

GÉNERO, CUERPO Y REPRODUCCIÓN:

Desafíos conceptuales y metodológicos en el estudio de las experiencias reproductivas

Ángeles Sánchez Bringas¹

En 2010 tuve la oportunidad de formar un grupo de investigación con estudiantes de doctorado y maestría que realizaban sus proyectos de tesis sobre la atención del embarazo, parto y puerperio y las trayectorias reproductivas con mujeres de distintos contextos socioeconómicos. Mantuvimos un seminario durante año y medio, ejercicio que resultó, entre otros aspectos, en una reflexión sobre el uso de la trayectoria reproductiva como una herramienta para el estudio de la normatividad de género. En la presente ponencia se expondrán algunos resultados de esta experiencia.

La des-naturalización de la reproducción

Las investigaciones que se discuten en este trabajo fueron seis, cinco estudios cualitativos y uno cuantitativo; en ellos se analizan las trayectorias reproductivas y de atención del embarazo, parto y puerperio en mujeres ubicadas en contextos culturales distintos y condiciones socioeconómicas adversas.

Uno de los principales acuerdos que realizamos como grupo, fue establecer un posicionamiento feminista, que además de orientarnos hacia el tipo de conceptos y perspectiva teórica que seguiríamos, nos permitió definir un planteamiento político dentro del estudio de la reproducción: se buscaba contribuir a des-naturalizar la procreación. Así, en estas investigaciones se buscó ir más allá del análisis de las decisiones reproductivas y la violación de los derechos a la salud, cuestiones muy importantes, pero que pueden dejar a un lado los procesos de naturalización de la reproducción.

Las investigaciones que comento en esta ponencia muestran cómo en México la experiencia materna no solo no ha perdido importancia con el devenir de las transformaciones sociodemográficas del país, sino por el contrario su peso y relevancia social se ha intensificado en todos los sectores socioeconómicos. Por un lado, el Estado ha reconfigurado el cuerpo reproductivo de las mujeres a través de sus políticas y programas, principalmente aquellas dirigidas a la salud. Y, por otro lado, en el nivel microsociedad, existe un fuerte imperativo de maternidad que confrontan las mujeres cotidianamente y que se experimenta a través de conflictos, tensiones y negociaciones durante muchos años de la

¹ Profesora-investigadora del Departamento de Política y Cultura de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

vida.

Nos propusimos, entonces, como grupo de investigación elaborar una perspectiva que nos permitiera des-naturalizar la procreación y lo hicimos por dos vías: evidenciando el carácter constitutivo de la cultura y la vida social en el cuerpo reproductivo de las mujeres, pues queríamos deslindarnos del enfoque que marca una diferencia entre la maternidad “biológica” de la maternidad “social”. La segunda vía era mostrar el carácter estratificado de la reproducción.

En esta línea, la propuesta de Butler (2006) resultó útil para comprender las relaciones, los significados, las premisas y las nociones normativas del género y la heterosexualidad asociadas a las experiencias reproductivas. Dos aspectos de su definición de género fueron fundamentales para nuestro enfoque: su concepción del género como norma y su idea del cuerpo como producto de la performatividad del género.

Como norma, el género “opera dentro de las prácticas sociales como... estándar implícito de *normalización*...” y brinda los parámetros de inteligibilidad social de la acción que rige, determinando “lo que aparecerá y no aparecerá en la esfera de lo social” (2006 p.69). La normatividad de género condensa los significados, ideaciones, nociones y valores de diferentes discursos culturales en un saber predominante, aunque nunca homogéneo o monolítico, sobre lo que es ser “hombre” o “mujer”. Las acciones individuales “citan” estos significados, actuándolos cotidianamente en varias formas, aunque nunca reproduciéndolos de manera idéntica, lo que da lugar a la heterogeneidad, el conflicto y la presencia en la escena social de comportamientos que se salen de la norma. Este planteamiento nos condujo a analizar la normatividad que se expresa en las prácticas reproductivas, como una normatividad de género, y desarrollar en las investigaciones una línea de reflexión sobre la reiteración y heterogeneidad de la actividad reproductiva. Las investigaciones buscaban documentar cómo aun en condiciones muy adversas, las mujeres se embarazan repetidas veces y cómo estas acciones se vinculan con la normatividad del entorno y el imperativo de aparecer en la escena social como madres.

Como práctica reguladora, señala Butler (2002), el género produce los cuerpos que gobierna; es decir, los demarca, circunscribe y diferencia.

“es un ideal regulatorio cuya materialización se impone y se logra (o no) mediante ciertas prácticas sumamente reguladas... construcción ideal que se materializa obligatoriamente a través del cuerpo... Es un proceso mediante el cual las normas reguladoras del sexo obran de una manera performativa... para materializar la diferencia sexual en aras de consolidar el imperativo heterosexual” (2002, p. 18).

Si bien, la propuesta de Butler define este proceso a un alto nivel de abstracción, cuando observamos las prácticas reproductivas de las mujeres pudimos distinguir algunas

tendencias de la materialización del género a través del tiempo, en y con el cuerpo reproductivo; específicamente en esa búsqueda reiterada para alcanzar el ideal de madre con una pareja conyugal y un proyecto familiar y encontrar, así, su identidad. Este planteamiento nos condujo a analizar la normatividad que se expresa en las prácticas reproductivas, como una normatividad de género, y desarrollar en las investigaciones una línea de reflexión sobre la reiteración y heterogeneidad de la actividad reproductiva. Las investigaciones buscaban documentar cómo aun en condiciones muy adversas, las mujeres se embarazan repetidas veces y cómo estas acciones se vinculan con la normatividad del entorno y el imperativo de aparecer en la escena social como madres.

Sin embargo, creo importante subrayar que los contextos socioeconómicos y culturales generan expresiones normativas específicas que demarcan y regulan prácticas con características propias de cada contexto, pues resultan del entramado entre el género y otras jerarquías como las de clase, etnia, raza, generación, etc., entramados que varían de un contexto socioeconómico y cultural a otro, como lo enfatizaron las investigaciones.

Así, para analizar la especificidad de los contextos en nuestro enfoque, el trabajo reproductivo fue considerado un fenómeno complejo y altamente estratificado. Lo que significa que las tareas reproductivas se llevan a cabo de manera diferenciada por mujeres de grupos sociales ubicados en distintos lugares respecto de las estructuras de desigualdad (Colen, 1995). Decidimos, entonces, utilizar la trayectoria reproductiva y de atención como categoría analítica que nos permitía contrastar el proceso reproductivo de las mujeres de distintos grupos, observar sus similitudes y diferencias y registrar los tiempos y ritmos de la reproducción, así como algunas características de las expresiones normativas que rigen el tránsito a la adultez de las mujeres de los estudios. El propósito no fue generalizar comportamientos. El contraste entre los estudios buscaba observar en qué medida las prácticas de mujeres de distintos contextos se acercaban a las prácticas *normarizadas* o si variaban como reflejo de la especificidad de las desigualdades sociales.

La trayectoria reproductiva, nos permitió el registro de la reproducción como un proceso longitudinal en el que se asociaron los eventos reproductivos con la edad. Con esta técnica pudimos observar ciertas transiciones importantes en esta etapa de la vida de las mujeres (Elder, 1987). Se investigaron los distintos eventos reproductivos, registrando la edad a la que ocurrieron y en qué orden se experimentaron.

Otra gran ventaja del uso de esta herramienta fue la posibilidad de registrar algo de la normatividad de género. Con este esquema pudimos explorar la condensación de ciertas prácticas reproductivas asociadas a la transición a la adultez, regidas por expresiones normativas de género. Así, también, la utilizamos para observar los efectos de las políticas públicas en dichas experiencias y pensarlos como efectos de una normatividad de género

impulsada desde algunas instituciones del Estado.

Trayectorias reproductivas: seis estudios de caso.

Las investigaciones que se discuten en este artículo se desarrollaron en un escenario nacional complejo y heterogéneo que enmarca y atraviesa las vidas y los contextos de las mujeres de estos estudios. El desarrollo de ciertos procesos que desde el siglo XX han delineado el rumbo del país han tenido efectos en el ámbito de la vida familiar y, en especial, de la vida reproductiva de las nuevas generaciones de mujeres y de sus relaciones con los hombres.

Así, a partir de la segunda década de los años setentas, se incrementó la esperanza de vida y se redujo el número de hijos, se elevó la edad a la que se inicia la vida de pareja y la procreación en relación con mujeres de generaciones anteriores y en algunos grupos la vida sexual se iniciaba antes que la unión conyugal, presentándose una disociación entre la sexualidad y la reproducción mediada por el uso de anticonceptivos y la práctica del aborto inducido. Sin embargo, el efecto de las desigualdades socioeconómicas sobre estas directrices ha generado variaciones al interior del país. Si bien se puede decir que la reducción en el número de hijos ha afectado de manera significativa a toda la población, su impacto ha sido menor en los grupos más pobres y marginados. De la misma manera, la postergación del calendario sexual y reproductivo ha sido significativo, principalmente en las mujeres de las clases medias y altas con actividad remunerada y alta escolaridad (Sánchez, 2003).

A continuación me referiré a la información que se obtuvo en las investigaciones con respecto a las trayectorias reproductivas.

“La morbilidad asociada al embarazo y su manejo en México” de Angeles Sánchez Bringas y Fabiola Pérez Baleón (2012), analiza la información de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2009 sobre los síntomas de morbilidad materna en mujeres mexicanas que tuvieron un embarazo en el periodo 2004-2009.² La muestra se dividió a en dos grupos. El grupo 1 constituido por mujeres que vivían con el jefe del hogar (59% de la submuestra) y el grupo 2, por aquellas que no vivían con el jefe del hogar (41% de la submuestra). Las investigadoras elaboraron una trayectoria para cada grupo. La trayectoria del grupo 1 refleja claramente una normatividad tradicional (Gráfica 1).

² Las autoras exploran el efecto de algunos aspectos socioeconómicos y reproductivos en la prevalencia de síntomas de morbilidad materna. Con ese propósito compararon dos grupos distintos: las mujeres unidas con jefes de hogar y las no unidas con jefes de hogar. Este estudio concluye que a pesar de las diferencias sociales y reproductivas prevalecientes entre los dos grupos de mujeres, estas diferencias no se reflejaron significativamente en la presencia de síntomas de morbilidad.

En este grupo todas las mujeres vivían con pareja y casi todas había tenido una sola pareja, formaban familias nucleares con un promedio de 4.5 integrantes y estaban dedicada a las labores de hogar. La mayoría tenía una escolaridad media de entre secundaria y bachillerato. El 72% de las mujeres de este grupo contaba con algún tipo de ayuda o seguridad social. Las transiciones a la vida sexual, a la reproductiva y a la conyugal se realizaron consecutivamente: a los 18 años iniciaron la vida sexual a los 20 la conyugal y a los 21 tuvieron el primer hijo; lo que sugiere el ejercicio de prácticas reproductivas que fusionan la vida sexual, la conyugal y la reproductiva y la ausencia de anticonceptivos durante esta fase de su trayectoria reproductiva³. El promedio de embarazos de estas mujeres fue de casi 3 y el de hijos fue de 2.6; el 21% de las mujeres habían tenido un aborto y su edad mediana al último embarazo fue de 28 años. Muchas de ellas ya había concluido su etapa reproductiva, casi 76% estaban utilizando anticonceptivos, entre las cuales 57% tenían la salpingoclasia o estaba utilizando el dispositivo intrauterino (DIU) (Gráfica 1).

En contraste, el grupo 2 estuvo integrado por mujeres que ocupaban diversas ubicaciones dentro del hogar; la mayoría eran hijas del jefe del hogar, (47%), otras eran nueras, nietas o algún otro pariente (33%) y el 20% correspondía a jefas de familia. En este grupo de mujeres 47% no vivía con pareja en el momento de la encuesta, de éstas el 52% eran mujeres solteras. Entre estas mujeres sólo el 20% vivía en familias nucleares, 80% en ampliadas y en otro tipo de arreglos. El promedio de integrantes por hogar fue 5.3. En este grupo también prevalecían prácticas reproductivas que fusionan la vida sexual, la reproductiva y la conyugal, pero a diferencia del grupo 1, las mujeres del grupo 2 iniciaron primero la vida sexual, luego se embarazaron y, posteriormente, constituyeron la vida conyugal; aunque muchas de ellas vivieron la maternidad en soltería. Comparando los grupos 1 y 2 se observa que las mujeres del grupo 2 tuvieron un menor número de embarazos (2.0), de hijos (1.8) y un porcentaje menor de mujeres que habían tenido abortos (17%). Las mujeres de este grupo habían iniciando el ciclo reproductivo a los 19 años (edad mediana) y el último embarazo registrado fue a los 24 años. El 56% estaba utilizando anticonceptivos; de estas 58% tenían la salpingoclasia o estaban utilizando el DIU (Gráfica 1).

El trabajo de Carmen Rincón (2012) “La morbilidad materna y sus secuelas en mujeres derechohabientes del IMSS, en Pachuca, Hidalgo”, describe y analiza la prevalencia de la morbilidad en mujeres que asistieron a la consulta en un hospital de seguridad social del estado de Hidalgo de segundo nivel de atención. En esta investigación

³ Para un análisis de los distintos tipos de prácticas reproductivas consultar Sánchez Bringas, 2003, pp. 123-176).

se realizó una encuesta a mujeres entre 20 y 50 años de edad que habían cursado con uno o más embarazos y entrevistas semiestructurada.⁴ Este grupo de mujeres tenían características socioeconómicas parecidas a las del grupo 1, esposas de jefes de hogar, del estudio comentado anteriormente: pertenecían al estrato medio, tenían escolaridad media alta y contaban con seguridad social. El 84% vivían con pareja, 73% habían tenido una sola pareja, pero a diferencia de las esposas del jefe de hogar, 43% laboraban fuera de su hogar.

Por su parte, la tesis de Susana Collado (2010) “Tienes que Buscar otro hospital”: Acceso y rechazo hospitalario en la resolución obstétrica” analiza las características de la atención médica y, en particular, el procedimiento de referencia y contra-referencia entre los diferentes niveles de atención médica en un grupo de mujeres embarazadas que ingresaron a una institución hospitalaria de segundo nivel de atención de salud pública de la Ciudad de México.⁵ Las mujeres de esta investigación presentaron algunas semejanzas con las esposas de jefes de hogar del estudio discutido con anterioridad, tenían baja escolaridad, más de una tercera parte no vivía con pareja y casi la mitad había tenido más de una pareja.

Las mujeres de Hidalgo y aquellas del Distrito Federal (DF) iniciaron la vida sexual a los 18 años, la misma edad reportada a nivel nacional. Asimismo, en ambos casos fue muy corto el intervalo entre la edad del inicio de la vida sexual (19 años) y la edad al primer hijo (20 años), lo que indica el ejercicio de prácticas reproductivas que fusionan la vida sexual y la reproductiva, y la ausencia del uso de anticonceptivos durante los primeros años de vida sexual, como en las mujeres de los otros estudios (Gráfica1).

Por otro lado, se observaron ligeras diferencias en el número de hijos. Las mujeres del hospital de segundo nivel de atención del DF tuvieron un promedio menor de hijos que las de Hidalgo, 2 y 2.3 respectivamente, probablemente porque muchas de las mujeres del DF no vivían con pareja; el promedio de hijos en ambos grupos fue muy cercano al promedio nacional (2.26). Las diferencias más importantes se presentaron en el uso de anticonceptivos, ya que 65% de las mujeres de Hidalgo estaban utilizando anticonceptivos, mientras en las mujeres que se atendieron en el hospital del DF, solo 31% de las mujeres

⁴ La autora encontró que la mitad de las mujeres habían padecido morbilidades en el transcurso de alguno de sus embarazos y que poco más de una tercera parte había presentado algún problema de salud derivado o exacerbado por el embarazo durante los últimos años previos a la encuesta. Los factores que se relacionaron con la presencia de morbilidad fueron la edad, el haber padecido alguna enfermedad de transmisión sexual (ETS) y la no utilización de métodos anticonceptivos.

⁵ Este trabajo describe el proceso de resolución del embarazo, desde que las mujeres iniciaron la búsqueda de atención hasta el momento en que concluyó la atención obstétrica en el hospital donde se realizó el estudio. Se encontró que más de la mitad de las mujeres tuvo que buscar al menos dos sitios para la resolución de sus embarazos y una tercera parte recurrió a tres o más unidades médicas antes de recibir la atención médica resolutive. En varios casos, la condición de salud de las mujeres evolucionó a una situación de emergencia o complicación como consecuencia de la demora en la atención producida por el rechazo hospitalario.

salió del hospital con un anticonceptivo, salpingoclasia o DIU (Gráfica 1). Las mujeres que utilizaban en mayor proporción los anticonceptivos eran mayores y vivían en unión conyugal, como también sucede a nivel nacional y, además eran derechohabientes del IMSS, institución que tiene una política de anticoncepción post-evento obstétrico más eficaz (en términos de cifras) que la de la Secretaría de Salud. Sin embargo, en ambos casos y, en general en las mujeres de los estudios los anticonceptivos se utilizaron después de que se tuvieron a los hijos y, principalmente, para cerrar la etapa reproductiva.

En la tesis de Irma Romero (2012) “¿Quién cuida a los hijos? Las redes familiares en el trabajo reproductivo ante la muerte materna” se exploran las estrategias, conflictos y negociaciones de los familiares de mujeres fallecidas por causa materna para resolver la crianza y socialización del recién nacido y de los otros hijos que quedaron huérfanos de madre. Las mujeres fueron atendidas y murieron en un hospital especializado en embarazos de alto riesgo ubicado en la Ciudad de México, en el periodo 2006 al 2010. Estas eran mujeres de escasos recursos y sin seguridad social, la mayoría no tenía pareja, casi la mitad había vivido con más de una pareja, la extensa mayoría se dedicaba a las labores del hogar y muchas de ellas vivían en familias ampliadas. Es decir, sus condiciones socioeconómicas eran parecida a las de las del grupo 2 reportadas por la Enadid 2009, excepto porque la mayoría de las mujeres fallecidas por muerte materna estuvieron dedicadas al hogar antes de ingresar al hospital (73%). Por otro lado, las mujeres de este estudio muestran características reproductivas que salen fuera del patrón nacional, situación que se explica por su condición de salud. Las mujeres fallecidas por muerte materna postergaron el calendario reproductivo y tuvieron el número de hijos más bajo (1.4) en relación con las mujeres de los otros estudios, debido a que tuvieron un alto índice de abortos como consecuencia de complicaciones en sus gestaciones, y a que finalmente murieron.

En el estudio de Lina Berrio, “Trayectorias reproductivas y prácticas de atención a la salud materna entre mujeres indígenas amuzgas y mixtecas de la Costa Chica de Guerrero”, se describe la prevalencia de distintos tipos de atención obstétrica entre las mujeres indígenas.⁶ Esta investigación muestra las condiciones de pobreza y marginación de las mujeres indígenas, que se reflejan en la falta de servicios de salud adecuados para atender sus embarazos y partos. Casi 60% de las mujeres no tenía escolaridad o llegó hasta la primaria. Además de hacerse cargo de las tareas del hogar, las mujeres trabajaban

⁶ La autora comparó las trayectorias de atención de distintos grupos etarios: mujeres de 15 y 24 años, de 25 a 34 años y de 35 a 49 años. En esta investigación se encontró que entre las mujeres jóvenes predominó la preferencia por personal médico para la atención prenatal y el parto, a diferencia de las mujeres mayores que claramente se inclinaron por la atención con parteras para atender sus embarazos y partos, aunque en sus últimos embarazos buscaron también la atención médica a la vez que practicaron la auto-atención del embarazo y el parto.

en el campo, vendían alimentos y hacían artesanías. En este estudio se observó un alto índice de mujeres viviendo con pareja (82%) y el más bajo de aquellas que habían tenido más de una pareja; 76% tenían seguro popular. La trayectoria reproductiva de las mujeres indígenas estuvo regulada por la cultura reproductiva local, es decir, por las prácticas y significados del matrimonio y la descendencia, la residencia virilocal y la división del trabajo al interior del grupo familiar y de parentesco. Como el resto de las mujeres de otros grupos, estas mujeres tuvieron prácticas que fusionaron el inicio de la vida sexual, conyugal y reproductiva, pero, a diferencia de las mujeres urbanas, iniciaron muy jóvenes estas transiciones (entre los 16 y 18 años) y el tránsito a la adultez les llevó varios años y culminó hasta que la mujer salía de la casa de sus suegros a vivir en su propia casa con su esposo y dos o más hijos(as). Tuvieron un alto número de embarazos, casi 5, y el promedio de hijos nacidos vivos fue de casi 4. Utilizaban escasamente los anticonceptivos, generalmente, solo para cerrar la etapa reproductiva con el DIU o la salpingoclasia (Gráfica 1).

El estudio de Graciela Muñoz, "Procesos y trayectorias reproductivas de mujeres jóvenes en situación de calle en la ciudad de México" (2012) explora los eventos reproductivos de mujeres que han vivido en las calles. Esas jóvenes vivían en franca marginación, ninguna había terminado la primaria y sólo una había tenido seguro popular; ninguna vivía con pareja, pero 6 de 10 habían tenido más de una pareja. Para su subsistencia desarrollaban actividades diversas en las calles (limpiaban parabrisas, vendían drogas, se prostituían, pedían limosna, etc.) y estaban excluidas de casi todos los ámbitos de la vida social: la familia, la escuela, los servicios de salud, las actividades culturales, el trabajo asalariado, las prestaciones sociales, y con ello el prestigio y reconocimiento social como ciudadanas y como personas. Estas jóvenes salieron de la casa familiar alrededor de los 10 años e iniciaron en la adolescencia la vida sexual y reproductiva, entre los 12 y los 18 años de edad. Muñoz encontró que la mayoría tuvo cinco embarazos y 8 de 10 mujeres habían tenido abortos.⁷ Ninguna utilizaba anticonceptivos al momento del estudio (Gráfica 1). Todas se embarazaron de diferentes parejas sexuales; cuando experimentaban el nacimiento de los hijos, eran expulsadas del grupo callejero y terminaban dando en adopción a los hijos, regalándolos o bien los dejaban encargados en hogares de parientes o conocidos. Estas mujeres carecían de la posibilidad de establecer relaciones de pareja y redes de apoyo permanentes en el contexto callejero, por lo que la maternidad y la paternidad no se sostenían socialmente.

Al comparar las trayectorias reproductivas de las mujeres de los distintos estudios, destacan los siguientes aspectos:

⁷ En su mayoría provocados por el consumo de inhalantes, la violencia que ejercían las parejas sexuales sobre ellas, y por sus malas condiciones de salud.

1) Se observan características específicas en las trayectorias reproductivas de las mujeres de cada grupo; tales particularidades surgen de las condiciones de desigualdad socioeconómica y cultural prevalecientes en cada contexto. Las mujeres indígenas y las jóvenes en condición de calle iniciaron la vida sexual más jóvenes y tuvieron mayor número de gestas que el resto de las mujeres. Las mujeres indígenas, por su parte, tuvieron el promedio de embarazos y de hijos más alto y el porcentaje del uso de anticonceptivos fue muy bajo. Las mujeres en condición de calle presentaron un alto número de embarazos y el uso de anticonceptivos fue inexistente, pero tuvieron una mayor cantidad de abortos y un bajo número de hijos. En la mayoría de las mujeres que murieron por causa materna, las malas condiciones de salud explican el alto porcentaje de abortos y el bajo promedio embarazos y de hijos vivos. Por su parte, las mujeres de los hospitales generales de segundo nivel, para población abierta del DF y de Hidalgo para población derechohabiente del IMSS, tuvieron un promedio de hijos cercano al de la media nacional, pero aún entre ellas se observaron diferencias interesantes. Las mujeres del DF, presentaron un bajo uso de anticonceptivos y muchas de ellas no vivían con pareja (4 de cada 10 mujeres); por el contrario la mayoría de las mujeres de Hidalgo vivían con pareja, pero utilizaban anticonceptivos en mayor extensión, que como ya se mencionó tiene que ver con las distintas políticas de anticoncepción de las instituciones.

2) También sobresalen algunas de las características comunes en las trayectorias de las mujeres. En todas, excepto las jóvenes en situación de calle, se presentó la fusión entre el inicio de la vida sexual, la vida conyugal y la reproductiva; si bien en algunos casos se cambió la secuencia de los eventos, y primero se vivió el embarazo y después la vida conyugal. En estas prácticas la sexualidad estuvo ligada a la reproducción, muchas veces por la dificultad de acceder a los anticonceptivos o la ineficacia de estos y, otras veces, porque estas prácticas están orientadas a la construcción de una familia; aunque en algunos casos no se consolidó la vida en pareja y/o la familia, ya que con el embarazo algunas mujeres vivieron la maternidad en soltería o decidieron abortar. Aquí hay que aclarar que la sexualidad no necesariamente está regida por decisiones explícitas ni intenciones racionales; las prácticas reproductivas condensan sentimientos, creencias, valores, muchas veces contradictorios; sin embargo, la performatividad de la sexualidad está orientada por la normatividad de género que prioriza el proyecto familiar, como lo podemos ver en las trayectorias reproductivas.

Otro aspecto común fue la preferencia por tener más de un hijo o hija en periodos cortos (2 años) entre un embarazo y otro. Por lo que, especialmente para las mujeres urbanas, la etapa reproductiva se concentró entre los 20 y los 30 años, aunque también se pudo extender hasta los 34 años.

3) En lo que respecta al uso de anticonceptivos se observó éste varió en cada grupo. En las mujeres de la calle y las mujeres que murieron por causa materna era casi inexistente, éste fue muy bajo entre las mujeres indígenas, un poco más alto entre las mujeres urbanas de escasos recursos y mayor en las mujeres urbanas en unión conyugal, pero en todos los grupos se observó que la mayoría de las mujeres no utilizaron los anticonceptivos antes de tener a los hijos; los utilizaron para cerrar la etapa reproductiva o espaciar varios años la procreación con la salpingoclasia o el DIU; cerca del 60% de las mujeres que utilizaron anticonceptivos presentaron esta práctica.

Las trayectorias reproductivas como condensaciones de la acción performativa, resultado de la norma de género denotan en aquellas trayectorias de mujeres esposas de jefes de hogar el sedimento de prácticas reguladas por la normatividad reproductiva, en su forma más tradicional: ejercen prácticas que fusionan la vida sexual, conyugal y reproductiva, forman familias constituidas por la madre, el padre y tres hijos, tienen intervalos cortos entre los embarazos, buscan atención biomédica del embarazo y el parto; concentran su etapa reproductiva entre los 21 y los 34 años y la cierran con anticonceptivos seguros. Las trayectorias de las mujeres de los otros estudios, presentan algunos aspectos de las prácticas que se distancian de la norma reproductiva tradicional. Las mujeres de Hidalgo tienen una trayectoria más cercana a las prácticas tradicionales que la de las mujeres urbanas de escasos recursos, a quienes se les dificulta establecer una vida de pareja permanente; mientras que en las mujeres indígenas, la performatividad de la reproducción se ve constreñida por la normatividad comunitaria que refuerza el tránsito a la adultez a través del establecimiento de la pareja y la familia sustentado en un entramado de relaciones de parentesco, lo que tiene repercusiones en el calendario reproductivo, el número de hijos y el cuidado del embarazo, parto y puerperio. Por su parte, las jóvenes que han vivido en las calles de la ciudad de México quedan fuera de la normatividad de la reproducción y representan socialmente una forma de vida “abyecta”, “inhabitable”: inician la vida sexual en la pubertad, tienen varias parejas sexuales, muchos embarazos, muchos abortos y no utilizan anticonceptivos; consumen drogas y viven violencia durante el embarazo; no tienen atención prenatal y acceden a la atención biomédica únicamente en el parto; no establecen relaciones de pareja permanentes, y no crían a los hijos y, por lo tanto, no pueden formar familias.

El Estado ha tenido un papel importante en la conformación de la normatividad de género que rige la reproducción. A través de políticas públicas, programas y estrategias dirigidas a la población femenina se ha construido un ideal regulatorio del “cuerpo reproductivo femenino” que se erige como estándar de “normalización” para las mujeres mexicanas. El papel más destacado lo ha tenido el Programa de Planificación Familiar, el

cual ha definido, y por consiguiente construido, a lo largo de los años el objeto de su acción: las mujeres en unión conyugal y con hijos. Por mucho tiempo el programa ha centrado la oferta de anticonceptivos en el DIU y la salpingoclasia para mujeres en unión conyugal con hijos; en 2006 éstos representaban el 82% de los anticonceptivos utilizados por las usuarias de anticonceptivos (Secretaría de Salud, 2008, p. 26). En contraste, la promoción de la anticoncepción masculina ha sido muy limitada. Por otro lado, y a pesar de los objetivos marcados por el programa de Planificación Familiar a la fecha no se ha desarrollado una buena propuesta dirigida a las mujeres sin pareja, y/o a los menores de 20 años, como lo muestra la poca importancia que tiene la identificación, tratamiento y prevención de las infecciones de transmisión sexual asociadas a la falta de cobertura anticonceptiva, en particular al uso del condón. El programa de Planificación Familiar recomienda planificar la familia en términos del número de hijos deseados y el momento adecuado para tenerlos y criarlos. El ideal que se promueve es el de una familia pequeña, con 2 o 3 hijos.

Pero también, el discurso biomédico ha participado de forma sobresaliente en la regulación de la reproducción con parámetros y reglamentaciones dirigidas a la conducta reproductiva de las mujeres. A través de las normas que rigen la atención clínica del embarazo, parto y puerperio, las campañas y los programas de salud dirigidos a estos eventos obstétricos han identificado situaciones anómalas, no adecuadas para la salud y la vida de las mujeres, que han justificado el diseño de regulaciones, protocolos y reglamentaciones que promueven una salud reproductiva adecuada. Sin embargo, y aunque los estudios abordan esta problemática, en esta ponencia dejaré de lado la reflexión al respecto.

Para concluir

En este trabajo he querido transmitir la experiencia de un grupo de investigación que estudió las trayectorias reproductivas y de atención de mujeres de distintos contextos socioeconómicos y culturales. Si bien en este ponencia me limité a comentar el uso de las trayectorias reproductivas, quiero puntualizar que con estas investigaciones quisimos hacer una traza de la estratificación del proceso reproductivo en México y examinar en grupos diversos la trama que forman las desigualdades y exclusiones sociales que atraviesan la reproducción de seres humanos. En los trabajos se documenta cómo, a pesar de que se ha extendido la atención del embarazo y el parto, de que han aparecido nuevos programas de salud y, en particular, de que se ha impulsado la anticoncepción, la desigualdad sigue permeando las trayectorias reproductivas y de atención de las mujeres mexicanas. Situaciones de pobreza y de rezago económico, limitaciones de los programas gubernamentales, escasez de unidades médicas en zonas marginales, la mala organización de las instituciones de salud y la incapacidad técnica y humana de muchos prestadores de

servicios de salud son descritas en estas investigaciones, así como la incongruencia entre los programas impresos y la ausencia de su aplicación en la cotidianidad. Pero también, se describe la presencia de relaciones de poder imperantes en las instituciones de salud y la frecuente violación de los derechos de las mujeres. Asimismo, estos trabajos exploran la normatividad de género en los contextos sociales, inserta en las prácticas y en las relaciones sociales locales entre las que sobresalen las relaciones de parentesco, que colocan a las mujeres en una situación que por un lado, las lleva a buscar el ejercicio de la maternidad para adquirir la adultez y el reconocimiento social, pero que en muchas ocasiones les dificulta el ejercicio de sus derechos reproductivos. Son condiciones y normatividades sociales de la reproducción que provienen desde distintos niveles de interacción social las que impactan el embarazo, el parto y el puerperio en México, y las que en muchos casos se traducen en complicaciones obstétricas que pueden llegar a producir la muerte o la discapacidad de mujeres en plena etapa reproductiva y productiva.

OBRAS CONSULTADAS

Berrio, Lina (2012), "Trayectorias reproductivas y prácticas de atención a la salud materna entre mujeres indígenas amuzgas y mixtecas de la Costa Chica de Guerrero" (mimeo).

Butler, Judith (2006), *Deshacer el género*, Barcelona, Paidós.

----- (2002), *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*, Buenos Aires, Paidós (1ª reimpresión, 2005).

Colen, Shellee (1995), "'Like a mother to them': Stratified Reproduction and West Indian Childcare Workers and Employers in New York", en: F. Ginsburg y R. Rapp, *Conceiving the new world order, The Global Politics of Reproduction*, Berkeley, Cal., University of California Press, pp. 78-102.

Collado, Susana, (2010), "'Tienes que Buscar otro hospital': Acceso y rechazo hospitalario en la resolución obstétrica", *Tesis de Maestría en Estudios de la Mujer*, Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco.

Elder, Glen H Jr. (1987), "Families and lives: some developments in life-course studies", *Journal of Family History*, vol. 12(1-3), Palo Alto Cal., Sage, pp. 179-199.

Muñoz García, Graciela (2012), "Trayectorias reproductivas y maternidad en mujeres jóvenes en situación de calle: Experiencias de desigualdad y violencia de género", *Tesis de Maestría en Antropología*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Rincón, Carmen (2012), "La morbilidad materna y sus secuelas en mujeres derechohabientes de Pachuca, Hidalgo" (mimeo).

Romero Pérez, Irma (2012), "¿Quién cuida a los hijos? Las redes familiares en el trabajo reproductivo ante la muerte materna", *Tesis de Maestría en Estudios de la Mujer*, Universidad Autónoma Metropolitana, unidad Xochimilco.

Sánchez Bringas, Angeles (2003), *Mujeres, maternidad y cambio. Prácticas y experiencias reproductivas en la ciudad de México*, México, UAM/UNAM.

Sánchez Bringas, Angeles y Fabiola Pérez Baleón (2012), "La morbilidad asociada al embarazo en México" (en prensa).

Secretaría de Salud (2008), *Programa de acción específico 2007-2012. Planificación Familiar y Anticoncepción*, México, Secretaría de Salud.