

La pluralidad de trayectorias reproductivas y las transacciones institucionales

Susana Lerner*
André Quesnel**
Mariana Yanes*

El artículo presenta resultados de una investigación realizada entre 1989 y 1991 en un contexto rural del estado de Morelos, a partir de un análisis centrado fundamentalmente en la interacción entre los agentes de salud y las mujeres, tomando en cuenta los principales elementos de las trayectorias de socialización de las mujeres. Los autores plantean que el efecto de los programas de salud y de planificación familiar y la consecuente medicalización de la procreación han convertido el marco de la atención materno-infantil en un espacio determinante en el proceso de toma de decisión de las mujeres en lo referente a la atención de sus embarazos y partos, y a la anticoncepción. Partiendo de un enfoque metodológico cuantitativo se identificaron diversas trayectorias reproductivas cuyo análisis permite, por un lado, identificar la intensidad de las transacciones de las mujeres con las instituciones de salud, su comunidad y su pareja y, por otro, caracterizar la trayectoria social de las mujeres como un factor fundamental de distinción en su integración al sistema biomédico.

Introducción

El México rural de los años 1950 a 1970 se caracterizaba por mantener uno de los niveles de fecundidad más elevados de América Latina, y ninguno de los especialistas en el tema preveía un cambio radical de esta situación a corto plazo (véanse Lerner, 1979; Livenais, Quilodrán y Salas, 1987; Lerner y Quesnel, 1994). Sin embargo, en 1983 se constató una disminución de dichos niveles, que se inició a finales de los años setenta en el medio rural y que abarcó también a los grupos de población más desfavorecidos.¹ Esta transformación fue posible por la concurrencia de diversas condiciones, tres de las cuales incidieron particularmente en el campo ideológico donde se inscriben los comportamientos reproductivos.²

*Profesora-investigadora del Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano de El Colegio de México.

** ORSTOM.

¹ Para las zonas rurales, la tasa global de fecundidad pasó de 8.60 (1972-1976) a 6.26 (1982-1986) (Palma y Suárez, 1991).

² Un análisis más amplio de estas condiciones se encuentra en trabajos anteriores de Lerner y Quesnel, 1985, 1989 y 1994.

La primera de ellas remite a las transformaciones de la unidad de explotación agrícola, que bajo el efecto de la crisis económica, en especial la agrícola, y del acelerado crecimiento demográfico, condujeron a una menor capacidad de absorción y de requerimiento de la numerosa mano de obra familiar, parte de la cual se vio ante la necesidad de integrarse a otras actividades productivas fuera de la unidad familiar. Esta asalarización creciente constituyó una estrategia, casi exclusiva, de garantizar la sobrevivencia familiar de la unidad de producción, e implicó su transformación en una unidad de redistribución de la fuerza de trabajo familiar, lo que condicionó a su vez la mayor participación de sus miembros en nuevos espacios de socialización.

Estos cambios exigieron, asimismo, la redefinición de roles en el seno de las familias y sentaron bases para la emergencia de nuevos ideales y comportamientos en materia de fecundidad. Ante las nuevas condiciones de reproducción material de las unidades domésticas surgieron otras consideraciones de índole económica a corto plazo que se impusieron a favor de una menor descendencia,³ tales como: la carestía de la vida, los mayores requerimientos educativos para los hijos y similares entre ambos sexos y las dificultades de inserción de éstos en el mercado laboral. A ello se agrega, como otro elemento fundamental, el impacto institucional del rápido descenso de la mortalidad infantil y general, que significó la integración de la población a los sistemas modernos de salud e implicó cambios en el funcionamiento de otras instituciones sociales, en particular la familia. Como señalamos en otro estudio (véase Bronfman, Lerner y Tuirán, 1985), el descenso de la mortalidad llevó a una coexistencia más amplia entre generaciones, al cuestionamiento y modificación de las relaciones existentes en el seno de la familia y a la necesidad de diferentes ajustes para su reproducción.

La segunda condición refiere a la legitimación social de la planificación familiar y a la movilización del Estado para interferir en el control de la vida reproductiva de la población, acciones que respondieron a inquietudes internas y externas de diversos sectores respecto a las consecuencias económicas y sociales que implicaba, tanto a nivel nacional como familiar, el explosivo crecimiento demográfico. Los cambios en la Ley de Población de 1973 y la creación de la Coordinación Nacional de Planificación Familiar en 1977

³ Condiciones y representaciones que varían en la pareja según la identidad de género socialmente asignada. Para las mujeres la situación es más compleja, ya que subyacen contradicciones respecto a la valoración de los hijos y a su papel de reproductoras.

condujeron a la implementación de una amplia red de servicios que abarcó al conjunto de la población y que buscó, a la vez de impulsar una demanda de regulación de la fecundidad, responder con una oferta abundante de métodos anticonceptivos. Como parte de dicha red, las instituciones de salud son las encargadas de desarrollar esos programas en el marco de sus actividades de salud materno-infantil.

La tercera condición remite a la medicalización de la procreación y de los esquemas de reproducción. Con la extensión de la infraestructura médica y la cobertura social, los embarazos y partos de las mujeres, así como la salud de sus hijos, se encuentran cada vez más medicalizados, observándose una progresiva integración de las parteras al sistema de salud pública o bien su confinamiento a ciertas prácticas relacionadas con el proceso de procreación.⁴ Más aún, se constata que en el mismo lapso, esta creciente medicalización se encuentra asociada al aumento en la práctica anticonceptiva justo después del parto, y que ésta se da con mayor frecuencia cuando el parto es atendido por un médico del sector público.⁵

Con un campo ideológico de la procreación profundamente convulsionado por las nuevas condiciones económicas, demográficas y sociales, el papel de los agentes de salud es esencial en la elaboración del nuevo modelo de fecundidad mexicana. Más aún cuando el proceso de medicalización de las prácticas de la población se acentúa con la implementación del Programa de Planificación Familiar (PPF), y con la imposición de una problemática medicalizada de constitución de la descendencia. Esto ha condicionado el surgimiento, en tiempos sumamente reducidos, de un nuevo espacio de socialización de las mujeres del medio rural en el que se difunden nuevas normas biomédicas y sociales en materia de reproducción⁶ y en donde las relaciones sociales que rodean al embarazo y el parto

⁴ De 1982 a 1987, 50% de las mujeres rurales fueron atendidas por un médico o enfermera durante su embarazo, y 44% recibió asistencia médica en el parto (ENFES, 1987). En la zona rural de Morelos, los datos de nuestro estudio muestran que sólo 15% de los embarazos entre 1988 y 1990 fueron atendidos exclusivamente por parteras, frente a 40% con anterioridad a 1973.

⁵ Cerca de 55% de los embarazos y partos atendidos por un médico público llevaron a una práctica anticonceptiva, frente a 38% y 17% respectivamente en los atendidos por médico privado y partera. Asimismo, mientras que antes de 1977 menos de 40% de los embarazos seguidos por un médico público conducían al inicio de una práctica anticonceptiva, hoy día esta situación se presenta en 80% de los partos atendidos por dicho sector (ENFES, 1987).

⁶ Estas normas se refieren, por ejemplo, a las mejores edades para procrear el primero y el último hijos, los intervalos entre ellos y a la importancia de considerar en la descendencia deseada los costos de educación y salud (Véase Lerner y Quesnel, 1993).

se han visto modificadas.⁷ Con anterioridad al PPF, este espacio de socialización estaba determinado por el ámbito familiar y comunitario; en cambio, con posterioridad a éste se observa un desplazamiento progresivo de tales instancias y actores en el proceso de toma de decisiones de opciones reproductivas, y en su lugar se observa un proceso de mayor autonomización relativa de la mujer, de marginalización del hombre y de intensa intervención del médico.⁸

El presente artículo busca dar cuenta de estos cambios a partir de un análisis centrado fundamentalmente en la interacción entre los agentes de salud y las mujeres, tomando en cuenta algunos de los principales elementos de las trayectorias de socialización de las mujeres como predeterminantes de dicha interacción. Se trata de un primer acercamiento a la problemática, en el que hemos privilegiado el análisis de parte de la información obtenida: la que corresponde a aquellos testimonios de las mujeres relacionados con estos temas. Los resultados que presentamos se basan en la investigación que hemos realizado entre 1989 y 1991 en el contexto rural de la zona de influencia cañera del estado de Morelos.⁹

Marco de referencia

Posición del problema

No obstante la ausencia de una evaluación de la influencia de los programas de salud y de planeación familiar (PF), se reconoce que

⁷ Es importante reiterar que un elemento clave en el proceso de integración de las mujeres al sistema de atención materno-infantil es el tipo de atención al primer embarazo, que determinará la intensidad de la transacción con los agentes de salud en los embarazos subsecuentes (Véase Lerner y Quesnel, 1993).

⁸ El concepto de autonomía adquiere diversos sentidos según la disciplina social que lo trate (ciencias políticas, jurídicas, psicológicas, etc.). Desde una perspectiva sociológica, puede oponerse al de subordinación, en la medida en que un individuo autónomo es aquel capaz de actuar independientemente de las normas de una situación grupal inmediata en favor de sus propias convicciones personales. Es en este sentido que remarcamos la autonomización de las mujeres (en relación con su ámbito conyugal, familiar y comunitario) como *relativa*, en la medida en que las relaciones que ellas establecen con los médicos están permeadas no sólo por el curso institucional sobre la PF, sino por una situación de dominación, donde el médico representa a su vez una imagen de autoridad, mientras la figura del esposo queda marginada del ámbito medicalizado, en tanto nuevo espacio de proceso de decisiones sobre la reproducción.

⁹ Contexto caracterizado por las transformaciones mencionadas en la producción agrícola, la infraestructura sanitaria y la dinámica demográfica (Véanse Samuel, 1994; Segura 1994).

han contribuido, aunque de manera todavía insuficiente, a la disminución de los índices de morbilidad, fecundidad, mortalidad general y materno-infantil. Si bien tal disminución significó la modificación de itinerarios terapéuticos y comportamientos reproductivos de las mujeres y es a su vez indicativa del cambio observado en la inserción de las poblaciones rurales en el sistema biomédico de la salud, no representa una absoluta integración de las mujeres en dicho sistema.

Aun situándonos en un contexto donde se supone un acceso igualitario al sistema de salud para el total de la población, se intenta evidenciar en el presente trabajo la manera diferencial en que la inserción de las mujeres, y en general de las parejas, se ha dado en dicho sistema. En esta diferenciación intervienen factores que si bien se concretan en características individuales, reflejan un capital familiar, cultural, social, económico y religioso, un *habitus* (Bourdieu, 1979), que adquiere el individuo durante su proceso de socialización y que condiciona en buena medida su comportamiento, como sucede con la constitución de su descendencia.

En este sentido, el marco de la atención materno-infantil constituye un espacio medicalizado que si bien es discontinuo, contradictorio y generalmente aislado de otros (como serían el de la familia, la pareja, etc.) se ha convertido, no obstante, en un espacio particularmente determinante en el proceso de la autonomización relativa de las mujeres respecto de su entorno familiar y comunitario en el medio rural. Efectivamente, es en el marco de las transacciones que operan entre mujeres y agentes de salud donde ellas ven afectadas sus representaciones, objetivos y opciones reproductivas en cuanto a su salud, la de sus hijos y la constitución de su descendencia.¹⁰ Con la intensificación del control prenatal y de la atención al parto por parte de los médicos, no sólo se da la medicalización de estas prácticas sino, sobre todo, se construye un referente medicalizado de la procreación y se impone a las mujeres una nueva problemática de constitución de la descendencia, donde se ven obligadas a realizar una reevaluación del lugar, sentido y porvenir de los hijos en la familia y la sociedad, que las lleva, en mucho mayor medida que a los hombres, a actualizar

¹⁰ El concepto de constitución de la descendencia va más allá del número de hijos. Implica considerar todas las condiciones y relaciones sociales que entran en juego en las diferentes etapas de la vida reproductiva de la mujer, el hombre y la pareja. Alude además a la manera en que dichas condiciones y relaciones son interiorizadas por los actores e influyen en sus actitudes, valores y prácticas particulares respecto a la reproducción.

problemáticas que han enfrentado en distintas etapas de su existencia relacionadas con la crianza de sus hijos, como serían las de su educación y posibilidades de trabajo.¹¹

Como resultado de la medicalización de la procreación y como parte de la actualización de la trayectoria social y reproductiva de las mujeres, se observa el inicio de un proceso de individuación de ellas en el campo de la salud reproductiva, que tiene lugar, o al menos tiene en gran medida su génesis, en el transcurso de la transacción con los agentes de salud.¹² En este proceso, la mujer está sujeta a una constante reactualización de su trayectoria reproductiva, que puede darse anterior, sincrónica o posteriormente al parto, y es en los servicios de atención materno-infantil donde ella es conducida a ser la responsable y depositaria de su salud y la de sus hijos.¹³

El aumento de la esperanza de vida de los hijos y las nuevas prácticas de salud materno-infantil condujeron, entre otros cambios, a nuevas relaciones entre madres e hijos, y al inicio de un proceso de individuación de las mujeres que las lleva, como madres, a cuestionar el sentido y las posibilidades materiales y afectivas de una descendencia numerosa. En el seno familiar, esto conduce a un cambio en la naturaleza de la interacción que opera entre los miembros de la pareja y de cada uno de ellos con sus hijos. Ello significa una actualización de la segmentación y de la separación de los campos de referencia de hombres y mujeres, en donde, por ejemplo, los costos de crianza o educación de los hijos,

¹¹ También los hombres, en sus respectivos campos de referencia (McNicoll, 1980), como por ejemplo el económico, laboral y de ayuda a los hijos, se ven conducidos a una reevaluación del papel de los hijos en las diferentes etapas de su vida. Es de acuerdo con la identidad de género que se construyen diferentes marcos de referencia de procreación, que se ven modificados en el tiempo.

¹² El término transacción ha sido usado bajo enfoques restringidos y economicistas (Ben Porath, 1980; Pollack, 1985) o desde la perspectiva de la sociología (Remy *et al.*, 1985; Blanc, 1992). En nuestro trabajo dicho concepto 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 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 e identifican entre los actores y las instituciones.

¹³ Este proceso de actualización implica, como señala Leridón (1987), que las decisiones de fecundidad sean objeto de un proceso de negociación continua y compleja en el seno de la pareja. Opera en cada nivel de la descendencia alcanzada y en él intervienen no sólo la disponibilidad y acceso a métodos anticonceptivos y las condiciones económicas, sino multitud de elementos relacionados con el proceso de socialización y actualización de la trayectoria social y reproductiva de las mujeres y sus cónyuges.

materiales y (o) afectivos, son asumidos de forma diferente por el hombre y la mujer. En este sentido, el campo de referencia de la mujer no sólo se constituye como un ámbito segmentado, relativamente autónomo con respecto al de su cónyuge —en cuanto a la valorización de los hijos, la constitución de la familia, la salud de sus hijos y sus decisiones en materia de anticoncepción—, sino que dicha segmentación debe actualizarse necesariamente frente a los cambios presentados en otros ámbitos sociales, tales como los de la educación, salud y trabajo.

Sin embargo, la relativa autonomía que adquieren las mujeres en materia de procreación no deja de generar conflictos, en la medida en que la gran mayoría de ellas, bajo condiciones de desigualdad de género, se sitúa en la confluencia de diferentes campos de referencia en cuanto a la reproducción: por un lado, el que prevalece en su pareja, su familia, y más globalmente en la propia comunidad, y, por otro, aquél construido y difundido por las instituciones de salud y sus agentes. Esta confluencia se traduce en una integración diferencial de las mujeres al sistema biomédico y en una diferenciación de las transacciones desarrolladas entre las mujeres y los agentes de salud. Dentro de este marco de transacciones en que se actualizan las trayectorias sociales de las mujeres, la integración diferencial de éstas al sistema biomédico se traduce en una pluralidad de trayectorias reproductivas y anticonceptivas. En resumen, dicha pluralidad es el resultado sintético de la puesta en juego del *habitus* social y cultural en el transcurso de la constitución de la descendencia de las mujeres y de las transacciones que ellas mantienen con las diferentes instituciones que intervienen en las elecciones reproductivas.

En el presente artículo tratamos de identificar y analizar las transacciones establecidas entre los agentes de salud y las mujeres, así como aquellos elementos de sus trayectorias de socialización que puedan dar cuenta de las condiciones y mecanismos que llevan a que sólo unas cuantas de ellas se integren totalmente a los servicios de atención materno-infantil y de PF, a pesar de la masificación del control prenatal, así como de la información, disponibilidad y uso de medios anticonceptivos.

La estrategia seguida

En nuestro estudio partimos de una encuesta sociodemográfica renovada que se aplicó a 795 familias en tres localidades rurales de la zona de influencia cañera del estado de Morelos, y de diversas encuestas levantadas a una submuestra de 240 parejas con mujeres

entre 15 y 50 años, que permiten detectar diversas trayectorias reproductivas de ellas. Estas encuestas fueron especialmente diseñadas para abordar la historia familiar y matrimonial de las parejas, y la de los embarazos y práctica anticonceptiva de las mujeres.¹⁴ Con base en estas últimas procedimos a una primera construcción tipológica de trayectorias anticonceptivas en términos de la descendencia alcanzada.

Para dar cuenta de los elementos del proceso de socialización que intervienen en la pluralidad de las trayectorias reproductivas, así como de las modalidades de transacción entre los diferentes actores y agentes, llevamos a cabo una serie de entrevistas semiestructuradas,¹⁵ realizadas con base en una submuestra de 50 parejas del universo de las encuestas. La información obtenida permitió la reelaboración e identificación de cuatro tipos de trayectorias, que se caracterizan por la adopción o no de una determinada práctica anticonceptiva en el transcurso de su vida reproductiva.¹⁶

Si bien estas trayectorias han sido construidas con la intención de distinguir entre sí a las mujeres según el control que tengan o no de su vida reproductiva, fue necesario agregar otros elementos que permitieran una mayor diferenciación entre algunas de ellas. Para ello, partimos de elementos objetivos y codificables derivados de las encuestas, tales como el número de hijos al momento de la primera anticoncepción, la continuidad de la práctica y el

¹⁴ Se trata de las localidades de Barranca Honda, Bonifacio García y Acamilpa en el municipio de Tlaltizapán, donde se aplicaron: una encuesta en 1978, la renovada en 1989, y las encuestas especiales y entrevistas en profundidad entre 1989 y 1991.

¹⁵ La información obtenida de las entrevistas –acerca de las percepciones, expectativas, ideales y prácticas– se centró en aspectos particulares de la experiencia de los individuos en tres etapas de su trayectoria: la infancia y socialización en la familia de origen (contexto y estructura familiar, valoración de la educación, el trabajo, los papeles de género, etc.); la etapa correspondiente a las relaciones de noviazgo y formación de pareja (características del noviazgo, formación de la unión, expectativas, etc.) y, por último, la referida a las relaciones conyugales y a la constitución de la descendencia (procreación y modalidades de control, relación con los agentes de salud, valoración de los hijos, relación de pareja en las decisiones reproductivas, etcétera).

¹⁶ Además se llevaron a cabo 30 entrevistas a diversos agentes de salud (médicos, enfermeras, encargadas de comunidad y parteras). Una constante que llama la atención en el discurso de los médicos es la casi total desvinculación entre los objetivos de la PF y la salud. Mientras que su posición gira en torno a relacionar la PF con aspectos socioeconómicos, en el caso del personal paramédico y de los agentes comunitarios aparecen mayores y mejores referencias a las relaciones entre el cuidado de la conducta reproductiva y la salud materno-infantil. Para mayor información véase el análisis preliminar realizado por Saavedra y Szasz, 1989.

tipo de método utilizado. Estas trayectorias fueron revisadas y redefinidas una vez que la especificidad de dichos elementos quedó evidenciada por el análisis del material cualitativo de las entrevistas. En un segundo momento, correspondiente al análisis del material, a éstas se agregaron otras dimensiones de la vida de los entrevistados para aproximarnos a conocer sus trayectorias reproductivas. Las trayectorias anticonceptivas que identificamos son las siguientes:

– **Trayectoria “tradicional” (TRACON 1).** Caracteriza a las mujeres que nunca utilizaron métodos modernos de anticoncepción, aunque una minoría utilizó métodos tradicionales para espaciar o evitar los nacimientos (coito interrumpido, abstinencia periódica, plantas abortivas, etc.). Estas mujeres representan una quinta parte de la muestra.

– **Trayectoria moderna “continua” (TRACON 2).** Se trata de las mujeres que antes del nacimiento del primer, segundo o tercer hijos comenzaron a controlar su fecundidad y cuya trayectoria no ha sido interrumpida por abandonos involuntarios u obligados (efectos colaterales, fracaso del método, etc.); es decir, sin considerar los abandonos que obedecen al deseo de un nuevo embarazo o a la ausencia temporal del cónyuge. Estas mujeres también representan una quinta parte de la muestra.

– **Trayectoria moderna “irregular” (TRACON 3).** Las mujeres de esta trayectoria han intentado regular su fecundidad antes del nacimiento de su cuarto hijo. Las que han comenzado una práctica anticonceptiva después del primer o segundo hijos se distinguen de las mujeres del TRACON 2 por la irregularidad de su práctica, definida por abandonos involuntarios u obligados. En el caso de las mujeres cuya primera práctica comenzó más tardíamente, entre el tercer o cuarto hijos, dicha práctica no necesariamente ha sido discontinua. La mayoría de las mujeres se ubican en esta trayectoria, representando las dos quintas partes de la muestra.

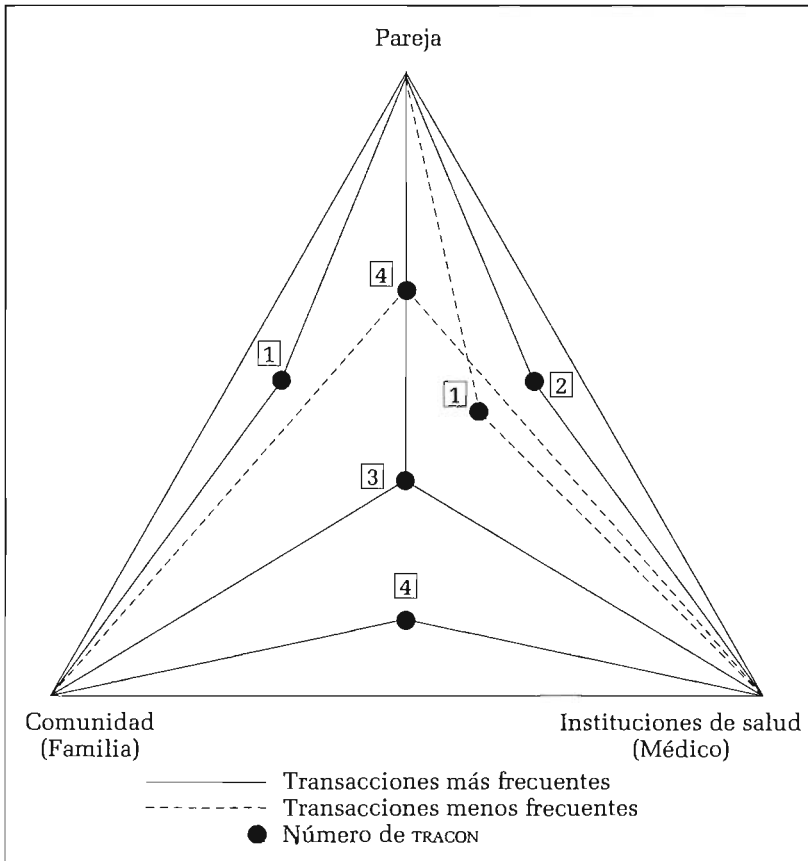
– **Trayectoria moderna “tardía” (TRACON 4).** Las mujeres de esta trayectoria han integrado tardíamente una práctica de regulación de su fecundidad (con frecuencia de solución definitiva). Se caracterizan por tener al menos cuatro hijos al adoptar por vez primera un método moderno de anticoncepción, y representan una quinta parte de la muestra.

Con base en estas trayectorias el acercamiento metodológico analítico utilizado tiene dos propósitos: el primero consiste en identificar la naturaleza e intensidad de las transacciones dentro de un triángulo conformado por las instituciones de salud (en particular los médicos), las instituciones de la comunidad (en especial la familia de ambos cónyuges) y la pareja, (concretamente el cónyuge). El segundo busca caracterizar la trayectoria social de las mujeres, prestando especial atención a las condiciones de su contexto de socialización en cada una de las etapas de su historia personal, como elementos que constituyen predeterminaciones a

la medicalización de la procreación, y que se encuentran actualizados o problematizados en su transacción con los agentes de las instituciones de salud, convirtiéndose en factores fundamentales de distinción que reflejan la integración al sistema biomédico y a la forma como responden a dicha transacción.

Como se ilustra a continuación, las diferentes trayectorias se pueden situar topográficamente en un esquema, según la distancia proporcional respecto a la intensidad de la transacción y a la influencia de las tres instituciones principales que hemos privilegiado (la comunidad, la pareja y las instituciones de salud). En ellas se ubican los elementos de la trayectoria social de las mujeres que, aun perteneciendo a una misma categoría, las llevan a establecer dife-

ESQUEMA 1



rentes modalidades de transacción con cada una de las instituciones relacionadas en el proceso de constitución de la descendencia.

Así por ejemplo, la posición de las mujeres que se encuentran en el centro de este esquema, TRACON 3, remite a una transacción de similar intensidad e influencia entre éstas y las instituciones de salud, la comunidad y la pareja. Las que forman parte del TRACON 2 se ubican cerca de las instituciones de salud y de la pareja y en cambio están más alejadas de la influencia de la comunidad. Por su parte, las mujeres de las otras trayectorias pueden ubicarse en distintas posiciones, dada la mayor o menor irregularidad de sus prácticas anticonceptivas modernas y por lo tanto reflejar una mayor diferenciación en cuanto a la intensidad e influencia de los tres ámbitos considerados.¹⁷

A partir de una selección de 21 entrevistas, realizamos la caracterización de las diversas trayectorias mediante la construcción de un conjunto de indicadores analíticos, así como mediante la presentación de los testimonios de algunas de las entrevistadas. Destacamos aquellas situaciones donde opera una diferenciación entre y al interior de ellas e intentamos dar cuenta de los elementos de la trayectoria de socialización que intervienen como pre-determinantes de dicha diferenciación, enfatizando aquellos que aluden a la transacción que opera entre las mujeres y los médicos.

Pluralidad de trayectorias reproductivas en el sistema biomédico

Modernización de la vida reproductiva ante el ámbito de la tradición

En el caso de las mujeres cuya trayectoria se caracteriza por la ausencia de una práctica anticonceptiva moderna (TRACON 1), uno de los rasgos más sobresalientes que se observa es que si bien la gran mayoría de ellas, sobre todo las de menor edad, tienen una transacción bastante regular con agentes de salud en lo que respecta a la atención materno infantil, aún no han integrado los esquemas de reproducción medicalizados. Es decir, son mujeres para quienes la vinculación entre el proceso de atención materno-infantil y la introducción de la práctica anticonceptiva moderna no llega a concretarse a pesar de tener en su mayoría atención prenatal.

¹⁷ Este esquema lo hemos utilizado también para dar cuenta de las contradicciones generadas en esta relación triangular y de los cambios que se han dado en el tiempo en cada una de las trayectorias de las mujeres. No presentamos este análisis dadas las limitaciones de espacio.

Los argumentos que ellas expresan en contra de la anticoncepción giran principalmente alrededor del temor a los efectos colaterales de los métodos modernos: "Oigo decir que se enferman, que les perjudica, ya al tiempo les vienen haciendo enfermedades"; "(Mi esposo) dice que hoy, que de esas cosas, que pura droga y que provienen enfermedades". Sin embargo, estos argumentos, al estar presentes en mujeres con trayectorias diferentes, no sólo no constituyen *per se* una explicación, sino que serían insuficientes para explicar el rechazo a la anticoncepción moderna por parte de las pertenecientes al TRACON 1, por lo que los motivos de esta posición deben buscarse en otros elementos de su trayectoria de socialización, como son, entre otros, el entorno de la familia de origen y las etapas correspondientes a la constitución de la pareja y la descendencia.

Los resultados derivados de las entrevistas muestran que las mujeres pertenecientes al TRACON 1 presentan poca heterogeneidad en su trayectoria de vida. Durante su infancia tuvieron un entorno de socialización de tipo normativo¹⁸ en lo que respecta a la escolarización y al trabajo, es decir, crecieron en un medio familiar donde los padres no valoraban la educación, y donde desempeñaron básicamente actividades domésticas y las relacionadas con la unidad de producción del grupo. En lo que respecta a la etapa de constitución de la pareja, la concepción del matrimonio (previa a la unión) de estas mujeres es ambigua o incluso inexistente. Se percibe el matrimonio como un hecho inevitable de la vida que no merece mayor cuestionamiento, o bien se ingresa a la unión después de un noviazgo corto y sin haber reflexionado al respecto.¹⁹ Los argumentos en términos de expectativas y motivos que estas mujeres mayormente esgrimen en la situación de entrada a la unión y en los primeros momentos de ésta, se inscriben en una lógica de familiarismo,²⁰ donde se otorga prioritaria importancia a la presencia de hijos por sobre la relación de pareja.

¹⁸ Las normas sociales pueden considerarse como leyes vigentes para una mayoría de individuos, reconocidas o solamente supuestas por todos. Tales normas dan origen a la regularidad, uniformidad y repetición en la conducta, y responden a su vez al sistema de valores de un grupo. El uso que hacemos del concepto de normatividad remite a la conducta que se lleva a cabo sin cuestionamiento y en cumplimiento de códigos de deber, tales como: ayudar a los padres y a los hermanos menores, abandono del trabajo por unión nupcial, etcétera.

¹⁹ Un análisis más detallado sobre esta etapa de la trayectoria de vida se encuentra en Samuel, Lerner y Quesnel, 1994.

²⁰ Los términos de familiarismo y conyugalismo desarrollados por L. Roussel y J. Kellerhalls caracterizan la orientación familiar, es decir, los objetivos y expectativas de la pareja en torno a la conformación de la familia. En el familiarismo, el elemento

—¿Qué cambió en su vida cuando llegaron sus hijas?

—Pues siento que es una alegría más para la casa, *se siente uno más contento en el matrimonio*, más tranquila. Hay más cariño, se quieren más y *hay como más plática con los esposos*, ¿Qué vamos a hacer con esto? Van a estudiar, o algo así (M41, Ángela, 41 años, cuatro hijos).

—¿Para usted qué significan los niños?

—Pues yo creo que de todo un poquito ¿no cree? Pues para ayudar y para dar alegría a la casa, *porque ¿se imagina? un matrimonio que siempre estemos nada más dos. No tiene chiste también, ¿no?* (M21, Alejandra, 31 años, siete hijos).

En la etapa de constitución de la descendencia, estas mujeres no expresan expectativas sobre el tamaño de su descendencia (no hay planeación ni reflexión alrededor del número de hijos, se tienen “los que vengan” o “los que Dios quiera”) o bien la problematización sobre el tamaño óptimo de la descendencia se inicia en una etapa intermedia, cuando tienen ya de dos a cuatro hijos.

—¿Y usted pensaba que se iba a casar?

—Pues no, en ningún momento pensé que yo me fuera a casar. Yo nunca pensé en quedarme tanto tiempo con él, yo pensaba que se juntaba uno... y ya luego así. Pero no, nunca le tomé importancia a la vida como para vivir eternamente con... ahora sí, *tener hijos, y hijos... pues no, no* (M21).

Las mujeres que se ubican en esta trayectoria nunca usaron métodos anticonceptivos y sólo una minoría ha recurrido a los tradicionales. La mayoría de ellas son mayores de 30 años (56%), situación generacional que determina su inserción lógica en esta trayectoria, ya que se trata de mujeres cuya vida reproductiva comenzó, y en buena parte transcurrió, en ausencia de una oferta de planificación familiar moderna e institucionalizada. Si bien la proporción en edades más jóvenes (15-29 años) es menor, interesa profundizar en su trayectoria ya que pertenecen a la generación contemporánea, a la institucionalización de la planificación familiar. Su importancia reside no sólo en que no es despreciable numéricamente (44% en este grupo y 22% para el total de mujeres), sino, y más aún, en conocer los elementos subyacentes que han impedido una integración medicalizada de la procreación en la constitución de su descendencia, a pesar de los cuantiosos esfuerzos desarrollados en este ámbito por el PPF.

dominante son los hijos. En cambio, en el conyugalismo, el centro y dinámica del grupo está constituido por la pareja. De acuerdo con estas orientaciones opera la asignación de recursos, se llevan a cabo las estrategias del grupo y se desarrollan las normas de interacción en su interior (tomado de Samuel, 1994).

Al comparar el nivel de descendencia alcanzada al momento de la encuesta (que no representa el definitivo final) para el conjunto de las mujeres jóvenes, es interesante observar que las correspondientes a esta trayectoria tienen el menor nivel,²¹ hecho que como veremos más adelante se relaciona con su no integración a una práctica anticonceptiva. En cambio, y como sería obvio, las mujeres mayores de 40 años son las que tienen los niveles de descendencia más altos,²² encontrándose en el TRACON 1 la mayor diferencia en el número de hijos alcanzados entre estas mujeres y las menores de 30 años (cerca de cuatro hijos).

Para una de las mujeres más jóvenes de este grupo (M22, Juana, 28 años de edad, cuatro hijos, primer embarazo a los 15 años) se observa que creció en un entorno familiar normativo, altamente conflictivo y violento. Su padre rechazó la escuela, privilegiando la ayuda de los hijos en el trabajo agrícola, lo cual fue vivido por esta mujer como una imposición; el control paterno le impidió también trabajar fuera de la localidad, como era su deseo. Esta socialización en un medio familiar caracterizado por su inestabilidad, por la violencia conyugal y el alcoholismo de parte del cónyuge, determinó un temprano ingreso a la unión (Juana tenía 13 años) a partir de una elección utilitaria del cónyuge,²³ donde el matrimonio entra como ruptura deseada de un medio familiar autoritario.

Al inicio de la unión, se presentó una situación de conflicto en el seno conyugal ante las dificultades de la mujer para embarazarse, conflicto que sólo se resolvió dos años más tarde con la llegada del primer hijo. Esta situación manifiesta claramente la permanencia de referentes sociales tradicionales relacionados con las prácticas reproductivas y, en especial, la fuerte valoración de la maternidad en el seno de la familia y la comunidad.

—Y ya que nacieron sus hijos, ¿cómo cambió su vida?

—Cambió todavía mucho más, porque sí teníamos pleitos por los celos, como tardé mucho para tener familia, tardé tres años. Nuestros problemas eran que su hermano, el mayor, se metió mucho en nuestro matrimonio. Su hermano le decía *que para qué quería una mujer si no podía dar hijos* y entonces eran los problemas que teníamos [...] yo lo único que pensaba que por qué no tenía yo

²¹ 1.3 hijos para el TRACON 1, frente a 1.8 y 2.5 para los TRACON 2 y 3 respectivamente, para las mujeres de 15 a 29 años. En el TRACON 4 no se ubican mujeres de este grupo etario.

²² 5.1 para el TRACON 1; 2.2, 4.2 y 7.2 respectivamente para los TRACON 2, 3 y 4.

²³ La noción de elección de cónyuge es un concepto construido con el fin de dilucidar los motivos de ingreso a la unión expresados por las mujeres (véase Samuel, Lerner y Quesnel, 1994).

hijos, y pues... *yo lo que quería era tener hijos para ir en calma con mi esposo* (M22).

En lo que respecta a la transacción con agentes de salud, la mujer recibe durante el primer embarazo una atención combinada (médico y partera). Si bien la intensidad de la transacción se orienta hacia el sector médico, esta doble experiencia le permite una primera evaluación de ambos sistemas, reafirmando su preferencia hacia la partera. Sin embargo, la valoración positiva de la medicina moderna por parte del esposo determina que la atención al primer parto sea con médico institucional.

—¿Y por qué decidió atenderse con médico?

—Porque *mi esposo tenía miedo* que me fuera a pasar algo, decían que era muy peligroso, o sea, que la niña se pasó casi la mayoría sentada en la panza, entonces por eso me estuvieron atendiendo por los dos lados.

—¿Y cada cuándo iba a ver al doctor?

—Cada mes, nada más para que me revisara, que no se fuera a mal obrar, y dije “Está bien, nada más no quiero aliviarme ahí”.

—¿Por qué? Era su primer embarazo, no sabía cómo era aliviarse.

—Pero yo tenía miedo, porque me platicaban cómo hacían los doctores y todo, y *al ver cómo me estaba atendiendo cada mes que iba*, según me checaba y todo eso, yo dije “*Pues si así va a ser cuando sea el parto pues como que no*”, y luego no me gustaba que entraba una enfermera y salía otra, y como que a mí no, pues ya si me voy, tan siquiera namás él ¿no? (risas).

—¿Cómo era ir a ver al doctor, qué era lo que hacía él?

—*Lo primero que hacía el doctor era hacer el contacto y es lo que a mí no me gustaba*, y luego nomás puras vitaminas, él nunca me dijo “Está mal su niña”, o eso, nada, nunca me dijo nada. Y la partera sí “¿Sabe qué? está mal su niña”, como me molestaba mucho y ella me sobaba, yo me sentía bien (M22).

La experiencia de la atención recibida y en especial la evaluación negativa de ésta, donde la mujer recibe un tratamiento rutinario sin cuestionamiento de su situación como sujeto social y donde es tratada como objeto de enfermedad (no le explican nada, no toman en cuenta sus temores, su pudor, ni la conceptualización acerca de su cuerpo), tiene como resultado un rechazo de la práctica medicalizada y, más aún, una no integración al sistema de atención materno infantil. A partir de dicha experiencia y de su evaluación positiva de la atención con partera, la mujer rechaza la atención médica (en especial las prácticas de episiotomía y cesárea), y la partera adquiere un lugar preponderante y de fuerte valoración en sus embarazos y partos subsecuentes.

—¿Para usted, en qué son distintos médicos y parteras?

—Pues, *yo siento que tratan a uno mejor las parteras*, porque una partera llega, *la atiende con cuidado* y pues le hace el contacto y pues *no la destapa*, ya namás cuando recibe el bebé. Pero pues *uno siente que es discretamente*, nomás con la partera, y sin embargo se va con un doctor “Ya que me den aprendices”, o está bien descubierta y no se siente bien, pero ya no le importa, lo que quiere uno es aliviarse, pero por mientras está uno sufriendo.

—¿En qué es distinto un parto con doctor y uno con partera?

—Como que siente más natural a su niño, porque los dolores son distintos. También en la clínica se sienten, pero como que la misma esa que le ponen, pues no lo siente igual. Y con la partera no, *todo siente usted* y sin embargo no están con que “Le voy a trozar o la voy a operar”, porque *luego salen con que “No puede nacer la criatura y hay que operarla”, y con la partera no. Solamente que sea una emergencia que no pueda nacer o algo, entonces sí te llevan a la clínica. [...]*

—¿Usted tuvo nada más a Elizabeth en una clínica particular?

—Sí. Porque es que la partera... fue una de allá de México, y como yo estaba muy corta del cuello, eso me dijo la partera, y entonces dice “¡No!, ¿sabe qué? ahorita regreso” entonces se fue y me dejó, pero nosotros ya teníamos apartada la cama, entonces mi esposo dice “¡Vámonos!, te voy a llevar allá”, y entonces yo no quería irme, me fui llorando “Yo no me voy, yo no me voy”, y ya entonces llegamos allá y sí, luego luego me atendieron, me desnudaron y todo eso, y ya entonces que me revisa uno. “Se va a aliviar, ya se va a aliviar, llévenmela rápido”. Y ahí van de allá pa'cá y me desnudan y bueno, y ahí me tienes, después llega el otro y *me hace lo mismo*, dice “No, todavía no se va a aliviar, se va a aliviar hasta las doce de la noche”. ¡Ay, Dios mío!, agarra, me pone el camisón y me pasan a la cama, me ponen suero y ya, cuando me pusieron a la cama ya no me dí cuenta. *Y ya cuando llegué a mi casa, fue cuando me dí cuenta que me habían dado el tizerazo en el cuello y ya pues me sentí mal, “No, ahora aunque me esté muriendo, no voy con el doctor”* le digo.

—¿Pero no le dieron el tizerazo porque era necesario a lo mejor, para que naciera la bebé?

—Sí, pero entonces yo me informé también. Entonces una señora, esa también *es muy miedosa*: “No, yo voy con doctor, con partera no”, entonces le digo “Oye, ¿te hacen lo mismo?”, “Sí, a veces ya va saliendo el niño y todavía siento que me dan el tizerazo, no sé por qué lo harán, para que salga rápido o no sé”, “No”, digo “Ni mangos, yo no me voy” (M22).

Resulta interesante que a pesar de la posición favorable del cónyuge hacia la anticoncepción, la transacción de esta mujer con otros agentes de salud comunitarios es débil, limitándose a la información sobre los métodos y sin llegar a concretarse en una práctica de regulación. En este caso, ante una transacción ambigua con el ámbito familiar y comunitario en cuanto a la adopción de los

esquemas de procreación medicalizados y, como resultado de la transacción negativa con el sector médico, la trayectoria de esta mujer se distingue por estar lejos de la influencia médica y cerca del ámbito familiar, comunitario y de pareja, donde la presión ejercida hacia el logro inicial de la reproducción determina en ella un rechazo a la anticoncepción fundado en el temor de volver a tener problemas para embarazarse. No obstante esta trayectoria, resulta relevante advertir que la mujer ha integrado *potencialmente* la *PF* al considerar la posibilidad de tener un control definitivo de su procreación, una vez alcanzado el número deseado de hijos y teniendo acuerdo con su esposo. Este hecho expresa la legitimidad que parecería estar alcanzando la operación como control definitivo que pone fin a la constitución de la descendencia, y que a su vez es resultado de los elementos de rechazo a los otros métodos y del propio proceso de transacción con los médicos.

Otro caso que da cuenta de la integración diferencial al sistema biomédico es el de una de las mujeres de edad intermedia de este grupo (M42, Margarita, 36 años, cinco hijos, primer embarazo a los 21 años). En su caso, el contexto de socialización en su familia de origen es de tipo normativo, pero sin conflicto. Vivió con sus abuelos, los que no valoraban mayormente su educación pero la apoyaban y otorgaban autonomía en su decisión. A diferencia del caso anterior, esta mujer sí realizó actividades laborales fuera de la localidad, dando clases de alfabetización, trabajo que consiguió por medio de amistades y que abandonó al casarse, por imposición del cónyuge y sumisión a éste en los roles tradicionales como mujer. No obstante, la pareja tiene una actitud de consenso respecto a la valoración y participación en el seguimiento de la educación de los hijos y, en lo que respecta a los motivos de la unión, la mujer otorga importancia tanto a la relación de pareja (conyugalismo) como a la presencia de los hijos en el hogar (familiarismo). Por ello, su ámbito familiar es estable, y las decisiones de la mujer en cuanto a la constitución de la descendencia tienen como referente central la esfera familiar y de la pareja en la que su cónyuge manifiesta su apoyo y le otorga autonomía en su decisión.

—¿Y nunca ha considerado la posibilidad de controlarse?

—Yo pensaba que a lo mejor sí, en que me llegaran dos embarazos seguidos, porque me iba a dar nervios *tener un chiquito y otro. Pero como nunca tuve esos problemas, no.* [...]

—¿Y usted habló sobre eso con su esposo?

—Sí lo comentamos. *Él estaba de acuerdo, que si yo quería controlarme, que sí, que él me iba a llevar con el médico familiar y para que me controlara, siempre y cuando yo quisiera. Pero que si yo no quería, no* (M42).

Aunado a ello, se observa una modernización de la procreación ante un fuerte control prenatal y de los partos por parte del sector médico, atención que la mujer prefiere por sobre la de la partera, considerando positiva la posibilidad de la cesárea, mientras que en relación con las prácticas modernas anticonceptivas subsiste una actitud tradicional. Es decir, a pesar de una integración constante en el plano de la atención materno-infantil y de su vinculación con agentes de salud comunitarios y con los médicos, no hay una integración de una práctica moderna anticonceptiva, situación que obedece a los efectos colaterales de ésta y que no es resuelta satisfactoriamente por los médicos.

—Oía los comentarios de una amiga que se embarazó y su bebé venía con el dispositivo; *varias me comentaban, muchas tenían hemorragias, otras dolores de cabeza, y así sucesivamente; la mayoría tenía problemas.* Y yo creo a lo mejor, eso era lo que también me hacía no tratar de controlarme con nada de eso.

—¿Usted tenía miedo de los efectos?

—De que me fuera a pasar también alguna cosa de lo que ellas decían, *yo pensaba que a lo mejor también a mí me fuera a suceder.* Luego me imaginaba, si me va a dar una hemorragia, ¿qué va a ser de mis hijos?, ¿quién los va a cuidar? Era lo que me ponía a pensar y... nunca me gustó controlarme.

—¿Y los doctores le hablaron de esas molestias?

—*A mí me decían que no, que molestias no iba a tener de nada.* Y lo que oía por parte de mis amigas que me decían que tenían problemas de eso, problemas del otro, *y pues eran dos cosas diferentes.* Y a lo que sí le tenía mucho miedo era a las hemorragias. Tengo una amiga que como cada cuatro, cinco meses, estaba con hemorragias, y se veía la muerte (M42).

Vemos así que el rechazo al control de su descendencia se basa en la información sobre los efectos colaterales de los métodos por parte de sus amistades, percibiendo en el discurso de los médicos una posición contradictoria, de negación de tales efectos.²⁴ Otro factor que influye en la ausencia de práctica es el considerar que el control de su descendencia lo ha logrado a través de una natural amplitud en los intervalos intergenésicos “esperados”. En este caso, el peso de los médicos es nulo y la decisión de la mujer es apoyada también por el cónyuge.

²⁴ Negación que no responde sólo a un desconocimiento médico, sino a la lógica institucional en la que se hallan inmersos los médicos y que los lleva a adecuarse a una postura gubernamental de difusión de la PF, sin tomar en cuenta la posición de la mujer.

Un aspecto a resaltar en la trayectoria de la mayoría de estas mujeres es que la ausencia de práctica anticonceptiva moderna no responde a una falta de información o de acceso a los recursos, ni a una falta de contacto con el sector médico, así como tampoco a una oposición del marido o situación de sumisión ante él, sino a otros elementos vivenciales de su proceso de socialización que entran en juego de manera determinante en el proceso de toma de decisiones sobre la constitución de su descendencia: valoración social de la mujer a partir de su desempeño materno (papel que de no cumplirse suscita conflictos conyugales y familiares), intervalos intergenésicos considerados apropiados (factor biológico individual), ausencia de expectativas sobre el tamaño de su descendencia, rechazo personal y social a los efectos colaterales, cuestionable calidad de atención por parte de los prestadores de servicios, etc. Lo que queremos dar a entender es que la ausencia de práctica no implica una ausencia de decisión, sino que constituye en sí misma una decisión tomada por estas mujeres a lo largo de su vida reproductiva, decisión que puede actualizarse o revocarse en las distintas etapas de constitución de su descendencia.

Los factores anteriormente señalados dan cuenta de las similitudes entre ambas mujeres que determinan su pertenencia al TRACON 1, en cambio, los elementos de distinción atañen principalmente a la etapa de constitución de la pareja y a la interacción con los agentes de salud. Mientras la primera mujer (M22) ingresa a la unión como una forma de huida de un medio familiar autoritario y esgrimiendo argumentos de familiarismo que la llevan a adoptar una actitud de sumisión a su cónyuge, la segunda (M42) ingresa a la unión a partir de una decisión de pareja que abarca a su vez expectativas de conyugalismo, y que le permite mayores posibilidades de acuerdo y negociación. En lo que respecta a la interacción con agentes de salud, las diferencias son todavía más patentes. Mientras que la primera mujer rechaza todo contacto con el ámbito médico después de una primera experiencia, la segunda mantiene una relación constante con el sistema biomédico a lo largo de su vida reproductiva, a pesar de lo cual, no integra una práctica anticonceptiva moderna. En síntesis, la vinculación entre proceso de atención materno-infantil e introducción de la práctica anticonceptiva depende, para concretarse, de múltiples factores personales, familiares y sociales, que van más allá del contacto con el sistema médico, sobre todo cuando la transacción con los agentes de salud no conduce a una valoración positiva de la atención médica.

La integración a la planificación familiar no significa integración al sistema de atención materno-infantil

Frente a la trayectoria de las mujeres del TRACON 1 es interesante considerar la de aquellas mujeres que se caracteriza por una práctica anticonceptiva moderna, que puede ser regular, caótica o definitiva, pero que es integrada tardíamente una vez que han alcanzado una descendencia mayor, después del cuarto hijo (TRACON 4). Es relevante mencionar que estas mujeres acuden escasamente a la atención prenatal y que inician el control de su descendencia una vez que han decidido no tener más hijos.

Como sería de esperar, este grupo está compuesto principalmente por mujeres de más de 30 años (95%), siendo más de la mitad las mayores de 40 años. Por ese mismo hecho, son menos educadas, ya que tuvieron menores posibilidades de acceder al sistema educativo, y vivieron los primeros años de su vida reproductiva o buena parte de ésta en un contexto no institucionalizado de PF. De ahí que sea en este grupo donde se encuentra el más alto promedio de descendencia alcanzado, y con una muy leve diferencia entre el número de hijos entre las mujeres de 30 a 39 años y las de 40 y más años (6.3 y 7.2 hijos respectivamente).

Sus trayectorias de socialización no sólo se asemejan fuertemente a aquellas vividas por las mujeres pertenecientes al TRACON 1, sino que son más acentuadas. Han crecido en un entorno normativo, dentro de una lógica de pobreza en la cual el abandono de la escuela se da sin cuestionamiento y desempeñando actividades relacionadas con la unidad de producción del grupo. No tienen una expectativa clara del matrimonio antes de unirse e ingresan a la unión sin mayor cuestionamiento, enfrentando su papel materno de manera normativa.

—¿Qué pasó que quedaron poquito tiempo de novios y se casaron?

—Pues no sé, no, *ni supe yo lo que hice*. (Rfe.) O sea, no sabía el... o sea el compromiso del matrimonio, ¿verdad?

—¿Pero por qué él y no otro?. ¿qué le gustó en su esposo?

—Pues no, *nada más me fui y ya nomás de tonta*. [...]

—Cuando estaba con su papá ¿cómo imaginaba su vida futura?

—*Pues así, llena de hijos*. [...]

—¿Pero es lo que quería?

—Bueno no, pues *uno no piensa, pues a esa edad todavía uno no tiene experiencia, más bien*. Ya piensa uno ahora que ya uno ¿verdad? el tiempo en que estamos, y ya que están todos los niños que... *uno se complica la vida, mucho, con tanto hijo* (M17, Graciela, 33 años, siete hijos).

Asimismo, estas mujeres no expresan opinión alguna acerca de la descendencia de su familia de origen, y tanto el inicio de una problematización sobre el tamaño óptimo de su descendencia como el de su integración al sistema biomédico, se da de manera tardía.

Al considerar la trayectoria de una de las mujeres de este grupo (M37, René, 36 años, ocho embarazos y seis hijos nacidos vivos, primer embarazo a los 18 años) con la analizada anteriormente (TRACON 1, M42), resulta interesante observar que en ambas se encuentra una lógica normativa similar en su ámbito familiar de origen y que la distinción se opera a nivel del ámbito conyugal, que en el caso de la primera se caracteriza por ser fuertemente conflictivo, mientras que en la segunda, como vimos, la relación de pareja involucra elementos de consenso y apoyo mutuo.

Al inicio de su unión, esta mujer enfrenta problemas para quedar embarazada, situación que desata fuertes conflictos en el ámbito familiar de su esposo y en el de la pareja (elemento en común con M22, TRACON 1). Ante la ausencia inicial de hijos, los suegros se oponen a la unión. Argumentan a su hijo: "esa mujer *no sirve*, déjala", "es una mula, *no te puede dar hijos*", "*no quiere darte hijos*", etc. El hombre retoma este discurso dirigiéndolo hacia su esposa, y la situación de conflicto persiste hasta que se logra el embarazo a los dos años de la unión. Esta difícil situación, y el deseo de demostrar a sus suegros que ella era fértil, desempeñó un papel determinante en su rechazo a la anticoncepción. Otro factor importante es el hecho de que esta mujer valora la familia grande, por el temor de que fallezca alguno de los hijos: "...yo en mí digo, que nomás tres, no. Algún accidente ¿no? que Dios lo quiera, pero unos cuatro, siquiera cinco, más o menos".

En este caso, el aspecto central reside en conocer los elementos que llevaron a esta mujer a integrar una práctica anticonceptiva moderna en una etapa tardía de su vida reproductiva. Sin duda, parecería ser que el ámbito familiar y conyugal conflictivo, la conformación de una unión dentro de una lógica de familiarismo, multiplica o genera los conflictos y ello conduce justamente a una cierta individuación de la mujer donde valora, aunque tardíamente, el trabajo femenino como una fuente de ingresos propios, lo que la lleva a realizar distintas actividades económicas a pesar de la oposición del cónyuge. Esta mayor autonomía de la mujer, sin consenso del marido, que es a su vez causa y consecuencia de su vivencia conflictiva, la predispone a una actitud más receptiva frente a la lógica biomédica y a la aceptación e integración del control de su descendencia.

En lo que respecta a la transacción con agentes de salud, el primer parto es atendido por partera y ésta predomina en la atención

prenatal de los embarazos a partir de la valoración de su saber para evitar la cesárea durante el parto. A partir del segundo hijo la pareja tiene acceso al Seguro, y la condición de derechohabiente resulta ser un factor determinante en la elección del tipo de atención al parto, ya que en adelante el médico predomina en la atención de los partos, si bien no en la atención prenatal. En este caso, la mujer no ha integrado la atención prenatal como un factor de control necesario, y acude a las consultas debido a que los partos se canalizan al Seguro a partir de éstas.

—¿Y en su primer embarazo fue a ver a un doctor?

—No, siempre con parteras. No sé, o sea que yo les tengo mucha fe a las señoras esas, que componen.

—¿Cuál es la diferencia entre la partera y el doctor?

—La diferencia es que *la partera le dice* si está atravesada o sentada la criatura. Si está atravesada, la partera le mete una manta abajo y la mantea, o sea, le compone el bebé. *Y los doctores no*, los doctores nomás le tocan el vientre y le ponen una cornetita para oír si respira bien el bebé, y otra cosita así, no sé cómo se llama, que le ponen también, así le hacen. Nada más y dicen “Ya, listo”. Yo pues... que me daba miedo, porque dicen que luego operan, que si viene mal el parto.

—¿Los doctores? ¿Hacen cesárea?

—Sí, cesárea. Porque pues viene sentado, ¿cómo lo van a sacar?, y si está atravesado ¿cómo, también? Y pues yo creo que la fe, doy gracias a Dios, de todo salí bien, normal, mis partos.

—¿Entonces cuando estaba embarazada no iba al doctor?

—Pues yo casi no, muy poco. O sea que *iba yo a control porque como me estaban atendiendo ahí, y si no va a que la revisen, entonces, se molestan* porque ven que está uno embarazada y luego *tienen que usar el papel* para irse a Zacatepec, porque no se alivia uno acá. Entonces tiene uno que ir por eso.

—¿Por qué ya no se quería aliviar con partera?

—O sea que ya... *pues porque ya teníamos seguro*. [...]

—¿No le parecía importante ir a consultas en el embarazo?

—Pues *casi no me enfermaba yo*, cuando estaba embarazada, era raro. Me picaban alacranes, ¡uuuh!, no me hacían (M37).

Sin embargo, a pesar de la escasa asistencia al control prenatal, con éste se da una mayor integración al sistema médico, ya que recibe información sobre PF, centrada básicamente en argumentos económicos, e inicia su práctica anticonceptiva a partir del cuarto hijo con una trayectoria caótica e irregular, mediante el uso de diversos métodos, con problemas de salud y rechazo hacia ellos y opta voluntariamente por la operación definitiva después de su sexto hijo.

—¿Le hablaban de planificación familiar en el control?

—Pues sí, que ya no tuviera tantos hijos, *que para darles mejor vida a los niños, estudio, mejor alimentación, vestuario*. Pero ahora sí que como yo no estudié, estaba yo muy cerrada. Decía “¡Ay!, de todos modos comen frijoles” (ríe). O sea que uno, como no está preparada, no estudió, dice “Que vengan los que vengan”. Ya después madura uno más, tiene más experiencia, y *ve la situación que ya no alcanza el gasto, los niños sufren*, no comen los alimentos, que leche, que todo eso, como uno ahí pobremente. Entonces ya, ahora sí dije “*Ya son seis. Yo creo que ya*”. *Y me operaron, pa’ no tener ya familia*.

—¿Pero cuando tomó pastillas o se puso el dispositivo es que ya no quería o quería esperar un tiempo?

—O sea, me quería esperar un tiempo más. Pero el dispositivo me hacía mucho mal, al caminar me estorbaba. Y no, no me gustó.

—¿Le dijo el doctor que podía causar molestias?

—Me dijo que si sentía molestias tenía que ir yo al Centro de Salud a que me revisaran. Porque dice “Puede que le estorbe, la menstruación viene mucha”. Sí, él sí me explicó. Entonces, cuando yo me sentí así muy mal, pues digo “No, no me queda, que me lo quiten mejor”. Pues es que *me daba pena ir aquí con los doctores, si estaba uno, me daba vergüenza* (M37).

Los factores que conducen finalmente a esta mujer a optar por la operación definitiva se vinculan de manera importante con su historia personal, donde el contacto con el sistema médico incide básicamente a partir de los argumentos de índole económica que los médicos señalan y que remiten a las propias condiciones económicas y familiares de la mujer. Asimismo, la conjunción entre valoración de una familia grande y rechazo a los efectos colaterales de los métodos la llevan a plantear un ideal de trayectoria reproductiva de cortos intervalos intergenésicos y a contemplar la operación definitiva como una opción viable una vez alcanzado el nivel de descendencia deseado, postura que ella explica claramente a su hija mayor, ante el inicio de la vida reproductiva de ésta.

—¿Con su hija ha hablado de los niños, de planificación y de esas cosas? ¿Le dio consejos sobre sus embarazos?

—Pues ya le pusieron el dispositivo, luego luego. Sí, en el hospital, allá pues, en el seguro.

—¿Usted le habló de eso o ella decidió con su esposo?

—Ellos decidieron. O sea, ella ya sabía que yo tuve un tiempo el dispositivo, y les platicué que me hacía mal. Tomé las pastillas, también me hacía mal. Yo le digo a ella, “*Mira, mejor ya ten los hijos que vayas a tener, dos, tres, no sé cuántos quieran. Y ya opérate y te quitas de estar controlándote, que pues tiene muchos problemas, que no te quedan las pastillas, que no te queda el dispositivo, que sobre el dispositivo saliste embarazada, si tomas pastillas le hace mal a la bebé porque le... se*

controla ella, no tú". Se puede hacer estéril, ¿verdad? Todo eso le hice ver, y pues ahorita tiene el dispositivo. Lo que sea es bueno. Pues yo diría que "Espera que tenga un año la niña, y ten los que vas a tener. Y mira, te operas y ya, es tranquilo" [...] Pero ahora la juventud ya es diferente, mi hija dice "Yo namás tres, mamá", "Si ya lo decidieron así, allá ustedes", ¿verdad?

—¿Le parece mucho o poco tener tres hijos?

—A mí me parece poco. La vida está más cara, pero tener tres hijos como que no. Porque mire, yo ví un caso acá. O sea que *para uno operarse y decidirse, tiene que pensarlo muy bien*. Porque aquí una muchacha se operó muy chica, nada más tuvo dos hijos, *después se arrepintió*, porque nomás dos. *Entonces para operarse tiene que pensar muy bien, que jamás van a tener familia, porque ya no se puede, la realidad ¿no?* Otra señora también, tiene muchos hijos, entonces uno tuvo un accidente aquí en Zacatepec, se murió. Otro se accidentó por allá, donde está la carretera. Y yo digo "Ajá, si hubiera tenido un hijo o dos, queda sin ni uno". ¡Qué dolor!... (M37).

Otro factor importante es la relación conflictiva con la familia de su esposo, la cual ha dejado sentir su influencia a lo largo de su trayectoria reproductiva. Al inicio de su unión, las dificultades para lograr el primer embarazo, aunadas a la presión ejercida por sus suegros, la llevan no sólo a rechazar inicialmente la anticoncepción, sino a buscar demostrar su fecundidad: "Por eso ya después tenía *hijos y hijos...*". Al fin de su trayectoria, teniendo un mayor consenso con su esposo, expresa su deseo de operarse argumentando las dificultades económicas de mantener a los hijos y enfatizando que la decisión debe ser de la pareja.

—Ahora es raro que vaya a visitar a sus papás. Dice "¿Para qué voy? Para que me cuenten y peliemos". Yo ya le dije, "Mira, si tú sigues creyéndote de cosas, hasta aquí la paramos mejor. Yo me voy y te dejo todos tus hijos. Porque creo que ya veinte años, ya no. Día y noche aguantando cosas, que acaba uno chillando, nomás por gustos de otras personas. Yo ya no aguanto más". Ya por eso de mi niño, hablamos, de ese último, le digo "¿Sabes qué?, yo creo que ya te dí seis hijos, y que ya con seis hijos. Es que yo ya quiero que me operen".

—¿Quién le platicó de la operación?

—De *la operación me dijo el doctor*. Que si yo pensaba ya operarme, "Ya nomás ese niño, ¿O usted qué piensa? ¿Piensa tener más?". Le digo "No, doctor. Yo creo que ya nomás éste". Y ya, ahí le pone los papeles, y ya me iba yo a operar, porque tienen que llevar los expedientes.

—¿Su esposo tuvo que firmar algo?

—Sí, o sea que yo platicué con él antes: "Mira, yo creo que ya con seis hijos nos vemos apurados. Y ya mejor". Estuvo de acuerdo, "Bueno, ya. Aquí ya opérate". [...]

—¿Y su esposo se portó distinto con usted, la trató mal a partir del momento que ya sabía que no podía tener hijos?

—No, no, porque... o sea que *fue un acuerdo*. Entonces ahí sí, si me hubiera tratado mal, o sea, ofendiéndome que porque me había operado, yo creo que entonces sí iba a haber divorcio. *Se supone que estamos haciendo un trato, ¿no?* Entonces, *¿cómo puede decir si ya está hecho?, ya no se puede*. Yo le dije a él otra cosa, “Si tú no quieres que yo me opere, opérate tú *¡Ah!, ¡yo no!*”. Le digo “¿Entonces?” (ríe). Sí, porque como yo le digo a él “*Mira, ya tenemos seis hijos, ya vistes tu sangre, ya tenemos tres hombres, tres mujeres. Ya no deseas*”. Tus papás, tu concuña, fueron buenos para decirme que era yo mula, porque no tenía hijos. ¿Ahora quién te dice “Tengo una aguja pa’ que le cosas el calzón a tu hijo”, ¿ves? Ellos nomás dijeron, pero no te ayudan. ¿Y quién sufre?, yo. Porque tú si ganas cien mil a la semana, yo con esos cien mil o... ochenta, tengo que comprar todo el mandado, zapatos, ropa, y pa’ la escuela. Decirlo es fácil, pero hacerlo...” (M37).

Resumiendo, el inicio de una práctica anticonceptiva de manera tardía, elemento que define a las mujeres del TRACON 4, se corresponde con una integración tardía al sistema biomédico. Sin embargo, la vinculación entre proceso de atención materno-infantil e introducción de la práctica anticonceptiva se establece con mayor firmeza a partir del momento en que estas mujeres contemplan el espaciamiento de los nacimientos, o la finalización de su vida reproductiva.²⁵ En síntesis, se trata de mujeres que tienen una mayor distancia social con las instituciones de salud en la etapa inicial e intermedia de su vida reproductiva, determinada por trayectorias de socialización altamente normativas, y cuyas decisiones respecto a la constitución de su descendencia se hallan tan fuertemente vinculadas con su ámbito familiar y (o) conyugal, que determinan una escasa transacción con agentes de salud en dicha etapa. Sin embargo, el inicio tardío de ésta, dado generalmente a partir de las decisiones tomadas previamente por estas mujeres respecto a su vida reproductiva, no deja de lado el impacto de las instituciones de salud, ya que finalmente éstas logran incidir frecuentemente en la terminación de su vida reproductiva.

Concientización, individuación y vida reproductiva. Conflictos y riesgos

A diferencia de las mujeres pertenecientes a las dos trayectorias anteriores (TRACON 1, TRACON 4), las mujeres del TRACON 3, que son la

²⁵ Los servicios de atención materno-infantil y de PF, si bien en teoría deben estar integrados, no siempre lo hacen. En ausencia de atención al embarazo, parto y posparto, o de débil interacción mujer-médico, este último puede ejercer su influencia durante la atención a los hijos.

mayoría de la muestra, tienen, como ya señalamos, una transacción de similar intensidad con los agentes médicos, la familia y la comunidad y su cónyuge. Presentan una trayectoria caracterizada por la utilización de numerosos métodos, por abandonos y reanudaciones de los mismos, por frecuentes fracasos en su uso, por problemas de salud y, en algunos casos, por el retorno a métodos tradicionales o bien por la adopción de una anticoncepción definitiva.

En este grupo están presentes sobre todo generaciones de mujeres jóvenes y en edades intermedias (cerca de 89% son menores de 40 años, siendo 48% menores de 30), que inician el control de su descendencia en etapas más tempranas de su trayectoria reproductiva, lo que apunta a una intención de espaciar o limitar su fecundidad con un manejo parcial e irregular en sus primeros años y con una mayor integración posteriormente. Son mujeres que han vivido situaciones más heterogéneas en sus transacciones con agentes de salud, y si bien la mayoría ha tenido una transacción positiva con ellos, tanto en lo que respecta a la atención materno-infantil como a la PF, se diferencian entre sí en cuanto al momento de su vida reproductiva en el cual la transacción se inicia. En este grupo se encuentra una diferencia de un hijo en la descendencia alcanzada (al momento de la encuesta) entre cada uno de los tres grupos de edad considerados.²⁶

Las trayectorias de socialización de las mujeres del TRACON 3 son también heterogéneas en cuanto a la educación y la constitución de la pareja. En su experiencia laboral se asemejan, como veremos posteriormente, a las mujeres del TRACON 2, ya que la mayoría ha trabajado fuera de la unidad doméstica, mediante la incorporación a los mercados de trabajo a través de redes parentales y con cierto control familiar sobre el ingreso que perciben. Esta variedad de situaciones, presente en sus procesos de socialización, se refleja asimismo en la etapa correspondiente a la constitución de la descendencia. Ninguna de estas mujeres tiene expectativas previas a la unión sobre el tamaño de su descendencia, aunque la mayoría tiene una valoración negativa sobre la descendencia numerosa de su familia de origen, y en su totalidad inician un cuestionamiento sobre el tamaño óptimo de su familia en una etapa intermedia de su vida reproductiva (cuando tienen de dos a cuatro hijos).

²⁶ 15 a 29 años con 2.5 hijos; 30 a 39 años con 3.5, y 40 y más años con 4.2 hijos promedio alcanzados.

—*Yo nomás de pensar que en mi casa fuimos un montón, y ahí todos deseando, los primeros estrenando y los segundos repasándole, digo "yo no quiero eso para mis hijos. Si nomás dos, con dos, pero Dios sabrá cómo es. Yo siento que ya con tres es más difícil"* (M14, Marta, 27 años, dos hijos).

Para este grupo, nos interesa ilustrar el caso de una mujer joven (M3, Emma, 23 años, cuatro embarazos, tres hijos nacidos vivos, primer embarazo a los 16 años) con una trayectoria de socialización positiva. Creció dentro de un contexto de fuerte valoración de la escolaridad, siendo el nivel mínimo de estudios, tanto de ella como de sus hermanos, el de la secundaria. En el ámbito laboral realizó actividades fuera de la unidad doméstica; no obstante, abandonó los estudios y el trabajo al unirse, por oposición del esposo y sumisión a éste.

En su trayectoria de socialización, como problemática central, destaca su posición ambigua hacia el matrimonio como resultado de una concepción prenupcial. Durante el noviazgo, que duró tres años, la pareja discutió la posibilidad del embarazo no con miras a evitarlo, sino en términos de establecer un compromiso ante la concepción, pero la posición de ella respecto a las relaciones prenupciales era asimismo ambigua. Por un lado, valora el acuerdo de apoyo con su novio en caso de embarazo, pero frente a sus padres asume el embarazo previo a la unión como incorrecto. De tal forma, al ser el matrimonio el ámbito social ideal admitido para la práctica anticonceptiva, la norma social tácita de no control antes de la unión lleva a una concepción prenupcial que se vive como inevitable y que se convierte en detonador de la unión. No obstante, se observa una expectativa de conyugalismo, al reivindicar su deseo de ser considerada como esposa y no sólo como madre.

Los elementos anteriores advierten ya acerca de una toma de conciencia y problematización en la constitución de su descendencia, y que se manifiesta claramente una vez alcanzado un cierto nivel de la misma, a partir del cuarto embarazo, que es un embarazo no deseado. Esta mujer representa por ello un buen ejemplo de vinculación con las instituciones de salud en su trayectoria reproductiva y en su proceso de individuación. La vinculación con la atención materno-infantil se inicia de manera intensa después del primer parto, que fue atendido por partera, y es a partir de la nueva condición de derechohabiente del esposo que se ve reforzada la integración al sistema médico.

En lo que respecta al primer control de la fecundidad, esta mujer tenía ya dos hijos cuando comenzó a asistir, fuera del marco de la atención-materno infantil, a pláticas de planificación familiar en

el Centro de Salud,²⁷ en las que recibió amplia información sobre el funcionamiento y los efectos colaterales de los métodos. Importa resaltar que en este caso los argumentos médicos a favor del control no fueron únicamente de índole económica, sino también de salud, respecto a la conveniencia de espaciar los nacimientos.

—Venía un doctor del Centro de Salud, y venía a dar pláticas una enfermera. Venía hasta a pesar a los niños, a medirlos, a decirnos si pensábamos controlarnos *para tener menos hijos, para saber educarlos*, y ahí fue donde más nos dimos cuenta. Y le dije: “¿Con qué se controla pues uno?”, y dice “Mire, hay de diferentes. Hay la inyección, hay el dispositivo...”, y nos fueron diciendo, nos fueron enseñando, porque yo no sabía, y *ahí fue donde me decidí a controlarme*.

—¿Y esa enfermera qué le decía de cada método?

—*Que había inyecciones que se ponían cada mes, cada tres meses, y dispositivo, que se ponía pero que tenía que ir uno a revisiones*, con su doctor familiar de uno, y nada más.

—¿Le decía que los métodos a veces dan molestias o no?

—Sí. Decía que *con el dispositivo no, pero con las inyecciones sí*, que luego hay veces que se siente uno, pues mal, se siente uno así como desesperada. Hasta que una vez le dije, “¡Ay!, ¿sabe qué?, con las pastillas me siento muy desesperada, hasta me da dolor de cabeza”, y dice “Sígaselas tomando, es que es ahorita por el principio”. Sí, me las seguí tomando, hasta eso, me las tomé como tres o dos meses. [...]

—¿Y qué razones le daba la enfermera para controlarse?

—*Pues hasta el doctor también decía, que era peligroso hacerse uno embarazada luego como es peligroso hacerse embarazada, a los tres, cuatro, cinco años*. Al hacerse embarazada de año, año y medio, como apenas tuvo el parto, ahí es donde la matriz está todavía tierna, y para hacerse embarazada a los cuatro, cinco años, la matriz ya como que va pasando el tiempo, y se va cerrando (M3).

Esta transacción positiva con los agentes de salud no implica sin embargo que las decisiones sobre la práctica anticonceptiva sean unívocas o lineales, ya que tales decisiones deben negociarse en el ámbito conyugal y (o) familiar. En el caso de esta mujer, su esposo

²⁷ En el sector institucional, la atención materno-infantil ha sido el ámbito privilegiado de introducción de la práctica anticonceptiva; sin embargo, es sugerente observar que en algunos casos el inicio de la práctica anticonceptiva antecede al primer contacto con la atención materno-infantil a través de agentes que privilegian directamente la planificación familiar (encargada de Comunidad. Centros de Salud, Mexfam). Este hecho, al estar presente también en los otros grupos, habla de un amplio proceso social de integración de la PF en los diversos contextos sociales y espaciales del país. Sin embargo, este tipo de acceso a la planificación familiar, minoritario aún, no desplaza en importancia al ámbito médico de atención, sino que más bien lo refuerza.

se opone al control por temor a los efectos colaterales, prefiriendo finalmente la opción de la operación, pero ella ejerce su autonomía con el apoyo de su madre, y usa pastillas argumentando la necesidad de espaciar los nacimientos.

—¿Platicó con su esposo cuando empezó a tomar pastillas?

—Sí, hablé con él, pero no me dejó que me controlara, porque unas estaban saliendo mal, y no quería que algún día, nada más por necesidad mía... de las pastillas sí se dio cuenta, pero ya por mí, que le dije “No, pues sí, *para que no tenga yo seguido*, ya ves que con esta niña, con la que aborté, ¿ya ves?, si me hubiera hecho embarazada, tuviera la otra cerca también y pues no”. *Pero él no quería que me controlara, con nada, prefería mejor que me operara*, [...] dice “Si quieres pues, contróláte con pastillas, pero con las demás cosas, que inyecciones o dispositivo, no”. Por eso cuando me iba a operar de este niño, me dijo él “Mejor opérate si quieres, pero las demás cosas mejor no”. Pues lo que hice mejor, me operé.

—¿Cuando usted empezó a tomar pastillas, su mamá qué decía?

—Pues mi mamá *me apoyaba, me decía que me controlara para que no tuviera yo cerca...* (M3).

Durante su último embarazo, decidió que no quería tener más hijos argumentando que su salud es delicada durante el embarazo y que sus hijos se han enfermado constantemente. En el transcurso de la atención prenatal, el médico plantea a la mujer la cuestión del control; lo que se destaca en esta transacción es que no se observa una fuerte imposición por parte del médico, sino que es ella misma la que plantea su decisión de operarse, actitud que es reforzada por el médico al pedirle a la mujer ratificar su decisión en cada consulta, y sin mayor cuestionamiento de su situación. Sin embargo, la mujer enfrenta presiones contradictorias, oposición y conflicto por parte del ámbito familiar y comunitario y consenso y apoyo por parte del cónyuge.

—¿Y ese doctor le habló de control?

—Sí, sí me habló. Me dijo *que si pensaba yo controlarme* [...] y yo claramente le dije: “*Pues mire, a que me controle con pastillas, dispositivo o inyecciones, mejor me opero*”, —“¿Está decidida?”, —“Sí” “Ándele pues”. Sí, ahí ya me fueron anotando, *cada mes que iba me decían “¿Entonces si se piensa operar?”*, luego le decía “¡Ay; doctor!, ya sabe usted que me voy a operar y usted...”, dice “*No, pero qué tal si a la mejor ya se desanimó*”, le digo “No, ¿cómo cree?, yo cuando digo una cosa, es porque de veras lo hago”.

—¿Y qué le decía de la operación el doctor?

—Pues *de la operación no me decía nada*, nada más yo le dije que sí me iba a operar. Pero muchas me decían “¡No!, ¿para qué?”, *mi mamá*

no quería que me operara... como estaba todavía muy joven, y dicen que luego jóvenes se ponen bien malas, bien histéricas. Le digo "¡No! ¿cómo cree?", dice "No, me da miedo que ya no vayas a salir en la operación", le digo "No, solamente Dios sabe, si Dios me quiere dejar ver a mis hijos, Él me tiene que ayudar" (M3).

En resumen, estamos frente a un caso en que la mujer se ubica en el TRACON 3, o sea en una posición central con respecto a las influencias que ejercen los actores que intervienen; sin embargo, a pesar de sus características personales de mayor autonomía, y de su trayectoria de socialización, que la llevan a tener un cierto control de su vida reproductiva, ella enfrenta elevados costos de transacción con la familia y bajos costos respecto a su cónyuge y los agentes médicos.

¿Hacia una vida reproductiva bien controlada por parte de las mujeres?

Finalmente, se encuentran las mujeres cuya trayectoria anticonceptiva es moderna y continua (TRACON 2). Grupo compuesto por mujeres mayoritariamente jóvenes (52% entre 15 y 29 años; 41% entre 30 y 39 años y 11% mayores de 40 años) y con tamaños de descendencia alcanzada mucho menores que los otros grupos. Se trata de mujeres cuya transacción con agentes de salud es positiva tanto en lo que respecta a la atención materno-infantil como a la PF y donde la vinculación entre el proceso de atención materno-infantil e introducción de la práctica anticonceptiva es intensa.

En lo que respecta a la trayectoria de socialización de las mujeres pertenecientes al TRACON 2, los resultados obtenidos muestran que éstas crecieron también en su mayoría en un entorno de socialización de tipo normativo en lo que respecta a la educación, sin embargo, se diferencian de las mujeres de los TRACON 1 y 4 y se asemejan a las del TRACON 3, en lo referente al trabajo, ya que tienen en su mayoría experiencia laboral fuera de la unidad doméstica. En lo que respecta a la etapa que corresponde a la constitución de la pareja, hay también ambigüedad en las expectativas del matrimonio previas a la unión, pero se observa el surgimiento de una consideración más positiva del matrimonio, donde se percibe éste como un ámbito de independencia y satisfacción personal, con la presencia paralela de argumentos de familiarismo y conyugalismo. Estas condiciones influyen decisivamente en la postura que ellas adoptan alrededor de la constitución de su descendencia. Algunas llevar a cabo una reflexión sobre la experiencia

en su familia de origen, valorando negativamente una descendencia numerosa por considerarla vinculada a una situación de carencia económica, y la mayoría tiene una expectativa clara sobre el tamaño de su descendencia, planteada de manera temprana o incluso previa a la unión, dentro de una lógica de consenso conyugal.

Si bien en esta trayectoria es donde se encuentran las mujeres con la más intensa y positiva transacción con los agentes de salud, con un mejor proceso de individuación y con una relación de mayor consenso conyugal, entre ellas también hay casos que no son tan claros y en los cuales, como parte de su trayectoria, están presentes otros elementos.

Este sería, por ejemplo, el caso de una de las mujeres entrevistadas (M2, Emma, 25 años, dos hijos, primer embarazo a los 21 años) en el que sobresale un contexto de socialización normativo donde los padres rehusaron darle estudios más allá de la primaria aludiendo a los posibles efectos de la escuela sobre su conducta: “que no me iban a dar el estudio porque había muchachas que *salían mal* y ellos pensaban que iba a ser igual”. En este caso se percibe la escuela como un espacio de pérdida de control familiar sobre el cuerpo de la mujer: las relaciones con hombres fuera del ámbito familiar y el posible noviazgo que lleve a un embarazo no deseado, son comportamientos que se desvían de la normatividad familiar. Lo mismo sucede con las posibilidades laborales fuera de la unidad doméstica, opción que los padres igualmente rechazan. Aun así, la mujer trabajó como empleada doméstica, valorando el ingreso que percibió y la experiencia que adquirió. Sin embargo, este contexto la lleva a casarse a partir de una elección utilitaria de cónyuge donde el motivo de la unión se refiere al deseo de dejar de trabajar, sometiéndose así finalmente a los papeles de género tradicionales privilegiados, aunque con una buena comunicación conyugal acerca de la constitución de la descendencia y consenso de pareja sobre el número de hijos (dos hijos).

Su transacción con agentes de salud es constante y de sumisión total, tanto en la atención prenatal como en el parto y la atención posnatal. Asimismo, recibió información de *PF* en el Seguro Social durante el control posnatal, e inició la práctica anticonceptiva con pastillas, las cuales posteriormente abandonó por efectos colaterales y el deseo de tener otro hijo. El primer parto fue por cesárea porque estaba enferma: “me dijo el doctor que no tenía yo fuerzas para que la niña pudiera nacer”. Cabe resaltar que esta primera cesárea definirá su trayectoria posterior, ya que la argumentación médica sostiene que después de una cesárea no es posible tener partos normales y se impone un máximo de tres cesáreas después

de las cuales se sucede de forma lógica la operación definitiva. En efecto, bajo esta lógica médica, el segundo parto fue también por cesárea, después del cual se llevó a cabo la operación definitiva.

—¿Por qué le hicieron cesárea otra vez?

—Porque *dijo el doctor que ya no podría nacer normal, porque la primera ya había sido cesárea*. Ahí nada más me pusieron una cita para que fuera yo y me encamaron y me hicieron la cesárea, ahí no tuve dolores.

—¿Y fue entonces cuando la operaron?

—Sí (M2).

Nos encontramos frente a una situación representativa de la lógica obstétrica, al parecer bastante frecuente en nuestro país, de la práctica de la cesárea, que una vez impuesta en el primer parto continúa en los subsecuentes y conlleva finalmente, aduciendo motivos de salud, a la imposición de un límite (fijado *a priori*) al tamaño de la descendencia y en consecuencia a la esterilización. Sin embargo, se trata de una lógica que debe cuestionarse ante la ausencia de evidencias científicas y empíricas que permitan su validación.

En este caso, la vinculación entre proceso de atención materno-infantil e introducción de práctica anticonceptiva se da a partir del control posnatal y la atención del parto. Sin embargo, lo que subyace a esta intensa integración al sistema de salud es un fuerte control por parte del sector médico a partir de la lógica cesáreas-operación, aunado a una actitud de sumisión y no de adhesión por parte de la mujer, la cual accede a la operación retomando la argumentación médica, y encontrando apoyo en su madre a pesar de la oposición del esposo. Otro elemento que denota falta de control sobre sus decisiones frente a la imposición médica es su aseveración de que desea más hijos.

—¿Y usted habló con su esposo de la operación?

—Sí. *Pues él no quería que me operara. Porque él quería otro y le decía yo que no, porque la cesárea duele mucho, después mi mamá me dijo que me operara y me operó el doctor.*

—¿Su esposo estuvo de acuerdo después?

—Sí, porque ya no me dijo nada.

—¿Y usted está satisfecha con la operación?

—Pues sí.

—¿O desearía tener otro hijo?

—Pues sí, *si deseo tener otro pero no se puede* (M2).

Este caso representa un buen ejemplo de la manera en que se generan contradicciones y ambigüedades en la trayectoria de una

mujer, así como de las racionalidades presentes en los testimonios de las mujeres. Mientras que al inicio de su trayectoria se encuentra más cercana a las posiciones de la comunidad, de la familia y el cónyuge, a partir de un proceso de socialización fundamentalmente normativo que la conduce a una sumisión al papel tradicional de esposa-madre, en otra etapa de su trayectoria y bajo la imposición de la lógica médica, su proximidad es mayor con el sector médico, suscitándose contradicciones en su ámbito conyugal.

Para las mujeres del TRACON 2, es posible suponer que la influencia de los procesos de modernización que destaca en sus trayectorias de socialización las lleva a interiorizar estos procesos en mayor o menor medida, lo que las conduce a aceptar a su vez, de manera indiscriminada, la medicalización de la procreación. Es decir, son mujeres que toman una decisión dentro de un marco medicalizado "moderno" que impone el marco de elecciones "correctas" posibles, de ahí que estas decisiones aparentemente "libres" o "conscientes", reflejen más bien una sujeción total a la lógica médica, en la que las especificidades sociales concretas de cada mujer se desvanecen, para dejar lugar a itinerarios de atención predeterminados, como aquel que hemos denominado la lógica cesáreas-operación.

Conclusiones

Los estudios realizados recientemente confirman la eficacia del PPF. La injerencia del personal de salud en la conformación de los comportamientos reproductivos ha sido posible a partir del momento en que ellos han tenido acceso a la mayoría de la población rural, y en especial a partir del momento en que dicha población, que ya ha adoptado los recursos terapéuticos del sector moderno, público y privado, se encuentra en una posición que le permite demandar los medios para espaciar y reducir su fecundidad.

En un medio socioeconómico cambiante, el papel de los diversos agentes de salud (médicos, enfermeras, parteras, etc.) resulta esencial en la elaboración de un nuevo marco de referencia de la salud de las poblaciones rurales. Es a través del control pre y posnatal que los PPF se conducen de manera eficiente. No ausente de contradicciones y ambigüedades, dicho control propicia el establecimiento de una relación privilegiada entre los agentes de salud y las mujeres, relación que a su vez permite a los médicos difundir los ideales de procreación e intervenir directamente en el proceso de toma de decisión de las mujeres en lo referente a la anticoncepción. Además, es significativo el hecho de que ellas hayan integrado

esos ideales en sus discursos (aun si su práctica difiere en la actualidad) y de que en una proporción nada despreciable reconocan explícitamente que el médico ha intervenido en la decisión y en la selección de una práctica anticonceptiva.

Aun así, dentro de este nuevo espacio de socialización, determinado por la creciente interacción entre los médicos y las mujeres y donde éstas se ven enfrentadas a nuevas normas biomédicas y sociales en materia de reproducción, las mujeres se distinguen marcadamente entre sí. La singularidad de las trayectorias reproductivas se encuentra en el hecho de que ellas establecen transacciones con diversos actores, y es el peso, el costo y las condiciones que rodean a cada transacción lo que determinará finalmente la ubicación de las mujeres. Los resultados encontrados muestran que las que han conocido en su medio familiar condiciones favorables para la escolarización, que tuvieron un periodo largo de noviazgo y que vivieron en un fuerte consenso con su pareja, recurren a las infraestructuras sanitarias para la atención de todos sus embarazos y partos. Por el contrario, las que crecieron en un ámbito familiar más conflictivo, cuyo periodo preconyugal se inscribe dentro de una lógica más normativa a la de su medio familiar de origen en lo que respecta al trabajo, la escolarización y la salud de los hijos, y (o) bien, dentro de una lógica de escaso consenso conyugal, recurren de manera muy desigual e inestable a las instituciones de salud para la atención requerida de sus embarazos y partos. Esta inestabilidad significa que en sus relaciones con las instituciones de salud, con su entorno comunitario y familiar y con su cónyuge, la mujer se encuentra ante numerosas contradicciones en cuanto a la constitución de su descendencia. Muchas viven estas condiciones médicas de manera conflictiva en el seno de su comunidad y de su pareja; la imposibilidad de resolver tales conflictos puede mantenerlas por mucho tiempo al margen de las infraestructuras disponibles, o conducir las a asumir éstas de manera acrítica.

Asimismo, en lo referente a la vinculación entre proceso de atención materno-infantil e introducción de la práctica anticonceptiva, vemos que ésta está lejos de ser lineal y (o) infalible. Encontramos así casos de mujeres que pueden tener escaso o intenso contacto con el sistema biomédico, y aun así no integrar una práctica anticonceptiva moderna (TRACON 1), o viceversa, mujeres que a pesar de una escasa transacción con agentes de salud, inician una práctica anticonceptiva dentro o fuera del marco de la atención médica (TRACON 4). Asimismo, encontramos mujeres que si bien pueden iniciar también la práctica anticonceptiva fuera del marco de la atención médica, desarrollan a la par una fuerte vinculación con el sistema médico a lo largo del control prenatal y la

atención al parto (TRACON 3), y finalmente, mujeres para quienes esta vinculación es claramente intensa desde el principio de su trayectoria (TRACON 2). En síntesis, los distintos grados de integración de las mujeres al sistema biomédico y las distintas trayectorias reproductivas y anticonceptivas resultantes no pueden comprenderse sin analizar la transacción establecida con los médicos a la luz de las diversas trayectorias de socialización de ellas a lo largo de su vida personal, conyugal, familiar y social.

Nos parece importante en futuros análisis continuar identificando estas distinciones mediante el uso de métodos de observación y de análisis en profundidad. Los datos que aporten dichos estudios podrán proporcionar elementos que guíen las políticas de las instituciones de salud con miras a lograr una verdadera integración de las mujeres en el sistema de salud, o sea, sin discriminación en cuanto a sus derechos reproductivos y los correspondientes a sus hijos en materia de salud, así como, y en especial, tomando en cuenta los derechos, deberes y opciones que se plantean en su marco comunitario y familiar.

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. (comp.) (1992), *Pour une Sociologie de la transaction sociale*, París, Editions L'Harmattan.
- Bourdieu, P. (1979), *La distinction*, París, Editions de Minuit.
- Bronfman, M., S. Lerner y R. Tuirán (1988), "Consecuencias socioeconómicas del cambio en la mortalidad en las zonas agrarias", en M. Bronfman y J. Gómez de León (comps.), *La mortalidad en México. Niveles, tendencias y determinantes*, México, El Colegio de México, pp. 371-396.
- Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud (1987), *Encuesta nacional sobre fecundidad y salud*, México.
- Leridón, H. (1987), *La seconde révolution contraceptive*, París, PUF/INED, Cahiers núm. 117.
- Lerner, S. (1979), "Fertility Patterns in Rural Mexico", en *Economic and Demographic Change: Issues for the 1980's*, Proceedings of the Conference, vol. 2, Bélgica, International Union for the Scientific Study of Population.
- y A. Quesnel (1985), "La estructura familiar como expresión de condiciones de reproducción social y demográfica. El caso de la zona henequenera de Yucatán", en *Reproducción de Población y Desarrollo*, núm. 5, Argentina, Clacso, pp. 157-212.
- (1989), "El espacio familiar en la reproducción social: grupos resi-

- denciales y grupos de interacción. Algunas reflexiones a partir del estudio de la zona henequenera”, en O. de Oliveira *et al.* (comps.), *Grupos domésticos y reproducción cotidiana*, México, UNAM/El Colegio de México/Porrúa, pp. 39-79, Colección Las Ciencias Sociales.
- (1993), “Salud reproductiva en el medio rural mexicano: aspectos sustantivos y metodológicos para el análisis de las trayectorias reproductivas”, seminario-taller Investigación Sociodemográfica Contemporánea de Pueblos Indígenas, 18-22 de octubre, Santa Cruz, Bolivia (en prensa).
- (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 (comps.), *La población en el desarrollo contemporáneo de México*, México, El Colegio de México, pp. 85-117.
- , A. Quesnel y O. Samuel (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*, México, CEDDU-El Colegio de México (en prensa).
- Livenais, P., J. Quilodrán y G. Salas (1987), “Comparación entre los niveles de la fecundidad y las características de la nupcialidad a nivel rural, México 1970-1976”, Documento de Trabajo núm. 4, México, CEDDU-El Colegio de México.
- McNicoll, G. (1980), “Institutional Determinants of Fertility Change”, *Population and Development Review*, núm. 6, pp. 441-462.
- Palma Cabrera, Y. y J. Suárez Morales (1991), “El descenso de la fecundidad en México”, en *Proceedings of the Demographic and Health Surveys World Conference, Washington D. C.*, 3 vols., Columbia, Maryland, IRD/Macro International, Inc.
- Pollack, R. A. (1985), “A Transaction Cost Approach to Families and Households”, en *Journal of Economic Literature*, vol. 23, pp. 581-608.
- Remy, S. *et al.* (1978), *Produire et reproduire? Une sociologie de la vie quotidienne*, Bruselas, Editions Vie Ouvrière.
- Saavedra, F. e I. Szasz (1989), “Algunos aspectos del discurso de agentes de los servicios de planificación familiar. Entrevistas a agentes de salud en el estado de Morelos”, México, CEDDU-El Colegio de México (mimeo).
- Samuel, O. (1994), *Famille et nuptialité au Mexique*, tesis de doctorado, París, Institut de Démographie de Paris, Université de Paris, I. Panthéon-Sorbonne.
- Segura Martínez, J. C. (1994), *Reflexiones en torno a la corporalidad. Una aproximación a la etnología. El caso de Barranca Honda, Morelos*, tesis de licenciatura, México, Escuela Nacional de Antropología e Historia.