

**ESTUDIOS
DEMOGRÁFICOS
Y URBANOS**

Estudios Demográficos y Urbanos

ISSN: 0186-7210

ceddurev@colmex.mx

El Colegio de México, A.C.

México

Lerner, Susana; Quesnel, André; Samuel, Olivia

Constitución de la descendencia y proceso de integración de las mujeres rurales al sistema médico

Estudios Demográficos y Urbanos, núm. 44, mayo-agosto, 2000, pp. 325-363

El Colegio de México, A.C.

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31204406>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Constitución de la descendencia y proceso de integración de las mujeres rurales al sistema médico*

Susana Lerner**

André Quesnel***

Olivia Samuel****

A pesar de la extensión masiva de la infraestructura de salud materno-infantil en el medio rural mexicano, numerosas mujeres no han tenido acceso a un seguimiento prenatal medicalizado durante sus embarazos. Mediante la identificación del tipo de seguimiento prenatal (ya sea con médico y/o partera) y de la medición de su intensidad, este artículo muestra que la integración de las mujeres al sistema médico moderno se cuestiona a partir de la experiencia vivida en cada uno de sus embarazos y sobre todo en la correspondiente al primero. Con base en los resultados de una encuesta demográfica realizada en tres localidades rurales del estado de Morelos se evidencia que cuando la atención médica tiene lugar desde el primer embarazo, es poco usual que ésta se ponga en duda durante los siguientes. En los otros casos, las circunstancias del parto serán determinantes para confirmar la integración al sistema médico.

Introducción

Una vez proclamada la Ley de Población de 1973 en México, que enfocada esencialmente a la disminución del crecimiento demográfico y que condujo al establecimiento del Programa de Planificación Familiar en 1977, tanto el marco material como los elementos del campo ideológico de la procreación pasaron rápidamente bajo el control de las instituciones de salud y de sus agentes, en perjuicio de los actores tradicionales del medio rural, tales como la comunidad, la familia, el cónyuge y la partera. Lo anterior implicó que la regulación de la fecundidad se haya realizado básicamente mediante la medicalización del embarazo y del parto.

* Una versión similar de este artículo fue publicada en *Sciences Sociales et Santé*, vol. 17, núm. 1, marzo de 1999, por la John Libbey Library. Su texto se elaboró a partir de una ponencia presentada en el XX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, México, 1995 (Lerner *et al.*, 1996). Agradecemos a Doris Bonnet por los comentarios críticos a la primera versión de este texto en francés, y a Christophe Guuilmoto y Patrice Vimar por la atenta relectura de su versión como documento de investigación del Equipo de Investigación, Transición de la Fecundidad y Salud de la Reproducción de la Orstom. La versión de este artículo en español incorpora los comentarios de los dictaminadores.

** EL Colegio de México.

*** Orstom, París.

**** Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines.

La multiplicación de los centros rurales de salud a partir de 1972, y particularmente la extensión de la infraestructura de salud materno-infantil, tuvieron como una de sus principales consecuencias la creciente intervención de médicos en las diferentes etapas de la vida reproductiva: seguimiento del embarazo, asistencia en el parto y atención posnatal. Mientras que su intervención se volvió evidente y masiva en relación con el parto, que en la actualidad generalmente tiene lugar en la clínica o el hospital, permanece sensiblemente menor en el caso del seguimiento del embarazo y es aún más débil en la etapa posnatal (Mellado *et al.*, 1989). A su vez, las diferencias de intensidad de los tres tipos de seguimiento materno-infantil permiten vislumbrar que, aun en el caso de un contexto rural homogéneo desde el punto de vista de la infraestructura y del personal de salud, no todas las mujeres recurren a los servicios de salud y tampoco lo hacen de la misma forma. En otros términos, ello significa que ante un mismo nivel de desarrollo de la infraestructura sanitaria y a pesar de la masificación de los servicios de salud reproductiva, se lleva a cabo una integración diferencial de las mujeres en el sistema médico, lo que redundará además en las modalidades que presentan sus trayectorias reproductivas que muestran ser al mismo tiempo cada vez más medicalizadas y más plurales.

Partimos del supuesto que la integración al sistema de salud se realiza desde el momento en que se establece una relación médico-paciente y que es posible evaluar dicha integración concretamente cuando el primer embarazo y los sucesivos se benefician con un seguimiento medicalizado y que se da en forma regular. Siendo nuestro universo de estudio el correspondiente a zonas agrarias y rurales, la cuestión que nos interesa plantear alude al proceso de integración de las poblaciones rurales más desfavorecidas al sistema médico. Si bien los programas de acción sanitaria del Estado han modificado profundamente los recorridos terapéuticos de dichas poblaciones, lo que se ha traducido en el descenso de los índices de morbilidad y de mortalidad, ello de ninguna manera significa que realmente podamos referirnos a un proceso de integración, en la medida en que el sistema médico no es aún el referente exclusivo de la misma, ya que dicha población continúa vinculada al sistema de salud indígena y deposita, en mayor o menor medida, su confianza en él, tanto en lo que respecta a sus representaciones como a sus prácticas.

Por otra parte, también es importante advertir que a pesar de que la gran mayoría de las mujeres rurales mexicanas permanece en la

confluencia de diversos sistemas de referencia a lo largo de su vida reproductiva, la institución médica se ha convertido en uno de sus espacios de socialización privilegiados que adquiere una connotación muy diferente en el caso de los hombres: en efecto, ellas se enfrentan a las normas biomédicas de la procreación y de la reproducción que les son transmitidas e incluso impuestas por los agentes de salud. Es mediante la transacción entre dichos agentes y las mujeres en sus respectivos eventos reproductivos como se da la integración de éstas al sistema médico, ejerciendo el mismo una influencia directa en la constitución de su descendencia. Sin embargo, es necesario subrayar que durante el primer embarazo las mujeres se encuentran aún cautivas dentro de un juego triangular de transacciones que se establece con su familia, su cónyuge y los agentes de la salud. La naturaleza y la intensidad de estas transacciones se encuentran asimismo determinadas por el capital familiar, cultural, social, etc., que fue adquirido por las mujeres durante los diferentes procesos de socialización vividos con anterioridad a sus embarazos (Lerner *et al.*, 1994a), aunque la integración que se da durante el primer embarazo es determinante para el tipo de seguimiento que se dará en sus respectivas trayectorias reproductivas en la medida en que éste se evalúa y puede ponerse en entredicho. Lo anterior implica que la integración no es un proceso estático en el tiempo; por el contrario ésta se actualiza en cada embarazo teniendo como referencia las condiciones del desarrollo tanto del embarazo como del parto anteriores. Por consiguiente, en el análisis que realizamos otorgamos prioridad a la historia de los embarazos de cada una de las mujeres, con objeto de comprender bajo qué calendario y según qué tipo de modalidades de atención se realiza la integración al sistema de salud. De la misma manera nos interesa mostrar el proceso diferenciado de integración al sistema de salud por medio del seguimiento del primer embarazo y su incidencia sobre los embarazos ulteriores.

Por lo tanto, el objetivo de este artículo es poner al descubierto no tanto las circunstancias sino los factores que explican la persistencia de una discriminación en materia de salud reproductiva, no obstante la masificación que se dio en los medios e infraestructuras de salud. Dicha discriminación atañe, en una proporción nada despreciable, a las generaciones más jóvenes –aquellas que aún no han tenido hijos– y a las generaciones más viejas, observándose así una ruptura generacional entre las mujeres cuyos embarazos ocurrieron con anterioridad a 1970 o con posterioridad a 1980, es decir, antes y después del estable-

cimiento del Programa de Planificación Familiar, y en aquellas que vivieron el periodo de transición de los años setenta.

El enfoque que se ha privilegiado requiere de ser definido más detalladamente, más aún cuando se relaciona con las diversas perspectivas analíticas que hemos considerado, tales como la biográfica, la institucional y la contextual, y con diferentes escalas y niveles de análisis, cada uno de ellos abarcando formas muy diferentes de aproximarse al estudio de los fenómenos correspondientes al campo de las ciencias sociales y de la sociodemografía. Por una parte, la cuestión del contexto de referencia y de su transformación ha sido central en nuestros estudios acerca de los comportamientos reproductivos en el medio rural mexicano; en este sentido nuestras investigaciones precedentes han enfatizado las transformaciones del contexto agrario, y más particularmente las de la unidad doméstica, tanto en el caso de Morelos como en el de Yucatán (Lerner y Quesnel, 1989 y 1994). Por otra parte, como parte del proceso nacional de legitimación de la política de población y del programa de planificación familiar, nos hemos interesado en las “mediaciones institucionales” y particularmente en las instituciones de salud públicas y privadas. En este nivel de análisis hemos considerado el funcionamiento de dichas organizaciones locales en lo que atañe a las modalidades de la oferta y de la generación de una demanda de planificación familiar (Simmons *et al.*, 1983), privilegiando ante todo el punto de vista de los actores, esencialmente el de las mujeres. Para ellas, las instituciones de salud, así como los ámbitos correspondientes a la familia de origen y a la pareja, entre otros, representan espacios de socialización, de negociación, de decisión, de control y de acción en torno a su comportamiento reproductivo. Desde esta perspectiva y desde el momento en que consideramos a los actores y a las relaciones que éstos establecen entre sí en un espacio social o institucional, la noción de transacción¹ resulta esencial. El tema que tratamos en este artículo se inscribe por tanto

¹ Se puede tener una aproximación estrictamente económica cuando se trata de relaciones en el interior de una empresa o de una familia (Ben-Porath, 1980) o al contrario, una aproximación social más amplia desde el momento que se consideran todos los espacios de socialización (Blanc, 1992; Rémy *et al.*, 1978). El término *transacción* “remite a procesos más complejos (ideológicos, simbólicos, relacionados con la constitución de la descendencia) así como a las relaciones sociales que se dan entre los individuos, los agentes de la salud, la pareja, la familia y la comunidad. Las condiciones y posibilidades de interacción y transacción dependen de la inserción de los individuos en la estructura social y de la asimetría de papeles y relaciones de poder que se definen y se identifican entre los actores y las instituciones” (Lerner *et al.*, 1994a: 548).

en la problemática más amplia de las trayectorias reproductivas de los individuos en relación con los contextos productivos, sociales, institucionales y familiares en los cuales dichas trayectorias se fundamentan, se moldean, se modifican y se transforman (Lerner y Quesnel, 1994). Entre los temas prioritarios de la investigación que desarrollamos en el presente texto se alude a la construcción de trayectorias reproductivas femeninas, en las cuales tratamos de restituir los acontecimientos que las modelan y que, a su vez, están determinados por el proceso de socialización de las mujeres antes de su primer embarazo, así como a todo lo largo de la etapa de constitución de su descendencia.

La población de la zona de estudio y de la encuesta

El presente artículo se basa en los datos que se obtuvieron en las encuestas sociodemográficas realizadas entre 1989 y 1991 en tres localidades rurales del estado de Morelos: Barranca Honda, Bonifacio García y Acamilpa, situadas en el municipio de Tlaltizapán, que en el momento de iniciar el levantamiento de la información estaban compuestas por 731, 1 699 y 1 609 habitantes respectivamente. Se trata de localidades que se ubican en la zona de cultivo de caña de azúcar, por lo que la mayoría de la población económicamente activa depende y está relacionada con las actividades del ingenio Emiliano Zapata, localizado en la ciudad de Zacatepec, al sur del mencionado estado. Dichas localidades no disponen ni de infraestructura médica, ni de médicos o de enfermeras residentes en ellas; sin embargo, por las características sociales y económicas que las identifican y las diferencian, la población de dos de ellas, Bonifacio García y Acamilpa, cuenta con un acceso más fácil a los servicios de salud proporcionados por el sector público, a través precisamente, de su vinculación con el ingenio. En la medida en que estas dos localidades participan en la economía azucarera de la región, los productores o cañeros y el conjunto de asalariados relacionados con este sector económico y que residen en ellas, gozan del beneficio de una cobertura social y de una medicina casi gratuita por parte del sector público. En cambio, Barranca Honda, que se caracteriza por ser una localidad enclavada en un barranco, y por tanto con mayores dificultades de acceso a las vías de comunicación, es mayoritariamente dependiente de una agricultura de temporal, basada principalmente en el maíz, y con una población

económicamente activa compuesta por ejidatarios y jornaleros agrícolas o de la construcción. Dada esta modalidad de inserción de la población en la estructura productiva regional, la misma no está afiliada al sistema de seguridad social y, por lo tanto, debe recurrir con mayor frecuencia a los servicios de atención de la medicina privada. Así, a pesar de la ausencia de la infraestructura sanitaria y de personal médico, la inserción diferenciada de dichas poblaciones en la estructura productiva de la región, así como su desigual situación económica tiene, como veremos, una influencia determinante sobre la integración de las mujeres al sistema médico.

La información que analizamos se obtuvo de la encuesta sociodemográfica renovada,² que se aplicó a 795 familias, así como de encuestas *ad hoc* y complementarias realizadas entre un submuestreo de 240 parejas en las cuales la mujer está en edad fértil. Estas últimas incluían diferentes módulos que se referían a la historia familiar y matrimonial de dichas parejas, a los eventos reproductivos en la vida de las mujeres a través de su historia de embarazos y de la correspondiente a sus prácticas anticonceptivas. Además, se realizaron entrevistas semiestructuradas entre una submuestra de 50 parejas que se seleccionaron de la muestra de las encuestas complementarias. El análisis de dichas entrevistas permitió completar y enriquecer los resultados estadísticos y comprender mejor los datos obtenidos para otorgarles un sentido, como sería, por ejemplo, a las circunstancias que obstaculizan una adhesión generalizada al sistema de atención materno-infantil.

La medicalización del embarazo y del parto

La medición de la medicalización

La *medicalización* del embarazo y del parto puede definirse, de manera por demás simplista, como la intervención creciente de los agentes de salud públicos y privados en dichos eventos en detrimento de los actores que no pertenecen a la esfera médica y de atención a la salud, tales como la pareja, la familia, agentes de instituciones como la Iglesia o autoridades judiciales.

² Se trata de encuestas que se llevan a cabo en diferentes momentos pero en el mismo contexto y universo poblacional.

En el caso de nuestra investigación dicho proceso fue aprehendido a través de la trayectoria de embarazos de las mujeres, identificando a éstas según la generación a la que pertenecen y según la descendencia alcanzada en el momento de la encuesta. La edad de las mujeres, por una parte, nos permite tener en cuenta el periodo durante el cual iniciaron su vida fecunda y la descendencia alcanzada y, por la otra, nos remite, de cierta forma, a la precocidad más o menos intensa de dicha trayectoria, a su regulación más o menos voluntaria y eficaz, y de manera más global e indirecta a la ideología de la reproducción que la sustenta. Hemos distinguido dos generaciones de mujeres: las de 15 a 35 años en el momento de la encuesta, nacidas entre 1956 y 1975 y cuya vida fecunda se inició a partir de los años setenta, y aquellas de 35 años y más, nacidas entre 1941 y 1955 cuya vida fecunda empezó a principios de los años sesenta.

Para cada una de estas categorías hemos medido la intensidad del proceso de medicalización a través del análisis de las condiciones en que se realiza cada uno de los embarazos³ y de los partos, mediante la construcción de los siguientes tres indicadores, que combinan criterios de orden cuantitativo y cualitativo:

1) *La intensidad del seguimiento prenatal*, medido por el número de consultas médicas en el transcurso del embarazo. Para ello hemos identificado tres categorías: ningún seguimiento médico (sin ninguna consulta), seguimiento médico débil (menos de cinco consultas) y seguimiento intenso (al menos cinco consultas). El umbral de cinco consultas resulta importante, ya que corresponde a un seguimiento mensual regular a partir del cuarto mes de embarazo.⁴

2) *El tipo de intervención al que recurren las mujeres en el seguimiento prenatal*, y donde se distingue la atención del personal médico, sea público o privado, la correspondiente a la partera,⁵ así como la coe-

³ Las referencias en el texto se refieren siempre a embarazos llegados a término.

⁴ A las mujeres con seguimiento del embarazo por parte del sector público se les solicita acudir a consultas mensuales a partir de la primera visita prenatal que se sitúa generalmente alrededor del tercer mes.

⁵ Las parteras o matronas son solicitadas sobre todo para dar masajes de vientre con el fin de aliviar los dolores o bien, para "acomodar" el feto cuando está en posición difícil para el parto y cuando la mujer corre el riesgo de sufrir una cesárea. Las mujeres también se confían a las parteras para conocer el sexo del niño y recibir consejos sobre el desarrollo de su embarazo. Por ejemplo, las parteras aconsejan a las mujeres tener una actividad física durante el embarazo (hacer la limpieza, hacer ejercicio...) y no permanecer sentadas o acostadas mucho tiempo para que el parto sea rápido. También ellas recomiendan tomar infusiones de plantas para que la madre y el futuro bebé tengan buena salud.

xistencia simultánea de estos dos tipos de recursos que son usados de manera complementaria.

3) *La modalidad de atención en el parto*, como criterio que nos permite distinguir entre las mujeres que dieron a luz en su hogar con una partera, y aquellas que lo hicieron atendidas por un médico en un hospital o clínica.

La medicalización a través del seguimiento prenatal

La creciente medicalización de los embarazos se observa con mucha claridad desde principios de los años setenta (cuadro 1). Al considerar los 850 embarazos llegados a término del conjunto de las mujeres en edad reproductiva en el momento de la encuesta, advertimos que sólo 15% de los mismos, correspondientes al periodo 1988-1990, fueron atendidos exclusivamente por una partera, frente a 40% de los ocurridos antes de 1973. En cambio, 80% de los embarazos que tuvieron lugar después de 1983 fueron atendidos por un médico. No obstante la creciente intervención de los médicos del sector público o privado en el seguimiento prenatal, ésta no se realizó completamente en detrimento de la de las parteras ya que, de manera paralela al seguimiento médico, ellas aún formaban parte del seguimiento prenatal de la mitad de los embarazos acaecidos entre 1988-1990.

CUADRO 1

Tipo de seguimiento de los embarazos según el año del embarazo

Año del embarazo	Sin seguimiento	Exclusivamente partera	Médico sector público*	Médico sector privado**	Total %	Total n
Antes de 1973	13.0	39.5	33.7	13.8	100	261
1973-1977	9.0	29.9	49.1	12.0	100	167
1978-1982	9.3	23.3	51.3	16.1	100	193
1983-1987	1.9	20.0	60.0	18.1	100	155
1988-1990	2.7	14.9	55.4	27.0	100	74
Conjunto	8.5	28.2	47.4	15.9	100	850

* Seguimiento eventualmente acompañado de una partera y/o de un médico del sector privado.

** Seguimiento eventualmente acompañado de una partera.

Fuente: El Colegio de México/Orstom, *Encuesta Sociodemográfica*, Morelos, 1989-1991.

Otro hecho que también se constata con la información de este cuadro es la importante presencia de las instituciones públicas en el seguimiento prenatal, pues éstas proporcionan y garantizan en la actualidad la atención prenatal a la población, aunque, como se observa, las instituciones privadas tienen, con respecto a las primeras, una progresión muy rápida: la parte de los embarazos con seguimiento por el sector público pasa de 34% antes de 1973 a 55% en 1988-1990, y la correspondiente al sector privado aumenta de 14% a 27% en el mismo periodo.

Como ya hemos mencionado, la medicalización del seguimiento del embarazo está estrechamente ligada al contexto económico e institucional de cada una de las tres poblaciones consideradas. De acuerdo con la información de la encuesta observamos que la población de Barranca Honda, que no tiene una vinculación institucional que facilite las condiciones de acceso de la misma a los servicios médicos, sólo cuenta con un seguimiento médico que atañe a 40% de los embarazos entre 1973 y 1990; en cambio las poblaciones de Acamilpa y de Bonifacio García, donde gran parte de la población se beneficia de un acceso relativamente fácil a las infraestructuras sanitarias, presentan en la misma época más de 80% de los embarazos con seguimiento médico.

Por otra parte, el seguimiento medicalizado del embarazo se encuentra estrecha y generalmente ligado a una creciente asistencia medicalizada del parto: mientras que a principios de los años setenta un poco más de la mitad de los partos de las mujeres de nuestra muestra se efectuaba con un médico, ya sea del sector público o privado, a mediados de los años ochenta esta cifra llegó a cerca de 80% (cuadro 2). Este proceso sin duda ha llegado a representar el vector de un cambio radical en materia de regulación de nacimientos. En efecto, de manera concomitante al incremento en el seguimiento de los partos en clínica u hospitales (cerca de las dos terceras partes del total de ellos) que ya se observa desde finales de los años setenta, también se constata la adopción de un método anticonceptivo, lo que significa que la medicalización del embarazo y del parto ejercen una influencia considerable en la modificación del proceso de constitución de la descendencia. Lo anterior nos advierte acerca del papel del conjunto de los agentes de salud que fue, y continúa siendo decisivo en la difusión de la anticoncepción; y donde el ámbito correspondiente al seguimiento pre y posnatal brinda la oportunidad de informar, y a veces de imponer un método anticonceptivo (Potter *et al.*, 1986; Gautier y

Quesnel, 1993; Lerner *et al.*, 1994a). De acuerdo con la información de la encuesta, cuatro de cada cinco mujeres declararon haber utilizado al menos una vez en su vida un método anticonceptivo moderno o tradicional y, entre las mujeres que lo utilizaban en el momento de la encuesta, 43% estaban esterilizadas y una de cada cinco utilizaba la pildora o el dispositivo intrauterino. Estas evidencias se asocian con una clara preferencia de los médicos por los métodos anticonceptivos más seguros, ya que los riesgos de fracaso y de abandono del uso de ellos son mucho menores, y son nulos en el caso de la esterilización, método privilegiado por estos agentes de salud sobre todo después del tercer nacimiento.

CUADRO 2

Tipo de asistencia durante el parto según el año del embarazo

<i>Año del embarazo</i>	<i>Sin seguí- miento</i>	<i>Exclusiva- vamente partera</i>	<i>Médico sector. público*</i>	<i>Médico sector. privado**</i>	<i>Total %</i>	<i>n</i>
Antes de 1973	1.5	49.8	34.5	14.2	100	261
1973-1977	1.8	35.9	46.1	16.2	100	167
1978-1982	1.6	32.1	46.6	19.7	100	193
1983-1987	1.2	20.6	55.5	22.6	100	155
1988-1990	—	21.6	54.1	24.3	100	74
Conjunto	1.4	35.3	45.0	18.2	100	850

* Seguimiento eventualmente acompañado de una partera y/o de un médico del sector privado.

** Seguimiento eventualmente acompañado de una partera.

Fuente: El Colegio de México/Orstom, *Encuesta Sociodemográfica*, Morelos, 1989-1990.

La transformación social y de la infraestructura en la atención de los embarazos y de los partos se concretiza en las historias de embarazos, en particular se observa con mayor claridad entre las de las generaciones que vivieron en el contexto de transición de los años setenta. En el cuadro 3 se observa, de manera implícita, que en la actualidad la casi totalidad de las mujeres está integrada al sistema de salud médico, pero también se advierte que dicha integración se ha dado de manera diferenciada: mientras que sólo 6% de las mujeres tuvo el total de sus embarazos seguidos exclusivamente por una partera, menos de la mitad (44%) consultó al menos una vez a un médico durante sus embarazos, y apenas un poco más de una cuarta parte tuvo un se-

guimiento verdaderamente medicalizado (más de cinco consultas durante el embarazo) lo que, a su vez, significa una real integración al sistema médico. Sin embargo, es en las generaciones más jóvenes donde se observa una mayor integración: 54% de las mujeres de menos de 35 años tuvieron todos sus embarazos con seguimiento médico, frente a 32% de las mujeres de 35 años y más (cuadro 4). Aunado a ello observamos que el tamaño de la descendencia alcanzada también marca una diferenciación, siendo que ésta es menor cuanto mayor es la medicalización: 63% del total de las mujeres con uno a tres hijos tuvieron la totalidad de sus embarazos con atención médica, contra 35% entre aquéllas con cuatro hijos o más. Esta relación, como se observa en este mismo cuadro, se verifica tanto entre las jóvenes generaciones como entre las más viejas. Por lo tanto, el hecho de tener un seguimiento médico regular de los embarazos es un indicador de integración al sistema y, en consecuencia, las mujeres que se adhieran a él serán más susceptibles de adquirir el control de su fecundidad con un bajo nivel de descendencia.

Medicalización del primer embarazo y parto

Las evidencias mostradas en la parte precedente con respecto a la evolución del proceso de medicalización esconden particularidades

CUADRO 3
Distribución de las mujeres según el tipo e intensidad de seguimiento prenatal

<i>Tipo e intensidad del seguimiento prenatal</i>	<i>Ningún embarazo</i>	<i>Menos de la mitad de los embarazos</i>	<i>Mitad o más de los embarazos</i>	<i>Totalidad de embarazos</i>	<i>Total %</i>	<i>n</i>
Seguimiento exclusivo con partera	68	11	15	6	100	224
Seguimiento medicalizado*	11	13	32	44	100	224
Seguimiento medicalizado intensivo**	27	16	31	26	100	224

* Eventualmente acompañado del seguimiento de una partera.

** Al menos cinco consultas prenatales.

Fuente: El Colegio de México/Orstom, *Encuesta Sociodemográfica*, Morelos, 1989-1990.

CUADRO 4

Distribución de las mujeres según grupos de edad, descendencia alcanzada e intensidad del seguimiento medicalizado* de sus embarazos

<i>Edad y descendencia alcanzada</i>	<i>Ningún embarazo</i>	<i>Menos de la mitad de los embarazos</i>	<i>Mitad o más de los embarazos</i>	<i>Totalidad de embarazos</i>	<i>Total %</i>	<i>n</i>
15-35 años						
1-3 hijos	12	3**	22	63	100	814
4 hijos y más	—	20	45	35	100	40
Conjunto	8	8	30	54	100	121
35 años y más						
1-3 hijos	11**	4**	26	59	100	27
4 hijos y más	15	25	38	22	100	76
Conjunto	14	19	35	32	100	103

* Eventualmente acompañado del seguimiento de una partera.

** Al menos cinco consultas prenatales.

Fuente: El Colegio de México/Orstom, *Encuesta Sociodemográfica*, Morelos, 1989-1990.

que pueden ser conocidas a través del análisis de las trayectorias individuales. Así, a pesar de la modificación del contexto sanitario y de la masificación en el acceso a las infraestructuras médicas, los recursos de atención prenatal se han diversificado: las madres pueden privilegiar en cada uno de sus embarazos la atención, ya sea por parte del sector médico moderno, la derivada de los sistemas tradicionales, o bien, la combinación de ambas. Por otro lado, más allá del tipo de seguimiento de los embarazos, la medicalización opera en etapas, según la evolución del contexto sociosanitario y según el ciclo de vida de los individuos. Como veremos, la medicalización del embarazo y del parto es un proceso que puede iniciarse desde el principio de la vida fértil, o intervenir más tardíamente en el curso de la vida reproductiva de las mujeres, donde cada seguimiento de un nuevo embarazo se desarrolla continuando o manteniendo las experiencias anteriores o bien mediante la ruptura respecto a ellas.

En este marco, el estudio del primer embarazo resultó de sumo interés, principalmente por dos razones. Ante todo, es en esta ocasión cuando se revela con mayor claridad la formación que la mujer ha recibido en los diferentes momentos de su existencia y en los diferentes espacios de socialización a los que se ha enfrentado, ya sea que

se trate de lugares de “modernidad” o de “tradicición”. Así, por un lado, la escuela, el trabajo extradoméstico, o bien otros espacios de “modernidades” como sería el contacto con los medios de comunicación; y por el otro lado, la familia, la comunidad o la localidad y la Iglesia, representan espacios de socialización donde son transmitidos normas y valores divergentes que ejercen una influencia en las modalidades que se dan en el transcurso hacia la primera maternidad. La intensidad de dichas influencias determina la naturaleza de la relación con el sistema médico en el marco de los servicios de salud reproductiva y, en consecuencia, el rechazo o la integración, más o menos precoz, al mismo. El influjo de los valores tradicionales es generalmente intenso hasta la adolescencia y la juventud, y disminuye durante las etapas posteriores del ciclo de vida de las personas. Por lo tanto, las condiciones en que se desenvuelve el primer embarazo determinarán, en parte, las etapas posteriores de la constitución de la familia. En otros términos, el análisis de las condiciones del seguimiento médico a partir del primer embarazo permite conjeturar, en cierta medida, acerca del grado de integración al sistema médico en el seguimiento de la constitución de la descendencia y en el control que se llegue a ejercer sobre ella. En definitiva, es en esta etapa clave en la que se cristaliza la trayectoria social pasada y en la que se revela la trayectoria reproductiva futura.

Una medicalización creciente que se encuentra acompañada por la demanda de sistemas de atención tradicionales

La comparación de los comportamientos entre generaciones en materia de seguimiento prenatal da cuenta, a la vez, del desarrollo de la medicina rural y del peso de las prácticas tradicionales. Por lo tanto, es necesario advertir de la creciente articulación de dos tipos de sistemas de atención en el embarazo, parto y puerperio, aunque se asista paralelamente a una influencia cada vez más exclusiva de la medicina moderna sobre el seguimiento del primer embarazo y en detrimento del sistema de atención tradicional en los diferentes eventos reproductivos. En efecto, el desarrollo de las infraestructuras sanitarias trastornó las condiciones de salud reproductiva de las mujeres mexicanas, lo que llevó a su vez a una real ruptura en cuanto al comportamiento entre generaciones. Así, las mujeres de 35 años y más se han visto beneficiadas de un contexto infraestructural mucho más desfavorable que las más jóvenes, en par-

ricular cuando ellas iniciaron su vida fecunda.⁶ Además, el 44.5% de ellas no contó con posibilidad de acceso al servicio médico durante su primer embarazo (cuadro 5). Por el contrario, un poco más de la mitad de dichas mujeres ha consultado a un médico, y entre ellas, dos terceras partes presentan una intensa integración al sistema de seguimiento prenatal moderno, o sea con más de seis consultas médicas en promedio durante su primer embarazo.

CUADRO 5

Distribución de la mujer según tipo e intensidad de seguimiento prenatal del primer embarazo y grupos de edad

<i>Tipo de seguimiento</i>	<i>15-35 años</i>	<i>35-49 años</i>
Sin seguimiento	9.5	7.1
Partera exclusivamente	20.0	37.4
Médico exclusivamente	40.9	35.3
Médico y partera	29.6	20.2
Total	100.0	100.0
Efectivos	115	99
<i>Intensidad del seguimiento*</i>		
Menos de 5 consultas	25.9	32.7
5 consultas y más	74.1	67.3
Total	100.0	100.0
Efectivos	81	55

* Número de consultas con médico.

Fuente: El Colegio de México/Orstom, *Encuesta Sociodemográfica*, Morelos, 1989-1990.

A su vez, las condiciones del parto también se asocian con la prolongación del seguimiento prenatal: según datos de la encuesta, 87% de las mujeres con un seguimiento médico durante sus embarazos dio a luz con un médico, mientras que 86% de las mujeres sin ese seguimiento médico dio a luz en su propia casa.

De la misma manera, cuando el seguimiento prenatal es medicalizado, las mujeres de las generaciones anteriores a 1955 no mantienen

⁶ En el grupo de edad de 35-49 años, 94% de los nacimientos tuvo lugar antes de 1977 y 73% antes de 1972; para aquellas mujeres de menos de 35 años, 47% de los nacimientos ocurrió después de 1982, 31% entre 1978 y 1982 y 22% antes de 1978.

prácticas tradicionales de manera paralela (tales como los masajes durante el embarazo, o parto en su casa, etc.) y por lo tanto la intervención adicional de las parteras es poco frecuente: como muestran los datos, esta situación solamente se observa en un tercio de las mujeres. Dicho fenómeno se explica en gran medida por un efecto de selección: el grado de integración al sistema médico es intenso para estas mujeres ya que se adhirieron muy pronto al mismo, a partir de su establecimiento en el medio rural a principios de los años setenta. Se trata así de mujeres cuya trayectoria social constituye el elemento determinante de la relación con la modernidad (principalmente médica), mientras que para las mujeres más jóvenes, la integración depende en gran medida de la difusión y de la facilidad de acceso al sistema de atención a la salud moderno. En otros términos, factores favorables ligados al contexto de socialización, a la escolaridad y al trabajo extradoméstico han permitido a dichas mujeres acceder al sistema moderno de salud y atención y romper así con conceptos y valores más tradicionales vigentes en torno a la procreación. En efecto, en un contexto de precariedad sanitaria y médica y de infraestructuras insuficientes, el sistema moderno de salud inicialmente sólo fue accesible a las familias en mejores condiciones, tanto desde el punto de vista cultural como económico. Asimismo, en el inicio de la transición reproductiva, la sobredeterminación de los factores socioculturales explica en mucho mayor medida el tipo de seguimiento prenatal.

Como veremos más adelante, en las generaciones más jóvenes, aquellas de mujeres de menos de 35 años, la influencia de dichos determinantes es menos precisa; la extensión y la promoción de la medicina institucional han permitido la integración –hasta cierto límite– de la población más allá de las diferencias socioeconómicas y culturales. El desarrollo de las infraestructuras sanitarias y de la educación en el terreno de la salud permite la masificación de la medicalización y conlleva una homogeneización de los comportamientos de las mujeres en materia de reproducción. Sin embargo, es importante advertir que el efecto de la selección no por ello ha desaparecido completamente, ya que una minoría de mujeres se resiste a la integración y permanece al margen del sistema de salud moderno en lo que respecta al ámbito de la salud reproductiva:⁷ una de cada cinco mujeres

⁷ Es importante hacer notar que un rechazo de la medicina institucional en el ámbito de la reproducción no siempre está asociado a un rechazo global de la medicina clínica, sobre todo en cuanto a los servicios de salud y atención infantil.

optó por un seguimiento prenatal estrictamente tradicional y una de cada diez no tuvo ningún tipo de atención durante su embarazo, lo que significa que 29.5% de las mujeres de menos de 35 años no tuvo ningún seguimiento prenatal medicalizado en su primer embarazo (cuadro 5). Esta situación indica con bastante claridad los límites de la política de salud y su incapacidad para brindar un real acceso igualitario al sistema de atención médica.

Por el contrario, entre las que tienen menos de 35 años, cerca de tres de cada cuatro mujeres se orientaron hacia el sector médico moderno desde su primer embarazo, y de ellas, tres cuartas partes tuvieron al menos cinco consultas prenatales, siendo de 6.6 el número promedio de consultas. La asistencia médica en el marco del seguimiento prenatal del primer embarazo es por lo tanto frecuente en estas generaciones femeninas, y ello conlleva con bastante frecuencia a que el parto sea también medicalizado. Tres de cada cuatro mujeres dieron a luz en un ámbito médico, y el hecho de haber tenido un seguimiento durante este primer embarazo es un factor determinante ya que cerca de nueve de cada diez mujeres que lo tuvieron dieron a luz con un médico.⁸ No obstante, contrariamente al comportamiento que se observa en las generaciones más viejas, el hecho de no haber tenido contacto con el sector médico moderno durante el embarazo no impide tener un parto medicalizado, ya que, como observamos, la mitad de las mujeres sin seguimiento médico dio a luz en un hospital o en una clínica. Dicho en otra forma, los partos son siempre más medicalizados que los seguimientos del embarazo debido a los mayores riesgos potenciales de los primeros, acerca de los cuales las mujeres están del todo conscientes.

Entre las generaciones más jóvenes se encuentra la mayoría de mujeres que se caracterizan por tener una medicalización precoz y relativamente intensa, que es a su vez mayormente aceptada, integrada y por lo tanto poco susceptible de ser cuestionada. No obstante, no por ello la medicina tradicional es ignorada o rechazada; en este sentido observamos que cerca de 30% de las mujeres acudió al mismo

⁸ En estas tres localidades alejadas de los centros de salud y de los hospitales, algunas circunstancias excepcionales pueden obligar a las mujeres a dar a luz en su casa (ausencia de medios de transporte, en especial en horarios nocturnos, por ejemplo) a pesar de que ellas habían planeado ir al hospital para el parto. Lo anterior es otro elemento para explicar la pequeña proporción de mujeres que teniendo un seguimiento médico durante su embarazo, dieron a luz en su domicilio.

tiempo a los médicos y a los conocimientos y prácticas de las parteras durante el seguimiento de su primer embarazo. Esta doble transición ilustra con claridad la confrontación de las influencias modernas y las tradicionales en el terreno de la salud reproductiva. A lo largo de la historia reproductiva de las mujeres se entrecruzan visiones de dos sistemas diferentes de atención del embarazo, parto y puerperio: una que respeta sus tradiciones y su identidad pero se revela falible, y la otra, fría y racional que parece ser más eficaz para su salud. Las contradicciones que genera dicho entrelazamiento se explican más concretamente e incluso de manera intensa y hasta violenta en el momento del parto, como lo demuestra el siguiente extracto del testimonio de una mujer de 30 años y con tres hijos:

P.: ¿En qué piensa que son distintos médicos y parteras?

R.: Bueno, los médicos pues sí, sí son distintos [de las parteras] porque tienen esa... esa ciencia que la partera no tiene, ya no más que la partera tiene mucha paciencia para... pues si el niño no puede nacer ella le hace y le hace y le hace la lucha de que el niño nazca, en cambio los doctores, pues muchas veces se les hace fácil decir: "te vamos a operar"

P.: ¿Cesárea?

R.: Cesárea y ahí es donde la mujer sufre. Porque... pues como es algo que... que rompen.

P.: ¿Usted nunca ha tenido una cesárea?

R.: No, nunca, mis hijos han nacido normales, gracias a Dios.

En resumen, se advierte que la medicalización del primer embarazo y del parto continúan generalizándose. Sin embargo, la proporción de las mujeres que permanecen alejadas de dicho proceso no es nada despreciable, más aún si nos situamos en una zona que no forma parte de las más desfavorecidas de la región o del país. Con relación al parto, debido al riesgo de complicaciones, éste se encuentra más medicalizado que el embarazo, aunque aún permanece 22.5% de las mujeres de menos de 35 años de edad que tuvo su primer hijo en su hogar con la asistencia de una partera, cifra que aumenta a 45.5% para las generaciones más viejas.

El argumento económico y la ubicación de enclave y de mayores dificultades de acceso de algunas localidades, como es el caso de Barranca Honda, pueden ser elementos que posibiliten de entrada la no medicalización del embarazo y del parto, aunque son otros factores sociales los que contribuyen a la diferenciación de los comportamientos al inicio de la vida fecunda y los que favorecen (o bien frenan e incluso se oponen) a una medicalización precoz durante la vida reproductiva.

Los factores de integración precoz al sistema de salud

Podemos intentar identificar un perfil sociodemográfico de las mujeres según la precocidad más o menos intensa de su integración al sistema de salud, relacionando “la intensidad del seguimiento prenatal medicalizado” con variables tales como el nivel de educación, la edad de la primera unión, la localidad de residencia y el grupo social de pertenencia.⁹

Las dos primeras variables están correlacionadas positivamente con el grado de medicalización: en efecto, se observa que a medida que el nivel educativo aumenta y que la edad de la primera unión se eleva, se intensifica la medicalización del primer embarazo (cuadros 6 y 7). Así, por ejemplo, entre las mujeres de menos de 35 años, 77% se unió después de los 20 años y tuvo más de cinco consultas prenatales, contra 46% de las unidas antes de esa edad. Para las mujeres de 35 años y más los porcentajes son de 61 y 28% respectivamente.

Numerosos estudios han demostrado que la edad en la primera unión está directamente asociada al nivel de instrucción de los indivi-

CUADRO 6

Distribución de las mujeres según número de consultas médicas durante el primer embarazo, edad de la primera unión y edad en el momento de la encuesta

Número de consultas	15-34 años			35-49 años		
	Edad de la primera unión			Edad de la primera unión		
	12-17	18-19	20 y más	12-17	18-19	20 y más
Ninguna	35.7	32.3	11.5*	54.2	47.8	25.0
1 a 4	16.1	25.8	11.5*	16.7	26.1	14.3*
5 y más	48.2	41.9	76.9	29.2	26.1	60.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Efectivos	56	31	26	48	23	28

* Menos de seis observaciones.

Fuente: El Colegio de México/Orstom, *Encuesta Sociodemográfica*, Morelos, 1989-1990.

⁹ La variable “grupo social” corresponde a la posición ocupacional del jefe del grupo doméstico en la estructura productiva agrícola de la región de estudio. Se definieron tres grandes categorías: los ejidatarios, los asalariados y los trabajadores independientes; las dos últimas incluyen tanto a los sectores agrícolas como a los no agrícolas.

CUADRO 7

Distribución de las mujeres según número de consultas médicas durante el primer embarazo, nivel de instrucción y edad en el momento de la encuesta

Número de consultas	15-34 años			35-49 años		
	Nivel de instrucción			Nivel de instrucción		
	Menos de 4 años de primaria	4 a 6 años de primaria	1 año de secund. y más	Menos de 4 años de primaria	4 a 6 años de primaria	1 año de secund. y más
Ninguna	42.1	38.6	17.3	62.8	34.1	16.7*
1 a 4	5.3*	27.3	15.4	11.6*	25.0	16.7*
5 y más	52.6	34.1	67.3	25.6	40.9	66.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Efectivos	19	44	52	43	44	12

* Menos de seis observaciones.

Fuente: El Colegio de México/Orstom, *Encuesta Sociodemográfica*, Morelos, 1989-1990.

duos, y que la prolongación del periodo de escolaridad favorece un ingreso diferido al mercado matrimonial. Pero dicha variable no sólo debe considerarse en cuanto al efecto de la calendarización de la misma en el proceso de constitución de la familia. El matrimonio tardío se acompaña de una cierta concepción de la familia en la cual ésta es primero el resultado de un proyecto individual, y con posterioridad de uno de pareja, y no responde solamente a un simple o complejo conformismo social. Dicho proyecto global nos remite tanto a la dimensión de la familia, como a la educación de los hijos y a la relación con la salud. El retraso de la edad en la primera unión prolonga el periodo prenupcial y, en general, permite contar con más tiempo e incorporar otros elementos para reflexionar sobre la llegada del primer hijo y visualizar sus consecuencias, y, sobre todo, permite evitar un embarazo prematuro, a menudo riesgoso, y a veces secreto, que excluye todo seguimiento médico.

Es necesario agregar, como resultado de la institucionalización de la planificación familiar, que la medicalización del ámbito reproductivo se ha visto masificada y fortalecida en el transcurso del tiempo, sobre todo entre las mujeres en condiciones más marginales y con menores niveles de instrucción. En este sentido, en nuestra zona de estudio observamos que entre aquéllas con menos de cuatro años de escuela primaria, la ausencia total de seguimiento prenatal durante el primer embarazo atañe a 63% de las mujeres de 35 años y más; dicha proporción

se reduce a 42% entre aquellas de menos de 35 años de edad. Por el contrario, entre las mujeres con mayores niveles de escolaridad (al menos un año de secundaria), la medicalización es sensiblemente la misma en los dos grupos de edad: dos tercios de las mujeres han tenido un seguimiento prenatal intenso. Esta evolución se traduce en la disminución de la brecha que tradicionalmente existe entre las mujeres de diferentes niveles de escolaridad y según el grado de medicalización de sus primeros embarazos, permite concluir que el nivel de instrucción es una variable menos discriminatoria en las generaciones jóvenes. Sin embargo, habría que acotar que esta constatación no necesariamente se da en todos los casos en el primer embarazo; en cambio sí se manifiesta en el análisis global de embarazos cualquiera que sea su rango.

A su vez, se observa una marcada diferencia entre las mujeres de Barranca Honda y aquellas de las poblaciones de Bonifacio García y Acamilpa,¹⁰ lo que alude a la importancia que ejercen las condiciones del contexto social en el ámbito reproductivo. Las mujeres de Barranca Honda se encuentran menos integradas al sector médico moderno que las de las otras localidades, pero también en este caso la brecha tiende a atenuarse en las generaciones jóvenes: así, entre las que tienen 35 años y más, 78% de las mujeres de Barranca Honda no tuvo ningún seguimiento prenatal contra menos de 40% en las otras dos localidades; en el grupo de edades de 15-34 años, dichas cifras son de 44 y 25% respectivamente (cuadro 8). El relativo aislamiento geográfico de Barranca Honda y el reducido número de mujeres con un capital cultural y educativo que han recurrido al sistema moderno de salud, representan obstáculos adicionales tanto para la difusión de su influencia sobre el resto de la población femenina, como para que su práctica permanezca también aislada. En esta localidad, el peso de las instituciones tradicionales influye con tal fuerza que la institución médica no forma parte del espacio social de las mujeres, al menos hasta el nacimiento de su primer hijo. Este fenómeno no es privativo de Barranca Honda, aunque se expresa con mayor fuerza allí. Por ello, en Bonifacio García y en Acamilpa, el efecto de la difusión y de la imitación de los nuevos comportamientos reproductivos para aquellas mujeres que no han adquirido un importante capital cultural y educativo se ve favorecido por dos factores. El primero se encuentra asociado a la antigüedad de la integración a las instituciones de salud y a la experiencia medicalizada del

¹⁰ Se trata de la localidad de residencia en el momento de la encuesta y no en el momento del primer embarazo.

embarazo y del parto para una gran parte de las mujeres y de la población en general, incluso en ausencia de infraestructuras en el interior de dichas localidades. El segundo se desprende de la existencia de contactos frecuentes con el exterior de un número importante de habitantes de las localidades en función de su actividad asalariada. Este efecto de difusión interviene probablemente con mayor fuerza durante los embarazos ulteriores, o sea cuando la influencia de las instancias tradicionales disminuye y aumenta la aceptación de los ámbitos institucionales medicalizados.

Para finalizar, también hemos incluido el análisis causal que per-

CUADRO 8

Distribución de las mujeres según el número de consultas médicas durante el primer embarazo, la localidad de residencia y la edad en el momento de la encuesta

Número de consultas	15-34 años			35-49 años		
	Acamilpa	B. Honda	B. García	Acamilpa	B. Honda	B. García
Ninguna	25.6	44.4	24.5	34.2	77.8	39.4
1 a 4	20.5	22.2	14.3	23.7	—	20.9
5 y más	53.8	33.3	61.2	42.1	22.2*	39.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Efectivos	39	27	49	38	18	43

* Menos de seis observaciones.

Fuente: El Colegio de México/Orstom, *Encuesta Sociodemográfica*, Morelos, 1989-1990.

mite mostrar la diferenciación que opera cuando aludimos a los distintos grupos sociales de la población. En este sentido, observamos que las categorías sociales utilizadas encubren realidades económicas y una estructura social bastante diferente según la localidad, lo que explica en gran medida la ausencia de lazos precisos y claros entre la medicalización del comportamiento reproductivo y la pertenencia a los diferentes grupos sociales (cuadro 9). Como advertimos anteriormente, los grupos sociales de nuestro estudio están ligados a formas de participación en la economía regional, lo que a su vez implica condiciones, recursos y costos, sobre todo en términos de acceso, de atención a la salud muy diversos en el seno de cada una de las categorías identificadas.

Del análisis realizado en la sección anterior, podemos concluir

CUADRO 9

Distribución de las mujeres según número de consultas médicas durante el primer embarazo, grupo social de pertenencia y la edad en el momento de la encuesta

Número de consultas	15-34 años			35-49 años		
	Ejida- tarios ^a	Indepen- dientes ^b	Asala- riados ^c	Ejida- tarios ^a	Indepen- dientes ^b	Asala- riados ^c
Ninguna	22	32	32	44	46	41
1 a 4	15*	10*	24	25	12*	17
5 y más	63	58	44	31	42	41
Total	100	100	100	100	100	100
Efectivos	27	31	54	36	33	29

^a Están incluidos los ejidatarios con una actividad asalariada.

^b Están incluidos los trabajadores independientes con una actividad asalariada.

^c Esta categoría comprende también a los jornaleros.

* Menos de seis observaciones.

Fuente: El Colegio de México/Orstom, *Encuesta Sociodemográfica*, Morelos, 1989-1990.

que la medicalización del embarazo y del parto es mucho más intensa cuando las mujeres son más instruidas, ya sea que se hayan casado o unido tardíamente, y residan en localidades insertadas económicamente en la industria regional –donde la población asalariada es numerosa y cuenta con mejores condiciones de acceso y atención a las instituciones de salud–. Ante esta situación, las familias y, por lo tanto las mujeres, establecen y mantienen contactos más estrechos con dichas instituciones de salud y pueden tener acceso y beneficiarse más fácil y gratuitamente de un seguimiento prenatal y de una atención del parto en el hospital, así como de un seguimiento posnatal médico. Es muy probable que cada uno de estos factores considerados aisladamente tenga una influencia menor, pero nada despreciable, sobre el grado de integración precoz al sistema de salud; sin embargo es la vinculación y acumulación de dichos factores lo que permite una mayor integración al sistema medicalizado.

Asimismo, hemos señalado que más allá del papel desempeñado por estas diferentes variables socioeconómicas, uno de los elementos determinantes del acceso precoz a dicho sistema es el contacto que las mujeres establecen con un medio social diversificado, ya sea por medio de la escuela, de una actividad económica extradoméstica, o como resultado de una migración temporal fuera de la esfera de in-

fluencia familiar y de la comunidad. Esta apertura hacia el exterior introduce nuevas representaciones que conllevan a una ruptura con un medio familiar y comunitario siempre propenso a mantener un ambiente más estrecho y tradicional en las dos primeras etapas de la constitución de la familia: la formación de la pareja y la llegada del primer hijo. Durante dichas etapas, que según las normas tradicionales deben enlazarse rápidamente, la familia tiene una importante influencia sobre los comportamientos reproductivos de las parejas jóvenes lo que en buena medida limita su acceso a la medicina moderna, excluyendo así el recurso potencial a un método anticonceptivo. Este freno a la integración al sector médico no se manifiesta en la mayoría de los casos por prohibiciones directas o tácitas, sino que proviene del hecho de que las familias, y más específicamente las madres, no han rescatado elementos positivos de aprendizaje de dicha modernidad médica (por ejemplo, la relación despersonalizada del personal médico, la auscultación, los instrumentos utilizados, los discursos, etc.). Además, la relación asimétrica entre las mujeres jóvenes y los médicos, en términos de posición social y de género, es un obstáculo adicional y central para el establecimiento de vínculos y transacciones en y con el marco de la salud reproductiva.

El contexto de socialización es sin duda alguna esencial y, por lo tanto, la medicalización del primer embarazo está estrechamente ligada a las condiciones sociales prevalecientes durante la infancia y la adolescencia. Por ello, si la mayoría de las mujeres recurre desde el primer nacimiento al sistema moderno de salud, es que paralelamente a la accesibilidad del mismo y a la marginación o menor importancia otorgada a las parteras, ellas presentan características, principalmente en sus ámbitos educativos y de nupcialidad, que resultan ser indicativas de lo que hemos llamado la individuación de su comportamiento y de una mayor autonomía relativa en el proceso de decisiones reproductivas (Lerner *et al.*, 1994). Estas propiedades sin duda alguna reforzarán además el efecto institucional y constituirán predeterminantes en la medicalización de cada uno de los embarazos.

Si bien hemos aludido a los determinantes sociales y su crucial importancia en la historia de las mujeres, también resulta necesario otorgar una muy especial relevancia al contexto conyugal en el cual la mujer se encuentra en el momento de su entrada a la vida fecunda y en el transcurso de la misma. La naturaleza de las relaciones conyugales se revela como una dimensión clave y decisiva de las modalidades de constitución de la descendencia y de la salud reproductiva. Para

acceder de manera precoz al sistema de salud materno-infantil, la mujer debe cimentar su proyecto conyugal y familiar sobre bases de una mayor apertura y vinculación hacia el mundo exterior, extracomunitario, lo que le posibilitará convencerse y aceptar la idea de la intromisión de agentes externos al seno familiar en materia de salud, de procreación y de regulación de la fecundidad. Dicha actitud supone que la pareja tenga una fuerte cohesión, que sus relaciones sean relativamente igualitarias,¹¹ y que sea más autónoma en relación con las familias de origen y en general con las instancias tradicionales de control social (Samuel *et al.*, 1994).

Actualización de la integración al sistema médico y constitución de una trayectoria medicalizada

Los comportamientos en materia de salud materna a lo largo del primer embarazo son susceptibles de mantenerse o transformarse durante los embarazos siguientes, por lo tanto la adhesión precoz al sistema de atención médico moderno, o por el contrario, el recurrir a la medicina tradicional, no son elecciones fijas ni estáticas, aunque sí en cambio se constituyen en los preludios de trayectorias diferenciadas.

El análisis del seguimiento médico y/o tradicional de embarazos sucesivos indica que las trayectorias se encuentran diversificadas, aunque la tendencia que se observa es hacia una medicalización creciente a medida que se va constituyendo la familia. La medicalización del primer embarazo es un elemento determinante en el establecimiento de una trayectoria medicalizada de principio a fin, pero en la cual puede cuestionarse la eficiencia e incluso la legitimidad de los agentes de salud durante el seguimiento prenatal y más aún durante el parto. Dicha legitimidad se pone en duda cuando el poder médico se vuelve demasiado absoluto e impone ciertas prácticas obstétricas, tales como la cesárea, que se da de manera demasiado generalizada e injustificada desde el punto de vista de las mujeres y de lo que se observa en otros países, como los europeos. Castro *et al.* (1991) observan a su vez, en otra localidad de Morelos, que el temor a la cesárea constituye uno de los principales motivos invocados por las mujeres que

¹¹ El término *relativamente* remite al hecho de que nos encontramos en un contexto donde tradicionalmente las relaciones entre sexos son desiguales, donde las mujeres son generalmente confinadas a la esfera doméstica y sometidas al poder masculino.

prefieren los partos tradicionales y, en consecuencia, en ocasiones, un seguimiento del embarazo también de tipo tradicional.

Si bien no todas las mujeres que dan a luz en un medio hospitalario están expuestas a tener una cesárea,¹² aquellas que la han experimentado por vez primera sí tienen una probabilidad muy elevada de repetir dicho tipo de parto en los siguientes nacimientos. Por otro lado, este tipo de intervención quirúrgica, según la mayoría o casi totalidad de los médicos, no puede repetirse más de tres veces. Lo anterior significa que nos encontramos frente a una lógica obstétrica que favorece las cesáreas por razones que no son siempre y únicamente de orden médico,¹³ una lógica que, sin estar medicamente justificada, impone una vez más la repetición de dicha práctica en cada nacimiento y finalmente desemboca, casi inevitablemente, en la esterilización después de tres cesáreas.

Poner en duda las prácticas obstétricas de los profesionales, principalmente en relación con el tipo de parto, tiene como consecuencia que en cada nuevo embarazo se dude de la adhesión al sistema moderno de salud, y es en este sentido que puede hablarse de un proceso de actualización de la integración al sistema médico para cada etapa de la constitución de la descendencia.

Si bien las condiciones del seguimiento del embarazo y del parto son las determinantes más evidentes de dicha actualización, existen otros factores que –además de ser interdependientes de los anterio-

¹² No disponemos en nuestra encuesta de datos sobre las cesáreas que permitirían juzgar la pertinencia de dicho temor. No obstante los datos del Insami de 1994 (Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil) indican que cerca de un parto sobre cuatro se realiza por cesárea. La diferencia entre el medio rural y el medio urbano en cuanto a las tasas de partos por cesárea es muy elevada: 12.2 y 28.7% respectivamente. Se destaca sobre todo casi un doble de las tasas de partos por cesárea desde la Enfes de 1987 (Encuesta Nacional de Fecundidad y la Salud) pasando de 12.4 a 24.2%. El sector público, y el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) en primer lugar, son responsables de este aumento. A título de ejemplo, las estadísticas del hospital del IMSS de Tijuana indican una tasa de cesáreas de 34.8% para 1993 (datos amablemente proporcionados por C. Bruguilles).

¹³ Los médicos rara vez explican a las mujeres las razones precisas que impiden un parto por vía natural, al menos en el momento de la primera cesárea. Esta práctica, probablemente excesiva, no está ligada a compensaciones financieras en el sector público, sino más bien a la actitud de los médicos jóvenes en formación en el medio rural, quienes anticipando los riesgos de complicación de un parto por vía natural, practican la cesárea (Gautier y Quesnel, 1993). Además, dicha práctica permite una cierta gestión de los partos (días, horas...) e induce, finalmente, las trayectorias reproductivas limitando el número de partos posibles y facilitando la esterilización que tiene lugar (supuestamente con el acuerdo de las mujeres) en la prolongación de la cesárea.

res— ejercen también una influencia importante, como la trayectoria social de la mujer, su medio conyugal y familiar y aún más su actitud hacia la regulación de la fecundidad. Con respecto a este último punto, recordemos que la adopción de un método anticonceptivo después de un nacimiento depende en gran medida del lugar del parto —en el hogar o en el medio hospitalario— y sobre todo del hecho de que un control de la constitución de la descendencia supone una fuerte integración al sistema de salud. Las normas biomédicas de la procreación se difunden principalmente a través de la interacción de los agentes de la salud con las familias, y prioritariamente con las mujeres en edad fértil y en unión. Estas normas “ideales” atañen principalmente al tamaño de la familia (2-3 hijos) y a las edades de la procreación (de 20 a 30 años), y se supone que su seguimiento se relaciona con una regulación efectiva de la fecundidad. De esta manera, la integración al sistema de salud, cuyo objetivo principal es la salud materno-infantil, ha ejercido también una influencia relevante tanto en la transformación de los ideales de la fecundidad, de acuerdo con dichas normas, como en los cambios del comportamiento reproductivo. Como indica Cosío (1994: 143) “son factores ligados a una política médica que explican la fuerte progresión del uso de métodos anticonceptivos en México (...)”;¹⁴ o bien otros autores como Potter *et al.* (1989: 266) reiteran que “...la medicalización y el uso de servicios de seguimiento materno tienen una gran influencia sobre la aceptación de la anticoncepción”, o sea que esta última está fuertemente determinada por el papel que desempeñan los agentes de los servicios de salud. De acuerdo con lo anterior, es posible considerar y afirmar que el tomar conciencia acerca de la importancia del segui-

¹⁴ En el nivel nacional, la prevalencia de la anticoncepción es bastante espectacular: en 1976 (Encuesta Mundial de la Fecundidad, EMF) se registró 23% de usuarias de métodos modernos de anticoncepción entre las mujeres en unión; esta proporción llegó a 55% en 1992 (Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, Enadid). El mayor aumento tiene lugar en los primeros años que siguen a la puesta en marcha del Programa de Planificación Familiar (1977): de 1976 a 1979 la prevalencia aumenta en 38% (métodos modernos, mujeres en unión), el aumento es de 30% entre 1978 y 1982, de 8% entre 1982 y 1987 y de 23% de 1987 a 1992. A lo largo del periodo de 1976-1987 se asiste a una modificación considerable de opciones (¿de la oferta?) de los métodos anticonceptivos: mientras que en 1976 el método más utilizado era la pildora (36% de las usuarias), seguido del dispositivo intrauterino (19%) y, muy atrás, la esterilización (9%) en 1992, el primer método es la esterilización (43%), seguida del dispositivo intrauterino (18.5%) y finalmente la pildora (15%). Los métodos tradicionales sufrieron una regresión, pasando de 23 a 12% la proporción de usuarias de los mismos.

miento médico del embarazo y de la posibilidad de regular la fecundidad, son dos aspectos no sólo estrechamente ligados sino que se refuerzan mutuamente. En consecuencia, una actualización positiva de la adhesión al sistema moderno de salud se acompañará generalmente de una regulación de la fecundidad, y a la inversa, todo rechazo a dicha adhesión puede representar un freno a la medicalización de la salud materna en virtud del entrelazamiento y fuerte vinculación que existe entre el discurso médico y el discurso sobre la planificación familiar en la práctica que realizan los agentes de salud.

A su vez, como ya hemos reiterado en numerosas ocasiones, la trayectoria social de las mujeres se constituye de nuevo en una dimensión que adquiere singular relevancia en cuanto a las representaciones que tienen las mujeres de la institución de salud y del cuerpo médico. Dicho de otra forma, las mismas circunstancias objetivas del desarrollo del seguimiento prenatal y del parto serán percibidas y vividas de manera diferente según la historia de los individuos y de su posición en la sociedad. Además, comprender las trayectorias de salud materna y dicho proceso de actualización reiterado en cada etapa de la constitución de la descendencia familiar supone a la vez conocer bien los acontecimientos que se produjeron durante los embarazos y los partos de las mujeres, así como el contexto socioeconómico, familiar y conyugal en el cual se han desarrollado.

Este proceso de actualización puede analizarse y comprenderse por medio de la construcción de “biografías de salud materna”, estrategia que en el marco de nuestro estudio consistió en recoger observaciones individualizadas del seguimiento prenatal de cada uno de los embarazos de las mujeres entrevistadas, lo que condujo inicialmente a la identificación de trayectorias, y posteriormente a la construcción de perfiles colectivos de comportamiento en materia de salud materna, tal como están representados en los esquemas 1 a 6. En su elaboración y con el fin de esquematizar estas trayectorias se identificaron cuatro grupos de mujeres de acuerdo con los siguientes criterios: la edad de las mismas y el tipo de seguimiento prenatal de cada uno de sus embarazos. Así, las mujeres de menos de 35 años fueron caracterizadas en dos grupos: aquellas que tuvieron un primer embarazo sin un seguimiento médico, y aquellas que experimentaron dicho seguimiento. A partir del mismo, se examina la intensidad del seguimiento prenatal de los siguientes tres embarazos en cada una de las dos categorías. En el grupo de las mujeres de 35 años y más se siguió el mismo procedimiento, aunque en éste se analizó el segui-

miento prenatal de los cinco primeros embarazos.¹⁵

Un inicio de la vida fecunda alejada de la medicalización...

Como indicamos anteriormente, el inicio de la vida fecunda se caracteriza por una débil integración al sistema médico moderno para una proporción nada despreciable de mujeres: entre las de menos de 35 años, más de una de cada cuatro no han tenido ningún seguimiento prenatal medicalizado de su primer embarazo.¹⁶ Los factores que entran en juego para explicar este comportamiento son múltiples, pero lo que nos interesa destacar es que dicha situación depende en gran parte de lo que podríamos denominar una especie de “encierro comunitario”, que se entiende por la condición de exclusión de las mujeres de un importante número de actividades productivas y sociales, así como por la ausencia o debilidad del proceso de toma de decisiones (individuales) en las edades más jóvenes, situación que lleva a frenar, en un primer momento o etapa de su vida reproductiva, el acceso a las instituciones y servicios en materia de salud materna. No obstante, como se muestra en el esquema 1, en la mitad de los casos dichas mujeres no volverán a vivir esta primera experiencia de vínculo exclusivo con las parteras ya que ellas se integrarán al sistema de atención médica desde el segundo embarazo; y la mayoría mantendrá dicha práctica durante los siguientes embarazos. A su vez, el resto o la otra mitad de ellas que permanece durante un mayor lapso alejada de dicho sistema finalmente terminará por integrarse al mismo en el tercero e incluso en el cuarto embarazo (véase el esquema 1).

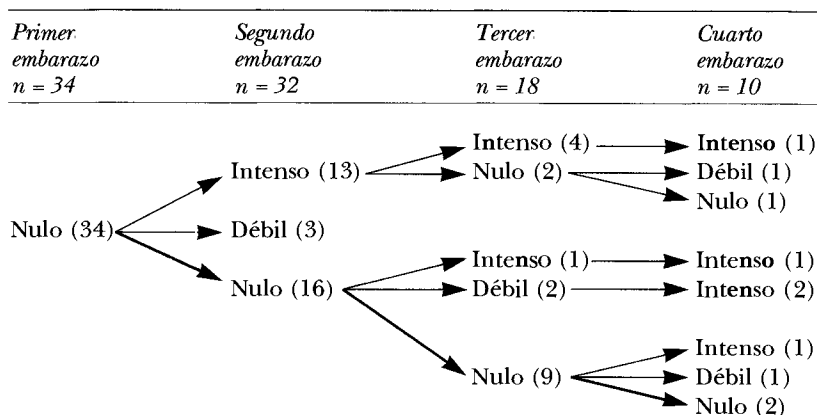
Esta sensibilización más tardía con respecto a la medicalización del embarazo y del parto nos remite a la vez a presiones económicas, al contexto de socialización y a las experiencias que se han tenido con los servicios de atención tradicionales. En efecto, las condiciones ma-

¹⁵ Se debe advertir que todas las mujeres de cada grupo de edades no han alcanzado la misma paridad ni conocen las trayectorias más o menos largas. Pero este efecto de truncamiento no pone en duda los resultados presentados más adelante, que se verifican cuando se controla según la “descendencia alcanzada” de estas mujeres.

¹⁶ Véase el cuadro 5: entre las mujeres de 14 a 34 años de edad, 9.5% no han tenido seguimiento prenatal y 20% han sido atendidas exclusivamente por parteras, por ello hemos considerado cerca de 30% que se traduce en poco más de una mujer sobre cuatro.

ESQUEMA 1

Mujeres de 15 a 34 años de edad que tuvieron un primer embarazo sin seguimiento prenatal

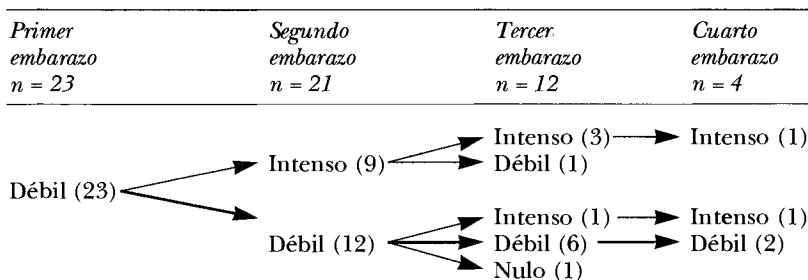


Tipo de seguimiento: intenso (al menos 5 consultas); débil (1 a 4 consultas); nulo (ninguna consulta).

teriales de las parejas jóvenes son a menudo precarias: al principio de la unión el hombre se encuentra frecuentemente sin un trabajo asalariado y no ha conformado un hogar independiente. Estas circunstancias son las que caracterizan en un buen número de casos el contexto

ESQUEMA 2

Mujeres de 15 a 34 años de edad que tuvieron un primer embarazo con seguimiento prenatal débil



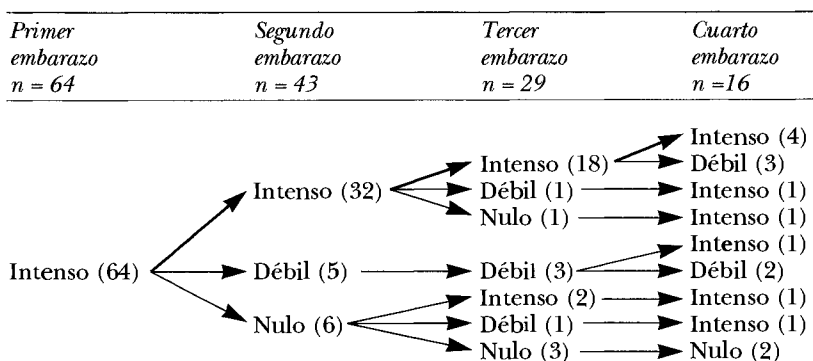
Tipo de seguimiento: intenso (al menos 5 consultas); débil (1 a 4 consultas); nulo (ninguna consulta).

en que ocurre el nacimiento del primer hijo, es decir, cuando la pareja reside generalmente con los padres del cónyuge, dispone de pocos recursos y no cuenta con el acceso a una cobertura social. Dicho contexto ejerce una influencia decisiva ya que puede llegar a ocasionar la ausencia del seguimiento prenatal y del parto medicalizado durante el primer embarazo, aunque esta situación se ve superada en un tiempo bastante reducido debido, en parte, al acceso a un trabajo asalariado o bien a la adquisición del *status* de ejidatario que se puede obtener ya sea por adición, transmisión o sucesión. En consecuencia, el hecho de tener acceso a una medicina pública gratuita es un factor que propicia enormemente que estas generaciones jóvenes modifiquen su acceso al sistema de salud moderno, además de que se trata de las generaciones que están ya más o menos informadas y sensibilizadas sobre los asuntos en materia de salud materna y de planificación familiar gracias a la educación, los medios de comunicación y los contactos con redes sociales fuera de la esfera familiar.

Más aún, la experiencia de un primer embarazo no medicalizado, cualesquiera que sean los motivos para ello, puede orientar a las mujeres a tomar conciencia de los riesgos de salud para ellas mismas y para su hijo, como ocurre en el caso de una de las mujeres entrevistadas, cuyo parto a cargo inicialmente de la partera termina, finalmen-

ESQUEMA 3

Mujeres de 15 a 34 años de edad que tuvieron un primer embarazo con seguimiento prenatal intenso



Tipo de seguimiento: intenso (al menos 5 consultas); débil (1 a 4 consultas); nulo (ninguna consulta).

te, con una cesárea en el hospital, experiencia que la lleva a rechazar los servicios de la misma en el caso de sus ulteriores embarazos. En consecuencia, experiencias difíciles o negativas en relación con la sobrevivencia y salud de sus hijos en el momento del parto con atención tradicional también llevan a las mujeres a preferir la adhesión al sistema médico durante la constitución de la descendencia. Antes del nacimiento del primer hijo, las mujeres jóvenes que residen en zonas rurales se encuentran, por lo general, poco expuestas a la medicina moderna, y cuando lo están, a menudo lo hacen bajo la responsabilidad y compañía de sus respectivas madres. Para dichas mujeres, la primera confrontación autónoma con el cuerpo médico tiene lugar en el momento de acudir a los servicios pediátricos que, dicho sea de paso, representan también la oportunidad y el ámbito propicio en el cual se aborda el tema de la planificación familiar. A partir de estos momentos se impondrá progresivamente un nuevo espacio de socialización medicalizado y reflejo de la modernidad, cuyas ventajas en términos de cuidados y de tratamientos sobrepasarán a los proporcionados por las parteras, que representan el reflejo de las antiguas prácticas.

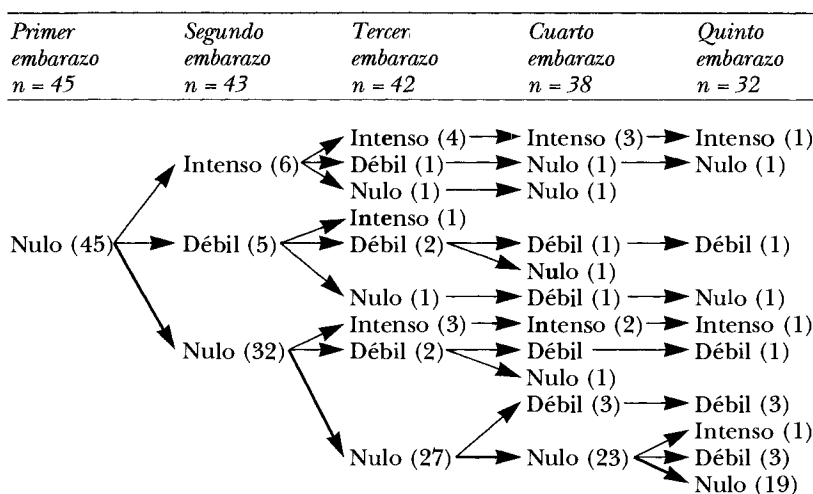
Finalmente, como se aprecia en los diversos esquemas, sólo una ínfima minoría de mujeres permanecerá definitivamente al margen de la medicalización del embarazo.¹⁷ De acuerdo con los datos y sobre todo con los testimonios de las entrevistadas, se trata de casos atípicos que ejemplifican situaciones de marginación social y sobre todo que se encuentran acompañadas por situaciones de desvalorización de la condición femenina en el seno de la pareja y que se manifiestan por la ausencia de autonomía o de palabras para expresar sus elecciones y decisiones en materia de salud y de reproducción. Más aún, en estos casos, la institución médica puede incluso llegar a ser una amenaza frente a la cohesión de la pareja y de la familia, debido al discurso sostenido por los agentes de salud en materia de planificación familiar que resulta ser ajeno a las condiciones de este ámbito familiar. Debido a ello, para evitar la confrontación y el conflicto conyugal, la mujer misma se marginará del sistema de atención médica en lo que atañe a su salud reproductiva.

Por el lado de las generaciones femeninas de mayor edad, o sea

¹⁷ Obviamente no se trata de trayectorias completas, ya que corresponde a mujeres de 15-34 años de edad y es posible, aunque poco probable, que una medicalización del seguimiento prenatal se dé más allá del cuarto embarazo.

las correspondientes al grupo de edades de 35-49 años, se constata que ellas tienen trayectorias de salud materna bastante diferentes a las observadas en el caso de las mujeres más jóvenes. Como se deriva del esquema 4, más de 40% de las mujeres en ese grupo de edad empezó su vida fecunda fuera de cualquier seguimiento prenatal médico, y dicha práctica se perpetuó en un número nada despreciable de casos: para 74% de las mujeres en el segundo embarazo y 64% en el tercero. Finalmente, se pueden distinguir dos patrones entre las mujeres que han tenido cinco embarazos o más. Por una parte se encuentran aquellas que no han recurrido jamás a un seguimiento médico prenatal y que representan 50%. Se trata en consecuencia, de generaciones de mujeres que iniciaron su vida fecunda entre 1955 y 1970, es decir, durante un periodo de escasa disponibilidad de servicios médicos en el medio rural, por lo que un gran número de ellas adoptó la práctica tradicional, misma que mantuvo a lo largo de su vida reproductiva. Por otra parte, se trata de mujeres que tuvieron etapas medicalizadas, pero rara vez esta práctica se mantuvo de manera definitiva, por lo que los dos tipos de experiencias —moderna y tradicional— se sucedieron, sin que una se impusiera realmente sobre la otra. De acuerdo con lo anterior se podría explicar este periodo de transición en el comportamiento reproductivo en mujeres con una actitud probablemente más abierta al cambio pero que disponían de muy escasos medios para anticipar o para participar plenamente en él y que se adaptaron a las diversas y variadas condiciones del momento: la presencia de la partera, el acceso gratuito al hospital, el aislamiento o la proximidad de infraestructuras médicas, la disponibilidad monetaria, etc. Estas idas y venidas entre los dos sistemas reflejan igualmente las malas experiencias derivadas del proceso de medicalización que experimentaron, así como, y principalmente, la imposición radical sin tregua ni límites de la cesárea y de la esterilización.

Existen además otros factores que coadyuvaron en la sensibilización más o menos tardía y lenta de las mujeres al sistema de atención moderno en el marco de la salud materna, y que a su vez se presentan comúnmente entre las mujeres más jóvenes, tales como son las experiencias dramáticas durante el parto tradicional. Al respecto, es muy ilustrativo el testimonio de una mujer de 42 años con cuatro hijos que, por falta de recursos, se dirigió a la partera durante su primer parto y cuyo hijo, nacido prematuramente, falleció:

ESQUEMA 4
Mujeres de 35 a 49 años de edad que han tenido un primer embarazo sin seguimiento prenatal


Tipo de seguimiento: intenso (al menos 5 consultas); débil (1 a 4 consultas); nulo (ninguna consulta).

No, pues la señora [la partera] pues no le hace a uno nada, esa nada más, como que la acompaña a uno porque no... no pone nada, pues es mejor, mucho mejor que en el... el hospital, cualquier hospital que sea pero pues ahí pues si necesita uno una operación, rápido se la hacen. O en caso como en este caso que se me murió mi niño, si hubiera nacido o si me hubiera yo aliviado en el hospital mi niño no se hubiera muerto porque hay incubadoras y todo eso y no se hubiera muerto... o cuando menos de eso no se hubiera muerto, se moriría de otra cosa, pero no así como aquí, aquí pues no se atendió, no tuvo atención, pues se me murió.

En comparación con las generaciones más recientes, la integración al sistema moderno de salud es mucho más difícil para las mujeres mayores de 35 años de edad. No obstante, estas últimas se ven tarde o temprano "atrapadas" por el sistema y difícilmente pueden ellas escapar de un contexto muy medicalizado. En otros términos, se ha vuelto poco usual el permanecer al margen del sistema de atención materno-infantil, y si los determinantes sociales utilizados en los estudios tienen finalmente menos influencia que con anterioridad, ello obedece en gran medida a la amplia cobertura que tienen las infraestructuras medico-sanitarias y a la fuerte presencia y control que las

instituciones de salud y sus actores han adquirido en el ámbito de la reproducción humana. Aun así, el calendario y grado de adhesión al sistema médico continúan siendo influidos por el mantenimiento paralelo de los recursos de la medicina tradicional, por su alcance y significado en el seno de determinados grupos poblacionales.

...o una medicalización social precoz que se perpetúa

Más de la mitad de las mujeres de 15-34 años ha tenido un primer embarazo muy medicalizado, es decir, con un seguimiento prenatal regular desde el principio del embarazo. Entre aquellas que han tenido un segundo embarazo (dos tercios del grupo), la gran mayoría (74%) mantiene un seguimiento prenatal medicalizado durante el mismo. No obstante, para aquellas que han renunciado al recurso proporcionado por las infraestructuras de salud para su seguimiento prenatal, parecería más bien que se trata, con frecuencia, de un abandono temporal ya que como observamos, la reintegración al sistema institucional, en casi la mitad de los casos, se produce rápidamente (en el siguiente embarazo). Asimismo se constata finalmente una débil pérdida de mujeres con seguimiento medicalizado que se da desde el principio de su vida reproductiva; de hecho lo que se muestra es una integración precoz que mantiene, e incluso refuerza, su adhesión al sistema de salud moderna en cada uno de los siguientes nacimientos (véase los esquemas 2 y 3).

La reintegración o retorno a un seguimiento tradicional después de una primera experiencia medicalizada (esquemas 2, 3, 5, 6) está ligado generalmente a experiencias negativas en la transacción que se da entre las mujeres y el personal médico en el momento del parto: sentimientos de indiferencia, de frialdad, de soledad y de anonimato por parte de la atención y servicios proporcionados por el hospital y sus agentes, y la percepción de una ausencia de atención, no médica, claro está, sino psicológica y afectiva. Es por ello que la noción de actualización adquiere en este caso un sentido más amplio, ya que, como mencionamos, la integración al sistema de salud materno-infantil en un momento dado no es un hecho definitivo, aunque ésta se haya dado en numerosas mujeres. En cada etapa de la constitución de la descendencia, la trayectoria se redefine en función de las experiencias pasadas y de la evaluación que de ellas hacen las mujeres y, aunque en menor medida, sus respectivos cónyuges. El hecho de recurrir

directamente al sistema moderno de salud limita esta actualización por falta de otras referencias; en cambio, el hecho de haber conocido diferentes modalidades de seguimiento prenatal y de parto –tradicional y moderno– favorece y posibilita un reposicionamiento en cada embarazo.

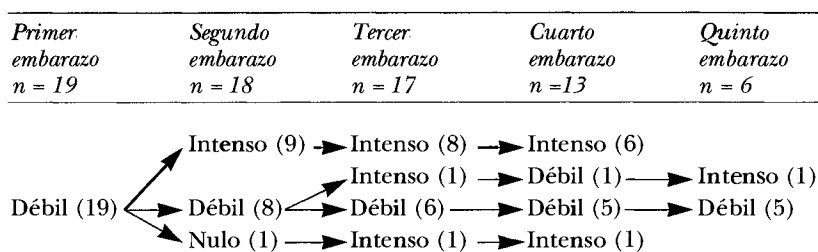
Sin embargo, cuando una mujer abandona el sistema de atención maternal después de un primer embarazo medicalizado, dicho abandono es sólo parcial ya que el vínculo con los agentes de salud se mantiene, ya sea que se trate de situaciones coyunturales, como por ejemplo el caso de un diagnóstico de embarazo, o bien de problemas de salud específicos percibidos como graves.

En el grupo de edades 35-49 (esquemas 5 y 6), un poco más de la mitad de las mujeres tuvo un primer embarazo con seguimiento médico y en la mayor parte de este grupo se observa que la medicalización fue reiterada, y por lo tanto actualizada, en cada uno de los siguientes embarazos. En cambio, son pocas las mujeres que alternaron entre un seguimiento médico y uno tradicional, y en los casos en que se alejaron del sistema médico la mayoría lo hizo a partir del segundo embarazo y, más aún, de manera definitiva. Esta última trayectoria requeriría de ser confirmada en otros estudios debido al pequeño efectivo de mujeres que se ubican en ella en el caso de nuestro estudio; sin embargo, se pueden sugerir algunos elementos explicativos a este particular comportamiento. Dichas mujeres iniciaron su vida fecunda en un contexto de débil desarrollo de las instituciones médicas, y si bien ellas manifestaron una actitud voluntaria para acceder al sistema de atención materno-infantil, al mismo tiempo parecería que no pudieron establecer relaciones muy satisfactorias y estrechas con el cuerpo médico, que a su vez se encontraba carente de la suficiente fuerza para implementar sus programas y cuyo modo de operar se mostraba aún más medicalizado que en la actualidad. En consecuencia, toda experiencia negativa durante un embarazo o un parto medicalizado corre el riesgo de romper los lazos aún muy frágiles que dichas mujeres mantienen con respecto de las instituciones de salud, así como de crear un obstáculo para una actualización positiva de dicha adhesión. Actualmente, la gran mayoría de las mujeres más jóvenes, incluso si se enfrentan a experiencias negativas, permanecerá en el sistema médico o se reintegrará a él después de un distanciamiento transitorio. Ello obedece en gran medida a la presencia de diversos elementos que favorecen una reintegración, entre los cuales se puede señalar: la desaparición progresiva o marginación de las parteras, el tejido relati-

vamente cerrado y riguroso en cuanto a la cobertura y funcionamiento de las instituciones de salud, pero sobre todo, al hecho de que ellas participen, como todas las otras mujeres de su generación, en nuevos espacios de socialización.

ESQUEMA 5

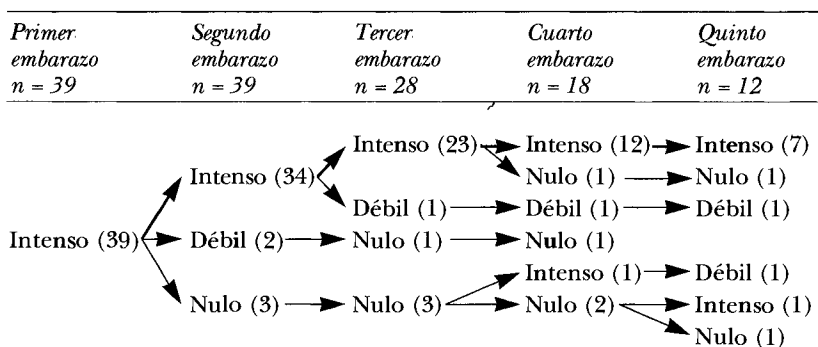
Mujeres de 35 a 49 años de edad que han tenido un primer embarazo con seguimiento prenatal débil



Tipo de seguimiento: intenso (al menos 5 consultas); débil (1 a 4 consultas); nulo (ninguna consulta).

ESQUEMA 6

Mujeres de 35 a 49 años de edad que han tenido un primer embarazo con seguimiento prenatal intenso



Tipo de seguimiento: intenso (al menos 5 consultas); débil (1 a 4 consultas); nulo (ninguna consulta).

Conclusiones

Del análisis que hemos elaborado se desprenden principalmente tres conclusiones: la primera advierte sobre el aumento de la medicalización del embarazo a medida que se avanza en la constitución de la descendencia y en la que se observa una integración progresiva del conjunto de las mujeres; la segunda alude al punto de ruptura entre el sistema moderno y el tradicional, que se sitúa entre el primero y el segundo embarazos (sobre todo en las mujeres de menos de 35 años), y es a partir de esta transición que las mujeres no integradas al sector médico moderno se adherirán o no a él, siendo en muchos casos el seguimiento médico que se observa en el tercer embarazo la prolongación que se da en el segundo y, finalmente, la tercera se refiere a una medicalización precoz en la trayectoria reproductiva, que determina, con excepción de algunos casos, una medicalización efectiva del conjunto de los embarazos. En consecuencia, son las primeras etapas de la vida fecunda las esenciales para la integración al sistema médico y, por lo tanto, ellas también lo son en relación con la regulación de la fecundidad. De hecho, si dicha intervención se produce de manera tardía en la vida fecunda de las mujeres, se pone probablemente en duda toda gestión eficaz en torno a la procreación.

Aunque son poco numerosas las mujeres que permanecen durante toda su vida reproductiva al margen de la institución sanitaria, a pesar de su masificación y de su cada vez más fácil acceso, y aun si la integración o no de ellas al sistema médico está, como hemos reiterado, estrechamente ligada al capital cultural de los individuos, a la naturaleza de las relaciones conyugales o más aún, al efecto de la difusión de los comportamientos en ciertos contextos comunitarios, es necesario subrayar una vez más el papel clave y crítico que tiene la institución médica. En efecto, la marginación de una categoría de la población, por reducida que ésta sea, es reveladora de la disfuncionalidad del sistema que produce una exclusión del mismo. Ésta resulta de la inadecuación entre una oferta de servicios altamente medicalizados y una demanda de los mismos que va más allá de dicho seguimiento estrictamente médico y que apela principalmente a una consideración del individuo como ente social. En consecuencia, el costo de transacción entre médico y paciente es demasiado pesado sobre todo para este último, ya que cada uno de los actores se sitúa en relación con su propio sistema de referencia y de valores, por lo que estos dos sistemas no pueden encontrarse, o bien porque los requerimien-

tos que caracterizan a los dos sistemas de atención no son fácilmente conciliables.

De la misma manera, debido a que las mujeres se sitúan en la confluencia de estos dos sistemas, un número importante de ellas seguirá una trayectoria anticonceptiva caótica (abandonos repetidos de métodos anticonceptivos o fracaso del método, embarazos no deseados...) y alcanzará una descendencia relativamente elevada (al menos tres hijos). Más allá de dicha trayectoria anticonceptiva se presenta un problema de salud pública que atañe a la salud reproductiva que, si bien en nuestro análisis se refiere principalmente al seguimiento del embarazo, se trata en general de las condiciones de acceso al sistema de atención y de la calidad del seguimiento de los servicios médicos modernos. Se pueden identificar mujeres que están en situación desfavorable debido a un acceso difícil al sistema de salud, ya sea por falta de información, debido a experiencias negativas anteriores o más aún, por la ausencia de consideraciones y de sensibilización por parte de los agentes de las instituciones de salud ante la diversidad de condiciones socioeconómicas y culturales de la población. Son por tanto las mujeres marginadas las que constituyen, más que los "grupos de riesgo" las "condiciones de riesgo" (o sea las condiciones que llevan a que sean ellas las mujeres más fecundas que no desean más hijos y que no utilizan ningún método anticonceptivo, o bien las mujeres más jóvenes y adolescentes...). El acceso de las mujeres más jóvenes, en unión o solteras, a las infraestructuras sanitarias sigue siendo aún muy discriminante mientras no han tenido su primer hijo. Asimismo, las acciones en materia de salud reproductiva deben tener en cuenta las características de dicho grupo de mujeres, como las de otros grupos, principalmente el de mujeres de más de 35 años que poseen aún una fecundidad potencial y que a menudo continúan al margen del sistema.

Bibliografía

- Ben-Porath, Y. (1980), "The F-Connection: Families, Friends, and Firms and the Organization of Exchange", *Population and Development Review*, vol. 6, núm. 1, pp. 1-30.
- Blanc, M. (1992), *Pour une sociologie de la transaction sociale*, París, L'Harmattan.
- Castro, R., M. Bronfman y M. Loya (1991), "Embarazo y parto entre la tradición y la modernidad: el caso de Ocuituco", *Estudios Sociológicos*, vol. 9, núm. 27, pp. 583-606.

- Cosío-Zavala, Ma. E. (1994), *Changements de fécondité au Mexique y politiques de population*, París, IHEAL/L'Harmattan (en español corresponde a Zavala, Ma. E. (1993), *Cambios de fecundidad en México y políticas de población*, México, Fondo de Cultura Económica/El Colegio de México).
- Gautier, A. y A. Quesnel (1993), *Politique de la population, médiateurs institutionnels y régulation de la fécondité au Yucatán (Mexique)*, Paris, Orstom.
- Lerner, S. y A. Quesnel (1989), "Transformation de l'espace familial, social y économique dans le milieu rural au Yucatan: l'emergence des conditions d'une nouvelle pratique de reproduction", en *Conferencia Internacional de Población, UIEPS*, Nueva Delhi, vol. 2, pp. 329-341.
- y A. Quesnel (1994), "Instituciones y reproducción: hacia una interpretación del papel de las instituciones de salud en la regulación de la fecundidad en México", en F. Alba y G. Cabrera, (coords.), *La población en el desarrollo contemporáneo de México*, México, El Colegio de México, pp. 85-117.
- , A. Quesnel y M. Yanes (1994a), "La pluralidad de trayectorias reproductivas y la transacciones institucionales", *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 9, núm. 3, pp. 543-578.
- , A. Quesnel y O. Samuel (1996), "Integración al sistema biomédico a través de constitución de la descendencia", en Carlos Welti (coord.), *Dinámica demográfica y cambio social*, México, Prolap, pp. 71-90.
- Mellado, V., C. Zoila y X. Castañeda (1989), *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*, México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.
- Potter, J., O. Mojarro y D. Hernández (1989), "Influencia de los servicios de salud en la anticoncepción rural de México", en *Memoria de la Tercera Reunión Nacional sobre la Investigación Demográfica en México*, tomo I, México, UNAM/Somede, pp. 261-284.
- Remy, J., L. Voyer y E. Servais (1978), *Produire y reproduire? Une sociologie de la vie quotidienne*, Bruselas, Editions Vie Ouvrière.
- Samuel, O., S. Lerner y A. Quesnel (1994), "Hacia un enfoque demográfico de la nupcialidad y su relación con nuevos esquemas de procreación: reflexiones a partir de un estudio realizado en la zona de influencia del ingenio de Zacatepec, Morelos", *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 9, núm. 1, pp. 71-103.
- Simmons, R., G. D. Ness y B. Simmons (1983), "On the Institutional Analysis of Population Programs", *Population and Development Review*, vol. 9, núm. 3, pp. 457-474.