

Coincido con Menéndez cuando se cuestiona por qué hay una "ausencia" no sólo del "padre" sino del varón en el proceso de salud/enfermedad/atención a nivel de la familia/grupo doméstico (Menéndez, 1990), problema que debiera estudiarse. Asimismo, coincido con Castro y Bronfman (1993) cuando señalan la ambivalencia que existe en el hecho de que las mujeres enfermen con mayor frecuencia en términos de salud mental, porque más que recibir apoyo psicosocial ellas lo brindan; pero pareciera que la capacidad de las mujeres (socialmente adquirida) para establecer vínculos afectivos se estaría reflejando en la mayor esperanza de vida femenina.

También cabe resaltar que los procesos de salud-enfermedad-muerte son distintos entre las propias mujeres, según sean las condiciones sociales, económicas y culturales en las que se encuentren. Por ejemplo, el estudio realizado sobre la población femenina del estado de Jalisco encontró que las mujeres que viven en zonas rurales y urbanas presentan diferentes problemas de salud (Ramírez *et al.*, 1991). Estas diferencias se reflejan en la prevalencia de varios padecimientos. Los de las mujeres de zonas rurales son de carácter inespecífico (mareos, tos, fiebres), mientras que entre las mujeres de zonas urbanas son más comunes la anemia y la tendencia a la diabetes. Ramírez y Uribe (1991: 162) señalan que esto se debe al acceso diferenciado a los servicios de salud.

En cuanto a la experiencia de la reproducción, cabe mencionar que en Ocuituco, en el estado de Morelos, una comunidad rural con un índice de marginación medio bajo, el embarazo es vivido por las mujeres como el resultado fatal de ciertas circunstancias a las que no son ajenos los representantes de la medicina moderna, y es interpretado también como un medio para acceder a otro fin: la salud. El embarazo, según estas mujeres, les evita las hemorragias provocadas por el uso de anticonceptivos (Castro, Bronfman y Loya, 1991).

Pasando al contexto de las ciudades, de acuerdo con la opinión de las médicas que atienden el Centro de Desarrollo Integral de la Mujer de la colonia Guerrero, en la Ciudad de México, existen diferencias en las actitudes ante los embarazos entre las mujeres

multíparas y las mujeres con pocos hijos. Entre las primeras el embarazo no requiere ningún tipo de dedicación al cuerpo, mientras que las mujeres con pocos hijos dedican más atención a cada embarazo y recurren con mayor frecuencia a los servicios médicos (Selva, 1991).

### **Morbilidad reproductiva**

Me interesa resaltar en este contexto algunas consideraciones vertidas en un estudio de corte médico realizado con mujeres embarazadas y con trastornos ginecológicos, que se atienden en el Instituto Nacional de Perinatología (Inper). A partir de categorías tales como “acontecimientos de vida”, “respuestas de enfrentamiento al *stress*” y “estado emocional”, este estudio explica los elementos “significativos” relacionados con el estado emocional de las mujeres durante el embarazo y a raíz de padecer trastornos ginecológicos (González *et al.*, 1991). Según los autores, hay dos grandes grupos de padecimientos que se han estudiado en el área reproductiva: los padecimientos relacionados con la función menstrual y los padecimientos relacionados con la fertilidad y la gestación. En el primer grupo predominan los estudios relativos al síndrome premenstrual y la dismenorrea. En el segundo grupo hay varias posiciones controvertidas alrededor de la relación de la presencia de trastornos emocionales durante el embarazo. Una de ellas sostiene que el embarazo es un estado de bienestar psicológico, mientras que otra afirma que en este periodo se presentan muchos trastornos psiquiátricos. Las evidencias muestran, según estos autores, que el embarazo es “una etapa de tensión y ansiedad”, por lo que hay una interrelación entre *stress* y complicaciones ginecobstétricas. Incluso algunos de estos estudios han encontrado una relación entre alteración emocional y uso de servicios médicos (González *et al.*, 1991), por lo que sería interesante impulsar investigaciones sociales sobre los efectos de los servicios de salud en las mujeres embarazadas, ya que —como señala García (1990)— cada vez es mayor la necesidad de los servicios de salud por parte de la población femenina en edad reproductiva.

Igualmente es interesante destacar cómo viven las mujeres sus procesos de menstruación. Un estudio realizado con mujeres de

Nauzontla, Puebla, encontró que la experiencia de la primera menstruación fue traumática para la mayoría de las mujeres adultas entrevistadas, pues mostraban desconocimiento y temor frente a lo que les iba a suceder, dado que el silencio es la forma en que se las deja arribar al conocimiento de sí mismas. En esta comunidad campesina e indígena las prácticas sexuales aparecen asociadas a una parte de la patología femenina; la menstruación y el embarazo son concebidos como enfermedades, y la virginidad significa preservar la inocencia. Lo socialmente deseable allí es que en el momento de la iniciación sexual la mujer sangre profusamente y presente síntomas de enfermedad, pues así demostrará que llegó totalmente virgen a esa relación (Castañeda, 1993).

Continuando con la sexualidad, un estudio con enfoque antropológico, basado en la información generada por la Encuesta sobre Determinantes de la Práctica Anticonceptiva en México (Edepm), realizada en 1988 en tres regiones de la República Mexicana (Noroeste, Bajío y Sureste), encontró que sólo 7% de las mujeres respondió que la decisión sobre las relaciones sexuales debe ser tomada por la mujer, contra 31% que se inclina a pensar que esta decisión debe tomarla el hombre. Los autores vinculan estos resultados al hallazgo de que la toma de decisiones en torno al propio cuerpo no recibe la misma valoración e importancia que se atribuye a la relación sexual (Figuroa y Rivera, 1993). En vista de que este estudio abarcó poblaciones heterogéneas en cuanto a sus características socioeconómicas, demográficas y culturales, no pueden generalizarse los resultados.

## SIDA

Ya que estamos en el terreno de las relaciones sexuales, me interesa resaltar uno de los padecimientos que han cimbrado a toda la sociedad: el SIDA. Esta enfermedad implica valoraciones sociales y morales sobre la sexualidad, lo que le imprime abordajes distintos a su estudio. No basta con señalar las cantidades de mujeres infectadas por SIDA, sino poner a discusión qué formas de ejercicio de la sexualidad y las relaciones amorosas se pueden tener a partir de este nuevo riesgo que pone en peligro la vida. Varios

estudios han evidenciado los alcances de este problema en los terrenos ideológicos, sociales y culturales (PIEM, 1992).

Es importante mencionar que las mujeres constituyen un grupo de "alto riesgo", debido a que son infectadas y a su vez pueden ser vía de infección sexual, sanguínea y perinatal (Valdespino *et al.*, 1992). Como señala Lozano (1992), por su papel de reproductoras, las mujeres se ven doblemente implicadas: en sus propios cuerpos y en los de su progeñie.

Hasta 1990 se habían notificado 5 907 casos de SIDA en México, de los cuales 837 correspondieron a mujeres (Valdespino *et al.*, 1992: 30). Al evolucionar la epidemia, la proporción de casos de mujeres se ha incrementado: en 1987 aumentó 6% y en 1990, 16. La proporción de casos de SIDA en México pasó de 16 hombres por cada mujer enferma en 1987 (Pronamusa, 1988), a 5 hombres por cada mujer en 1990, lo cual rompe con la idea de que ésta es una enfermedad homosexual; ahora se habla de una "heterosexualización" de la transmisión del SIDA (Valdespino *et al.*, 1992: 31). De acuerdo con Showalter (cit. en Barquet, 1992), quien caracteriza esta situación como producto de la anarquía sexual del fin de siglo y de las crisis de género, esta situación puede llevar a una alianza entre feministas y homosexuales.

El problema de que la mayoría (63%) de los casos de SIDA en mujeres corresponda a amas de casa (Valdespino *et al.*, 1992: 31) no ha sido suficientemente estudiado, pues —como dice Lozano (1992)— sólo se las ha tratado como grupo vulnerable pero no se habla de los cónyuges, ni de cómo inciden los estereótipos de comportamiento sexual en este aspecto del fenómeno. Tampoco se ha tratado con profundidad el problema de que sean las mujeres quienes en su mayoría cuiden a los enfermos de SIDA, como es el caso de las enfermeras.<sup>17</sup> De la misma manera, hay que tener

<sup>17</sup> Una investigación sobre personal de salud de un hospital del seguro social en Chihuahua, el Hospital General Regional núm. 1, encontró que 73.84% del personal que atiende a los enfermos de SIDA es femenino, en su mayoría enfermeras. En general, el personal encuestado opina que la población en riesgo sigue siendo la homosexual (62.56%) y sólo 7.17% considera a la población heterosexual. Lo importante es que la mayoría conoce las medidas de seguridad en el manejo de pacientes con SIDA (93%), aunque continúan las actitudes de rechazo (Guerrero *et al.*, 1991).

presente que la mayor parte (61%) de las enfermas de SIDA adquieren la infección por transfusión sanguínea en hospitales, por motivos obstétricos, quirúrgicos y traumáticos. La tercera parte de los casos ocurrieron por contagio mediante relaciones heterosexuales (Sepúlveda, 1989). Esto nos demuestra que el género le imprime características específicas a la experiencia de las mujeres que contraen esta enfermedad, por la manera como la adquieren y como la viven.

### Aborto

El aborto plantea un problema semejante. Según Lozano (1992), el cuerpo y la sexualidad de la mujer pasan a formar parte directa de un debate público en el que las categorías de "femineidad" son definidas cultural e ideológicamente. Como lo señalábamos anteriormente, hay un control público del cuerpo femenino. La discusión acerca de cómo debe abordarse el aborto ha sido permanente en el feminismo por diversas razones coyunturales. El debate que se produjo en México a partir de la propuesta legislativa de despenalización en Chiapas, es ilustrativo. Como señala Tarrés (1991): "Pareciera que en este tema el aborto, más claramente que en otros, la consigna feminista de que lo privado es público, cobra un sentido asombroso", pues más allá de las mujeres y feministas que participan en el debate, en el escenario también intervienen distintos actores radicales y conservadores, con argumentos de tipo ético/jurídico/legal.

En ese sentido me parece importante resaltar la postura feminista que propone fundamentar la despenalización del aborto a partir de otro giro: no se trata de aborto, sino de interrupción del embarazo (Lagarde, 1991; Cifrián *et al.*, 1986). Esta visión me parece interesante ya que centra la atención en el proceso que viven las mujeres como sujetos y no en la tradicional visión que pondera el aborto para referirse sólo al embrión, perspectiva en la que la mujer queda como simple depositaria de aquél y de su proceso (Lagarde, 1991: 40).

Existen dos tipos de aborto, el espontáneo y el inducido o provocado. En el primero, las causas pueden ser naturales (de tipo orgánico), externas (sociales, económicas, ecológicas y cultu-

rales) y maternas (incluye maternas-sociales, como la desnutrición o el exceso de trabajo). El aborto es inducido cuando la mujer decide voluntariamente interrumpir el embarazo, sea porque éste no es deseado o porque se trata de un embarazo complicado médicamente (Vilchis, 1991).

El aborto tiene varias modalidades: amenaza de aborto, aborto terapéutico (por riesgos a la salud), aborto séptico (aborto infectado), aborto ético (por violación y delito sexual), aborto incompleto (la expulsión no es total), aborto consumado (expulsión de embrión y placenta), aborto eugenésico (por malformaciones del feto) (Cifrián *et al.*, 1986). A esta lista yo agregaría uno más: el aborto iatrogénico, provocado por el sistema de salud.

La situación del aborto en México es alarmante. Según Vilchis (1991), actualmente el Instituto Mexicano del Seguro Social reconoce que se practican 700 mil abortos ilegales clandestinos anuales, colocándolo como la quinta causa de muerte materna. El aborto además ocupaba entre el segundo y cuarto lugares, de 1984 a 1986, como causa de morbilidad hospitalaria, según registros de hospitales públicos y privados (Pronamusa, 1988).

La práctica ilegal de los abortos inducidos tiene importantes complicaciones y riesgos para la salud. Puede generar laceraciones y desgarros del cuello del útero, hemorragias internas, aborto séptico y perforación uterina. Las condiciones de ilegalidad en las que se lleva a cabo complican la situación, por lo que las feministas han dado mucha importancia a abordar el problema desde el ámbito jurídico (Vilchis, 1991). Además, proponen construir herramientas para una investigación/acción epidemiológica del problema de salud respecto al aborto, para que sean escuchadas las voces femeninas en el diseño de políticas de salud dirigidas a mujeres (Vilchis, 1991: 48). De ahí que entre las principales demandas del movimiento feminista estén la maternidad libre y voluntaria y la despenalización del aborto.

### **Mortalidad materna**

El aborto es una de las principales causas de la mortalidad materna, con una clara tendencia al incremento: en 1988 de las 1 522 defunciones maternas, 128 correspondieron al aborto y en 1989

de 1 518 defunciones, 133 se debieron también a esta causa.<sup>18</sup> En estos años el aborto ocupó el segundo lugar como causa de mortalidad materna. El primer lugar lo ocuparon las causas obstétricas directas y el tercero las causas obstétricas indirectas.<sup>19</sup> La gravedad del problema es evidente, pese a las limitaciones de la información estadística. En efecto, hay que tomar con cierta reserva los datos oficiales sobre aborto como causa de mortalidad, ya que existe un gran porcentaje de muertes por abortos clandestinos que no están registradas. Esta situación es similar a la que ocurre en el caso de la violación.

La mortalidad materna tiene características importantes para considerar en términos ideológicos y sociales. En primer lugar, me interesa señalar que la mortalidad materna, en varios sentidos, no afecta exclusivamente a los sujetos femeninos, dadas las implicaciones que para las familias tiene la pérdida de estos sujetos. En segundo lugar, es probable que algunas de las causas de mortalidad materna se puedan prevenir, sobre todo en el caso de las causas obstétricas indirectas, algunas de las cuales se refieren al aborto. Otras causas obstétricas directas (hemorragia en el embarazo y el parto; toxemia en el embarazo; infecciones del aparato genitourinario en el parto; parto obstruido y complicaciones del puerperio), tal vez sean más difíciles de prevenir.<sup>20</sup>

Si bien es cierto que han disminuido las tasas de mortalidad materna, esta disminución no es muy considerable y por lo menos en el caso del aborto, más bien aumentó. Ello amerita estudios más profundos. Partir no sólo de las estadísticas oficiales sino de

<sup>18</sup> INEGI/SSA, "Defunciones generales por causa, sexo y edad", Estados Unidos Mexicanos, lista básica, 1989, cit. por Hartman, 1992.

<sup>19</sup> Dirección General de Salud Materno Infantil (DGSMI), 1990, cit. en Ma. del Carmen Elú, *Doble Jornada*, 2 de octubre, 1990: 7.

<sup>20</sup> Es importante destacar que la mortalidad materna ha sido también uno de los problemas que preocupan al feminismo. La Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos y la Red de Salud de las Mujeres de América Latina y el Caribe aseguran que en 1989 había más de 100 publicaciones sobre mujeres que dieron información acerca de los problemas de la reproducción, particularmente de la mortalidad materna. Esto es resultado de la campaña de difusión impulsada a partir del 28 de mayo de 1987, fecha que fue declarada "Día de Acción por la Salud de la Mujer". Estos grupos se plantearon la lucha permanente contra estas muertes, la mayoría consideradas evitables (De la Fuente, M., *Doble Jornada*, 7 de mayo, 1990: 5-6).

otras fuentes de información, utilizando otras herramientas metodológicas, pues las actuales son deficientes.<sup>21</sup>

Pasando a otras causas de mortalidad femenina, me interesa destacar los tumores malignos y la diabetes mellitus. Éstos se encontraron registrados dentro de las diez principales causas de mortalidad general para las mujeres en 1989.<sup>22</sup> Cabe señalar que en 1987 los tumores malignos ocuparon el primer lugar dentro de las diez principales causas de mortalidad femenina entre los 25 y los 44 años; los accidentes ocuparon el segundo lugar; las enfermedades del corazón el tercero, y las causas maternas el cuarto lugar.

En el caso de la mortalidad por cáncer, la incidencia es más alta en la mujer. Según las estadísticas nacionales, en 1983 la tasa de defunción por 100 000 habitantes fue de 37.7 para el género masculino y de 44.0 para el femenino (Pronamusa, 1988). Esto se relaciona con el hecho de que en las mujeres, sobre todo de edad madura, aparecen con mayor frecuencia tumores malignos. Entre las causas de mortalidad general los tumores malignos ocuparon en las mujeres el segundo lugar y en los hombres el tercero (Hartman, 1992).

En el grupo de mujeres jóvenes (20 a 44 años) los cánceres más frecuentes como causales de muerte son en el cuello del útero y

<sup>21</sup> Menéndez señala algunos problemas técnico-metodológicos que se deben tener en cuenta en las investigaciones sobre mortalidad. Uno es la necesidad de que entre investigadores y sector salud se establezcan cuáles son las "verdaderas" tasas de mortalidad. Otro se refiere a los instrumentos de captación, a la calidad de la información obtenida y a la profundidad de la misma. El tercer punto es un "falso problema": se refiere a la utilización de factores aparentemente "biológicos" para explicar las tasas de mortalidad (en particular la infantil), cuando en realidad éstas están determinadas por las condiciones sociales. En ese sentido —según Menéndez— la determinación en el nivel social es el nivel explicativo estratégico y no el biológico (1988: 57). Creo que estas apreciaciones son importantes para el caso de la mortalidad materna y de la mortalidad femenina en general, a nivel nacional y estatal. Igualmente cabe señalar que hay que impulsar los estudios sobre mortalidad de manera desagregada por edad, sexo, ocupación; a nivel regional, por clases sociales, grupos étnicos, etc., para tener un panorama más fidedigno sobre la problemática de la mortalidad desde la perspectiva social.

<sup>22</sup> Secretaría de Salud, "Principales causas de defunción por entidad federativa y sexo, 1989", Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, México, diciembre, 1991, en Hartman, 1992.

mamas; leucemias y linfomas; estómago y tráquea; bronquios y pulmón. De acuerdo con las estadísticas de 1987, se registraron 2 945 muertes femeninas por cáncer y 1 712 muertes masculinas (Cisneros, 1992).

Cabe señalar que el cáncer cérvico-uterino y el mamario pueden ser detectados y tratados a tiempo, de modo que con medidas preventivas podría disminuir la tasa de mortalidad por estas causas (Elú, 1990: 104; Cisneros, 1992).

La diabetes es otro de los padecimientos que es principal causa de muerte. En 1989 ocupó el tercer lugar en la mortalidad general femenina y el noveno en la mortalidad general masculina (Hartman, 1992). Es también uno de los padecimientos que llega a ser la primera causa de muerte a partir de los 45 años en la población femenina (Pronamusa, 1988).<sup>23</sup>

### **Violencia hacia las mujeres**

En este marco de problemas de salud, me interesa presentar el referido a la violencia sexual, que ha cobrado grandes proporciones a varios niveles. Tan sólo en 1979 se cometieron 60 mil violaciones, y hasta entonces, tres mil mujeres morían anualmente a consecuencia de la violación (Fernández, 1980). Las estadísticas son aún menos confiables que las que existen para otras áreas, pues las estimaciones se realizan a partir de las denuncias presentadas, y sabemos que son pocas las mujeres que llegan a presentar denuncia. Es probable que sea por esta razón que las cifras propuestas por el Centro de Apoyo a Mujeres Violadas (CAMVAC) en 1985 siguen siendo bajas, aunque alarmantes: 80 000 violaciones en la República mexicana, de las cuales sólo 1 074 fueron denunciadas legalmente (Unidad de Comunicación Alternativa de la Mujer, s./f.).

<sup>23</sup> En el trabajo de Guerrero (1988), realizado desde el punto de vista de la etnopsiquiatría, se encontró que la diabetes es un padecimiento importante. Este estudio toca aspectos de la salud mental de un grupo de mujeres del Istmo de Oaxaca en relación con su vida cotidiana. Resalta, entre otras cosas, experiencias biológicas y culturales relacionadas con la reproducción y el papel genérico. La obesidad comúnmente observada en estas mujeres se asocia con psicosis maníaco-depresiva y con la diabetes mellitus.

La lucha contra la violencia sexual ha sido históricamente una de las banderas de lucha del movimiento feminista (véase el anexo 2). El debate suscitado alrededor del discurso jurídico y de la necesidad de crear instancias que atiendan este problema ha sido abundante, similar al del aborto. Este problema es a mi parecer uno de los que sintetizan una multiplicidad de aspectos inscritos en distintos órdenes: el sexual, el de salud, el religioso, el moral, el ideológico y el jurídico, que afectan a las mujeres de casi todas las sociedades. Muchos mitos han ocultado la problemática de fondo y no se ha considerado que éste sea uno de los problemas que afecten con mayor amplitud e intensidad la integridad e identidad de las personas que lo padecen.<sup>24</sup> Cabe destacar que, además, este problema puede afectar a mujeres de cualquier sector social a cualquier edad, siendo el de las menores un caso alarmante.

Si bien desde la perspectiva feminista la violencia ha tenido distintos abordajes, no hay suficiente información acerca de sus efectos sobre la salud, aunque desde el punto de vista antropológico, médico-social y psicológico, ya hay algunos estudios de caso que han explorado esta problemática (Martínez, 1990; Ravelo, 1991; Ramírez *et al.*, 1991). Resalta en estos estudios el hecho de que las mujeres en su mayoría son violentadas por varones y esta violencia no sólo genera efectos en la salud física y mental sino que en algunos casos puede conducir a la muerte.

La violencia se presenta en diversos ámbitos: el doméstico, el laboral, el escolar y el de la calle. Si bien la padece la población en general, nuevamente encontramos que presenta particularidades según las condiciones de clase y etnia. Por ejemplo, quienes viven en barrios obreros, trabajan en zonas industriales, en centros de trabajo donde los puestos de mando o de dirección son ocupados por personal masculino, enfrentan mayores riesgos de violencia y hostigamiento sexual. De la misma manera, la situación de opresión que viven campesinas e indígenas supone también el ejercicio de la violencia contra ellas.

<sup>24</sup> Brownmiller (1975), pionera en el estudio de la violación, señala que los mitos de que “las mujeres provocan la violación” o que “les gusta que las golpeen”, entre otros, están contruidos sobre falsos principios reforzados por algunas tesis inspiradas por Freud, alrededor de un supuesto “masoquismo femenino”.

El caso de la violencia doméstica es también preocupante, ya que se conocen poco sus efectos sobre la salud y como causa de muerte (Martínez, 1990; Ravelo, 1991). Esta práctica en muchos casos se vincula con los procesos de alcoholización masculina.<sup>25</sup> Igualmente, cabe señalar que se está investigando la violencia doméstica desde las situaciones de subordinación (De Oliveira y García, 1992).<sup>26</sup>

### Salud mental y morbilidad

La salud femenina, como hemos visto, constituye un vasto campo de estudio que no se reduce a la salud reproductiva. Un trabajo realizado bajo el supuesto de la existencia de cuatro modos de organización social de la realidad mexicana —campesina, urbana, marginal y metropolitana—, nos da una idea de la amplitud de la problemática de la salud mental (Matrajt y Arbetman, 1990). Este estudio encontró diversas patologías en mujeres de estos grupos, destacando las depresiones psicóticas, neuróticas, adicciones a psicofármacos y enfermedades psicosomáticas como úlceras y colitis nerviosa (Matrajt y Arbetman, 1990).

Otros estudios sobre la salud mental femenina aplican una perspectiva médica. Según un estudio, los problemas derivados de la condición femenina son: *a)* el síndrome premenstrual; *b)* los síndromes psiquiátricos que aparecen durante el embarazo; *c)* las psicosis puerperales; *d)* la depresión posparto; *e)* la interrupción del embarazo; *f)* la anticoncepción hormonal; *g)* la histerectomía o extracción del útero; *h)* los trastornos psicosexuales de la mujer; *i)* los trastornos esquizofrénicos. Este estudio señala que los trastornos mentales generados en la mujer adulta joven, en la mujer de edad mediana y en la mujer de edad avanzada se derivan, para el

<sup>25</sup> En un estudio exploratorio que realicé en Chihuahua sobre violencia sexual, encontré un considerable índice de violencia doméstica; 42.9% de estos actos ocurrieron bajo los efectos de la ingestión de bebidas alcohólicas (Ravelo, 1991).

<sup>26</sup> Ferreira (1989) realizó un amplio estudio sobre las mujeres golpeadas. A partir de entrevistas trata de indagar por qué soportan golpes las mujeres. Los resultados son complejos por la multiplicidad de variables internas y externas, por lo que la autora considera que no se pueden abordar desde una sola perspectiva.

primer grupo, de las situaciones emocionales y psicosexuales, para el segundo, se incorporan también los aspectos de demencia presenil y, para el tercero, estos trastornos se derivan de una sintomatología psiquiátrica, así como de los propios trastornos orgánicos demenciales (Cuevas, 1992).

Para entender los procesos de salud mental hay que considerar lo expuesto anteriormente respecto a esta área: es importante reconocer que la problemática de la salud mental femenina tiene toda una dimensión biosocial referida específicamente al orden sexual (las relaciones de género), al sistema productivo/reproductivo en su conjunto y al orden cultural y simbólico que implica procesos de construcción sociocultural de la salud y la enfermedad, la sexualidad, la subjetividad femenina y el cuerpo, como ya hemos reiterado a lo largo de este trabajo.

Para concluir, es importante señalar que la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, si bien son más elevadas entre los varones, también son muy frecuentes entre las mujeres, ocupando el sexto sitio como causa de muerte en 1987 en edades de 25 a 44 años.<sup>27</sup> Esto es preocupante ya que esta enfermedad está asociada al consumo de bebidas alcohólicas, cuyo incremento se reflejará probablemente en un nuevo perfil de alteraciones psiquiátricas.<sup>28</sup>

<sup>27</sup> INEGI/SSA, "Lista básica, 1987", en Hartman, 1992.

<sup>28</sup> Cabildo (1972: 116), en una encuesta realizada en la ciudad de México, donde según él la mujer se encuentra más "liberada" y "cultivada", encontró una proporción de una mujer por cada cinco hombres alcohólicos. Asimismo, un estudio realizado en Antioquia, Colombia (Rojas y Osorio, 1977), mostró que 16% de las mujeres entre 15 y 19 años bebe en forma excesiva, lo que podría ser una manifestación de la incorporación de la mujer a las nuevas formas de relación social. Igualmente, un estudio realizado por nosotros con grupos de niños y niñas escolares de instrucción primaria, encontró que 48.19% de quienes manifestaron haber tomado bebidas alcohólicas eran del género femenino y 51.8% del masculino (Ravelo, 1988).

Respecto a los problemas que pueden llegar a padecer las mujeres en su salud mental, un estudio realizado entre derechohabientes del ISSSTE encontró una proporción de 1.3 mujeres por cada hombre con problemas psiquiátricos. Entre los padecimientos psiquiátricos encontrados en la población femenina, la proporción más alta corresponde a la esquizofrenia (41.42%), seguida por la neurosis depresiva (12.85%), la neurosis histérica (12.85%), el alcoholismo (5.75%) y la farmacodependencia (2.85%), entre otros (Lara y Ramírez, 1975).

Es difícil conocer esto con precisión, ya que la mayoría de los estudios se ha centrado en los efectos de la alcoholización femenina en los procesos de gestación, en particular sobre el embrión (Bustamante, 1980; Menéndez y Di Pardo, 1982).

#### A MANERA DE CONCLUSIÓN

El estudio de la salud femenina está adquiriendo relevancia en las ciencias sociales, como hemos visto. Si bien se sigue privilegiando el área de la salud reproductiva, hay una notable tendencia en los estudios de género y de feminismo, por explorar otras áreas. No obstante, se siguen privilegiando los elementos de denuncia y acción, por lo que la producción teórica y la construcción de categorías y conceptos no están suficientemente desarrolladas.

Es igualmente necesario generar información cualitativa y cuantitativa que permita reformular la conceptualización existente sobre la salud femenina, a partir de la categoría *género*. Entre las omisiones o vacíos, están las experiencias de las mujeres sanas en cuanto a la producción y reproducción de los saberes femeninos sobre la salud. Otro avance imprescindible es la sistematización del saber médico femenino a partir de la experiencia de los grupos de mujeres organizadas. Elementos como la subjetividad, la sexualidad, el cuerpo y la identidad femeninas, con todo y las dificultades teórico-metodológicas para abordarlos, tendrían que continuar incorporándose de manera relevante a los estudios de género.

El campo de investigación tiene que ser interdisciplinario, por lo que en los estudios de género y el feminismo tendrán que articularse varias perspectivas de la antropología y la sociología médicas, de la medicina social y de la salud pública, entre otras.

Creo que si bien la visión dominante sobre la salud femenina sigue siendo la masculina patriarcal, hay que rescatar la problematización de las distintas áreas del conocimiento sobre la salud genérica. Hay que continuar el proceso iniciado en los marcos de lucha feminista, pero también en otros más amplios, donde la determinación de género, clase social, grupo étnico y otros rasgos de identidad sean el eje central. Es igualmente importante construir

otros enfoques para el análisis de los procesos de salud/enfermedad y muerte, que sirvan también para dar respuesta a las demandas en los niveles preventivos, curativos y de rehabilitación, como atinadamente ha señalado Bressani (1988).

Con los conocimientos que se generen se deberá incidir en el diseño de las políticas de salud y en las políticas sexuales, cuestionando los sistemas de salud, dando el debido reconocimiento a los modelos alternativos de atención a la salud/enfermedad femenina. Este conocimiento evidentemente tendrá que servir de base también para la construcción de marcos teóricos que sirvan a la investigación y a la prestación de servicios.

## ANEXO 1

### **Prácticas médicas alternativas en México**

En México existen algunas experiencias interesantes en lo que a prácticas médicas alternativas se refiere. Itziar Lozano señala que el modelo feminista de las políticas de cooperación en salud es un modelo de generación de poder o de autonomía, según el cual "son las mujeres las que tendrían que definir sus necesidades, gestionar los procesos y apropiarse o mantenerse en control del resultado de éstos, a partir de espacios propios donde se genera fuerza, para luego, o paralelamente, vincularse con procesos más amplios" (1989: 23). Representativo de este modelo es el grupo Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humanos en América Latina (CIDHAL). En la práctica médica y a través de talleres y publicaciones, CIDHAL se ha convertido en modelo para otros centros de mujeres. Se creó en 1974 y a partir de 1979 ha impulsado un modelo alternativo con una metodología de educación popular, que pretende generar el desarrollo de la conciencia a través de grupos de autoayuda y la movilización (Lozano, 1989 y 1987).

Otros proyectos de salud popular con mujeres son los del Municipio de Cuquío (Altos de Jalisco) (Angulo, 1988) y el Comité Popular de Salud (médicas descalzas) de San Pedro Itzican, comunidad indígena en la zona de la Ciénega Chapala, Jalisco, creado en 1984, cuya experiencia se extendió a cinco comunidades más

de la misma región. Ambas experiencias parten de la medicina herbolaria y de otras técnicas alternativas como la acupuntura, digitopuntura, etcétera.

Otros proyectos de medicina alternativa en el área de salud reproductiva son impulsados por Regsamuni, constituido en 1985, a través del trabajo con organizaciones populares y sindicales de la ciudad de México y de Chiapas; el grupo Salud Integral de la Mujer, A.C. (Sipam) y el Programa de Mujeres del Servicio Desarrollo y Paz, A.C. (Sedepac).

Por otra parte, varios grupos se han organizado alrededor del problema de la violación y la violencia hacia las mujeres, como el Centro de Apoyo a Mujeres Violadas (CAMVAC), el Colectivo de Lucha contra la Violencia hacia la Mujer (COVAC), fundado en 1984, y la Red Nacional Contra la Violencia hacia las Mujeres, conformada por grupos plurales de mujeres a raíz de las 19 violaciones tumultuarias ocurridas en el sur de la ciudad de México en 1989.

Asimismo otros grupos se han organizado alrededor de la sexualidad y la maternidad, como Mujeres del Chopo (Taller del Chopo), que no sabemos si sigue trabajando, pero estaba especializado en realizar talleres de sexualidad con grupos de distintas edades desde 1980, y el grupo de Regsamuni, ya mencionado, perteneciente a una red internacional dedicada a la lactancia y la salud reproductiva. También desarrollan talleres de sexualidad y nutrición.

Hay otros centros de mujeres que también proporcionan apoyo médico, psicológico, legal y laboral: el Centro de apoyo a la Mujer Trabajadora del grupo Mujeres en Acción Sindical (MAS), el Centro de Apoyo a la Mujer (CAM), de Colima; el Centro de Desarrollo Integral de la Mujer (CEDIM), de la colonia Guerrero de la ciudad de México, entre otros.

Finalmente, es importante mencionar que las políticas y programas de salud de la mujer han cobrado tal magnitud que las estrategias y acciones sobre mujer, salud y desarrollo en los organismos mundiales privilegian el estudio de los factores exógenos sociales ligados a la construcción social del género, tanto a nivel micro como macro. Plantean estudiar la salud femenina en el marco de las diferencias de los papeles masculinos y femeninos pues éstos

inciden en diferencias sustanciales no sólo en cuanto al modo de enfermarse sino también en la atención médica. Además impulsan la preparación y difusión de materiales de educación popular (OPS, 1991).

## ANEXO 2

### **El problema de la violación y la violencia**

El problema de la violación y la violencia ha sido uno de los que más han preocupado a las feministas, y en torno a éste se han agrupado mujeres de distintas clases sociales, grupos étnicos e incluso religiosos y políticos. El problema es de tal magnitud en América Latina que el Primer Encuentro Feminista Latinoamericano y del Caribe, realizado en Bogotá en julio de 1981, acordó declarar el 25 de noviembre como Día de Lucha contra la Violencia hacia las Mujeres, en memoria de dos mujeres asesinadas en esa fecha en la República Dominicana.

Ya mencionamos algunos de los grupos en México. Faltaría señalar que durante 1983 en México se llevaron a cabo diversos eventos alrededor del tema de la violación. El Centro de Estudios Económicos y Sociales del Tercer Mundo (Ceestem) organizó en abril el Tercer Simposio de Estudios e Investigaciones sobre la Mujer en México, donde se discutió el tema de la violación. En el Instituto Francés de América Latina se realizó un taller de mayo a julio, donde participaron mujeres profesionistas de distintas organizaciones feministas como el Movimiento Nacional de Mujeres y el CAMVAC. También participaron instituciones educativas como la UAM-X y la UAM-Azcapotzalco, y mujeres de otras instituciones, como la Secretaría de Salubridad y Asistencia y la Comisión de Derechos Humanos de Guatemala. De este taller se desprendió una publicación que analiza desde una perspectiva feminista el discurso jurídico de la violación retomando los documentos presentados en este simposio y los discursos de las sesiones de consulta popular sobre Administración de Justicia celebradas en julio por la Procuraduría General de la República (Aresti *et al.*, 1983).

En 1987 se realizó el Foro Contra la Violencia hacia las Mujeres, en Defensa de la Vida y por la Democracia, organizado por 30 grupos de mujeres feministas, de partidos políticos de izquierda, sindicatos y organizaciones populares, con el fin de recoger denuncias, testimonios y analizar la posibilidad de crear una Procuraduría Federal de la Mujer (*Fem*, diciembre de 1987, cit. en Unidad de Comunicación Alternativa de la Mujer A. C., s./f.). Es importante resaltar que después de fuertes presiones a partir de las violaciones tumultuarias ocurridas en 1989, se logró en ese mismo año abrir la primera agencia especializada en delitos sexuales, en las oficinas de la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal de la Delegación Miguel Hidalgo. Dos más se abrieron en ese mismo año en las delegaciones Coyoacán y Venustiano Carranza.

Comenzó así una nueva política estatal en relación con las víctimas de la violencia sexual (De Barbieri, 1990). Entre las principales innovaciones al *Código penal* está la tipificación más precisa del delito de violación, la definición del delito de hostigamiento sexual y una mayor claridad en la asignación de las penas contra el abuso sexual, así como la redefinición de los delitos.

Para más información acerca de la violación en el régimen legal mexicano, recomendamos un estudio realizado por Gerardo González, del Departamento de Derecho de la UAM-Azcapotzalco e integrante de COVAC. Esta investigación, en 48 agencias del Ministerio Público en el D.F., indagó acerca de los procedimientos que allí se siguieron con respecto a las denuncias de violación y delitos sexuales. De los varios aspectos que destacan, el referente al examen médico es muy ilustrativo de cómo se aplican las leyes en México. Los informes más frecuentes señalan que es una práctica anticonstitucional la realización del examen médico antes de que a la ofendida le tomen su declaración. Gerardo González encontró que 85.36% de los agentes del Ministerio Público consideró que había que practicar el examen médico antes de levantar la denuncia (González, s./f.).

## BIBLIOGRAFÍA

- Aisenson, Aída, *Cuerpo y persona*, México, Fondo de Cultura Económica, 1981.
- Alvear, Guadalupe, V. Ríos y J. Villegas, "Condiciones de trabajo y salud de las costureras", *Salud Problema*, núm. 14, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, 1988, pp. 25-40.
- Angulo, Lourdes, "La mujer en el medio rural. Un proyecto de salud popular (resumen)", en Josefina Aranda (comp.), *Las mujeres en el campo*, Oaxaca, Instituto de Investigaciones Sociológicas de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, 1988, pp. 379-380.
- Aresti, Lore, *Violación. Un análisis feminista del discurso jurídico*, México, Instituto Francés de América Latina (IFAL), 1983.
- Arenal, Sandra, *Sangre joven. Las maquiladoras por dentro*, México, Nuestro Tiempo, 1986.
- Badinter, Elisabeth, *¿Existe el amor maternal?*, Barcelona, Paidós/Pomaire, 1981.
- Barquet, Mercedes, "Una perspectiva feminista ante el SIDA", en *Mujer y Sida*, México, El Colegio de México, Jornadas 121, 1992, pp. 95-111.
- Barrera, Dalia, *Condiciones de trabajo en las maquiladoras de Ciudad Juárez*, México, INAH, Serie Antropología Social, Colección Científica, núm. 209, 1990.
- Barrientos, Gustavo, "¿Y sobre la salud de las trabajadoras de la salud qué...?", en *Estudios sobre la mujer*, Serie de Lecturas III, México, INEGI, 1986, pp. 21-58.
- , "Mujer, salud y trabajo", en *Salud de la mujer*, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, 1988, pp. 17-20.
- Barrón, Ma. Antonieta, "Las enfermedades profesionales de las mujeres asalariadas en el campo", *Economía Informa*, núm. 193, abril, 1991, pp. 20-24.
- Barroso, Carmen, "Esterilización femenina: libertad y opresión", *Fem*, núm. 47, agosto-septiembre, 1986, pp. 19-21.
- Basaglia, Franca, *Mujer, locura y sociedad*, Puebla, Universidad Autónoma de Puebla, 1985.
- *et al.*, *La salud de los trabajadores*, México, Nueva Imagen, 1978.
- Beauvoir, Simone de, *El segundo sexo*, Buenos Aires, Siglo Veinte, 1987.
- Bermann, Silvia, "Mujer, trabajo y salud mental", *Mujeres y sociedad*, núm. 2, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, s./f., pp. 45-50.
- Bleir, Ruth, *Science and Gender*, Londres, The Athene Series, Pergamon Press, 1985.
- Bressani, Jussara, "Mujeres y salud (lucha de clases, lucha femenina-social, lucha por la salud)", en *Salud de la mujer*, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, 1988, pp. 21-28.

- Bronfman, Mario y R. Tuirán, "La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez", *Cuadernos Médico Sociales*, 29-30: 53-76, 1984.
- Brownmiller, Susan, *Against Our Will: Men, Women and Rape*, Nueva York, Bantam, 1975.
- Burin, Mabel, *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*, Buenos Aires, Grupo Editor de América Latina, 1987.
- , *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, Buenos Aires, Paidós, 1990.
- Bustamante, Miguel, "Aspectos epidemiológicos", en G. Calderón *et al.*, *El alcoholismo, problema médico y social*, Gaceta Médica de México, 116 (6): 239-257, 1980.
- Cabildo Arellano, Héctor *et al.*, "Panorama epidemiológico del alcoholismo en México", *Revista Facultad de Medicina*, XIII (2): 115-118, 1972.
- Cardaci, Dora (comp.), "Quién es esta nueva mujer que soy...", número especial de *Mujeres y medicina*, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, y Conacyt, núm. 2, s./f.
- , "Conocimientos y prácticas en salud materno-infantil, en *Salud de la mujer*, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, 1988, pp. 29-34.
- , "Propuestas en salud innovadoras: el caso de CIDHAL", *Fem*, 91: 22-27, 1990.
- Carrillo, Jorge y A. Hernández, "Condiciones de trabajo y salud", en *Mujeres fronterizas en la industria maquiladora*, México, SEP/Cefnomex, 1986, pp. 58-65.
- , *Riesgos de trabajo y la industrialización fronteriza. El caso de Baja California*, trabajo presentado en el Seminario Permanente del PIEM/Colmex, 1984.
- Castañeda, Patricia, "El cuerpo y la sexualidad de las mujeres nauzontecas", en S. González Montes (coord.), *Mujeres y relaciones de género en la antropología latinoamericana*, México, El Colegio de México, 1993, pp. 121-140.
- Castro, Roberto y M. Bronfman, "Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión", *Cadernos de Saude Pública*, 9 (3): 375-394, 1993.
- y M. Loya, "Embarazo y parto entre la tradición y la modernidad: el caso de Ocuituco", *Estudios Sociológicos*, IX (2): 583-606, 1991.
- Catalá, Magda, *Reflexiones desde un cuerpo de mujer*, Barcelona, Anagrama, 1983.
- Chasseguet-Smirgel, J., *La sexualidad femenina*, Barcelona, Laia, 1977.
- Chamberlain, Geoffrey (ed.), *Pregnant Women at Work*, Londres, The Royal Society of Medicine and The Macmillan Press, 1984.
- Cifrián, Concha *et al.*, *La cuestión del aborto*, Barcelona, Icaria, 1986.
- Cisneros, Ma. Teresa, "Cáncer", en *La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud*, México, Secretaría de Salud, 1992, pp. 291-298.

- Colectivo de Mujeres de Boston, *Nuestros cuerpos, nuestras vidas. Un libro por y para las mujeres*, Boston, The Boston Women's Health Book Collective, 1979.
- Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humanos en América Latina (CIDHAL), *Cuerpo de mujer*, Cuernavaca, CIDHAL, 1982.
- Cuevas Sosa, Andrés Alejandro, R. Mendiola y E. Salazar, *La mujer delincuente bajo la ley del hombre*, México, Pax-México, 1992.
- De Francisco, Inmaculada, "La salud del ama de casa. El síndrome que acecha", *Fem*, 47: 45-46, 1986.
- De la Fuente, Manuel, "Lucha por impedir la enfermedad y muertes maternas. 28 de mayo, día de acción por la salud de la mujer", *Doble Jornada*, núm. 40, 7 de mayo de 1990, pp. 5-6.
- Del Villar, Ma. Elena, "Las operadoras de tráfico de Teléfonos de México ante el cambio de la tecnología digital", ponencia presentada en el VII Encuentro Nacional de Historia del Movimiento Obrero en México, Culiacán, 23-27 de mayo, 1988.
- Delgueil, Marie-Claire, "Lo femenino en un recorrido psicoanalítico", en O. de Oliveira (comp.), *Trabajo, poder y sexualidad*, México, El Colegio de México, 1989, pp. 317-330.
- Deliens Dellicour, Cristina y R. Camus, "La planificación familiar", en INEGI, *Estudios sobre la mujer*, Serie de Lecturas III, México, 1986, pp. 59-82.
- Denman, Catalina, "Indicadores de salud-enfermedad. El caso de riesgo reproductivo en obreras de la maquila", en E. Menéndez y J. García de Alba (comps.), *Prácticas populares, ideología médica y participación social*, Universidad de Guadalajara/CIESAS, 1992, pp. 117-136.
- De Barbieri, Teresita y Gabriela Cano, "Ni tanto ni tan poco: las reformas penales relativas a la violencia sexual", *Debate Feminista*, núm. 2, septiembre, 1990, pp. 345-356.
- De Oliveira, Orlandina y Brígida García, *Jefas de hogar y violencia doméstica*, Revista Interamericana de Sociología, 2-3: 179-200, mayo-diciembre, 1992.
- De Oliveira, Orlandina y Vania Salles, "Acerca del estudio de los grupos domésticos: un enfoque sociodemográfico", en *Grupos domésticos y reproducción cotidiana*, Miguel Ángel Porrúa y UNAM, 1989, pp. 11-36.
- Douglas Wood, Ann, "Las enfermedades de moda. Trastornos femeninos y su tratamiento en la América del siglo XIX", en Mary Nash (ed.), *Presencia y protagonismo. Aspectos de la historia de la mujer*, Madrid, Ediciones Del Serbal, 1984, pp. 373-405.
- Duarte, Laura, "Salud mental en la mujer", *Mujer y salud. Avances en su conocimiento II*, México, Pronamusa, Sector Salud, 1986, pp. 199-213.
- Ehrenfeld, Noemí, "El ser mujer: identidad, sexualidad y reproducción", en O. de Oliveira (comp.), *Trabajo, poder y sexualidad*, México, El Colegio de México, 1989, pp. 383-398.

- Ehrenreich, Barbara y Deirdre English, *Complaints and Disorders. The Sexual Politics of Sickness*, Nueva York, The Feminist Press at The City University of New York, 1973.
- Elias, Anilú, "La ginecología tradicional: una misoginia con título profesional", *Fem*, 35: 11, 1984.
- Elú, Ma. del Carmen, "En torno a la mortalidad materna en México", *Doble Jornada*, núm. 45, 2 de octubre de 1990, pp. 6-7.
- Elú de Leñero, Ma. del Carmen, *De lo institucional a lo comunitario: un programa de salud rural*, México, Asociación Mexicana de Población, 1982.
- , "La salud de la mujer en la crisis", en B. Amada (coord.), *Salud y crisis en México*, México, Siglo XXI, 1990, pp. 95-113.
- Espinosa, Raquel, "Mortalidad por cáncer en la mujer", *Mujer y salud. Avances en su conocimiento II*, México, Pronamusa, Sector Salud, 1986, pp. 93-109.
- Fernández, Rosa Ma., "La violación en México", *El Machete*, 2: 26-34, 1980.
- Ferreira, Graciela, *La mujer maltratada*, Buenos Aires, Sudamericana, 1989.
- Ferro, Norma, *Instinto maternal o la necesidad de un mito*, Madrid, Siglo XXI, 1991.
- Figueroa, Juan Guillermo y Gabriela Rivera, "Algunas reflexiones sobre la representación social de la sexualidad femenina", en S. González Montes (coord.), *Mujeres y relaciones de género en la antropología latinoamericana*, México, El Colegio de México, 1993, pp. 141-170.
- Freud, Sigmund, *Sobre la sexualidad femenina*, Obras completas, t. III, Madrid, Nueva Madrid, 1968.
- Freyermuth, Graciela, "Algunas consideraciones para el estudio de riesgo reproductivo para las trabajadoras de la industria maquiladora eléctrica-electrónica", ponencia presentada en el Primer Coloquio sobre Crisis, Procesos de Trabajo y Clase Obrera, Universidad Veracruzana, Xalapa, 15-18 de octubre, 1986.
- , "La partera indígena: entre la tradición y el cambio", ponencia presentada en la Reunión Latinoamericana de Antropología de la Mujer, El Colegio de México, 13-15 de junio, 1990.
- Galante, Ma. Cristina, P. Sesia-Lewis y V. Alejandre, "Mujeres parteras: protagonistas activas en la relación entre medicina moderna y medicina tradicional", en Josefina Aranda (comp.), *Las mujeres en el campo*, Oaxaca, Instituto de Investigaciones Sociológicas de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, 1988, pp. 345-354.
- García, Brígida, "Procreación y uso de anticonceptivos en México", *Debate Feminista*, 1: 218-221, 1990.
- y Orlandina de Oliveira, "Reflexiones teórico-metodológicas sobre el trabajo de la mujer y la fecundidad. La importancia de la unidad doméstica", *La mujer y el desarrollo II: antología*, México, SepSetentas, 1982, pp. 87-120.

- , *Maternidad y trabajo en México: una aproximación microsocia*, mecanuscrito, El Colegio de México, s./f.
- Garduño, Ma. de los Ángeles y J. Rodríguez, “Salud y doble jornada. Taquilleras del metro”, *Salud Problema*, 20: 41-48, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, 1990.
- , M. Márquez y G. Rangel, *Salud, mujer y trabajo*, mecanuscrito, México, 1991.
- Gayle, Rubin, “El tráfico de mujeres: notas para una política económica de los sexos”, *Nueva Antropología*, 30: 95-146, 1986.
- Goldsmith, Mary, “La salud de las trabajadoras domésticas”, *Fem*, 35: 8, 1984.
- González, Gerardo, *La antesala de la justicia: la violación en los dominios del Ministerio Público*, mecanuscrito, Departamento de Derecho, Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco, s./f.
- González Forteza, Catalina *et al.*, “Estado emocional y factores psicosociales en pacientes embarazadas y ginecológicas: un estudio comparativo”, *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 1991, pp. 160-168.
- Goodrich, Thelma *et al.*, *Terapia familiar feminista*, Buenos Aires, Paidós, 1989.
- Guadarrama, Ma. T. y H. R. Piedrasanta, “El papel de las mujeres en la medicina popular y tradicional”, en Josefina Aranda (comp.), *Las mujeres en el campo*, Oaxaca, Instituto de Investigaciones Sociológicas de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, 1988, pp. 363-369.
- Guerrero, Alberto, “Salud mental en la mujer del Istmo de Oaxaca”, en Josefina Aranda (comp.), *Las mujeres en el campo*, Oaxaca, Instituto de Investigaciones Sociológicas de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, 1988, pp. 371-377.
- Guerrero Hinojosa, Ma. de Lourdes *et al.*, “Análisis de la información sobre Sida del personal de salud destacando enfermería”, tesis para obtener el título de Profesional Técnico en Enfermería Básica, Chihuahua, Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica e IMSS, 1991.
- Giddens, Anthony, *Las nuevas reglas del método sociológico*, Buenos Aires, Amorrortu, 1967.
- Hall, Ellen, *Women's Work: An Inquiry into the Health Effects of Invisible and Visible Labor*, Bethesda, The Johns Hopkins University, 1990.
- Hathaway Mc Keith, M., “Consideraciones ambientales con relación a la industria maquiladora”, ponencia presentada en la XLVIII Reunión Anual de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud, Saltillo, 3-6 de julio, 1990.
- Hartman, Silvia, “Mortalidad”, en *La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud*, México, Secretaría de Salud, 1992, pp. 149-188.
- Hartman, Heidi, “Capitalismo, patriarcado y segregación de empleos por sexos”, en Z. Eisenstein, *Patriarcado capitalista y feminismo socialista*, México, Siglo XXI, 1980, pp. 186-221.

- Hierro, Graciela, "La mujer y el mal", manuscrito, septiembre, 1991.
- Hiriart, Bertha, "Revisemos los anticonceptivos", *Fem*, 47: 13-14, 1986.
- y A. O. Ortega, "Notas sobre feminismo y sexualidad", *Fem*, 41: 3-5, 1987.
- , G. Meza y L. Pérez, *¿Qué pasa cuando llega la menstruación?*, México, Edicupes, 1985.
- Horer, Suzanne, *La sexualidad de las mujeres*, México, Gedisa, 1988.
- Hunt R., Vilma, *Work and the Health of Women*, Florida, CRC Press, 1975.
- Iglesias, Norma, *La flor más bella de la maquiladora*, México, Centro de Estudios Fronterizos del Norte de México, SEP, 1985.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, *Estudios sobre la mujer 2. Salud, trabajo doméstico y participación social y política*, México, Serie de Lecturas III, Secretaría de Programación y Presupuesto, 1986.
- Instituto Nacional Indigenista, *Posición de la mujer dentro del sistema médico indígena. Organización de las mujeres para la salud*, manuscrito, México, Subdirección de Atención a la Salud y Bienestar Social, Instituto Nacional Indigenista, 1985.
- Jiménez O., Ernestina, "La salud mental de los de abajo. Una experiencia psiquiátrica con mujeres marginadas urbanas", *Fem*, 41: 21-29, 1985.
- Kaplan, Alejandra et al., "Las mujeres y la ira en psicoterapia", *Isis Internacional*, Ediciones de las Mujeres, núm. 14, 1990, pp. 45-55.
- Keller, A. y J. Arias Huerta, "Parteras empíricas y salud de la madre y el niño en el México rural", *Salud Pública de México*, 18: 883-892, 1976.
- Kelly, Isabel, "El adiestramiento de parteras en México desde el punto de vista antropológico", *América Indígena*, 15 (14): 109, 1955.
- Krúpskaia, Nadiezhda, *La mujer obrera*, Montevideo, Pueblos Unidos, 1970.
- Ladeira, Ma. Elisa, "Control del cuerpo y reproducción social entre los Timbira", en S. González Montes (coord.), *Mujeres y relaciones de género en la antropología latinoamericana*, México, El Colegio de México, 1993, pp. 105-121.
- Lagarde, Marcela, "Mujer y etnia. El contenido de la identidad femenina", *Doble Jornada*, núm. 45, 2 de octubre de 1990, pp. 8-9.
- , "La interrupción voluntaria del embarazo y el aborto voluntario", en *Sobre el aborto (una antología)*, México, Grupo Cinco, 1991, pp. 39-42.
- Lamas, Marta, "La antropología feminista y la categoría de género", *Nueva Antropología*, núm. 30, 1986, pp. 173-198.
- Lara Tapia, H. y Ramírez, "Estudio clínico-epidemiológico de los padecimientos psiquiátricos en un sistema de seguridad social (ISSSTE)", *Salud Pública de México*, XVII (5), septiembre-octubre, 1975.
- Langer, Marie, *Maternidad y sexo. Estudio psicoanalítico y psicosomático*, Buenos Aires, Paidós, 1980.
- Lerer, Ma. Luisa, *Sexualidad femenina*, México, Hermes, 1987.
- Leiter Ferrari, Waltraud, "La atención 'tradicional' del parto en México y su subsistencia en un pueblo suburbano de origen nahua (San Antonio

- Tecómiltl, Milpa Alta)", tesis de maestría en Ciencias Antropológicas, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México, 1982.
- Lines, Montserrat, *Libre elección o fecundidad controlada*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, 1989.
- López, Guadalupe, "Principales causas de morbimortalidad femenina", en *Mujer y salud. Avances en su conocimiento II*, México, Pronamusa, Sector Salud, 1986, pp. 129-169.
- Lozano, Alicia, "Sida, aborto e ideología: un análisis de prensa", *Mujer y Sida*, México, El Colegio de México, Jornadas 121, 1992, pp. 59-71.
- Lozano, Itziar, "Sobre el grupo CIDHAL", *Salud Problema*, 13: 57-60, 1987.
- , "Los programas de cooperación y la salud de las mujeres", *Isis Internacional*, Ediciones de las Mujeres, 11: 15-27, 1989.
- Maffia, Diana, "La mujer y el mal", Chihuahua, ponencia presentada en el VI Congreso Nacional de Filosofía, 6-11 de octubre, 1991.
- Mainero, Guadalupe, "Otra forma de ginecología", *Fem*, 35: 12, 1984.
- Marcos, Silvia, "Mujeres, cosmovisión y medicina: las curanderas mexicanas", en O. de Oliveira (comp.), *Trabajo, poder y sexualidad*, México, El Colegio de México, 1989, pp. 359-382.
- Márquez, Margarita y J. Romero, "El desgaste de las obreras de la maquila eléctrico-electrónica", *Salud Problema*, 14: 9-24, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, 1988.
- Martínez, Laura, "Estudio descriptivo de algunas reacciones psicológicas en la personalidad de la mujer violada", tesis de licenciatura en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 1990.
- Matrajt, Mirtha y M. Arbetman, "La condición de la mujer, el proceso de trabajo y la salud mental", *Fem*, 86: 15-24, 1990.
- Ménendez, Eduardo, "El modelo médico y la salud de los trabajadores", en Basaglia *et al.*, *La salud en el trabajo*, México, Nueva Imagen, 1978, pp. 9-51.
- , *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, México, Cuadernos de la Casa Chata, núm. 86, CIESAS, 1983.
- , "Mortalidad en México. A preguntas simples, ¿sólo respuestas obvias?", *Cuadernos Médico Sociales*, 46: 53-64, 1988.
- , "Reproducción social, mortalidad y antropología médica", *Cuadernos Médico Sociales*, 49-50: 13-28, 1989.
- , "Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde la perspectiva de la Antropología Médica", ponencia presentada en la Reunión Nacional de Investigación sobre Familia, Trabajo y Salud, Guadalajara, 6-8 de diciembre, 1990.
- Menéndez, Eduardo y Renné Di Pardo, *Alcoholismo I. Características y funciones del proceso de alcoholización. Alienación, enfermedad o cuestionamiento*, México, Cuadernos de la Casa Chata, núm. 56, CIESAS, 1982.
- Millet, Kate, *Política sexual*, México, Aguilar, 1975.

- Módena, Ma. Eugenia, *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*, México, Cuadernos de la Casa Chata, CIESAS, 1990.
- Mujeres para el Diálogo y Regsamuni, *De rincones y sombras: nuestra sexualidad*, material de apoyo, s./f.
- Nash, Mary, "Nuevas dimensiones en la historia de la mujer", en Mary Nash (ed.), *Presencia y protagonismo. Aspectos de la historia de la mujer*, Madrid, Ediciones Del Serbal, 1984, pp. 9-50.
- Organización Panamericana de la Salud, *La salud de la mujer en las Américas*, Publicación Científica núm. 488, 1985.
- , *Estrategia global, metas y líneas de acción de la cooperación técnica sobre mujer, salud y desarrollo 1992-1993*, Washington, D.C., 1991.
- Oakley, Ann, "The Effects of the Mother's Work on the Infant", en Geoffrey Chamberlain (ed.), *Pregnant Women at Work*, Londres, The Royal Society of Medicine and The MacMillan Press, 1984.
- Osorio, Rosa María, *La cultura médica materna en torno a la morbimortalidad infantil y preescolar*, proyecto de investigación, México, CIESAS, 1988.
- Palomares, Melchor, *El proceso de salud-enfermedad en la industria maquiladora*, tesis en Medicina Familiar, Universidad Autónoma de Chihuahua, División de Estudios Superiores, IMSS, Ciudad Juárez, 1985.
- Peña, Devon y Dawn Gettman-Peña, "Women, Mental Health and the Workplace: Research Issues and Challenges in a Transnational Setting", NASW National Health Conference, *Policy, Politics and Practice*, Washington, 9-12 de junio, 1984.
- Peña, Florencia y J. M. Gamboa, "Análisis comparativo de las situaciones sociodemográficas en 1985-1986 de un grupo de obreras de la industria del vestido, domiciliarias y fabriles en la ciudad de Mérida", en V. Salles y E. McPhail (comps.), *Serie Documentos de investigación*, núm. 1, México, El Colegio de México, 1988, pp. 92-171.
- Pérez-Gil, Sara, "El trabajo doméstico y la lactancia", en *Diálogos de salud popular*, Regsamuni, núm. 4, México, 1988, p. 8.
- Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, *Mujer y Sida*, México, El Colegio de México, Jornadas 121, 1992.
- Programa Nacional Mujer y Salud (Pronamusa), *La salud de la mujer mexicana*, Memorias del Seminario-Taller, México, Pronamusa, 11-13 de julio, 1984.
- , *Mujer joven y salud. Cifras comentadas*, México, Pronamusa, 1985.
- , *Mujer y salud. Avances en su conocimiento*, Seminario-Taller, Tlaxcala, 26-28 de octubre, 1985.
- , *La salud de la mujer en México. Cifras comentadas*, México, OPS/OMS, Pronamusa, Sector Salud, 1988.
- Programa Nacional "Mujer, Salud y Desarrollo", *La salud de la mujer en México. Cifras comentadas*, México, Sistema Nacional de Salud, 1990.
- , *La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud*, México, Secretaría de Salud, 1992.

- Ramírez, Juan Carlos *et al.*, a, "Distribución espacial de la problemática de salud de la mujer en Jalisco, México", *Salud Pública de México*, 33 (2): 155-165, 1991.
- b, "La violencia contra la mujer en Jalisco", ponencia presentada en el Congreso Bienal Mundial de Salud Mental, México, agosto, 1991.
- Ramírez, Juan Carlos y Griselda Uribe, "La mortalidad de la mujer en el estado de Jalisco 1960-1980", *Tiempos de Ciencia*, publicación trimestral, Órgano de Difusión de la Universidad de Guadalajara, enero-marzo, 1990.
- Rangel, Georgina *et al.*, "Salud y trabajo secretarial en la UAM", ponencia presentada en el VII Encuentro Nacional de Historia del Movimiento Obrero en México, Culiacán, 23-27 de mayo, 1988.
- Ravelo, Patricia, "Aproximación a la discusión teórica para el estudio de la salud de las trabajadoras de la confección", ponencia presentada en el Primer Coloquio sobre Crisis, Proceso de Trabajo y Salud, Universidad Veracruzana, Xalapa, 15-18 de octubre, 1986.
- a, "Ambivalencia y contradicción: reproducción del proceso de alcoholización", *Nueva Antropología*, 34: 81-109, 1988.
- b, "El cuerpo que se pierde en la costura. Trabajo y enfermedad en obreras de la ciudad de México", en E. Menéndez y J. García de Alba (comps.), *Prácticas populares, ideología médica y participación social*, México, Universidad de Guadalajara/CIESAS, 1992, pp. 137-166.
- , "La salud de la mujer desde la perspectiva antropológica: una revisión preliminar", *Salud Problema*, 20: 29-39, 1990.
- , "Mujer y violencia sexual en Chihuahua", *Cuadernos del Norte*, 15: 21-28, Chihuahua, 1991.
- Reale, Elvira *et al.*, "Los trastornos mentales de las mujeres", *Isis Internacional*, Ediciones de las Mujeres, 14: 29-32, 1990.
- Riquer, Florinda, "Brujas e identidad femenina (saber, poder y sexualidad)", en O. de Oliveira, *Trabajo, poder y sexualidad*, México, El Colegio de México, 1989, pp. 331-358.
- Rojas Mackenzie, Rodrigo y José de los Ríos Osorio, "Hábitos de ingestión de bebidas alcohólicas en una comunidad rural de Antioquia, Colombia", *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, 83 (2): 148-162, 1977.
- Salas, Monserrat, "El trabajo asalariado como causa de abandono de la lactancia", tesis de licenciatura en Antropología Social, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México, 1991.
- Salazar, Héctor, *Mortandad de la mujer mexicana*, mecanuscrito, 1988.
- Sánchez, Ángeles, "Condiciones de trabajo en costureras", ponencia presentada en el Seminario sobre Fuerza de Trabajo Femenina, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, 5-6 de junio, 1989.
- Sánchez, Patricia, *Hilando palabras, zurciendo cuerpos*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, Colección Modular, 1989.
- Sin autor, "Riesgos de salud en industrias que emplean mujeres", *Fem*, 47: 43-44, 1986.

- Segovia, Miguel, "Manejo binacional de deshechos peligrosos: la industria maquiladora en la frontera México-Estados Unidos", ponencia presentada en la XLVIII Reunión Anual de la Asociación Fronteriza Mexicano-Estadounidense de Salud, Saltillo, 3-6 de junio, 1990.
- Selva, Beatriz, "Comportamientos reproductivos y sus valoraciones. Un estudio de caso con mujeres de la colonia Guerrero", en V. Salles y E. McPhail (comps.), *Textos y pre-textos. Once estudios sobre la mujer*, México, El Colegio de México, 1991, pp. 463-500.
- Sepúlveda, Jaime, *SIDA, ciencia y sociedad en México*, Biblioteca de la Salud, Serie Formación e Información, México, Fondo de Cultura Económica, 1989.
- Sindicato de Telefonistas de la República Mexicana, Línea Democrática "22 de Abril", "Problemas de salud entre los trabajadores de Teléfonos de México, S.A. de C. V. Estudio de caso: operadoras", ponencia presentada en el Seminario-Encuentro Experiencias de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud de los Trabajadores, Universidad Autónoma Metropolitana, Maestría en Medicina Social, Xochimilco, 23-25 de abril, 1987.
- Tarrés, Ma. Luisa, "El debate sobre el aborto", *La Correa*, núm. 1, 1991, p. 8.
- Teixeira, Jussara, "La mujer y el trabajo productivo en México, hipótesis de cambio en la salud de la mujer mexicana", en *Estudios sobre la mujer*, México, INEGI, Serie de Lecturas II, 1986, pp. 5-20.
- , "Reflexiones en torno a la salud de la fuerza de trabajo femenina", en *Fuerza de trabajo femenina urbana en México*, México, Miguel Angel Porrúa y UNAM, vol. II, 1989, pp. 447-468.
- Timio, Mario, *Clases sociales y enfermedad*, México, Nueva Imagen, 1979.
- Tubert, Silvia, *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*, Madrid, Siglo XXI, 1991.
- Unidad de Comunicación Alternativa de la Mujer, "Contraviolencia", *Mujer/fempres*, núm. especial, s./f.
- Uribe, Griselda y Juan C. Ramírez, "El caso de un grupo de mujeres obreras, campesinas y alfareras en el Estado de Jalisco", *Higiene*, 2 (3): 9-13, 1988.
- , "Fecundidad por grupos ocupacionales", ponencia presentada en Taller de Riesgos Ocupacionales para la Reproducción Humana, México, agosto, 1989.
- , "Trabajo femenino y salud, un acercamiento a tres grupos ocupacionales: obreras, campesinas y alfareras", en Lucía Matilla (comp.), *La mujer jalisciense*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, Jornadas Académicas, Serie Coloquios, 1989, pp. 363-377.
- , "El trabajo femenino y la salud de cuatro grupos de mujeres en Guadalajara, México", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, III (2): 101-111, 1991.

- Valdés Villalva, Guillermina, *Tóxicos y ruidos en las maquiladoras: impacto sobre la salud obrera*, Ciudad Juárez, manuscrito Centro de Orientación de la Mujer Obrera, 1982.
- Valdespino, José Luis *et al.*, "Mujer y SIDA en México: epidemiología", en *Mujer y Sida*, México, El Colegio de México, Jornadas 121, 1992, pp. 27-39.
- Vance, Carol (comp.), *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*, Madrid, Revolución, 1989.
- Vera Espinola, Alma y Patricia Ravelo, "Costureras: mujer, salud y sindicalismo", ponencia presentada en el Coloquio sobre Reestructuración Productiva y Reorganización Social, Xalapa, 25-28 de octubre, 1989.
- Vilchis, Laura, "Razones de salud para la despenalización del aborto", en *Sobre el aborto*, México, Grupo Cinco, 1991, pp. 45-49.
- Villalobos Márquez, Bernardo, "La salud y la mujer trabajadora", *Mujer y salud. Avances en su conocimiento II*, México, Pronamusa, 1986, pp. 189-196.
- Ysunza, Alberto, "Prácticas hospitalarias y lactancia", en *Diálogos de salud popular*, Regsamuni, núm. 4, 1988, p. 7.
- Zolla, Carlos, V. Mellado, S. del Bosque y X. Castañeda, *La atención del embarazo y parto en el medio rural*, México, CIESS, 1988.
- Zubietta, Marcela, "Características del consumo de fármacos y alcohol en la mujer", *Salud de la mujer*, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, 1988, pp. 35-40.
- Zúñiga Herrera, Elena, "Contradicciones entre maternidad y trabajo: un estudio de caso en una colonia proletaria de la ciudad de México", tesis de licenciatura en Antropología Social, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco, 1982.
- *et al.*, *Trabajo familiar, conducta reproductiva y estratificación social. Un estudio en las áreas rurales de México*, México, IMSS, 1986.

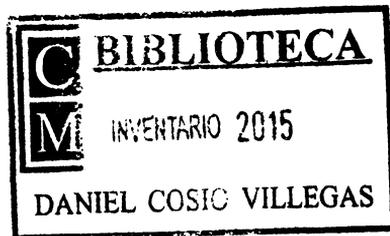
*Las mujeres y la salud*

se terminó de imprimir en mayo de 1995 en los talleres de  
Corporación Industrial Gráfica, S.A. de C.V.,  
Cerro Tres Marías 354, col. Campestre Churubusco, México, D.F.  
Se tiraron 1 000 ejemplares más sobrantes para reposición.

Tipografía y formación a cargo del

Programa de Autoedición de El Colegio de México.

Cuidó la edición el Departamento de Publicaciones de El Colegio de México.







Programa  
Interdisciplinario  
de Estudios  
de la Mujer

El tema del control social que se ejerce sobre el cuerpo femenino —su sexualidad y capacidades reproductivas— ha sido una constante desde los comienzos de la reflexión sobre la condición femenina y los derechos de las mujeres. Las investigaciones aquí reunidas parten de estas cuestiones y examinan cómo influye la condición social de la mujer sobre su relación con la salud: la suya propia y la de los demás miembros de su hogar. Aparecen así las mujeres como las protagonistas de la salud familiar, en su doble papel de terapeutas en la medicina doméstica, demandantes y usuarias de servicios.

Estas investigaciones hacen aportes significativos a la comprensión de las maneras en que las mujeres experimentan y perciben sus procesos de salud. Aplican una perspectiva de género para dilucidar las complejas relaciones que éstos guardan con las dimensiones económicas, sociales, ideológicas y políticas. Y al mismo tiempo, nos dan a conocer las propuestas que los colectivos y redes de mujeres están haciendo para promover formas alternativas de relación médico/paciente, educación para la salud, legislación y prácticas que buscan una mayor autonomía femenina.



EL COLEGIO DE MÉXICO

ISBN-968-120-645-2

