



XOCHIMILCO SERVICIOS DOCUMENTALES

1-85

T/2

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL

EDUCACION PARA LA SALUD EN EL AREA MATERNO-INFANTIL

TESIS DE GRADO

dora cardaci

84252

asesor: lic. hugo mercer

La página de los agradecimientos es, en general, la que siempre paso por alto en los libros que leo. Sin embargo, hoy que pongo el punto final a esta investigación cuyo anteproyecto presenté en aquella reunión que se realizó en San José de Costa Rica en noviembre de 1976, siento la necesidad de nombrar a algunas personas que me dieron su ayuda, haciendo posible con ello que este trabajo fuese concluido.

Agradezco: Al Lic. Hugo Mercer por su paciente y valiosa asesoría, por la minuciosa lectura que fue haciendo de cada uno de los textos que le iba entregando y por la riqueza de las sugerencias que realizaba, algunas de las cuales no pude incorporar en esta investigación, pero que están siendo tomadas en cuenta en otras que ya están en marcha.

Al Dr. Miguel Márquez porque al haber permitido mi incorporación al "Programa de Integración del proceso de enseñanza-aprendizaje en el área Materno-Infantil y Reproducción Humana", que él coordinaba, me dió la posibilidad no sólo de obtener la ayuda técnica y financiera de la Organización Panamericana de la Salud sino también de participar en las intensas y enriquecedoras actividades de ese grupo de estudio latinoamericano con el que discutí los avances de esta investigación en los encuentros de San José y Chapala.

No puedo dejar de mencionar aquí a mis compañeros de la Primera Generación de la Maestría en Medicina Social, la mayoría de los cuales se encuentran hoy fuera de México y con los que aprendí a aceptar el difícil concepto de la

amistad "descentralizada": aquélla que no necesita del "estar juntos" para darnos confianza, ánimos o compañía.

Quiero expresar mi reconocimiento especial a la Sra. Alicia C. de López por su enorme colaboración en lo que respecta al mecanografiado de este trabajo y finalmente a to dos aquellos que aunque no nombre en forma individual han contribuido directa o indirectamente a la elaboración de este estudio.

DORA CARDACI

México, D.F., mayo de 1979

INDICE

	PAG.
INTRODUCCION	3
I COMENTARIOS SOBRE LA EVOLUCION HISTORICA DE LA EDUCACION PARA LA SALUD	6
EDUCACION PARA LA SALUD HASTA LA DECADA DE LOS SESENTAS	9
DECADA DE LOS SESENTAS	22
ACTUALIDAD	33
II CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS EN SALUD MATERNO INFANTIL EN UN GRUPO DE MUJERES PROLETARIAS	58
CONSIDERACIONES SOBRE LA METODOLOGIA UTILIZADA	59
CONCEPCION DEL MUNDO Y CLASE SOCIAL	66



TAMAÑO DE LA FAMILIA	78
Lugar de la información en las explicaciones tradicionales sobre el tema	85
Definición del rol social de la mujer	88
Agentes "formales" e "informales" de transmisión del conocimiento	90
Los hijos y su función dentro de la familia ..	97
Tamaño de la familia de origen y nivel de escolaridad	99
LACTANCIA MATERNA	113
Conocimiento de los beneficios de la lactancia materna	116
Agentes "formales" e "informales" de transmisión del conocimiento	122
Relación de la lactancia materna con otros aspectos de salud materno-infantil	145
Lactancia materna y trabajo	154
III NOTAS FINALES	160
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	166

INTRODUCCION

El presente trabajo consta de dos partes:

1. Comentarios sobre la evolución histórica de la educación para la salud.
2. Conocimientos y prácticas en salud Materno-infantil en un grupo de mujeres mexicanas obreras y esposas de obreros.

El hilo conductor que une ambos capítulos es el intento por hacer un análisis de la educación sanitaria desde una visión más amplia que permita entender su evolución y situación actual.

Consideramos que los esfuerzos educativos en este terreno se ubican dentro de la serie de medidas que se proponen para llegar a una "Medicina Preventiva". En este sentido, nuestro punto de partida es la definición que Antonio da Silva Arouca, hace de esta área:

"....Tomando en cuenta la articulación de la medicina con el modo de producción capitalista, la medicina preventiva surge como una disciplina - tapón que, al referirse a un cambio en la práctica médica, ayuda en última instancia al mantenimiento de la referida articulación, ofreciéndose como un proyecto interno de cambio que no existe como práctica concreta, sino que pertenece al mundo de las representaciones".⁽¹⁾

La educación para la salud evidencia tal vez más que cualquier otro aspecto de la medicina preventiva, su carácter de "movimiento ideológico".

Las características que éste asume a través del tiempo es lo que pretendemos demostrar a lo largo de este trabajo.

(1) Da Silva Arouca, Antonio Sergio; El Trabajo Médico, la producción capitalista y la viabilidad del proyecto de prevención, Rev. Mex. de Ciencias Políticas y Sociales, No. 84, UNAM, MEXICO, 1976.

Un segundo propósito consiste en destacar la importancia que tiene el lugar que se ocupa en el aparato productivo en la determinación de lo que se piensa y hace en salud y en especial en salud materno-infantil.

Este aspecto no ha sido considerado como un factor relevante en el diseño de programas de educación sanitaria y el eje central en la concepción y ejecución de los mismos, ha sido fundamentalmente la creencia de que un "vacío" de información era lo que originaba las prácticas "erróneas" de los individuos y que, en consecuencia, una información convenientemente estructurada y canalizada por las vías más correctas daría como resultado inmediato, un cambio en la conducta de aquellos a los que era dirigido el mensaje.

Es importante destacar, en este sentido, que hacemos referencia a las líneas generales que se han manejado en educación para la salud, en especial aquellas que se perfilan a través de las Conferencias Internacionales de Educación Sanitaria.

Nuestro propósito es hacer una contribución a aquellos grupos que ya han tomado en cuenta las limitaciones con que se ha encarado esta área para que estos intentos se extiendan cada vez más.

I

COMENTARIOS SOBRE LA
EVOLUCION HISTORICA DE LA
EDUCACION PARA LA SALUD

Hacer una reseña histórica de lo que ha venido sucediendo en "Educación para la Salud" no es una tarea sencilla, ya que no son muchas las producciones de este tipo que existen, pues en el mejor de los casos, éstas se han limitado a la enumeración de hechos nacionales ordenados cronológicamente.

Dado que el propósito que nos llevaba a analizar la evolución de la educación sanitaria era, no la acumulación de fechas y nombres de "pioneros" sino el interés por interpretar las funciones que ésta cumplía y la apariencia que tomaba en cada período histórico, estos escasos ordenamientos cronológicos nos eran de poca utilidad.

Nuestro trabajo se centró en especial en la consideración de programas de educación sanitaria implementados en diferentes regiones y con objetivos de alcance diverso y en el análisis de las actas de gran número de reuniones en las que se discutían aspectos referidos a esta especialidad. ⁽¹⁾ Este último tipo de documentos, sirvió como eje principal en el ordenamiento del trabajo, pues en ellos se ponían de relieve las discusiones sobre la orientación general que se intentaba imprimir a la educación sanitaria en cada momento particular.

Los programas nos sirvieron al mismo tiempo como referencia para completar a través de casos concretos las características principales de cada etapa.

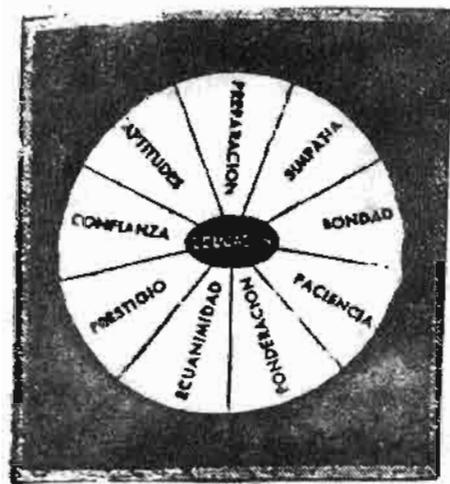
A partir de 1951, con la creación de la Unión Internacional de Educación Sanitaria (U.I.E.S.), comienzan a organizarse cada tres años, convenciones que reúnen a miembros de dife-

(1) Revista Internacional de Educación Sanitaria, American Journal of Public Health, Health Education Monographs, fueron algunas de las fuentes principales adonde localizamos el mayor número de los programas analizados. Ver bibliografía.

rentes países, los que discuten los temas más relevantes en la materia.

De allí que en la reseña histórica se dedicará especial atención a la etapa que va desde ese año 1951 hasta la actualidad, dividiendo esta época en tres períodos:

- Educación para la salud hasta la década de los sesentas
- Década de los sesentas
- Actualidad



EDUCACION PARA
LA SALUD HASTA LA
DECADA DE LOS SESENTAS

Numerosos manuales de educación sanitaria, remontan los orígenes de la misma hasta épocas muy lejanas en que la transmisión de conocimientos en materia de salud se realizaba de manera informal entre los miembros de la comunidad o de forma más organizada a través de libros religiosos o códigos morales. Así por ejemplo se dice:

"La educación higiénica, como técnica sanitaria organizada, es, como anteriormente hemos dicho, joven todavía, pero, como hecho ligado a las exigencias de la existencia del individuo, a sus relaciones con la colectividad y a las necesidades de ésta, puede afirmarse que su existencia se remonta a los albores de los tiempos, cuando los hombres, unidos contra los acosos de la naturaleza esforzabanse en extraer de sus luchas, penalidades y experiencias, preceptos útiles para subsistir y conquistar, poco a poco, una vida mejor" (1)

Sin considerar la ambigüedad de los datos históricos a los que se hace referencia en estos libros, encontramos en el relato del devenir histórico de la educación sanitaria, un paralelismo con el desarrollo que clásicamente los tratados de Pedagogía hacen de la educación en general. Se considera en ambos casos, que existen dos procesos educativos que funcionan paralelamente dentro de toda sociedad, con predominancia de uno de ellos de acuerdo al momento histórico de que se trate.

El primero es denominado como "asistemático", "espontáneo", etc., y con ello se hace referencia al saber que se transmite a través de vías que no son las escolares. El segundo

(1) Villaseñor, F; Gómez G, F; "Manual de Educación higiénica con recursos y técnicas audiovisuales para su enseñanza", México, Centro Regional de Ayuda Técnica, 1964 p. 40.

proceso educativo es aquel "intencional", "sistemático", "institucionalizado". La escuela es la principal institución que transmite este discurso que es tradicionalmente considerado como el discurso científico.

La educación sanitaria admite, según el tratamiento que de su desarrollo hacen los manuales, estos dos tipos de categorías en lo que hace a la calidad del saber que elabora y al proceso por el cual transmite este saber. En una primera etapa, entonces se intentaría presentarnos a esta parcela del conocimiento médico, como una serie de normas desorganizadas, contradictorias, inconexas que se difunden entre la gente sin que exista un principio ordenador.

La sistematización, coherencia y científicidad del saber y el método en educación sanitaria sólo sobrevendrían en el momento en que algunos "pioneros" comienzan a poner orden en el caos y en que la "Ciencia" avanza.

La carencia de un enfoque histórico dialéctico y el manejo de las categorías de educación asistemática y sistemática no permiten ver que la educación como función espontánea de la sociedad deja de serlo en cuanto la sociedad primitiva se transforma lentamente en sociedad dividida en clases. Así, las acciones educativas van ubicándose gradualmente entre los "métodos disciplinarios", tal como Foucault⁽²⁾ los caracteriza.

En este sentido, los procesos de educación higiénica, buscan en primer término, aumentar las fuerzas del cuerpo en términos económicos de utilidad, disminuyendo simultáneamente esas mismas fuerzas, en términos políticos de obediencia.

(2) Foucault, M; "Vigilar y castigar", Siglo XXI, México, 1976.

Ello se dará a través de las vías que señala Foucault:

- Distribuyendo a los individuos en el espacio, para "establecer las presencias y las ausencias (...) poder en cada instante vigilar la conducta de cada cual, apreciarla, sancionarla, medir las cualidades o los méritos" (3)
- Estableciendo un "tiempo disciplinario" que logre un máximo de rapidez con un máximo de eficacia. Se trata, fundamentalmente, de un tiempo lineal, "evolutivo", compuesto por diferentes momentos sucesivos con puntos terminales definidos que se integran entre sí orientándose hacia un fin específico y estable.

Un artículo publicado en la Revista de Educación Sanitaria bajo el título: "Aquellos eran los días" (4) ejemplifica algunos de estos aspectos y aporta otros elementos a la caracterización de las líneas generales en Educación Sanitaria de la época.

La autora relata los primeros intentos que se hicieron en Nueva Zelanda para educar a la población a través de enfermeras que "experimentaban grandes dificultades con la gente que no las comprendía a ellas ni a sus métodos. Ellas tenían que luchar en contra de supersticiones ancestrales y el ir ganando el respeto y el amor del pueblo Maorí les tomó muchos años; pero ése fue el comienzo del segundo estadio que combinaba la curación con las enseñanzas en salud (...). Estas para ser efectivas deben ser simples. Deben estar al nivel de los conocimientos y desarrollo de la gente en el estadio en que ellas se encuentren, no del estadio en el que usted, el educador, piense que deberían estar. Si esto se recuerda siempre, la educación sanitaria no es difícil.

(3) Op. cit. p. 147

(4) Cameron, F., "Those were the days", Int. Journal of Health Education, Geneva, 1958, Vol. 1 No.1, p. 27.

El viejo aforismo chino:

Si lo oigo lo olvido;
Si lo miro, lo recuerdo;
Si lo hago lo sé,

puéde ser aceptado como principio fundamental en la práctica de la educación sanitaria pues la aplicación de estos principios forma la base para los métodos de enseñanza en salud."

En este breve texto, (además de ponerse de relieve la concepción del tiempo lineal y fragmentado en etapas definidas a que hacíamos referencia) encontramos el método pedagógico sugerido como ideal: "el aprender haciendo".

El indígena maorí es visto como un niño y debe recorrer las mismas etapas que éste para poder lograr aprender. El camino de la superstición a la "ciencia" se realiza yendo de lo concreto a lo abstracto, como si la capacidad de conceptualizar no existiese aún en ellos.

El aprendizaje a través de lo concreto y la visión optimista de la educación por la cual ésta funciona como "palanca de la historia", son dos de los rasgos que caracterizan a la "nueva educación", movimiento pedagógico que tuvo sus primeras manifestaciones a principios de este siglo y del cual son algunos de sus representantes Montessori, Decroly y Dewey. Los distintos teóricos que se alinean en esta corriente buscan la preparación para la "vida práctica de nuestro tiempo", ello va acompañado de la colectivización del trabajo de los alumnos, fenómeno que ya se había dado en el trabajo industrial.

Durante el período que se extiende desde las últimas décadas del Siglo XIX hasta las tres primeras del presente, en los países latinoamericanos se fueron creando servicios nacionales de sanidad. El motivo principal que dio origen a la aparición

de estos organismos fue la búsqueda de la centralización a nivel nacional de las acciones tendientes a solucionar los problemas de salud producidos por la ampliación del comercio internacional.

El impulso a este proceso estará dado por los grupos relacionados con la producción y comercialización de materias primas y productos alimenticios destinados al mercado exterior.

Consecuentemente, el interés se centra en los aspectos de sanidad y "la no intervención en la atención médica es tanto en lo conceptual como en lo organizativo, ya que sigue denominándose "beneficencia" y tiene características de "caridad" cuando se dirige a los grupos subordinados. (5)

Esta situación se refleja en el caso de la educación sanitaria en el hecho, por ejemplo de que en la mayoría de los programas considerados, la persona principal encargada de llevarlos adelante es casi siempre una mujer: una "dama de beneficencia": la enfermera-educadora, la promotora de salud, etc. Este personaje desarrollará

(5) Mierr, A., "La nacionalización de los servicios de salud, La Organización sanitaria en los Países Latinoamericanos, 1880-1930" p. 18, (copia mimeografiada).

una labor titánica que implica dirigirse a muchas millas de distancia por caminos difíciles, usualmente en la noche, para salvar una vida en peligro".⁽⁶⁾

El apostolado en que se convierte su trabajo, no sólo se desprende de estas descripciones sobre las dificultades enormes que debe salvar, sino que en algunos casos, ello se hace explícito:

"El educador, como es obvio, deberá presentarse siempre aseado y correctamente vestido (...) llevará vida ejemplar para infundir confianza (...). Esta labor, como todas las conectadas con el apostolado magisterial, debe hacerse por el bien mismo de la educación, sin interés de notoriedad o medro"⁽⁷⁾

Apóstol es el predicador, el evangelista, el misionero, el catequista, el propagandista.⁽⁸⁾ Surgen con evidencia las connotaciones religiosas del término, la idea de una "perfección" hacia la cual guía el "maestro ejemplar". Los recursos espirituales son traspolados a la educación. Ello se liga al procedimiento central del proceso por el que los métodos disciplinarios suman y capitalizan el tiempo: el ejercicio, a través del cual los sujetos se someten a programas con grados de complejidad creciente, de ordenamiento progresivo de las conductas para llegar a la "salvación".

Las verdaderas funciones del maestro y del médico se han pretendido encubrir con apelaciones al "humanismo", a sus tareas

(6) Cameron, F., op. cit. p. 29.

(7) Villaseñor, F... op. cit. p. 37 (el subrayado es nuestro)

(8) Corripio, F., Diccionario de Sinónimos, Ed. Bruguera, Barcelona, dic., 1971.

ligadas con "la vida humana", desfigurando su calidad de trabajador asalariado, de intelectual orgánico a la clase dominante que al relacionarse con los sectores populares encuentra dificultades muy serias que derivan de su desconocimiento e impertinencia a dichos grupos y no del hecho de estar en un "estadio superior" al cual deberán llegar aquéllos a los que se dirige su práctica.⁽⁹⁾

Como última consideración, destacaremos nuevamente el hecho de que sea predominantemente la mujer, la que asuma tareas docentes de las cuales, la educación higiénica es sólo una parte.

En el tratamiento de la tercera etapa, nos extenderemos sobre el papel que ha jugado la mujer dentro de la familia y sobre los mecanismos que determinaron su progresivo sometimiento.

(9) Vasco Uribe hace referencia a ello cuando analiza los cambios que se han dado en la relación médico-paciente con el paso de la medicina privada a la "socializada" y dice que podemos hablar "más que de una relación abstracta entre un médico y un paciente, de una relación que se da enmarcada dentro de una solidaridad de clase (...) Cuando los médicos se ven enfrentados a nuevos y amplios sectores sociales, no es que pierdan la excelente relación que tenían con sus pacientes, sino que establecen una nueva, con un sector social diferente, con el cual nunca se habían enfrentado. En otras palabras, no es que la relación médico-paciente se haya "deshumanizado" (...) sino que la aparición de esa relación no tiene porqué suponer ese humanismo, al no participar de lo que la sustenta, es decir, la solidaridad de clase".

Vasco Uribe, A; Salud, Medicina y Clases Sociales: Ed. La pulga, Colombia, 1975, p. 160.

Los cambios de orientación de los gastos del Estado revelan las tendencias determinadas por la depresión económica de los años 30 y la segunda guerra mundial. Se cierra el mercado externo al capital acumulado por la burguesía comercial y agroganadera, por lo cual las acciones se dirigen al sector industrial. Así, el presupuesto del Estado, orientado fundamentalmente al rubro Obras Públicas durante las tres primeras décadas del siglo,⁽¹⁰⁾ se centra a partir de la segunda guerra en las áreas de educación, salud y vivienda. Es esta fase, en América Latina, la de los llamados "gobiernos populistas" con lo cual los grupos dominantes intentan obtener el concenso activo de los gobernados tomando en cuenta algunos de los intereses de los grupos subordinados, pero donde los intereses de los grupos dominantes prevalecen."⁽¹¹⁾

Algunas características principales definen a América Latina, en los años de la pre y posguerra:

- La población de los países en su conjunto es predominantemente rural con una alta proporción del sector activo ocupado en tareas agrícolas.
- La participación de la industria en el producto nacional es baja frente al predominio de la agricultura.
- Existen grandes disparidades de productividad en los diferentes sectores.
- El nivel de ingreso por habitante es bajo.

De este cuadro de situación surgen las tesis "estructuralistas" sostenidas principalmente en los trabajos de la Comisión Económica para América Latina. (CEPAL)

(10) El tipo de obras públicas que se habían desarrollado eran aquellas que facilitaban el comercio exterior: ferrocarriles, caminos, transporte en las ciudades-puertos, etc.

(11) Mierr, op. cit. p. 14

Básicamente, las vías de solución que se proponen configuran "una suerte de "círculo virtuoso" del desarrollo"⁽¹²⁾ por el cual, los países de la región deberían seguir el camino ya recorrido por los países capitalistas industrializados. La tecnificación de la agricultura determinaría un aumento de la productividad de alta proporción de la población activa, la elevación del ingreso global con una importante liberación de mano de obra agrícola, la que se trasladaría necesariamente a la industria. Esto derivaría en un aumento de la productividad en su conjunto, un mayor crecimiento del ingreso, lo que funcionaría como fuente de nuevos estímulos de expansión y consecuentemente en un traslado cada vez mayor de mano de obra desde la agricultura hacia la industria.

La posibilidad de que estas etapas se cumpliesen suponía la intervención activa del Estado y por consiguiente el rechazo de las tesis liberales a través de la implementación de políticas proteccionistas.

Durante la década de los cincuentas, se pone de manifiesto que estas predicciones eran incorrectas. El crecimiento global por ejemplo, es insuficiente y neutralizado en alto grado por el aumento de la población, el consumo crece más que el producto y se modifican las proporciones de la población urbano-rural y agrícola-no agrícola, pero este cambio no tiene los efectos esperados pues "se genera (...) una estructura ocupacional muy distinta a la que los países industrializados registraron en otras etapas de su desarrollo; ya que no se habla de "liberación" de mano de obra

(12) Vuskovic, P. América Latina: la crisis de un patrón de desarrollo y sus consecuencias políticas, Comercio Exterior, dic. de 1975, p. 1414.

desde la agricultura, sino de "redundancia" de mano de obra, tanto en las áreas rurales como en las urbanas" (13)

Estas desviaciones originan la intervención en diversos campos con el propósito de ayudar a que pueda llevarse adelante el proceso: la política económica es también una "política de desarrollo" que cristalizaría en la década siguiente en la "filosofía" de la Alianza para el Progreso.

Luego de finalizada la Segunda Guerra Mundial y posteriormente a la creación de la Organización Mundial de la Salud, surge el "primer parlamento mundial de educadores sanitarios" (14); la Unión Internacional para la Educación Sanitaria.

Su labor durante esta etapa podemos caracterizarla como eminentemente organizativa, especialmente las dos primeras reuniones que tuvieron su sede en París.

En ocasión de la efectuada en 1951, se crea una comisión interina que se encargará en los años siguientes de: "identificar los intereses particulares en materia de educación sanitaria, hacer aceptar la educación sanitaria por las organizaciones internacionales gubernamentales y conseguir que fuese admitido por las instituciones nacionales no gubernamentales y por los organismos gubernamentales el interés que poseía el hecho de disponer de una organización interprofesional que pudiese facilitar los intercambios de puntos de vista sobre temas diversos". (15)

En 1953, La Unión se funda oficialmente en el transcurso de la

(13) Ibid. p. 1415

(14) What is the IUHEP? Int. Jour. of Health Educ. Vol. 1 No.1, 1958

(15) Ennes, H., Planificación y acción continua, EDUCACION SANITARIA EN ACCION, Int. Journ. of Health Educ. p. 949.

Segunda Conferencia Internacional de Educación Sanitaria.

Los encuentros de Roma (1956) y Dusseldorf (1959) sirven de escenario para la discusión de los primeros acuerdos generales que sentarán las bases para la normatización de las acciones educativas futuras.

Entre los temas considerados se encuentran:

- a) Los problemas fundamentales que se plantean en la organización técnica de la educación sanitaria.
- b) La adaptación de medios y métodos de educación sanitaria a las diferentes poblaciones.
- c) La formación del personal sanitario y de los miembros del cuerpo docente.
- d) Educación sanitaria y prevención de accidentes.
- d) Salud Mental.
- f) Prevención y control de enfermedades sociales.
- g) Saneamiento.

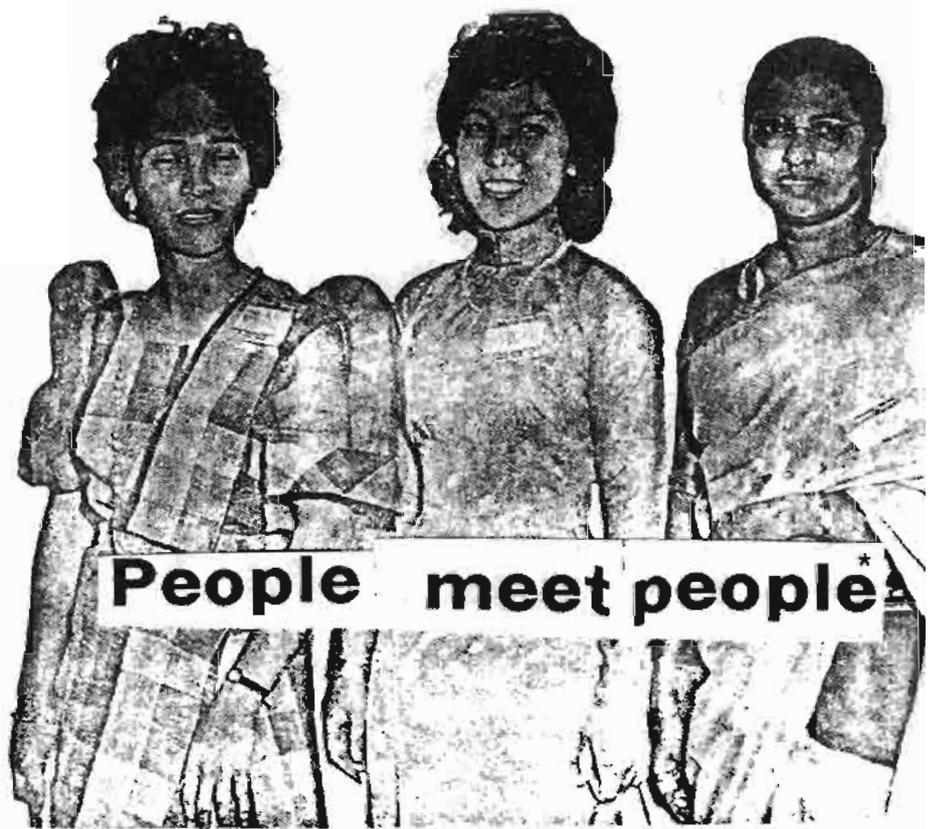
El punto b) refleja el tratamiento que se ha dado al problema de la relación entre el educador sanitario y los grupos obreros y campesinos: su solución es estrictamente técnica, por ello las discusiones girarán alrededor de la metodología de enseñanza y los contenidos que debe manejar el educador en salud.

Bajo el nombre de "enfermedades sociales"⁽¹⁶⁾ empieza a perfilarse la introducción de problemas nuevos producto de la "marginalidad", término con el que se hacía referencia a la situación originada por la expulsión de mano de obra agrícola a las ciudades y la incapacidad de incorporación de éstas al sector industrial.

(16) punto f.

Desde 1958 había comenzado a publicarse la Revista Internacional de Educación Sanitaria, la que presta su apoyo a la realización del encuentro de Dusseldorf de muy diversos modos, uno de los cuales fue la presentación del programa preliminar con el objeto de que los temas fuesen conocidos y preparados con anticipación.

Con el surgimiento de esta publicación y el de los encuentros auspiciados por la UIES, se comienza a perfilar a fines de la década de los cincuentas, una creciente tendencia a normatizar las acciones en educación sanitaria, así, las prácticas que interesaban a los grupos dominantes comienzan a adoptar la apariencia de intereses "universales-científicos".



DECADA DE LOS SESENTAS

* Lema de la V Conferencia Internacional de Educación Sanitaria, Filadelfia, 1962.

La crisis de 1929 y la guerra habían funcionado como estímulos al mantenimiento de un frágil equilibrio que hacia 1960 mostraba claros signos de debilidad.

El proceso de sustitución de importaciones presentaba grandes dificultades que se esperaba resolver a través de diversas vías:

- Por medio de esquemas de integración económica latinoamericana y el desarrollo de corrientes diversificadas de exportación de manufacturas se trataba de superar las limitaciones de los mercados nacionales.

- La "cooperación económica exterior" se plantea como recurso transitorio indispensable para acrecentar la acumulación y desatar una dinámica de crecimiento.

- Finalmente, la necesidad de "influir sobre las fuerzas de la economía" derivan en "las recomendaciones sobre planificación de desarrollo, la aplicación de unas "técnicas de programación" que definan y afiancen una política de desarrollo en los marcos de un régimen de iniciativa privada".⁽¹⁾

Este conjunto de proposiciones se recogió y resumió en la Alianza para el Progreso que preveía por diez años inversiones estadounidenses del orden de los dos mil millones de dólares anuales completados con otras locales cuatro veces mayores.

La primera conferencia de educación sanitaria de la década (y quinta en el orden mundial) tiene como sede por primera vez, un país de América: los Estados Unidos, la nueva potencia hegemónica que pretendía liderar, tal como lo concebía el presidente Kennedy, una "revolución social pacífica" que en diez años llegaría a cambiar la fisonomía de América Latina.

(1) Vuscovik, op. cit. p. 1415.

Los intentos de integración enunciados en la Carta de Punta del Este, que dio origen a la "Alianza para el Progreso", se ven reflejados en los discursos de inauguración de la V Conferencia realizada en Filadelfia en 1962:

"La educación sanitaria puede facilitar en gran medida el movimiento hacia una convivencia mundial y ayudarnos a comprender que el género humano constituye una unidad, una familia". (2)

Advertimos en este párrafo, la filosofía de las concepciones "estructuralistas" que preconizan políticas activas de protección o control que lleven a corregir los "desequilibrios" pero que entienden a la relación centro-periferia como no contradictoria y armonizable en los marcos de políticas internacionales adecuadas.

La vinculación entre países capitalistas industrializados y "subdesarrollados" presentaría entonces únicamente problemas éticos de solidaridad.

El "discurso ideológico" de la educación sanitaria enmascara las verdaderas determinaciones que fundamentan la integración de las naciones americanas ya que además de las económicas, tendientes a la ampliación del mercado, la existencia de un país disidente dentro del sistema panamericano-Cuba— se transforma en un grave problema para la potencia hegemónica:

"América se encuentra en el umbral de una nueva etapa histórica. Hombres y mujeres de todo el Continente procuran conquistar la vida más plena que las técnicas modernas ponen a su alcance. Están resueltos a lograr una existencia más de-

(2) Chisholm, B. "Man in his Environment", UIES, Geneva, t.I p. 113.

corosa y cada vez más abundante para ellos y para su hijos, a tener acceso a la cultura y a disfrutar de igualdad de oportunidades para todos, y a terminar con aquellas condiciones que hacen posible el beneficio de pocos en desmedro de las necesidades y de la dignidad de muchos.

Es deber impostergable satisfacer esas justas aspiraciones demostrando a los pobres y desamparados de éste y todos los continentes que el poder creador del hombre libre constituye la fuerza que mueve su progreso y el de las futuras generaciones". (3)

La revolución cubana revelaba brutalmente que los desequilibrios económico-sociales no podían dejar de alcanzar consecuencias políticas. Esto ponía en evidencia que el problema económico-social era también un problema político, de allí el peligro de que un país disidente dentro del sistema panamericano pudiese abrir el camino a soluciones que cuestionaran la vigencia del orden capitalista.

A comienzos de 1962, en Punta del Este, Estados Unidos obtuvo la mayoría de dos tercios necesaria para separar a Cuba de la Organización de Estados Americanos.

La educación sanitaria, es parte específica del proceso de ideologización general que acompaña a estas medidas. Así, la "atmósfera de inseguridad" de la época es un tema al que se alude en la mayoría de las ponencias de la reunión de Filadelfia que se llamó: "El hombre y su medio ambiente":

"La educación sanitaria representa el esfuerzo de la humanidad para adaptarse a nuevas situaciones. La situación actual, en

(3) Carta de Punta del Este, Rev. Comercio Exterior, Agosto 1961, Bco. Nac. de Comercio Exterior, México, D.F.

comparación con la de cualquier otra época pasada, se caracteriza por el miedo y la angustia (...) La educación sanitaria se esfuerza en iniciar un cambio, cuya realización es siempre penosa, porque tal cambio amenaza cientos de intereses, se enfrenta con creencias arraigadas que se han convertido en prejuicios (...) El arte de la educación sanitaria consiste en realizar este cambio con el mínimo de violencia y de tensión".⁽⁴⁾

Uno de los factores que son invocados en forma más frecuente como neutralizadores del crecimiento global es el aumento de la población. La importancia que va cobrando la discusión de ciertos temas en las Conferencias Internacionales de Educación Sanitaria, está influida entonces, por múltiples hechos:

En los temarios de discusión de las reuniones de 1962, 1965 y 1969 van incorporándose como aspectos de interés la educación sexual y específicamente el control de la natalidad.

El despliegue de recursos de las fundaciones privadas hacia la investigación de estos temas es altamente significativo, el encuentro de Filadelfia, por ejemplo, se financió casi exclusivamente gracias al aporte de entidades privadas de tal forma que es otro rasgo común del período, la exaltación de los beneficios que la iniciativa privada ha reportado al mejoramiento de los niveles de salud.⁽⁵⁾

(4) Chilsholm B; op. cit. p. 112.

"Nuestro mundo de hoy es un mundo sobrecargado. Las calles, las mentes, nuestras arterias están sobrecargadas. En este mundo inseguro, la educación sanitaria debe crear una atmósfera de seguridad" Berthet, Centro Int. de la Inf. íbid p. 112.

(5) Mayo, L.' "Man in his..." op. cit. p. 79.

"(Las entidades privadas) han sido las precursoras, han cubierto las lagunas, han aportado inmensos recursos en hombres y dinero sobre todo han dado un carácter profundamente humano a nuestros esfuerzos".

En 1965, tiene lugar en Madrid, la Sexta Conferencia auspiciada por la U.I.E.S. Salud y educación son entendidas como factores capaces de producir por sí mismos, cambios en la estructura socio-económica.⁽⁶⁾ Bajo el nombre de "La salud de las comunidades y la dinámica del desarrollo" va tomando mayor importancia en el temario de discusión, la necesidad de centrar las acciones sanitarias en la "comunidad", término con el cual se está haciendo referencia a los grupos oprimidos de la sociedad que son los que directamente están sufriendo las consecuencias del fracaso del nuevo patrón de desarrollo implantado.

La Alianza para el Progreso, produjo la duplicación de los créditos públicos para Lationamérica. La industrialización se ve ahogada por la imposibilidad de ampliar sus mercados. La Reforma Agraria, (propiciada en la Carta de Punta del Este para aumentar la productividad agrícola y la capacidad de consumo en el campo) supone una transformación profunda de las relaciones productivas, por lo cual encuentra una resistencia decidida de los terratenientes.

Los problemas sociales, además, se agravan significativamente.

En Río de Janeiro, en 1965, Estados Unidos no logra hacer aprobar el pacto de asistencia recíproca apoyado en una fuerza militar panamericana, por lo cual sus acciones se dirigen a la consolidación de vínculos bilaterales con numerosos países la-

(6) Rev. Int. de Educ. Sanit. 1965/1 p. 12.

"La salud de la colectividad y los factores múltiples que pone en juego serán estudiados frente a las exigencias y en el espíritu de la "década de desarrollo" de las Naciones Unidas. El tema de la Conferencia de Madrid refleja la importancia concedida a la salud como factor principal del desarrollo socio-económico, que puede ejercer a veces una influencia positiva, y a veces negativa".

tinoamericanos a través de pactos de asistencia que le posibilitarán el establecimiento de lazos directos entre su propio ejército y los de esos países.

Frente a las alternativas: reforma-contrarrevolución, la política norteamericana se orienta cada vez más hacia la segunda de ellas. La necesidad de contar con "aliados seguros" deriva en el aval norteamericano a los ejércitos latinoamericanos que van tomando el poder en una cadena sucesiva de "golpes".

Y es bajo el clima de represión imperante durante la dictadura del Gral. Onganía que se realiza en 1969 en Buenos Aires, la Séptima Conferencia de Educación Sanitaria.⁽⁷⁾

El título alrededor del cual se centran las ponencias es: "Comunicación y cambio de comportamiento: Factores de participación activa de la población en la promoción de la salud".

(7) Las condiciones bajo las que tiene lugar la reunión son obviadas en todo momento. Es interesante que en los discursos de apertura, por ejemplo, se dice: "Con el despertar a la libertad por parte de los individuos y la autonomía de los pueblos (...) la búsqueda de imposiciones sanitarias modernas acordes con una nueva mentalidad individual, cada vez más imbuida de libertad, plantea a la medicina y a la sociedad un problema delicado: la forma de conciliar los imperativos ineludibles de protección de colectividades, con la exigencia concreta de las personas a ser informadas, y a decidir ellas mismas. Senault, R. y d'Houtaud, A., "Responsabilidades personales frente a las imposiciones sanitarias", Actas de la VII Conf. Int. sobre la Salud y la Educ. Sanitaria", UIES, Ginebra, 1971.

De la primera conferencia de la década a la última, encontramos que de la predominancia de temas generales de discusión (paludismo, tuberculosis, higiene dental, etc.) se pasa progresivamente a problemas sociales que se van agudizando y a la búsqueda de mecanismos efectivos para involucrar a los grupos subalternos en la solución de sus problemas de salud logrando con ello un mayor control de los mismos y de las tensiones sociales crecientes.

Teniendo como escenario la situación política argentina, en la cual la actividad de gremios y partidos políticos está "suspendida" y las garantías individuales no son respetadas, el método de la educación sanitaria se define esencialmente como "no autoritario":

"Comparada con las técnicas sanitarias utilizadas en la antigüedad o las legislaciones médico-sociales modernas, más bien imperativas, esta pedagogía comunitaria que respeta por tanto las estructuras del grupo, hace que los seres humanos sean realmente concientes del proceso de evolución iniciado. Contribuye de suma manera a motivarlos a partir de sus propios intereses bien entendidos. Finalmente los induce a desear y a querer los objetivos fijados, que los responsables estiman necesarios para el éxito del programa sanitario (...) El ser humano no es juguete de modas políticas y de acción de poderes públicos: es promovido al rango de casi legislador del bien común. (8)

Los regímenes represivos no pueden mantenerse exclusivamente por el uso de la violencia. La dominación que se ejerce por

(8) Ibid, p. 116.

la fuerza exclusivamente, es siempre provisoria puesto que el predominio ideológico debe pertenecer a los grupos, que detentan el poder para que éstos puedan lograr concenso sobre sus actos.

En este último sentido es que podemos ubicar a la educación sanitaria entre la serie de mecanismos que legitiman el orden dominante.

Los problemas sociales, por ejemplo, se ocultan detrás de soluciones "técnicas", de tal manera que la llave para la superación de las dificultades educativas será el uso de la tecnología moderna en el proceso de comunicación.

Los fracasos en los programas educacionales, que eran atribuidos a comienzos de la década a una mala o inexistente planificación, se orientan ahora hacia la búsqueda de salidas a través del proceso comunicativo y los elementos que lo componen.

Así, entre los propósitos de este séptimo encuentro se expresa: "que los técnicos y a la luz de la ciencia (señalen) el cómo de la promoción de la salud y modificación de la conducta del individuo, de la familia, de la colectividad y el valor de las técnicas y métodos de comunicación en la educación sanitaria escolar y de masas".⁽⁹⁾

De las ponencias y discusiones de la Conferencia de Buenos Aires se desprende que sigue subyacente el principio por el cual dando información se producirán necesariamente los cam-

(9) Bosch Marín, Presidente de la UIES, Actas op. cit. p. 79.

bios deseados en los individuos y en las colectividades a las que pertenecen. (10)

El proceso de aprendizaje, desde este punto de vista, es lineal. El docente es el encargado de seleccionar los estímulos a través de los cuales buscará producir determinados efectos en las conductas de su auditorio.

Las vías a través de las cuales dichos cambios se producirán más efectivamente (tecnología educativa), son de crucial importancia y la tarea de selección de las mismas es un paso clave en el proceso: Si el estímulo no logra los efectos buscados, es debido a una inadecuada elección del medio a través del cual se lo transmitió. De acuerdo con esto, las causas pasan a través del sujeto sobre el que inciden sin modificarse y producen efectos inmediatos y previsibles en el mismo.

El aprendizaje concebido como proceso dialéctico entiende a la acción como interacción, de tal manera que las condiciones internas son la vía a través de la cual se modifican los efectos de los estímulos externos.

El no tomar en cuenta dichas condiciones obvia el hecho, por ejemplo, de que la pertenencia a una clase social determinada, esté condicionando las concepciones que se poseen sobre salud y enfermedad, las prácticas que se ligan a ellas, las posibilidades de acceso a los servicios de salud, la mayor o menor flexibilidad en la adopción de nuevos patrones de conducta, etc.

(10) "El interés esencial -hay que decirlo- de la conferencia de Buenos Aires reside en una de las preocupaciones fundamentales del hombre: su salud y las indicaciones del conocimiento racional a que le es preciso atender para preservarla frente a las múltiples contingencias que la amenazan sin pausa. CAESPO, Actas... p. 88.

A manera de síntesis podemos decir que la educación sanitaria durante la década de los sesentas, cumplió funciones definidas en cada uno de los momentos históricos que se iban sucediendo.

Inicialmente, su discurso propició la "euforia desarrollista" y los intentos de integración latinoamericana para aislar a la revolución naciente en Cuba.

Finalmente, cuando "el círculo virtuoso" mostró que no era tal y la situación económica de las clases oprimidas se agravó, las acciones educativas sirvieron prioritariamente como medio de control del descontento popular.



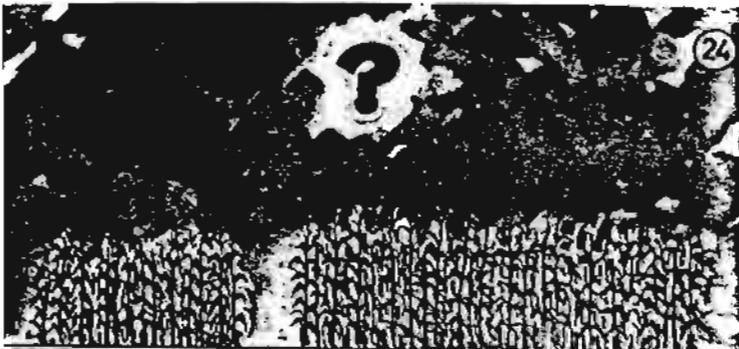
Laparoscopy Succeeds in Rural Chile

**Report Shows Female
Sterilization The
Most Popular Contra-
ceptive Method**



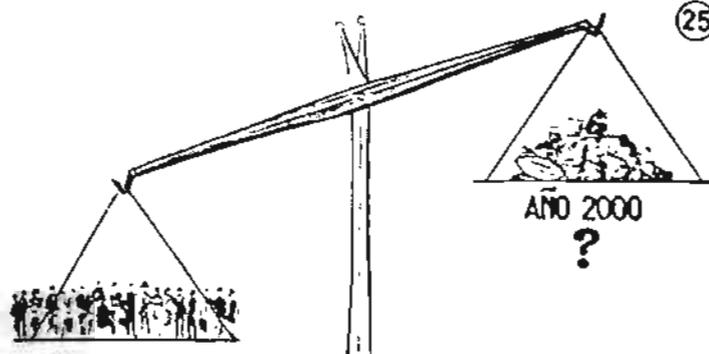
AÑO 1970 AÑO 2000

LA POBLACION DE AMERICA LATINA ESTA CRECIENDO
RAPIDAMENTE; SE DUPLICARA EN SOLO 30 ANOS.



1970 2000

¿PODRAN PRODUCIR SUS TIERRAS EL DOBLE DE
COSECHAS EN EL MISMO PERIODO?



SI LA POBLACION DE AMERICA LATINA SIGUE AUMENTANDO
CON TANTA RAPIDEZ ¿HABRA ALIMENTOS PARA TODOS?

ACTUALIDAD

Históricamente, el progreso de los grandes centros capitalistas se basó en la apropiación de excedentes y la explotación de recursos del "mundo subdesarrollado".

En el período durante el cual el objetivo central lo constituyeron el acceso y control de los recursos naturales; en la "periferia" predominaron formas de dominación colonial o de apropiaciones territoriales.

Cuando la gran industria capitalista para poder lograr una expansión continua necesitó que se ampliaran los mercados nacionales, surgieron las políticas de crecimiento y modernización favoreciendo inclusive la puesta en marcha de reformas agrarias que incorporaran al mercado a grandes masas de poblaciones rurales.

Frente a la etapa de internacionalización del capitalismo que trae consigo "la necesidad de planificar a escala mundial la disposición y uso de recursos y mercados, y la necesidad también de sumar a la acumulación propia las potencialidades "periféricas", entonces se dispone a penetrar directamente y de modo generalizado en las economías subdesarrolladas, a fin de cubrir y controlar en el interior mismo de éstas una diversidad de líneas de producción, actividades financieras, etc".⁽¹⁾

El énfasis en la reforma agraria, expresado al principio de la década de los sesentas en la "Alianza para el Progreso", se va orientando cada vez más hacia la creación del Mercado Común Latinoamericano, pues al gran capital le interesa integrar regionalmente el mercado de las grandes capitales eliminando los sectores capitalistas menores con el fin de lograr una monopolización más completa de la economía.

Las políticas de las corporaciones transnacionales no responden

(1) Vuscovik, P., op. cit. p. 1418.

necesariamente a intereses nacionales sino que son decisiones autónomas que armonizan con las necesidades de aquéllas.

Los pueblos latinoamericanos se ven enfrentados a una cada vez más desigual distribución del ingreso, y una inflación incontrolable acompañada de la contención de sueldos y salarios la que necesariamente deriva en la toma de medidas de represión en contra de los trabajadores y en el debilitamiento de las organizaciones en las que basan su "poder de negociación".

Amplias capas de la población rural y campesina van incorporándose progresivamente a la masa de desempleados, la lucha de clases se agudiza, se acentúan las políticas de fuerza y progresivamente los grupos militares van ascendiendo al poder.

Vuscovik⁽²⁾ compara el tránsito del "crecimiento hacia afuera" a la "sustitución de importaciones" con la situación presente y expresa: "... el primero representó un modo distinto de expansión del mismo sistema, caracterizado como capitalismo dependiente; la crisis actual, en sus manifestaciones externas e internas, es la crisis del sistema. No es pues de extrañar que muchos de los escritos recientes centren su atención en cuestiones que tienen que ver con "el estilo del desarrollo" o "la calidad de la vida".

Esta última expresión, se incorpora por primera vez y con inusitada frecuencia al discurso de la educación sanitaria durante la VIII Conferencia realizada en París en 1973. En el logro de esta "calidad especial de la vida", la educación sanitaria tiene un rol básico⁽³⁾.

(2) Ibid p. 1413.

(3) Uno de los temas sobre los que se desarrollaron las ponencias era precisamente: "Una calidad especial de la vida"

Dicha función sería independiente de las condiciones económicas en las que se desarrolla la vida de los individuos, pues se intenta hacer aparecer aquí a lo educativo como un factor de "despegue" hacia el desarrollo.

El principio que sustenta este planteo supone que actuando sobre las conciencias se logrará el cambio de las conductas higiénicas y con ello el mejoramiento en las condiciones de vida.

Este tipo de planteos (en este caso auto-denominado "humanista")⁽⁴⁾ desprecia el análisis de las condiciones materiales de la sociedad en la que se desenvuelven los hombres sobre los que se ejerce una acción "espiritual". Frente al problema de la relación entre el pensamiento y la existencia se ubica en primer lugar a la conciencia, al espíritu, negando que la conciencia sea producto de la materia.

Desde este punto de vista, la historia de la educación sanitaria se reduciría al progreso de las ideas y los motores fundamentales de la historia serían los hombres instruidos (los héroes) encubriendo de esta manera el hecho de que en la base de las ideas se hallan las condiciones materiales de la existencia.

La instancia ideológica, como parte de la dominación social posee en esta etapa un rol muy definido:

(4) "El término desarrollo será considerado aquí en sentido humanista y no en el de los economistas que, con demasiada frecuencia, lo reducen a algunos elementos numéricos del Producto Nacional Bruto". Veinte años de Educación para la Salud, VIES, Ginebra, p. 145 y 147.

La vinculación entre el desarrollo de las economías latinoamericanas y las necesidades de expansión del sistema capitalista, es acompañada por un fenómeno particular :

"... gracias al desarrollo de las técnicas de difusión, representaciones colectivas que no emanan de la base económica, donde vienen a inscribirse, tienen la posibilidad de invadir todas las capas sociales". (5)

Los medios de comunicación controlados por las clases dominantes, tratan de ocultar la relación entre la base económica y la superestructura ideológica al importar las formas de las sociedades capitalistas desarrolladas sin importar los factores que dieron lugar a su crecimiento industrial. El medio masivo se encarga de desvirtuar el verdadero sentido del cambio a través de la constante alusión al cambio del propio sistema imperialista por el cual todo parece moverse pero nada cambia. (6)

(5) Mattelart, A. y otros; "Comunicación masiva y revolución socialista" Ed. Diógenes, México 1976, p. 32. Dadas las características de primera aproximación a una reseña histórica que tiene este trabajo, consideramos que el papel de los medios de comunicación de masa, quedará solamente mencionado dejando como proyecto futuro la profundización de este punto en especial.

(6) Una de las presentaciones hechas en la reunión de París en 1973, ejemplifica el concepto de cambio a que aludimos: "La rápida evolución del mundo actual hace correr el riesgo, en todo momento, de que vuelvan a ponerse en tela de juicio los valores en los que el hombre ha basado su integración en la sociedad. La adaptación mutua del hombre y de su medio de vida realiza un equilibrio; si uno de los componentes es modificado, es preciso, para mantener el equilibrio, facilitar los medios para una nueva adaptación"
VEINTE... op. cit. p 154-155.

Los hombres son llamados a integrarse en una comunidad mundial que es sólo la participación en una superestructura común impuesta por la potencia hegemónica. La creación de expectativas comunes intenta dar lugar a una falsa comunidad de intereses.

Así, la problemática de los países "subdesarrollados" es silenciada, no se hace mención a problemas críticos tales como la desnutrición pero se alude constantemente a las "enfermedades del progreso" que supuestamente son las prevalentes en todas las naciones:

"Las que más afligen a nuestra generación son las que, no sin propiedad, han sido rotuladas como enfermedades del progreso o del desarrollo. Entre ellas, las principales son los accidentes de tránsito, las enfermedades degenerativas, las cardiovasculares y muy especialmente las mentales"

Ibid. p. 104.

La difusión del "mito de la neutralidad de la tecnología"⁽⁷⁾ (por el cual el instrumento se confunde con el sistema que operacionaliza) es uno de los factores que facilita este proceso.

El carácter difuso del tecnocratismo hace más difícil identificar socialmente al emisor de los mensajes y permite a la ideología de dominación ser divulgada por todos los sectores sociales.

En síntesis las ideas que se llevan a la sociedad dependiente son aquéllas que son funcionales a la expansión del sis-

(7) "La mistificación de la tecnología reside en el hecho de querer hacer admitir que este objeto agota su sentido y saca todo su significado de su función instrumental aparente" Mattelard, op. cit. p. 37

tema capitalista. Los mensajes de educación sanitaria transmitidos masivamente, son en este sentido, selectivos y tendientes a lograr la desorganización y desmovilización de las clases dominadas.

El creciente interés por "la comunidad" es una de las líneas que se han manifestado claramente en la evolución de la educación sanitaria, tal como la hemos reseñado hasta este momento.

En la situación político-económica descrita, las acciones sobre los grupos obreros y campesinos que ejercen una gran presión social, deben ser cada vez más efectivas. La preocupación por encontrar estos caminos, se refleja en algunos de los encuentros realizados en este lapso, durante los cuales se discuten los modos de participación "reales" de "la comunidad" (8).

Tradicionalmente ésta se proponía como último en la secuencia de objetos receptores del mensaje de la educación sanitaria que comprendía primero al individuo y luego a la familia.

Este tipo de inducciones que parten del principio de que de la acción sobre un individuo se obtienen resultados inmediatos sobre la sociedad toda, encierra una visión distorsionada de lo social al entenderlo como suma de sujetos individuales y pretende hacernos caer en la creencia de que las situaciones injustas, producto de la estructura capitalista,

- (8) 1974: XXII Reunión del Consejo Directivo de la OPS:
"Servicios comunitarios de la salud y participación de la población."
1975: OPS Conceptos modernos sobre planificación participante.

pueden ser transformadas por la acción voluntaria de los hombres re-modelados por un proceso superestructural: la educación.

La secuencia individuo-familia-comunidad, nos es útil en este momento para analizar cómo la ambigüedad de "lo comunitario" se concretiza en "lo familiar" centrándose todos los esfuerzos de la educación sanitaria en este nuevo eje.

Como punto de partida afirmamos que en este período se mantendrá una tendencia creciente al control de la comunidad pero, que sin embargo, ésta adquirirá:

- UN CENTRO DELIMITADO DE ACCION: la familia
- DOS VIAS PRINCIPALES DE ACCESO A ESTA: la mujer y los hijos (especialmente los adolescentes).

La importancia de la familia como "célula social" ha sido analizada ampliamente desde distintos puntos de vista y de acuerdo a los intereses de clase a que se ligan los distintos discursos.

Consideraremos brevemente aquí el papel que juega la familia desde el punto de vista de la educación que allí recibe el individuo, con el objeto de enmarcar con mayor precisión las estrategias actuales que centran a los programas de educación sanitaria en esta institución.

La apología de la familia, de sus valores y función como conservadora de la "integridad" social han sido aludidos con tanta frecuencia que su existencia y conformación (padre, madre e hijos) aparecen como universales y ahistóricos. En otras palabras podríamos decir que la estructura familiar de

la burguesía funciona como modelo aparentemente indestructible e insustituible para todos los lugares y momentos históricos.

Debemos referirnos nuevamente a la comunidad primitiva⁽⁹⁾ para comprender que era allí adonde la comunidad como colectividad pequeña estaba compuesta por individuos libres, con iguales derechos adonde lo que se producía en común era distribuido en común e inmediatamente consumido.

Era en este medio en el que el niño se iba conformando poco a poco dentro de los moldes impuestos por todo el grupo, se educaba participando en las funciones de la colectividad. La educación no estaba confiada a nadie en especial sino a la vigilancia difusa del ambiente.

Las mujeres no estaban en un plano de sometimiento en relación a los hombres, sino que cumplían una función pública socialmente tan necesaria como la de éstos.

Cuando la sociedad primitiva se transformó en sociedad dividida en clases, siguiendo a la transformación de la propiedad, la situación social de la mujer sufre también un vuelco.

En el matrimonio por grupos o el matrimonio fácilmente disoluble la paternidad era difícil de reconocer y la filiación se transmitió por el lado de la madre.

La necesidad de perpetuar la riqueza privada a través de las generaciones y en beneficio exclusivo de los propios hijos, originó que la filiación paterna reemplazara a la materna y

(9) Como en el caso de la educación espontánea, Cap. Educación para la Salud hasta la década de los sesentas.

una nueva forma de familia, la monógama, apareciese en el mundo.

La mujer queda adscripta al cuidado de los hijos y el esposo y se centra en las tareas domésticas que carecen de valor social.

La familia patriarcal con base en la propiedad privada es pues, desde sus orígenes una institución conservadora del orden social injusto.

Estos elementos: rol de la mujer, valores que perpetúa la familia, bases sobre las que se asienta, nos sirven para comprender porqué en la actualidad se convierte en foco de atención para realizar la labor de educación sanitaria.

Aún hoy, a pesar de que la mujer se ha incorporado significativamente al mercado de trabajo, la responsabilidad principal por el cuidado de los hijos y todo lo relacionado con el hogar, sigue estando a su cargo. Sigue siendo entonces la principal transmisora de los valores dominantes en la sociedad, plasmados en la institución familia; el primer agente de socialización de las nuevas generaciones y por tanto su función es determinante en la formación de los elementos más tempranos de la personalidad.

Del análisis de las conferencias y reuniones de educación sanitaria se desprende que el eje sobre el que ésta se mueve en la actualidad es el ejercicio de una acción ideológica sistemática sobre los sujetos en su niñez y adolescencia.

Dos vías principales tomarán estos mensajes: la institución familiar (a través principalmente de la madre) y la institución escolar.

Pasemos a analizar los elementos que justifican esta afirmación:

Tomando en consideración las reuniones sobre educación sanitaria convocadas o patrocinadas por la OMS, por ejemplo, encontramos que hasta 1970, los temas que se discutían tenían un carácter más general que aquéllos que se enfocan a partir de este año.

De los tres encuentros efectuados en 1970, 1971 y 1972, dos se dedican a educación sanitaria para la planificación de la familia y el tercero a educación sanitaria en las escuelas:

"REUNIONES SOBRE EDUCACION SANITARIA CONVOCADAS (O PATROCINADAS) POR LA OMS"

<u>Fecha</u>	<u>Título</u>	<u>Lugar</u>
Diciembre de 1953	Comité de Expertos en Educación Sanitaria Popular	París
Octubre-noviembre de 1957	Comité de Expertos en Formación del Personal de Sanidad en Educación Sanitaria Popular	Ginebra
Mayo de 1959	Discusiones Técnicas celebradas con ocasión de la 12 ^a Asamblea Mundial de la Salud: "Educación Sanitaria Popular"	Ginebra
1961	Viaje de estudios interregional sobre educación sanitaria	URSS
Julio de 1962	Conferencia Interregional OPS/OMS sobre la preparación del personal graduado de salud pública para la educación sanitaria	Filadelfia

Noviembre de 1959	Comité de Expertos (OMS/UNESCO), Preparación del maestro para la educación sanitaria	Ginebra
Noviembre-diciembre de 1967	Comité de expertos en Organización y Evaluación de los Servicios de Educación Sanitaria	Ginebra
Diciembre de 1968	Grupo científico de investigaciones sobre educación sanitaria	Ginebra
Diciembre de 1969	Comité de Expertos en Enseñanzas de Higiene Dental	Ginebra
<u>Diciembre de 1970</u>	Grupo de Estudio sobre la Educación Sanitaria en la Planificación de la Familia	Ginebra
<u>Diciembre de 1971</u>	Reunión Mixta de Consulta UNESCO/OMS sobre planificación de la educación sanitaria en las escuelas	Ginebra
<u>Diciembre de 1972</u>	Reunión Mixta Interregional de Consulta UNESCO/OMS sobre comunicación y educación en planificación de la familia	Nueva Delhi

Fuente: OMS, Documento EB53/8 pag. 79, anexo 5, Dic. 1973

En cuanto a los simposios de carácter regional, vemos que en la región de las Américas y Asia Sudoriental, de diez casos, cuatro se centran en la discusión de estrategias educativas para la familia y uno para la escuela, en tanto que en años anteriores en ambas regiones encontramos una sola reunión que aborda estos temas:

REGION DE LAS AMÉRICAS

Septiembre de 1953	Conferencia regional sobre educación sanitaria	Ciudad de México
Abril de 1969	Seminario latinoamericano sobre la educación sanitaria en relación con la planificación de salud pública	Paracas, Ica
Agosto-septiembre de 1969	Seminario regional OPS/OMS sobre preparación de los profesionales sanitarios en materia de educación sanitaria y ciencias del comportamiento afines	Buenos Aires
Mayo de 1971	Grupo de Estudio Interdisciplinario OPS/OMS sobre el Proceso de Innovación Aplicado a Educación para la Salud	Washington, D.C.
<u>Abril de 1972</u>	Grupo de Consulta OPS/OMS sobre Educación para la Salud en Planificación Familiar	Washington, D.C.
<u>Septiembre de 1973</u>	Reunión de consulta OPS/OMS sobre la educación sanitaria en la preparación para la vida familiar de jóvenes y niños de edad escolar en América Latina	Caracas
Octubre de 1973	Discusiones Técnicas, Oficina Sanitaria Panamericana, XXII Reunión del Consejo Directivo; XXV Reunión del Comité Regional; Servicios de Salud Comunitarios y Participación de la Comunidad	Washington, D.C.

Noviembre de 1973	Seminario OPS/OMS sobre educación sanitaria para la Región del Caribe	Kingston
-------------------	---	----------

REGION DE ASIA SUDORIENTAL

Septiembre de 1956	Discusiones técnicas celebradas en la 9a. reunión del Comité Regional para Asia Sudoriental: Medios de mejorar la eficacia de la educación sanitaria escolar en Asia sudoriental	Nueva Delhi
Septiembre de 1957	Discusiones técnicas celebradas en la 10a. reunión del Comité Regional para Asia Sudoriental: Los medios de fomentar efectivamente la educación sanitaria popular en Asia sudoriental	Rangún
Noviembre de 1967	Seminario interpaíses sobre métodos de preparación, ejecución y evaluación de los programas de educación sanitaria	Nueva Delhi
Octubre de 1968	Seminario interpaíses sobre formación de personal de educación sanitaria	Nueva Delhi
<u>Noviembre de 1970</u>	Seminario interpaíses sobre la educación sanitaria en las escuelas	Bangkok
<u>Octubre de 1971</u>	Grupo de prácticas interpaíses sobre la producción, el empleo y la evaluación de los medios auxiliares de la educación sanitaria en las actividades de salud de la familia	Nueva Delhi

Noviembre de 1972	Grupo de trabajo interpaíses sobre formación práctica en educación sanitaria	Nueva Delhi
Octubre de 1973	Grupo de trabajo interpaíses sobre la función de los factores sociales, culturales y de educación en la planificación y la programación de servicios de puericultura	Katmandú
<u>Noviembre-diciembre de 1973</u>	Curso interpaíses de formación en métodos de investigación de las ciencias sociales aplicados a la educación para la salud de la familia	Bangkok

Fuente: OMS, Documento EB53/8 Pág. 81-81 Anexo 5, Dic. 1973

El mensaje dirigido a la mujer que se reitera en todas estas reuniones es la necesidad de la planeación familiar.

Linda Gordon⁽¹⁰⁾ al explicar el desarrollo que tuvo en Estados Unidos el movimiento en pro del control de la natalidad, considera que éste puede cumplir principalmente con tres funciones sociales:

1. Aumentar la libertad individual de las mujeres.
2. Controlar el crecimiento demográfico.
3. Mejorar y proteger la salud.

Tomando en cuenta esta caracterización encontramos que el pri-

(10) Gordon, L; "The politics of birth control, 1920-1940: the impact of professionals", Int. Journal of Health Services, vol. 5, no. 2, 1975, p. 253.

mer propósito (que se ligaría a cambios sociales profundos en las relaciones entre los sexos y entre las clases) no forma parte del discurso de los educadores sanitarios.

El control de la natalidad se focaliza considerando a la mujer como el personaje a través del cual se logrará la estabilidad familiar, la unidad social y especialmente el control de la población de los países "en vías de desarrollo".

Este último aspecto se presenta como la única solución posible a un problema universal: la subsistencia de las grandes masas de población amenazadas por la escasez de recursos.

El problema de control de la población tiene, bajo el capitalismo, el mismo tratamiento que otro tipo de fenómenos complejos, especialmente aquéllos ligados al desarrollo social. El manejo al que nos referimos consiste en la simplificación de la red de causas que lo provocan, en la reducción de sus leyes a otras de carácter simple, natural y mecánico; en este caso: "Disminuir la población para aumentar los recursos". (11)

La reducción de lo complejo a lo simple, de lo superior a lo inferior son el recurso con el que las clases dominantes distorsionan la verdadera explicación del problema:

Al producirse el crecimiento del trabajo productivo en base a la producción mecanizada, una parte cada vez mayor del capital se convierte en medio de producción. Consiguente-

(11) En este sentido, es representativa la figura extraída de: UNESCO, "Población y educación" que ilustra la portada de este período: "Actualidad".

mente, una parte cada vez menor, se transforma en fuerza de trabajo. Así, la acumulación de capital origina permanentemente un "ejército de reserva" o población obrera "sobrante". Esta parte "sobrante" resulta tal, no por comparación con los medios de subsistencia existentes, sino sólo por comparación con las exigencias de la acumulación del capital. Bajo el capitalismo no son utilizados completamente los recursos humanos de la sociedad, debido a que en él la finalidad de la producción es el lucro y no la satisfacción de las necesidades de la población".⁽¹²⁾

La subsistencia está ligada a las necesidades del hombre y éstas no son puramente biológicas sino que están determinadas social y culturalmente. Los medios de subsistencia, pues, no pueden ser establecidos independientemente de las circunstancias históricas y culturales específicas.

Lo mismo ocurre con los recursos ya que sólo pueden definirse en relación a un estado particular de desarrollo técnico, cultural e histórico de una sociedad específica.

Desde esta perspectiva, la escasez de recursos no es una situación inherente a la naturaleza sino que por definición tiene un origen indudablemente social y cultural. La distribución desigual de los recursos entre los miembros de las distintas clases sociales es el principio por el que se hace posible la sobrevivencia del modo de producción capitalista:

(12) SMULEVICH, B., "Críticas de las teorías y la política burguesa de la población", CELADE, Santiago de Chile, 1971, p. 17.

Subsistencia, recursos y escasez si se definen internamente al modo de producción, se convierten en conceptos dinámicos que cambian con el tiempo, y a los cuales no pueden fijárseles límites absolutos, los que por ende, tampoco pueden establecerse al crecimiento de la población.

Centrar el problema en el control del número de la población, tiene implicaciones políticas que Harvey señala claramente: "... si aceptamos una teoría de la sobrepoblación y la escasez de recursos pero insistimos en dejar intacto el modo de producción capitalista, esto inevitablemente dará como resultado en lo interno: políticas represivas contra una clase o grupo étnico y externamente políticas imperialistas y neo-imperialistas (...). El espectro de la sobrepoblación puede ser usado muy fácilmente para legitimar la represión y si, por alguna razón, una elite requiere una excusa para sus políticas represivas, el argumento de la sobrepoblación es el mejor diseñado para este propósito" (13)

La Unión Internacional de Educadores Sanitarios, en colaboración con el Proyecto Internacional para la Esterilización Voluntaria, contribuyó en 1974 a la organización de la IV discusión técnica de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública que se denominó: "El planeamiento de la familia y el medio ambiente".

Algunos elementos de apoyo a nuestras afirmaciones, surgen al considerar la expansión que ha tenido el proyecto, creado en 1972 por la "Asociación para la Esterilización voluntaria", organización privada, sin fines de lucro, compuesta por ciudadanos norteamericanos interesados en promover la

(13) En esta última parte del análisis nos basamos en el artículo de Harvey, D; "Ideology and Population Theory", Int. Journal of Health Services, vol. 4 no. 3, 1974. pp. 515-539.

contracepción quirúrgica como elemento esencial para el cuidado comprensivo de la salud familiar".⁽¹⁴⁾ que se basa en la provisión de financiamiento a grupos de otros países (incluyendo gobiernos, organizaciones voluntarias y religiosas y ciudadanos individuales) para la implementación de programas locales y nacionales.

Para llegar a ello se parte de la detección de líderes naturales de la comunidad llevando a cabo posteriormente acciones educativas que priorizan las de tipo "cara a cara" con las personas que potencialmente pueden ser esterilizadas,⁽¹⁵⁾ de las cuales las mujeres de los países periféricos ocupan el lugar principal. La evaluación de resultados hecha en la citada conferencia de Ginebra es un ejemplo de las políticas represivas a las que alude Harvey:⁽¹⁶⁾

En la década del treinta, mientras el gobierno norteamericano llevaba adelante una campaña para destruir al Partido Nacionalista de Puerto Rico que reclamaba la independencia, la Administración de Roosevelt incorporaba la planificación de la familia a los programas de salud, incluyendo la esterilización:

"En Puerto Rico, la esterilización como método de control de los nacimientos fue introducida por primera vez en los años treinta (...) hay estimaciones de que en 1965, alrededor de una tercera parte de todas las mujeres en edad reproductiva habían sido esterilizadas. Más sorprendente es

(14) International Project, "An important resource in the population field" (mimeografiado).

(15) Ver: Proceedings of the Asian Conference on Voluntary Sterilization, Schima, M., "The need for leadership and resources for information and education components of voluntary sterilization programs". Taiwan, 1975.

(16) Ver cita 13.

el hecho de que las mujeres portorriqueñas tienden a elegir la esterilización relativamente temprano en su ciclo reproductivo. En un estudio de 1965 se encontró que la edad media del momento de la esterilización era 26 años".⁽¹⁷⁾

En los últimos años del presente decenio, el proyecto ha tenido una importante penetración en los países de la periferia.

En un período de cinco años, el número de ellos con los que se establecieron contactos, aumentó considerablemente al pasar de cinco en 1973 a veintidós en 1977.

CRECIMIENTO DE ASOCIACIONES NACIONALES

--A continuación se describe el crecimiento dinámico de las Asociaciones Nacionales desde 1973.

		73	74	75	76	77
1) Número total de países con los que se han establecido relaciones	Países en Desarrollo	5	18	17	21	22
	Países Desarrollados	1	3	5	5	5
	Total	6	21	22	26	27
2) Número total de países con Asociaciones Nacionales o afiliadas que están legalmente registradas	Países en Desarrollo	1	4	12	14	13
	Países Desarrollados	1	1	2	5	5
	Total	2	6	14	19	18

(18)

(17) IV Discusiones Técnicas de la federación mundial de asociaciones para la salud pública, Ginebra, 1974, p. 15.

(18) Fuente: Proyecto Internacional, op. cit.

En el caso de América Latina, la expansión del proyecto se produce especialmente en la segunda mitad de la década del setenta en países (como México, Nicaragua, El Salvador, etc.) con tasas de natalidad muy elevadas.

Durante la VIII y IX Conferencias Internacionales de Educación Sanitaria⁽¹⁹⁾ encontramos que las ponencias también se centraron en la familia, en la mujer y especialmente en los adolescentes.

Ejemplo de ello son algunas de las presentadas en la última reunión:

- "Contracepción: lo fundamental en medicina preventiva"
- "Educación en planeamiento familiar y aceptación de técnicas anticonceptivas"
- "Grupos de discusión femeninos: una red de comunicación para las mujeres en el hogar"
- "Una educación sanitaria humanista: Rumbo al amor, la paz y la educación de los padres"
- "Una aproximación psicosocial a la educación sanitaria dirigida a adolescentes"
- "Grupos de discusión basados en relaciones humanitarias en las escuelas secundarias" ⁽²⁰⁾

En la Conferencia de París, bajo el nombre de:

- "Juventud: necesidad de paz y seguridad" o
- "La juventud en el mundo de hoy"

se inscribe como "problema" de salud a la actitud de una generación que comienza a elevar su nivel de conciencia y a participar en el cambio de la estructura social. ⁽²¹⁾

- (19) La IX Conferencia tuvo lugar en Ottawa y se denominó: "La Educación para la Salud y la Política de Salud en la dinámica del desarrollo".
- (20) IX Intern. Conference on Health Educ., Abstracts, Ottawa, Canada, 1976.
- (21) "El hombre debe reconocer su responsabilidad hacia los demás en lo que se refiere a problemas acuciantes tales como la contaminación, el rechazo de los valores tradicionales por los jóvenes y el hecho mismo de que el universo esté amenazado en su sustancia física, sus estructuras vitales y su equilibrio social", Veinte... op. cit. p. 98

La educación sanitaria en la etapa de integración del capitalismo bajo la hegemonía norteamericana, sigue pues, silenciando la verdadera problemática de salud de los países "dependientes", las acciones educativas se centran fundamentalmente en apoyar las políticas imperialistas de control demográfico y catalizar los conflictos sociales que se van agudizando progresivamente:

"... los jóvenes toman una parte más activa en la política y muestran claramente el deseo de intervenir en la fase de planificación y también en la de ejecución; no menos importante es su condenación de las injusticias y de las medidas discriminatorias que reducen el progreso político, económico y social (...) la educación para la salud debe conceder prioridad a su objetivo de reducir tensiones y fomentar la armonía en las relaciones humanas".⁽²²⁾

(22) Ibid p. 100.

Hasta década del treinta

- América Latina funciona como proveedora de materias primas a los países centrales.
- Gastos estatales orientados a mantener la estructura agro-exportadora de estos países (obras públicas)

- Comparte la característica de "Actividad de Beneficencia" que tiene la atención de salud.

Años de la Pre y Posguerra

- Inicio del proceso de "sustitución de importaciones"
- Etapa de desarrollo del proletariado latinoamericano
- "Populismo"
- Gastos estatales orientados a la reproducción y mantenimiento de la fuerza de trabajo (salud, educación, vivienda)

1951 y 1953 Creación de la Unión Internacional para la Educación Higiénica del Público en la I y II Conferencias realizadas en París.

1956: Roma, III Conferencia

1959: Dusseldorf, IV Conferencia

- Surge la educación para la salud como normatizadora de las acciones de las clases populares (especialmente el proletariado)
- Se incorporan al temario de discusión los problemas sociales originados por el cambio en el patrón de desarrollo bajo el nombre de "enfermedades sociales"

Década de los sesentas

- Revolución Cubana.
- Firma de la Carta de Punta del Este, por la cual se crea la Alianza para el Progreso. Exclusión de Cuba de la OEA.
- Intentos de reactivación de los mercados nacionales.
- Acuerdos de cooperación externa.

1962: Filadelfia "El hombre y su medio ambiente" Primera reunión realizada en continente americano y V en el orden mundial.

- Tendencia ideologizante que acompaña al proceso de "integración latinoamericana" liderado por Estados Unidos en sus intentos por aislar a la revolución cubana.
- Participación creciente de las fundaciones privadas en el financiamiento de las conferencias.

- Duplicación de los créditos públicos estadounidenses para Latinoamérica.

1965: Madrid, VI Conferencia: "La salud de las comunidades y la dinámica del desarrollo"

- Control de los grupos potencialmente revolucionarios de la sociedad a través del trabajo "comunitario".
- Predominancia de soluciones "técnicas" a los problemas de la educación sanitaria. Énfasis en el análisis del proceso de comunicación.

- Establecimiento de vínculos entre el ejército norteamericano y los de los países latinoamericanos.

1969: Bs. As., VIII Conferencia: "Comunicación y cambio de comportamiento"

- Apoyo norteamericano a las dictaduras militares que toman el poder.

Actualidad

- Integración económica mundial del capitalismo bajo la hegemonía norteamericana

1973: París, VIII Conferencia: "Veinte años de educación para la salud, balance y perspectivas"

- Se auto-define como "humanista" en oposición a las perspectivas de análisis "materialistas"
- Su discurso se transmite en forma cada vez más creciente a través de los "medios de comunicación de masas".

- Penetración directa en las economías dependientes a través de las corporaciones multinacionales.

1976: Ottawa, IX Conferencia: "La educación para la salud y la política de salud en la dinámica del desarrollo"

- Se fomenta la creación de expectativas comunes para lograr una falsa comunidad de intereses.
- Se silencia la problemática de los países dependientes predominando como tema de discusión las enfermedades de las sociedades capitalistas avanzadas.
- El control demográfico es uno de los temas prioritarios que se abordan.
- Las acciones educativas se centran en la familia y en los hijos (especialmente adolescentes).

- Latinoamérica: acrecentamiento de la masa de desempleados, inflación, contención de sueldos y salarios a través de la aplicación de políticas de fuerza.

- Ascensión de grupos militares al poder



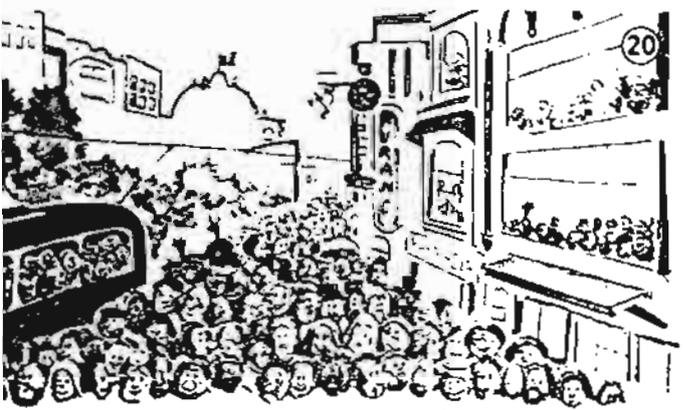
International Project Association
for Voluntary Sterilization



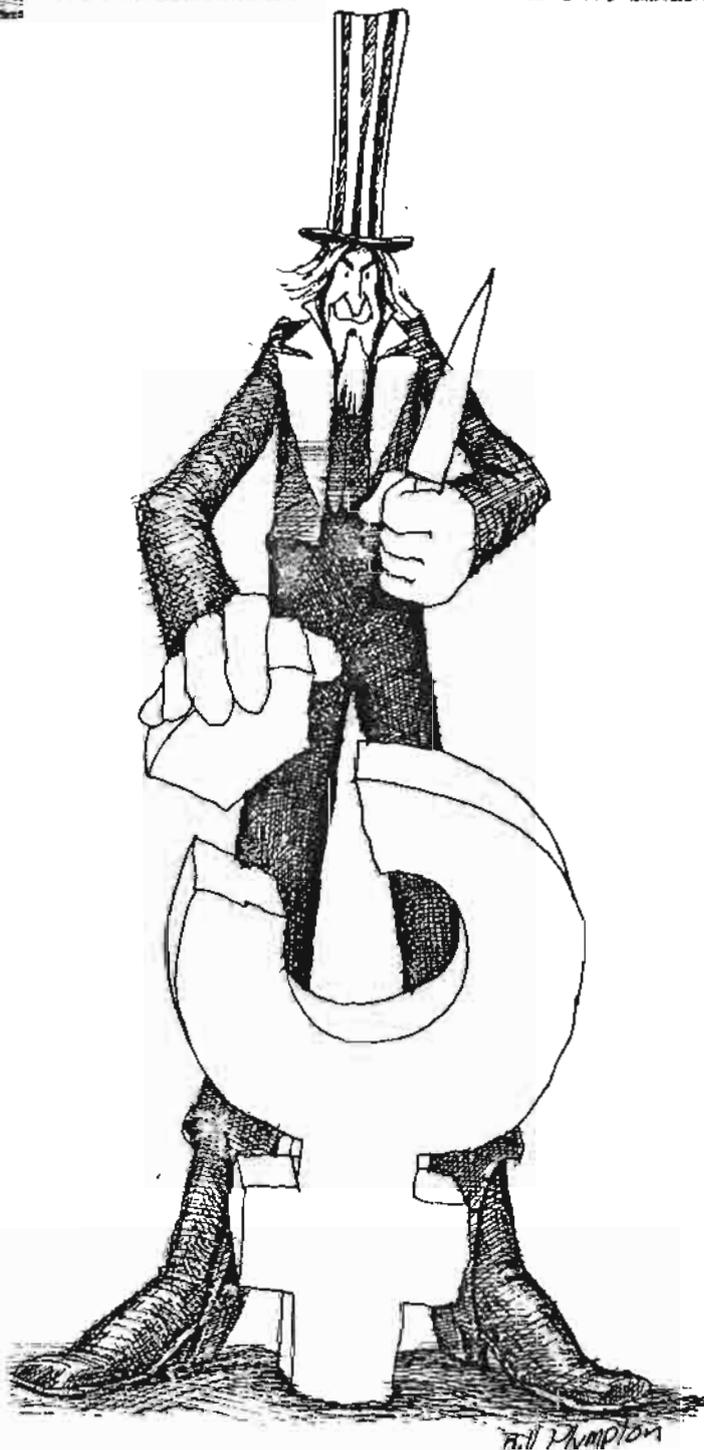
LOS SUELOS EMPOBRECIDOS Y LAS FAMILIAS NUMEROSAS HACEN
DIFÍCIL DE ALIMENTAR ADECUADAMENTE A LOS HOMBRES.



CUANDO UNA PARCELA EMPOBRECIDA NO RINDE LO SUFICIENTE PARA UNA
FAMILIA NUMEROSA, ALGUNOS TIENEN QUE EMIGRAR A LAS CIUDADES



UN PROBLEMA AÚN MAYOR QUE LA PRODUCCIÓN DE ALIMENTOS,
DESPUÉS DEL CONSTANTE AUMENTO DE LA POBLACIÓN



Bill Plympton

II

CONOCIMIENTOS
Y PRACTICAS EN SALUD
MATERNO-INFANTIL EN UN GRUPO
DE MUJERES PROLETARIAS

CONSIDERACIONES SOBRE
LA METODOLOGIA UTILIZADA

"Cuando la concepción del mundo no es crítica ni coherente, sino ocasional y disgregada, se pertenece simultáneamente a una multiplicidad de hombres masa, y la propia personalidad se forma de manera caprichosa: hay en ella elementos del hombre de las cavernas y principios de la ciencia más moderna y avanzada: prejuicios de las etapas históricas pasadas, groseramente localistas, e intuiciones de una filosofía del porvenir que será propia del género humano mundialmente unificado"

Gramsci, A., "El Materialismo Histórico y la Filosofía de Benedetto Croce"

A través de los "Comentarios sobre el desarrollo histórico de la Educación para la Salud" nos propusimos evidenciar que la existencia de ciertos hábitos en salud opuestos a los que el "saber científico" indica, se ha atribuido a la ausencia o distorsión de la información recibida por aquéllos que ponen en práctica las conductas calificadas como "erróneas".

La segunda parte de este trabajo intenta demostrar la debilidad de esta afirmación por medio del análisis de los elementos que intervienen - en mujeres de la misma clase social - como determinantes en la adopción o rechazo de ciertas conductas relacionadas con la salud de la madre y el niño.

La cita de Gramsci, referida a las clases subalternas introduce el problema en los términos en los que nos proponemos abordarlo, es decir, entendiendo al saber del grupo de mujeres proletarias en este caso, como un conjunto de categorías contradictorias y carentes de unidad. Estos atributos no derivarían de la falta de educación formal o del manejo de un pensamiento

simplemente "supersticioso", sino de la acción ideológica sistemática ejercida sobre ellas por la cual se lograría su participación acrítica en múltiples concepciones del mundo y la no percepción de que el obrar y el pensar puedan estar respondiendo a perspectivas diferentes.

El análisis intra-clase fue considerado como la vía más adecuada para poner de manifiesto estos aspectos y destacar la importancia que tiene en este sentido no solamente el lugar que se ocupa en el aparato productivo sino también la participación en el mismo en calidad de obrera.

Así, nuestro universo estuvo constituido por 70 mujeres proletarias: 35 esposas de obreros que se dedicaban a las tareas del hogar y 35 obreras que han trabajado como tales durante el período en el que se embarazaron y nacieron sus hijos. (1)

Al plantearnos la vía por la cual obtendríamos la información deseada, surgieron como posibilidades de trabajo, la realización de un número importante de cuestionarios con preguntas cerradas o la aplicación de la técnica de la entrevista a un grupo más reducido abarcando algunas cuestiones generales sobre las que las entrevistadas desarrollarían su pensamiento. Nos inclinamos por la segunda opción pues se consideró la más adecuada para un trabajo preliminar sobre la materia, tal como es el presente, que cumpliría una función fundamentalmente exploratoria de ciertos puntos básicos, de allí que el obtener profundidad en la información, hacía necesaria una relación muy personal con las entrevistadas. (2)

- (1) Ver características generales del grupo en Anexo I
- (2) Nuestra decisión estuvo condicionada también por el tipo del problema que Boltanski destaca acertadamente en relación al planteamiento de preguntas muy estructuradas: "éstas siguen el patrón del examen escolar y para ellas sólo hay una respuesta, la del libro del maestro, lanzando a un abismo de ignorancia a todos aquellos cuyo saber real se separa del saber legítimo y oficial" Boltanski, L; "Puericultura y moral de clase", LAIA, Barcelona, P. 56.

El carácter de los temas que se tratarían determinó que fuesen del sexo femenino las cuatro personas que realizarían las entrevistas.

Todas ellas fueron grabadas y transcritas por el mismo sujeto que sostenía la plática.

El equipo de trabajo realizó una etapa de entrenamiento durante la cual entre otros aspectos, se analizaron en profundidad los objetivos de la investigación global y los de la etapa de recolección y análisis de datos; se probó y modificó el instrumento y se discutieron materiales teóricos que contribuyeron a la homogeneización de criterios.

Las mujeres pertenecientes al grupo: esposas de obreros, fueron entrevistadas en sus domicilios que están ubicados todos en una colonia próxima a la fábrica donde trabajan sus compañeros, tratándose esta última de una planta textil cuya filial central se encuentra en Veracruz, estado del cual es originaria aproximadamente la cuarta parte de las señoras consideradas.

El grupo de obreras se desempeña en un establecimiento textil ubicado en la zona norte del Distrito Federal.

El horario de trabajo de este conjunto de personas seleccionadas para el estudio es de 14:30 a 22:00 hrs., contando con un descanso de media hora a las 6 de la tarde, momento éste en el que las entrevistadoras establecían las citas con las mujeres a fin de platicar con ellas en sus hogares.

Las treinta y cinco personas realizaban en la fábrica ta-

reas de revisadoras o coneras. (3)

Todas las mujeres estaban afiliadas a la misma institución de seguridad social.

La entrevista a la que se sometió a la totalidad del grupo constó inicialmente de once rubros (4) de los cuales se obtuvo una gran variedad de información por lo cual se procedió posteriormente a seleccionar los materiales más significativos para la elaboración del presente trabajo. (5)

(3) Las revisadoras verifican la calidad de la tela, trabajan frente a una máquina compuesta por dos rodillos y un tablero con luz blanca por el cual corre la tela. Cuando advierten una falla, paran la máquina y sacan con unas pinzas el hilo que está atravesado, desmanchan la tela con sustancias químicas, etc. Su tarea se hace de pie todo el tiempo. La actividad de las coneras es similar a la de las revisadoras, sólo que su tarea se centra en la revisión de la calidad del hilo.

(4) Ver Anexo II

(5) Especialmente se tomaron en cuenta los rubros 1, 2, 10 y 11.

A N E X O I

CUADRO I: Distribución del grupo de obreras y esposas de obreros según nivel de escolaridad.*

Escolaridad Grupo	NINGUNA		PRIM. INC.		PRIMARIA		MAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Obreras	3	8.6	13	37.1	16	45.7	3	8.6	35	100.0
No Obreras	1	2.9	21	60.0	13	37.1	-	-	35	100.0
T O T A L	4	5.7	34	48.5	29	41.4	3	4.4	70	100.0

CUADRO II: Distribución del grupo de obreras y esposas de obreros según estado civil.*

Estado Civil Grupo	SOLTERAS		CASADAS		DIVORCIADAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Obreras	9	25.7	22	62.9	4	11.4	35	100.0
No Obreras	-	-	34	97.1	1	2.9	35	100.0
T O T A L	9	12.8	56	80.0	5	7.2	70	100.0

* Fuente: Entrevistas realizadas para la presente investigación.

A N E X O I

CUADRO III: Distribución del grupo de obreras y esposas de obreros según lugar de nacimiento.*

Lugar de nacimiento Grupo	D. F.		INTERIOR		NO CONT.		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Obreras	10	28.6	24	68.6	1	2.9	35	100.0
No Obreras	9	25.7	26	74.3	-		35	100.0
T O T A L	19	27.1	50	71.4	1	1.5	70	100.0

CUADRO IV: Distribución del grupo de obreras y esposas de obreros según edad.*

Edad Grupo	HASTA 30 AÑOS		ENTRE 30 Y 40		MAS DE 40 AÑOS		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Obreras	9	25.7	15	42.8	11	31.5	35	100.0
No Obreras	5	14.2	13	37.1	17	48.7	35	100.0
T O T A L	14	20.0	28	40.0	28	40.0	70	100.0

* Fuente: Entrevistas realizadas para la presente investigación.

RUBROS GENERALES QUE SE EXPLORARON EN LAS ENTREVISTAS

- + 1. FRECUENCIA DE LA PARIDAD
- + 2. EDAD FERTIL
- 3. DIAGNOSTICO DEL EMBARAZO
- 4. ACTIVIDADES DURANTE EL EMBARAZO
- 5. ALIMENTACION MATERNA DURANTE EL EMBARAZO
- 6. CONTROL PRENATAL
- 7. ATENCION DEL PARTO
- 8. ACTIVIDADES POST-PARTO
- 9. CONTROL DEL RECIEN NACIDO
- +10. ALIMENTACION DEL RECIEN NACIDO
- +11. ABRIGO E HIGIENE DEL RECIEN NACIDO

CONCEPCION
DEL MUNDO Y CLASE SOCIAL

La situación de entrevista obligó a las mujeres proletarias a reflexionar sobre sus prácticas cotidianas en salud; esto puso de manifiesto su manejo de una serie de categorías disgregadas y contradictorias entre sí que servían para justificar su adhesión a ciertas reglas.

La falta de unidad y coherencia de los conocimientos son características propias de la concepción del mundo con que se manejan predominantemente los grupos hacia los que se focalizó nuestra labor; con ello nos referimos al sentido común, la "opinión", la "filosofía espontánea".

Adoptamos esta última expresión en el sentido en el que Gramsci la genera, es decir, partiendo de afirmar que todo hombre es filósofo puesto que cualquier expresión de actividad intelectual lleva implícita una determinada visión del mundo.

La participación simultánea en múltiples concepciones hace del sentido común un saber contradictorio, carente de organicidad en el cual se yuxtaponen elementos del "saber oficial" y del saber emanado de instancias "ilegítimas" tales como el medio social y familiar.

La religión - "la más gigantesca 'metafísica' aparecida en la historia" (1) - juega un papel fundamental en el ocultamiento de esta contradictoriedad. Al respecto Gramsci señala la serie de intentos que históricamente la Iglesia ha desarrollado para impedir la escisión entre la masa de creyentes "simples" y la de "intelectuales". La unidad ideológica se ha tratado de lograr "ejerciendo una disciplina de hierro sobre los intelectuales para que no sobrepasen ciertos límites en la diferenciación, haciéndola catastrófica e irreversible" (2)

Esto implica, necesariamente, mantener a las grandes masas en la filosofía del sentido común sofocando todo intento de pensamiento cuestionador o de comprensión crítica sobre sí mismas.

El pensamiento religioso no es por tanto, un pensamiento científico superador de pensamientos precedentes o, en términos de Bachelard "un pensamiento que sugiera otros pensamientos" (3)

Este autor establece una diferenciación muy estricta entre éste y el sentido común (que él denomina "opinión") llegando

- (1) Gramsci, "El Materialismo Histórico y la Filosofía de Benedetto Croce", Juan Pablo, Editor, México, 1975, p.12
- (2) Gramsci, A. "El Materialismo..." p. 19.
- (3) Bachelard, G., "La formación del Espíritu Científico", Siglo XXI; México, 1976.

a expresar que "experiencia científica es una experiencia que contradice a la experiencia común".

Lo común, lo cotidiano, ejerce un poder de seducción sobre el espíritu, esto produce la acumulación de una serie de experiencias "coloreadas" que se aceptan por su utilidad, por lo inmediato de su "verdad". La "inmediatez" de lo cotidiano es contraria al conocimiento científico pues éste se construye como respuesta a problemas; de allí que nada sea espontáneo y haya que desconfiar de las identidades más o menos aparentes.

Bachelard afirma que la opinión está conformada por una serie de observaciones yuxtapuestas, y coincide por tanto, en caracterizarla como un pensamiento carente de organicidad. (4)

Considera además que se halla invadida por imágenes, por metáforas, por analogías, por conocimientos usuales, por formas generales prematuras, por hábitos puramente verba-

(4) "La experiencia común no está COMPUESTA, ella no podría ser, creemos nosotros, efectivamente VERIFICADA" Bachelard, "La formación..." p. 14.

les que funcionarían como contra-pensamientos, como obstáculos al proceso del pensar. Este tipo de obstáculos son los que por ejemplo llevan a considerar una idea como clara sólo por el hecho de que es útil, traduciendo así necesidades en conocimientos.

Boltanski, se acerca en líneas generales a esta caracterización de lo que él denomina "saber popular".

Así expresa que "... es un saber en migajas (...) está constituido con fragmentos arrancados a conjuntos diferentes y de distintas épocas, separados de los sistemas ordenados, en cuyo seno tenían sentido..." (5)

Al intentar dar una explicación sobre las causas que dan lugar a esa falta de unidad, hace intervenir el concepto de "distancia social" entre las clases subalternas y las dominantes entendida como separación no sólo física, sino básicamente temporal, puesto que unas y otras serían contemporáneas sólo aparentemente ya que los conocimientos que son más usuales para cada una de ellas corresponderían a momentos diferentes en la evolución de la ciencia.

La incorporación del saber de las clases dominantes al de las clases dominadas se daría de un modo lento y fragmentado a través de un largo trabajo de reinterpretación y re-

(5) Boltanski, L; "Puericultura y Moral de Clase", LAIA, Barcelona, 1969.

formulación que permitiría incluir dicho saber en el sistema de valores y creencias sostenido por estos grupos.

Entre los mecanismos que harían posible este proceso, se encontraría la traspolación de esquemas de pensamiento de un terreno a otro, la reinterpretación ya sea racional o moral de estas parcelas del conocimiento que se presentan aisladas, sin una explicación del principio que las fundamenta.

Boltanski considera al modo de relación que establecen los miembros de las clases subalternas con el conocimiento como otra de las razones que harían imposible una incorporación inmediata del "saber oficial" a su propio saber. Con ello se refiere especialmente a la postura intelectual, adquirida según él principalmente en la escuela, (y que por tanto sería más frecuente en la clase dominante) por la cual un sujeto se enfrenta al conocimiento con categorías como "causalidad" o con la noción de "problema". En relación con ello es que expresa: "Al parecer, los miembros de las clases populares no intentan verificar si sus conocimientos son legítimos o, al menos, plantearse el problema de su verdad (...). Todo parece indicar que (...) están poco familiarizados con las nociones de "problema" o incluso de "causalidad". Si no parecen poseer lo que se suele llamar "espíritu de examen" es debido a que esa disposición mental,

lejos de estar igualmente repartida entre todos, es más que nada una disposición adquirida". (6)

Señala también que es adquirida la actitud de "prevención frente al porvenir" que subyace a la adopción de ciertas reglas que exigen una anticipación al hecho que se produciría en caso de transgredirse la norma. De allí que la transformación de determinadas prácticas no dependa tanto de la "receptividad" o "motivación" de los sujetos sino de la asunción de cierta "actitud frente a la vida" que se halla implícita en el mensaje educativo.

Gramsci entiende que el principal elemento que funda la "filosofía espontánea" es la fe, principalmente hace referencia a la fe en el grupo al cual pertenece el sujeto en cuestión.

Es interesante la importancia que da a la pertenencia o nó del expositor al grupo que constituye su auditorio. (7)

En este sentido considera que cuando ambas partes (expositor-auditorio) pertenecen a grupos distintos, la adquisición

(6) Boltanski, L; "Puericultura..." p. 83.

(7) Gramsci, "El Materialismo Histórico y la Filosofía de Benedetto Croce", Juan Pablo, Editor, México, 1975, p. 25.

de nociones nuevas no se logra con la sola exposición sistemática de las mismas ni con una argumentación minuciosa acerca de la incorrección de ciertas creencias.

Este fenómeno lo atribuye a la "imperatividad" del sentido común en cuanto produce normas de conducta y destaca, entre otros, un mecanismo peculiar en base al que se mueven los individuos para seguir conservando sus propias normas:

Cuando se está tratando de imponerle un discurso que no es el suyo, aunque el sujeto-auditorio no tenga la facilidad de expresión necesaria como para refutarlo (además porque su convicción acerca de la eficacia de ciertas prácticas es más emocional que intelectual); Sin embargo, recuerda vagamente que alguien de su mismo grupo, hizo en algún momento esa refutación que él no podría repetir, pero esa sola sensación le sirve de base para seguir manteniendo sus convicciones. El hecho de que éstas, además, sean puestas en práctica por tantos hombres como él, contribuye también a hacerle sentir aún más que no está equivocado, que un grupo tan numeroso no puede equivocarse, tal como el expositor "de fuera" le quiere hacer creer.

Este tipo de competencia entre los especialistas transmisores del saber "oficial" y del "no-oficial" no se da en

las clases altas puesto que tal como lo expresa Boltanski (8) haciendo referencia a la relación médico-paciente: "Por el contrario, en las clases superiores no hay ninguna autoridad propia del medio social que comparta la autoridad legítima de los especialistas (...). La explicación (...) se debe fundamentalmente a que el médico y su cliente pertenecen a la misma clase social, es decir al mismo "medio", ya que con frecuencia el médico de la familia es un amigo de la familia o incluso un miembro de la familia".

Los resultados de una serie de encuestas le permiten afirmar que la pertenencia o no pertenencia del que transmite el mensaje educativo a la misma clase social del que recibe la información, determina las características que adopta la comunicación. El saberse compartiendo un lenguaje común con el receptor condiciona el que las explicaciones sean más largas y ricas en detalle y que el tono en que éstas se den sea menos impositivo que el que se adopta en el caso de una relación entre miembros de clases sociales distintas.

Es necesario aquí hacer una aclaración sobre el modo en que Boltanski conceptualiza el término "clase social" y nuestro

(8) Boltanski, L; "Puericultura..." p. 72.

propio modo de caracterizarlo.

Muchas de las explicaciones que este autor da acerca de la introducción de reglas de higiene en las "clases bajas" son perfectamente válidas y referibles al caso del grupo de mujeres proletarias que hemos entrevistado, tal como se verá más adelante. Sin embargo, cuando expresa: "... la adhesión a las reglas de puericultura nunca es idéntica en las clases bajas y en las altas, o lo que es lo mismo, en los que tienen un bajo nivel de instrucción y en los que tienen un nivel de instrucción elevado" (9), el contenido que da al término clase social se funda básicamente en el acceso que los sujetos tienen a la instrucción formal.

Este tipo de categorización entendemos que no es la más acertada para dar una explicación de las desigualdades sociales ya que otorga al aparato educativo un papel privilegiado como medio de "nivelación social" y deja incuestionada la creencia tan difundida de que la igualización de oportunidades de acceso al sistema educativo determinaría cambios en la estructura de clases. El carácter de

(9) Boltanski, L; "Puericultura..." p. 82.

clase de la sociedad, queda reducido de acuerdo con esto a un problema de desigualdad de oportunidades de recorrer los distintos niveles educativos de una institución que fundamentalmente sirve al mantenimiento del orden social vigente.

El término "clase social" es definido en el presente trabajo, de acuerdo a la concepción marxista clásica: "Las clases son grandes grupos de hombres que se diferencian entre sí por el lugar que ocupan en un sistema de producción históricamente determinado, por las relaciones en que se encuentran frente a los medios de producción (relaciones que las leyes fijan y consagran), por el papel que desempeñan en la organización social del trabajo y, por consiguiente, por el modo y la proporción en que perciben la parte de la riqueza social de que disponen" (10). Las mujeres proletarias entrevistadas para nuestro trabajo se ubicarían dentro de la clase no poseedora de los medios de producción. Su lugar en este grupo social no estaría determinado pues, por el grado de escolaridad alcanzado por ellas, ni por su edad, lugar de nacimiento u otras variables no determinantes de su ubicación social como "clase subalterna". Dicha situación de subordinación a otra clase es el elemento principal que daría sentido a la serie de características

(10) Lenin, "Marx, Engels, marxismo", Ed. Progreso, Moscú, p. 479.

que se han enumerado sobre el modo de pensamiento de esta clase que al ser privada de los medios de producción lo es también de una concepción autónoma y unificada de la realidad que le permita visualizar su condición de oprimida. Bajo este contexto, intentaremos demostrar que la educación formal no tiene mayor influencia en la adopción de ciertas prácticas en salud materno-infantil y que sin embargo, si la poseen otros factores no suficientemente explorados, tales como el trabajo en la fábrica.

Este tipo de análisis nos permitirá comprender las causas por las cuales la relación entre "lo que se sabe" y "lo que se hace" no es lineal y destacar los factores determinantes de la existencia de áreas en las cuales esta contradicción es mayor que en otras.

En nuestra exploración del "sentido común", pues, no nos orientamos a la búsqueda de "verdades", (11) sino más bien al logro de un acercamiento crítico a esta particular concepción del mundo para contribuir a tornarla consciente y a partir de allí empezar a construir alternativas que generen una visión cada vez más totalizadora del mundo.

(11) "... el sentido común es un concepto equívoco, multiforme, y (...) referirse al sentido común como prueba de verdad es un contrasentido" Gramsci, A. "El Materialismo..." p. 126.

TAMAÑO DE LA FAMILIA

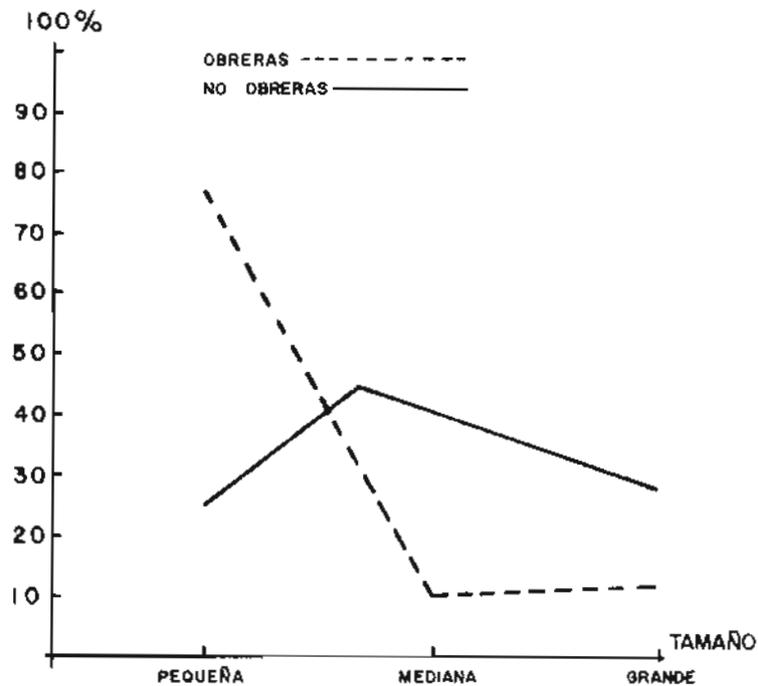
La exclusión de la mujer del juego social, se ha justificado frecuentemente a través de su supuesta inferioridad fisiológica frente al hombre. Su condición femenina se vincula así, fundamentalmente al ejercicio de la maternidad, de allí que la gama de conductas socialmente toleradas se vaya reduciendo en la medida en que se aleja de esta función que definiría su naturaleza.

La primera parte de la entrevista realizada se introdujo en algunos de estos aspectos a través de la investigación del tamaño de la familia de las mujeres seleccionadas, su conformidad o inconformidad con el número de hijos que habían tenido y las diversas razones que hacían coincidente o no el número "real" con el "ideal".

Un ordenamiento de los datos según el criterio por el que se establecieron los dos grupos, arrojó diferencias en este sentido:

CUADRO V: Distribución de las obreras y esposas de obreros según el tamaño de su familia.*

GRUPO	TAMAÑO DE LA FLIA.	PEQUEÑA		MEDIANA		GRANDE		TOTAL	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
OBRERAS		27	77.2	4	11.4	4	11.4	35	100.0
NO OBRERAS		9	25.7	16	45.7	10	28.6	35	100.0
TOTAL		36	51.5	20	28.5	14	20.0	70	100.0



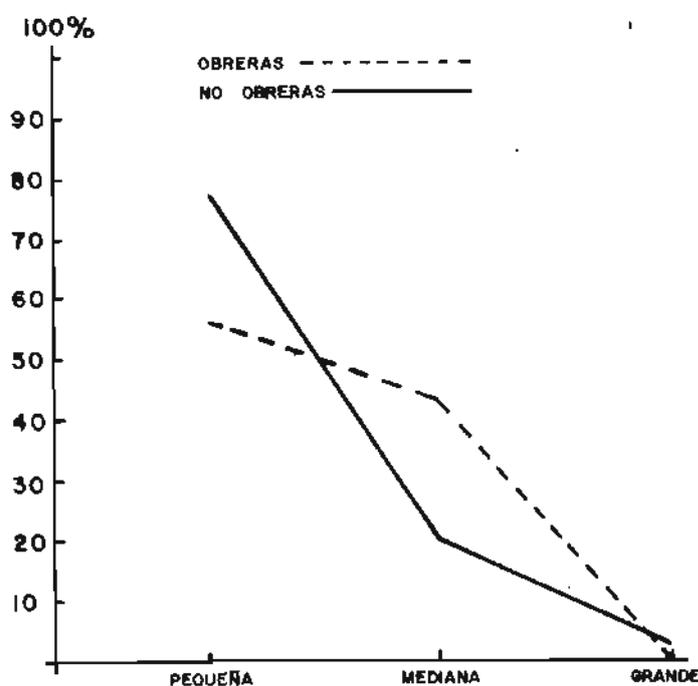
GRAFICA I: Distribución porcentual de las obreras y no obreras, según el tamaño de su familia.*

* Fuente: Entrevistas hechas para esta Investigación. Los términos pequeña, mediana y grande no se emplearon durante la entrevista, sino que surgen de una categorización posterior por la cual familia pequeña es aquella que cuenta con un máximo de 3 hijos; mediana: entre 4 y 6 hijos y grande: 7 o más hijos. El término hijos incluye a todos los nacidos aunque no estuviesen vivos en el momento de la entrevista.

Mientras en el grupo de obreras, el porcentaje más alto (77.2%) se encuentra entre las que tienen una familia pequeña, en el de no obreras, este tamaño es el que ocupa el último lugar, ubicándose las cifras más altas primero en el tipo de familia mediana (45.7%) y luego en el grande (28.6%).

CUADRO VI: Distribución de las obreras y esposas de obreros según el tamaño de familia que consideran como "ideal"*

TAMAÑO "IDEAL" GRUPO	PEQUEÑA		MEDIANA		GRANDE		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
OBRERAS	20	57.1	15	42.9	-	-	35	100.0
NO OBRERAS	27	77.1	7	20.0	1	2.9	35	100.0
TOTAL	47	67.2	22	31.4	1	1.4	70	100.0



GRAFICA II: Distribución porcentual de las obreras y no obreras, según el tamaño "ideal" de familia.*

* Fuente: Entrevistas hechas para la presente investigación.

Los datos del Cuadro VI y la Gráfica II se refieren a las respuestas dadas por las entrevistadas en relación al tamaño de familia considerado "ideal". La comparación de las Gráficas I y II muestra que para la población total, las curvas de distribución del tamaño "real" e "ideal" no son coincidentes. Esta falta de coincidencia, sin embargo, tiene características particulares que señalaremos a partir del análisis del siguiente cuadro:

CUADRO VII: Distribución de las obreras y no obreras según el tamaño "real" e "ideal" de familia.*

TAMAÑO REAL TAMAÑO IDEAL	PEQUEÑA		MEDIANA		GRANDE		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
PEQUEÑA	26	55.0	14	30.0	7	15.0	47	100.0
MEDIANA	10	45.4	6	27.2	6	27.2	22	100.0
GRANDE	-	-	-	-	1	100.0	1	100.0

Con respecto al comportamiento de las 70 mujeres en su conjunto podemos decir que el tamaño que con más frecuencia se señaló como "ideal" fue el pequeño, en primer lugar entre aquellas señoras que tenían una familia con esa misma característica y en segundo lugar entre las que tenían una familia mediana.

* Fuente: Entrevistas hechas para la presente investigación.

El análisis de esta misma información en el grupo obrero y no obrero separadamente pone de manifiesto ciertos patrones de conducta peculiares para cada uno de ellos:

CUADRO VIII: Distribución del grupo obrero según tamaño "real" e "ideal" de familia.*

TAMAÑO REAL TAMAÑO IDEAL	PEQUEÑA		MEDIANA		GRANDE		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
PEQUEÑA	18	90.0	2	10.0	-	-	20	100.0
MEDIANA	9	60.0	2	13.0	4	27.0	15	100.0

Ninguna obrera manifestó que el tamaño de familia "grande" era su ideal. Tal como se observó en el Cuadro VII, las mujeres que expresaron más frecuentemente su preferencia por una familia pequeña, fueron aquellas que tenían un grupo familiar de esas mismas dimensiones. El más alto porcentaje de mujeres que querían constituir (o haber constituido) una familia mediana se encontró entre las que tenían entre 1 y 3 hijos (pequeña). Entre las obreras, entonces, hallamos un grupo que muestra inclinación por tener un número de hijos mayor que el que ya posee.

*Fuente: Entrevistas hechas para la presente investigación.

CUADRO IX: Distribución del grupo no obrero según tamaño "real" e "ideal" de familia.*

REAL IDEAL	PEQUEÑA	MEDIANA	GRANDE	TOTAL
	No. %	No. %	No. %	No. %
PEQUEÑA	8 30.0	12 44.0	7 26.0	27 100.0
MEDIANA	1 14.0	4 57.0	2 29.0	7 100.0
GRANDE	- -	- -	1 100.0	1 100.0

Al analizar el Cuadro IX en el que se encuentran los datos correspondientes a las no obreras, observamos que la característica "idealización de un tamaño mayor de familia que la que se ha constituido" se da en este grupo en un porcentaje menor que en el anterior (14.0% en no obreras y 60.0% en obreras).

La familia pequeña fue señalada como "ideal" con más frecuencia, por aquellas mujeres que tenían entre 4 y 6 hijos (familia mediana). Finalmente, las que habían constituido familias grandes expresaron disconformidad (excepto en un caso) con un núcleo familiar de tales dimensiones.

* Fuente: Entrevistas hechas para la presente investigación.

LUGAR QUE OCUPA LA INFORMACION EN LAS EXPLICACIONES
TRADICIONALES SOBRE EL TEMA

Un pequeño texto del "Programa de Paternidad Responsable de la Secretaría de Salubridad y Asistencia" (1) introduce ciertas explicaciones que clásicamente se han dado a este tipo de fenómenos:

"La familia mexicana actualmente está formada por un número de cuatro a cinco hijos. En el campo, el número de descendientes es mucho mayor, debido a causas socio-culturales ancestrales, no obstante, hay un deseo de tener menos hijos, sólo que la información y educación al respecto aún no ha llegado, debido a que en nuestro país hay alrededor de 15 mil localidades de menos de 500 habitantes, en su mayoría indígenas monolingües, a los cuales resulta difícil hacer llegar un mensaje de salud o en cualquier otro sentido"

- (1) Fragoso, L; Scarpita, H; Tomassi, N; Garcilita, C; Camus, G.: Paternidad Responsable. Planificación Familiar. Una tesis de proyección social; en Rivera, M; Guzmán, C. "Los Despobladores, SPAUNAM, México, 1977.

En primer lugar podríamos detenernos en el análisis de la expresión "familia mexicana" para preguntarnos si existe en realidad esta estructura familiar generalizable a todos los individuos agrupados bajo la nacionalidad mexicana.

En este sentido, podemos decir que no solamente la aproximación a un análisis según clase arroja diferencias importantes en cuanto al número y roles de sus miembros, sino que la investigación al interior de una misma clase social (de lo cual es un ejemplo la presente) muestra que no existe una única constelación familiar que pudiésemos llamar "la familia mexicana" y que el uso de estos tipos ideales no es más que el intento por asimilar a los miembros de las clases subalternas a la estructura familiar burguesa cuyos orígenes y funciones hemos mencionado en la primera parte de este trabajo (2). De hecho, dentro del mismo texto se reconoce que existen grupos que no se ajustan a este patrón ideal indicando que sobre ellos deben centrarse las acciones de asimilación al mismo.

Esto último se lograría a través del acceso de todos

(2) Ver págs. 40 a 42.

a la información y educación:



El principio lineal: información → cambio de conducta que subyace a este discurso entiende a la reducción del número de hijos como resultado básicamente del conocimiento de los métodos de control natal.

(3) Secretaría de Salubridad y Asistencia, "Mirando al futuro" (folleto mimeografiado)

DEFINICION DEL ROL SOCIAL DE LA MUJER

El análisis del rol que cumplen los distintos miembros de la familia, especialmente la mujer, nos da una perspectiva más amplia del problema, así:

Para la mujer de la burguesía y pequeña burguesía que trabaja fuera de su hogar y decide reducir el número de hijos, este hecho posee un significado diferente al que tiene para la mujer proletaria. En las primeras, la decisión proviene de una nueva definición del rol femenino que, con el trabajo fuera de su casa, se carga de nuevos contenidos. Su vida se valoriza y reestructura de modo tal que sus tareas domésticas y especialmente la maternidad son postergadas en función de otras áreas de interés que surgen al incorporarse a la producción.

Las mujeres de esta clase social viven dicha situación con cierto grado de conflicto pero éste es diferente al de la mujer obrera que se ve impulsada a un trabajo alienante por necesidad económica y que no encuentra en él una fuente de gratificación a su vida diaria (4) sino una carga más

(4) "Mi trabajo es muy pesado, se cansa uno mucho de estar tanto de pie y luego que uno quiere hacerlo bien para que no la regañen..." (O, Ent. #2, I,III) Obrera, entre vista #2, número real de hijos: I, número "ideal": III.

que se suma a las que ya tiene en el hogar. Así, se enfrenta a la necesidad de tener menos hijos porque su papel dentro de la casa no se modifica aunque tampoco se modifica su definición de "lo que es ser mujer". Esta sigue siendo la que tradicionalmente se le ha impuesto: (5)

"... la mujer nació para ser madre y yo digo que si no se realiza pues no se es completa mujer (...). Hay que tener pocos (hijos) porque después se crían, y más que uno que trabaja, deficientes... Uno se gasta sus energías en el trabajo y luego creo yo, ellos salen deficientes de que las energías que una mujer que no trabaja tiene" (O,Ent. #32, I, II).

Esta definición es compartida por las mujeres de su misma clase que se dedican exclusivamente al trabajo en el hogar y que desde esta perspectiva serían las que cumplirían con su rol femenino de una manera más satisfactoria:

"La mujer nació para tener hijos, sinó no es mujer, no

- (5) "El fin social de la mujer entre nosotros, que no tenemos más reínas que las virtudes personales, es, generalmente hablando, el de ser un día esposa y el de ser otro madre (...). Ser, pues, madre es llenar los designios de Dios en la creación y destino del hombre. ¡Sublime misión! La mujer no manda, es verdad, no combate, no consagra, no legisla, pero siendo esposa y madre recupera, en algún tanto, lo que se le ha usurpado; desempeña también todas esas misiones"

M. Martín A. Piñero, "Misión de la mujer en la sociedad", *El Hijo del Trabajo* a 4, vol. 3, núm. 143, 20 de abril de 1879 p. 2; citado en "La mujer y el movimiento obrero mexicano en el siglo XIX", Centro de Estudios Históricos del Movimiento Obrero Mexicano, México, 1975.

es mujer verdadera, ¿verdad? (E. de O, Ent. #10, VI, III)

La religión contribuye al mantenimiento de esta definición que da lugar a que a la opresión ligada a la ubicación en cierta clase social se sume la que deriva de la pertenencia a determinado sexo:

"... una mujer que no tiene hijos,
según cuestión religiosa, es una
mujer de poca estima...me parece"
(E. de O, Ent. #13, IX, IX)

Las obreras reducen pues, el número de hijos pero su decisión no proviene de haberse informado adecuadamente sobre las ventajas del espaciamiento y limitación de los nacimientos, sino que se trata de una respuesta a la situación objetiva que se le presenta al tener que cumplir simultáneamente con el rol de obrera y de ama de casa.

AGENTES "FORMALES" E "INFORMALES" DE TRANSMISION DEL CONOCIMIENTO

La incorporación de esta mujer al mundo del trabajo pues, no significa "per se" una "liberación" puesto que debe seguir llevando a cabo las funciones que le han sido asignadas por una división sexista del trabajo.

Dicha situación es la que la motiva a la búsqueda de información sobre cómo evitar los embarazos, lo que se vive ge-

neralmente con temor (6) precisamente porque esta práctica entra en contradicción con la definición que posee de su rol sexual y con muchas de las concepciones yuxtapuestas que van estructurando el cuerpo de conocimientos con el que se maneja. Este se conforma a través de diversas fuentes que ejercen un mayor o menor grado de autoridad y de influencia en el origen y mantenimiento del conflicto. Dichas fuentes pueden ser por ejemplo:

- Personajes de la comunidad que ejercen cierto ascendiente sobre la entrevistada por su pertenencia al mismo grupo que ella:

"... entonces después decían unaq personas de aquí que cuando naciera ese hijo iba a nacer con defectos, que por las pastillas, pero el niño no tiene nada pues hablan de que les pueden faltar las manos o los pies" (O; Ent. #11, III, III).

- Individuos con los que establece una relación indirecta a través de relatos hechos por otras personas. La veracidad que estas anécdotas poseen para las entrevistadas se basa-

- (6) "Yo los he ido criando, poco a poco, como Dios me da a entender y como hemos podido...pos, nos han dicho muchas gentes, doctores, pos nos han dicho que poco más o menos así como le estoy diciendo, que es mejor vivir con que sean tres hijos a que sean más (...) yo creo que los hijos que tenemos puedo decir que fueron por amor pero cuando uno se controla tiene ese miedo, porque el miedo a la controlación es un miedo..." (O; Ent. #5, V, III).

ría en lo que Bachelard denomina: presentación de experiencias "coloreadas", cuya enorme carga de imágenes ejerce un gran poder de convicción sobre los sujetos:

"El control en cierto punto es bueno y en otro no, porque creo que vienen unas enfermedades... Una mujer de un pariente mío tomaba pastillas y se puso nerviosa y él quería hijos pero ella ya no y le decía que las pastillas y las pastillas y pues la dejó" (O; Ent. #35 II,III)

Las dudas sobre su decisión son por una parte de tipo moral: Esta ejerciendo incorrectamente su función de "ser para otros", de ser para el "señor" y para los hijos además de estar contraviniendo un principio religioso:

"Si Dios me los da... pus, que sea otro. Los que Dios me diera..." (E. de O; Ent. #25, VIII, VIII)

Esto se liga a una serie de dudas sobre las consecuencias que la adopción de un método de control natal puede tener sobre su salud. A esta incertidumbre contribuye el hecho de que:

"...la información médica que se transmite en el curso de la consulta es menos importante (cuantitativa y cualitativa mente) cuanto más abajo esté el enfermo en la escala social, por ser menor su capacidad para comprender y manejar el lenguaje científico del médico y resultar, en consecuencia, más débiles sus medios de presión sobre él" (7)

La información "científica" se le suministra como un catecismo que toma la forma de prescripciones a seguir, sin una explicación global que les de sentido (8) de allí que su

(7) Boltanski, L; "Los usos sociales del cuerpo", Periferia Bs. As., 1975. p. 42.

(8) "...por control del médico que me dijo que llevara yo la regla del mes, él me dió las instrucciones, yo las llevé señorita y son verídicas, ora sí que son verídicas porque no me hice nada, no tomaba yo nada y así tardé en salir embarazada" (O. Ent. #5, V, III)

fertilidad sea delegada en otro en base a la fe, actitud que el médico tiende a reforzar:

"... Con pastillas, que el doctor del Seguro me las quitó, pus yo tenía miedo, o sea me orientó y me dijo que quién me había aconsejado. Ah! bueno, le dije, es que sé que es pecado. Me dijo: ¿y quién se lo dijo? ¿El sacerdote? Bueno, no..., le dije. Porque si el sacerdote le dijo, venga y dígame para que yo le de una carta, para que le explique porqué usted no puede tener tan seguido como está teniendo (...) Yo pensaba tantito que era pecado y tantito que hacía daño, y que con el tiempo daba cáncer..."
(O; Ent. #33, IV, IV)

Decíamos en el capítulo anterior, (9) que Bachelard plantea que el conocimiento científico se construye como respuesta a problemas. El camino hacia el logro de este pensamiento más avanzado no supone hacer "tábula rasa" de toda la serie de experiencias acumuladas, pues son éstas precisamente las que funcionarán como conocimientos "en contra" de los cuales se va construyendo la nueva forma de pensar.

Frente a esta situación, se presentan dos tipos de mecanismos opuestos: Una tendencia por la cual se daría una búsqueda incesante de respuestas a nuevas cuestiones (espíritu FORMATIVO) y otra opuesta que se orientaría a la incorporación de aquellos elementos que confirman el saber y las prácticas ya establecidas rechazando los que, por el contrario, los contradicen (espíritu CONSERVATIVO).

El análisis de las entrevistas puso de manifiesto que este esquema lineal, erróneo y simplificado sobre cómo funciona el proceso de pensamiento (información → cambio de conducta) era mencionado muy frecuentemente por las mujeres con

(9) Ver pág. 75

familia grande como argumento justificador del elevado número de hijos que habían tenido.

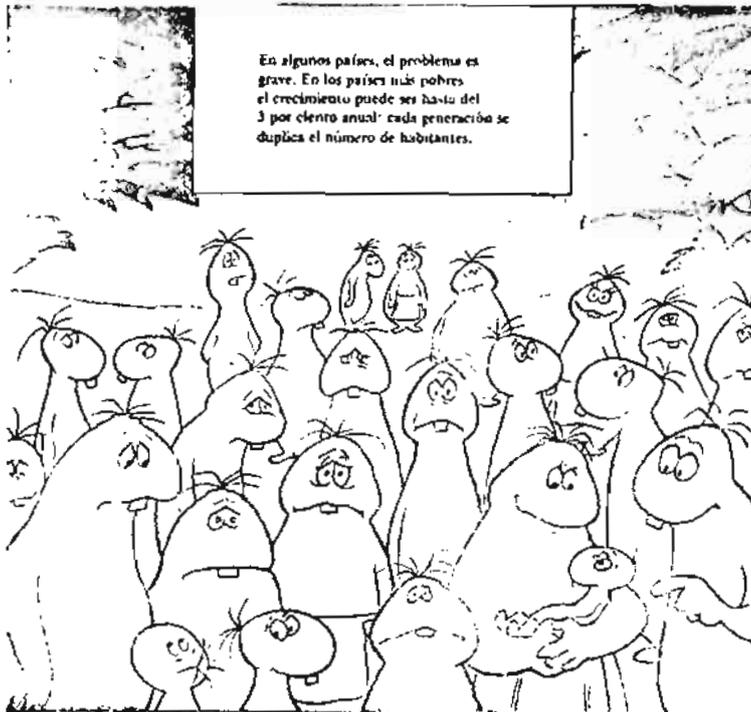
Así, la explicación que daban sobre "cómo funcionan sus cabezas" evidenciaba generalmente que la información, "las ideas" no se conciben como integradas a un proceso acumulativo o de encadenamiento, sino que se parte de un "vacío" de saber del cual las ideas surgen como "apariciones" que revelan una verdad que permanecía oculta y que, de haberse presentado en el momento oportuno, inmediatamente hubiese transformado los hábitos que se poseían:

"Pues cuántos hijos ... ora sí ni se piensa, una quiere tener hijos (...) pues cómo llegué a pensar, pues son cosas muy ... como le diré a usted, son cosas que de improviso vienen en la mente de uno (...)
Pues no, no se piensa... fíjese que no, ora sí, es uno chamaco, no piensa uno, uno vive sin pensar, yo le diré no tenía yo pensado yo tener muchos hijos, pues ya le digo a usted si yo hubiera... ora sí, que hubiera estado bien apta en conocimientos como los que hay ahora, pues le aseguro a usted yo nada más hubiera tenido dos, hasta ahí nada más" (E. de O. Ent. #34, VIII, II)

Ciertas argumentaciones propias de las campañas de "Planificación Familiar" funcionan también como elementos "conservadores", puesto que al presentarse de manera simplificada para poner de manifiesto lo evidente de su "verdad"

se transforman en "generalizaciones precoces" (10), en "obstáculos epistemológicos" en "contra-pensamientos" que bloquean cualquier análisis posterior. De allí que se incorporen exclusivamente como un elemento más a la justificación de porqué se debe reducir el número de hijos en las mujeres que no pueden llevar esto a la práctica puesto que ya tienen una familia numerosa:

"Pues yo diría, antes éramos pocos y ahora somos demasiados, ora sí hay que cuidarse. Pues antes se podían tener más.. pero ahora todo es más caro, además ya todo escasea, ya ve... antes hasta el oro se conocía, ahora se deben tener unos tres, ahora ya no podemos tener más" (E. de O. Ent. #18, VI, III)



(10) Bachelard, G., "La formación..." p. 69.

EN EL MUNDO NACEN 2 NIÑOS CADA SEGUNDO. 120 NIÑOS POR MINUTO!
 ¡ HAY QUE PARAR EL RELOJ!
 ¡ HAY QUE PARAR DE TENER HIJOS!
 CON RAZON SE ACABA TODO LO QUE SE SIEMBRA Y NO ALCANZA PARA TODOS **

Desde hace tiempo está causando preocupación el crecimiento de la población mundial...

¡Un crecimiento explosivo!

La población crece con rapidez cada vez mayor: el hombre vive hasta una edad más avanzada y cada vez mueren menos niños. Aumentan los nacimientos y el número de personas de edad; la población mundial crece a razón de más de 200.000 personas por día.

En algunos países, el problema es grave. En los países más pobres el crecimiento puede ser hasta del 3 por ciento anual: cada generación se duplica el número de habitantes.

Para muchas de ellas no habrá trabajo productivo... y quizá no haya ninguna clase de trabajo.

El problema es cada vez peor.

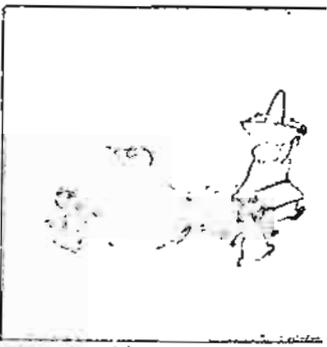
Una solución sería ... que tuviéramos menos hijos. (*)



La población crece con rapidez cada vez mayor: el hombre vive hasta una edad más avanzada y cada vez mueren menos niños. Aumentan los nacimientos y el número de personas de edad; la población mundial crece a razón de más de 200.000 personas por día.

Para muchas de ellas no habrá trabajo productivo y quizá no haya ninguna clase de trabajo.

El problema es cada vez peor.



Una solución sería ... que tuviéramos menos hijos

* 30,000,000, OIT, Programa de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población, Países Bajos, Junio, 1974.

** Alimentación y Paternidad Responsable (mimeografiado).

Esta situación nos indicó que el discurso oficial, al funcionar exclusivamente como "justificación" es en gran medida inefectivo en cuanto al fomento de prácticas más "avanzadas" y "racionales" en la regulación de la fertilidad puesto que estaría sirviendo como consolidador de un "espíritu conservativo" presente en aquellas mujeres cuyas prácticas pretendería cambiar.

LOS HIJOS Y SU FUNCION DENTRO DE LA FAMILIA

Los hijos de la mujer que se dedica a su hogar tienen un papel muy específico que contribuye a obstaculizar la adopción de un método de control natal. Este hecho se puso de manifiesto en la definición que se daba sobre qué son los hijos:

"Los hijos son la luz de la casa,
son los que adornan el hogar"
(E. de O, Ent. #14, V, V)

"Yo digo que sí son muy importantes los hijos, porque es la alegría de la casa, yo me he dado cuenta porque cuando mis niños se van a la escuela, yo me siento triste" (E. de O, Ent. #15, VI, III)

El hijo, elemento que hace a la esencia del "ser mujer" es centro de la serie de tareas de las que ella se ocupa.

Los niños contribuyen a aumentar la carga de trabajo en el hogar y con ello "cubren" el posible tiempo libre que le pudiera quedar a la madre, dado que, al ser sus intereses tan limitados, los espacios en los cuales los hijos

no están son fuente generadora de angustia.

Los niños son además, el lazo de unión más importante que tiene la pareja. Por una parte, la mujer trata de que se conviertan en "imán" que atraiga al hombre hacia la vida hogareña:

"... otro sería mucho para yo mantenerlo, pero sabe, a veces me gustaría tener otro para ver si así mi marido sienta cabeza, pero sabe por qué no lo hago, porque mis cuñadas tienen lengua de serpiente van a decir que es de otro hombre y entonces sí, sola, otro niño y entonces sí me deja". (E. de O. Ent. #18, VI, III)

El hombre, simultáneamente, ve garantizada la estabilidad de su relación matrimonial a través de la reclusión de su pareja en el hogar y de sus sucesivos embarazos:

"Pues yo pienso, ¿verdad?, mi esposo es muy celoso y año con año yo tenía que estar embarazada, yo no lo entiendo... no, ahorita es el resultado..."
(E. de O. Ent. #2, V, II)

Esta serie de elementos, nos hacen pensar, que en estos casos, la familia numerosa tiene una gran funcionalidad que hace que, aunque se adopte el discurso oficial sobre las ventajas de tener una familia reducida, esto quede simplemente al nivel de una simple expresión de deseos.

TAMAÑO DE LA FAMILIA DE ORIGEN Y NIVEL DE ESCOLARIDAD

Volviendo al texto del "Programa de Paternidad Responsable" seleccionado, consideraremos dos elementos más que se mencionan como factores determinantes en la constitución de una familia numerosa.

Por una parte, se hace referencia a "causas socio-culturales ancestrales". Esta expresión, aunque aparece poco definida entendemos que alude básicamente al bagaje de hábitos y costumbres que los individuos reciben por tradición social, especialmente a través de sus padres.

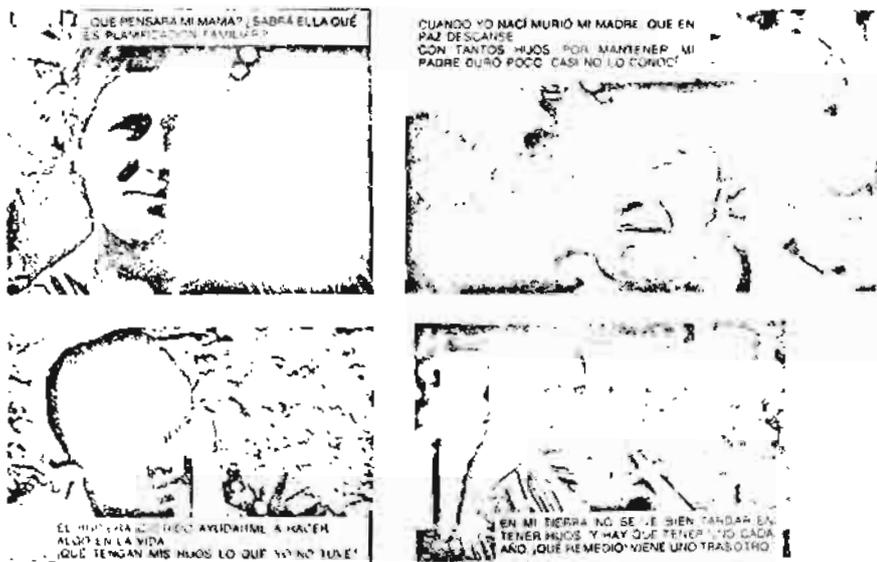
En este sentido, la familia como el lugar adonde se hacen los primeros aprendizajes, adonde se va logrando paulatinamente la propia independencia que comienza con la adquisición de las más tempranas destrezas motrices, va introduciendo en cada uno de sus miembros, ciertos modelos explícitos y otros no externalizados pero que se van aceptando como "naturales".

Entre ellos se encontraría el número de hijos que se debe tener.

El otorgar un efecto determinante a este tipo de factores considera al haber vivido en una familia numerosa como una experiencia que influye decisivamente en la reproducción del tamaño de familia grande.

Este principio es el que determina que gran parte de la acción ideológica de las campañas educativas se oriente hacia estos aspectos.

Una revista publicada como parte del Plan Nacional de Planificación Familiar nos ofrece un ejemplo de ello: (*)



(*) Plan Nacional de Planificación Familiar; "Manuel y María: un amor sin secretos" (mimeografiado) p. 2.

El grupo de mujeres considerado en esta investigación se distribuyó de la siguiente forma, de acuerdo con el tamaño de la familia de la cual eran originarias:

Cuadro VII: Distribución de las obreras y esposas de obreros según el tamaño de su familia de origen.*

TAMAÑO DE SU FAMILIA DE ORIGEN	PEQUEÑA		MEDIANA		GRANDE		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
GRUPO								
OBRERAS	7	20	11	31	17	49	35	100
NO OBRERAS	5	14	10	29	20	57	35	100
T O T A L	12	17	21	30	37	53	70	100

Los porcentajes más altos (49% y 57%) reflejan que la familia numerosa es el "modelo" más frecuente en ambos grupos, y que, la pequeña es por el contrario, la menos hallada (20% y 14%).

* Fuente: Entrevistas hechas para la presente investigación

Si el número de hijos que se tiene derivase en forma importante de la imitación del "modelo de familia" en el que se creció, las obreras por ejemplo, deberían provenir en mayor medida que las no obreras de un grupo familiar poco numeroso, puesto que esta característica es la más frecuente en las familias que ellas constituyeron.

Al hacer un análisis más profundo, a partir del cruzamiento de: tamaño de la familia de origen y tamaño de la familia propia, encontramos los siguientes resultados para el grupo total:

CUADRO VIII: Distribución de las obreras y no obreras según familia de origen y familia que constituyeron.*

FLIA QUE CONSTITUYERON	PEQUEÑA		MEDIANA		GRANDE		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
PEQUEÑA	6	66.6	1	11.1	2	22.2	9	100.0
MEDIANA	11	45.8	7	29.1	6	25.0	24	100.0
GRANDE	19	51.3	12	32.4	6	16.2	37	100.0

Existe una tendencia generalizada a reducir el tamaño de las familias observándose que el porcentaje más alto

* Fuente: Entrevistas hechas para la presente investigación.

en el grupo de mujeres que provenían de familias numerosas se encuentra entre las que constituyeron pequeñas (51.3), por lo cual puede afirmarse que el grupo familiar del cual son originarias no ha jugado en este caso como modelo de imitación. Lo mismo sucede con las que eran originarias de familias medianas pues el 45.8% de ellas tienen entre 1 y 3 hijos.

Esta afirmación que hacemos para las setenta entrevistadas en su conjunto es cierta también para el caso particular de las obreras cuando son consideradas en función de estas mismas variables:

CUADRO IX: Distribución del grupo obrero según familia de origen y familia que constituyeron.*

FLIA QUE CONSTITUYERON	PEQUEÑA		MEDIANA		GRANDE		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
PEQUEÑA	5	71.4	1	14.2	1	14.2	7	100.0
MEDIANA	8	72.7	1	9.0	2	18.1	11	100.0
GRANDE	14	82.3	2	11.7	1	5.8	17	100.0

Fuente: Entrevistas hechas para la presente investigación.

El hallazgo del más alto porcentaje (82.3) en la misma casilla que en el cuadro general, (o sea en el que se refiere a las obreras originarias de una familia de más de 6 miembros pero que tuvieron entre uno y 3 hijos) indica que en este grupo se repite la característica hallada: No se ha dado una reproducción del tamaño de familia numerosa entre los sujetos originarios de grupos familiares con esas dimensiones.

Haciendo el mismo análisis para las no obreras se observa esta misma tendencia general, pero con ciertas particularidades:

CUADRO X: Distribución del grupo no obrero según familia de origen y familia que constituyeron*

FLIA QUE CONSTITUYERON	PEQUEÑA		MEDIANA		GRANDE		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
PEQUEÑA	1	50.0	-		1	50.0	2	100.0
MEDIANA	3	23.0	6	46.1	4	30.7	13	100.0
GRANDE	5	25.0	10	50.0	5	25.0	20	100.0

Fuente: Entrevistas hechas para la presente investigación.

De las treinta y cinco señoras entrevistadas que realizan exclusivamente tareas en su hogar, aquellas originarias de núcleos familiares medianos o grandes formaron familias que denominamos medianas. Esto evidencia que sus patrones de reproducción coinciden con los de sus padres cuando se trata de familias medianas y que, por el contrario, difieren cuando provienen de familias con siete hijos o más. En lo que respecta a las mujeres originarias de familias pequeñas, consideramos que el reducido número de observaciones con que contamos no nos permite hacer inferencias sobre este grupo.

La no aparición del efecto que "las causas ancestrales" ejercen sobre los sujetos obedecería, según una explicación muy generalizada, (y aquí consideraremos al otro factor que se menciona en el texto citado)(13) a que poseen diferente grado de educación formal.

Lo peligroso de otorgarle un peso decisivo a este

elemento reside en que se llega a reducir toda la problemática social a la falta de acceso de ciertos sectores al sistema escolar. La escuela se presenta así como una institución neutra, libre de ideologías, acogedora exclusivamente del conocimiento científico y que proporciona a través del recorrido de sus diversas instancias la transformación progresiva de lo prejuicioso en lo racional.

Como decíamos en el capítulo anterior, (14), Boltanski considera que este "retraso cultural" obedece en realidad a que en una sociedad dividida en clases, las que tienen el poder son también las monopolizadoras de la invención y la creación, por lo cual son éstas las que transmiten las innovaciones a las clases subalternas quienes requieren de un tiempo y de una serie de reinterpretaciones para incorporarlas a su propio sistema de conocimientos y valores.

(13) Ver cita 2.

(14) Págs. 76 a 78.

Entiende además, que el paso por el sistema escolar diferencia a los individuos no tanto por la serie de conocimientos con que los provee sino porque produce la incorporación de ciertos esquemas típicos de aproximación a la realidad.

Entre ellos se encontrarían el "espíritu de examen" (que frente a un fenómeno, llevaría inmediatamente a indagar sus causas) y la "actitud previsora frente a la vida".

En este sentido, expresa que "la medicina preventiva requiere que los sujetos sociales adopten una conducta racional frente a la enfermedad que, replanteada como posible eventualidad en un plan de vida, puede ser dominada o superada por la previsión a largo plazo (y destaca) la profunda analogía que existe entre la medicina preventiva y las técnicas anticonceptivas, especialmente aquéllas que tienen un carácter ascético y se basan en una utilización racional del tiempo". (15)

La adquisición de estas categorías se daría, según el mismo autor, con la prolongación en la primaria superior y más especialmente en la secundaria.

(15) Boltanski, L; "Los usos..." p. 75 y 80.

A pesar de que la muestra entrevistada para la presente investigación, no tuvo acceso a estos niveles educativos, creemos de interés hacer una comparación entre obreras y no obreras con un mismo nivel de escolaridad para analizar hasta qué punto la educación formal que han recibido hace semejantes sus prácticas en relación con la regulación del número de hijos.

CUADRO X : Distribución del tamaño de las familias del grupo de obreras según nivel de escolaridad alcanzado por éstas.*

TAMAÑO DE LA FAMILIA	PEQUEÑA		MEDIANA		GRANDE		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
NINGUNA Y PRIM. INC.	15	93.7	-		1	6.2	16	100.0
PRIMARIA Y MAS	12	63.1	4	21.0	3	15.7	19	100.0

CUADRO XI : Distribución del tamaño de las familias de las no obreras según nivel de escolaridad alcanzado por éstas.*

TAMAÑO DE LA FAMILIA	PEQUEÑA		MEDIANA		GRANDE		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
NINGUNA Y PRIM. INC.	4	18.1	11	50.0	7	31.8	22	100.0
PRIMARIA	5	38.4	5	38.4	3	23.0	13	100.0

* Fuente: Entrevistas realizadas para la presente investigación.

Puede observarse en primer lugar que las mujeres con un mismo grado de escolaridad (las que concluyeron la escuela primaria) tienen conductas diferentes en lo que se refiere a la constitución de una familia pequeña. Este es para las obreras el tamaño más frecuente (63.1) en tanto para el grupo no obrero los tipos pequeño y mediano presentan iguales porcentajes (38.4); esta situación nos indicaría que la incorporación al trabajo productivo y no la escolaridad podría estar determinando los patrones de conducta hallados.

La baja influencia de la escolaridad en lo que se refiere a la constitución de familias pequeñas se observa también al analizar exclusivamente al grupo obrero:

El Cuadro X presenta más altos porcentajes de familias con 1 a 3 hijos en las mujeres sin escolaridad o con primaria incompleta (93.7) que en las que concluyeron el primer nivel de escolaridad (63.1).

Estas consideraciones no persiguen el plantear que lo hallado en este pequeño grupo sea generalizable, puesto que como se expuso en el capítulo sobre meto-

dología, nuestro propósito es básicamente avanzar algunas hipótesis que pongan de manifiesto qué factores facilitan o entorpecen la adopción de ciertas prácticas en salud.

Desde esta perspectiva, los datos analizados (especialmente los Cuadros VIII y XI) nos llevarían a concluir que la familia numerosa estaría jugando (fundamentalmente en el grupo obrero) no ya como un modelo a imitar, sino como un factor "reactivo", es decir, como experiencia "en contra" de la cual se realizan las propias experiencias. Esta situación no sería atribuible al pasaje de las entrevistadas por la escuela primaria, ya que la tendencia a la constitución de familias pequeñas es más frecuente entre aquellas mujeres obreras que no han concluido el primer nivel de escolaridad.

La reducción del número de hijos necesita de la participación de cierto "espíritu anticipatorio" para llevar adelante esta decisión.

Dicha capacidad de actuar previendo ciertos hechos del futuro, como señala Boltanski, no forma parte del "ethos" de clase de los grupos oprimidos ya que la falta de capacidad para revertir ciertas situaciones que se les presentan súbitamente en sus vidas, (desempleo, falta de vivienda, enfermedades, etc.) hace que se vivan estos fenómenos como sucesos no previsibles, de los cuales, la enfermedad, en especial, es "lo que no puede controlarse (pues) constituye para ellos una catástrofe económica y familiar en la que no se quiere ni pensar. Por lo tanto (...) no pueden integrar la enfermedad en una temporalidad" (16)

La serie de categorías que incorporan los sujetos a través de su pasaje por la escuela, posee cierta permanencia y es aplicada a hechos de características diversas conformando lo que Boltanski denomina "actitud frente a la vida".

La actitud preventiva implícita en la decisión de las obreras de reducir el tamaño de sus familias surge de un

(16) Boltanski, L; "Los usos..." p. 76.

proceso diferente al mencionado y funciona exclusivamente en determinadas áreas ya que no pasa a formar parte de un sistema relativamente integrado de categorías (como el que provee el paso por la escuela) sino que está originado en necesidades específicas ligadas a su labor en la fábrica.

La situación de trabajo sirve pues, de impulso a la incorporación de nuevos esquemas que, aunque circunscriptos a ciertos aspectos, determinan cambios en la acción práctica de las mujeres. Esta circunstancia debería ser tomada en cuenta al planificar actividades educativas en salud. Siguiendo esta línea, la segunda parte del análisis de las entrevistas, intenta realizar, en ambos grupos, el reconocimiento de los elementos más relevantes en la diferenciación y homogeneización de ciertas conductas referidas, en este caso, al cuidado del recién nacido.

LACTANCIA MATERNA

A lo largo de esta segunda parte de la investigación, nos hemos referido a la existencia de áreas en las cuales las entrevistadas evidenciaron una mayor contradicción entre la información que poseían sobre cómo se debía proceder en relación a un aspecto específico y sus formas de acción reales en este tipo de situaciones.

Los rubros 10 y 11 de la entrevista se dirigieron especialmente a indagar algunos puntos relacionados con el cuidado de la salud del niño, especialmente del recién nacido.

De la información obtenida, decidimos analizar en este capítulo, aquélla referida a los conocimientos y prácticas sobre lactancia materna, puesto que al ser éste un aspecto relevante del área materno-infantil y al haberse encontrado patrones de conducta específicos para el grupo obrero y el no obrero, la búsqueda de una explicación al respecto se hacía necesaria.

Las conductas diferentes de ambos grupos se ponen de manifiesto al analizar el siguiente cuadro:

CUADRO X: Distribución de las obreras y no obreras según el período durante el cual alimentaron con leche materna a su hijos*

Duración Grupo	1 mes		2 - 6 m		+ de 6		No hubo		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
OBRERAS	1	3.0	8	23.0	10	28.0	16	46.0	35	100.0
NO OBRERAS	2	6.0	8	23.0	24	67.0	1	3.0	35	100.0
TOTAL	3	4.0	16	23.0	34	49.0	17	24.0	70	100.0

Encontramos como conducta muy frecuente en el grupo de obreras el no alimentar con leche materna a sus hijos (46.0%) en tanto en el otro grupo encontramos los más altos porcentajes (67.0%) entre aquellas mujeres que por el contrario les dieron alimentación natural por más de seis meses.

Podríamos hablar en este sentido, de la existencia de dos tipos de conductas "extremas" propias de cada uno de los grupos entrevistados: ausencia de lactancia materna en las obreras y lactancia materna muy prolongada en las no obreras.

* Fuente: Entrevistas realizadas para la presente investigación.
El período de lactancia incluye el lapso durante el cual se les suministró algún otro tipo de alimento complementario.

CONOCIMIENTO DE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Siguiendo la línea principal de nuestro trabajo en cuanto a analizar la vinculación existente entre saber y práctica, consideraremos al conocimiento de los beneficios de la lactancia materna como un primer elemento que podría estar jugando en forma diferente en ambos grupos.

La totalidad de las mujeres respondieron que la leche más adecuada para el recién nacido era la materna, con lo cual se hace evidente que las señoras que salían a trabajar fuera de su hogar y no daban esta leche a sus hijos estaban actuando bajo la convicción de que no les proporcionaban el tipo de alimentación más adecuado. Sin embargo, su conducta no puede atribuirse al hecho de que tuviesen una menor información sobre cuáles son los aspectos que hacen mejor a este tipo de leche con respecto a las demás.

Las respuestas obtenidas sobre los beneficios de la lactancia materna fueron en todas las entrevistadas notoriamente semejantes, caracterizándose en general, por poseer muy escasos elementos "científicos" que sirviesen de fun-

damento a esta preferencia unánime:

"Pues fíjese que la de mamá es mucho mejor, digo... ninguna leche se puede comparar con la leche de la madre" (O, Ent. #6, (NO))*

"La de uno, señorita, la de uno porque es la de uno" (O, Ent. #26, más de 6 m.) *

"La materna porque yo digo que no hay otra mejor que la de la madre" (E. de O, Ent. #10 (6 m.))*

"La mía porque es de madre" (E. de O, Ent. # 5, (más de 6 m.))*

* (NO): No lo alimentó con leche materna (más de 6 m.): Leche materna más de 6 meses (6 m.): Leche materna hasta los 6 meses

Este tipo de contestaciones que reproducimos son las que se proporcionaron con mayor frecuencia destacando en ellas un elemento que se reitera a pesar de la intención de las entrevistadoras de lograr una mayor profundidad en el señalamiento de las causas por las cuales hacen esta clase de afirmaciones. Dicho argumento recurrente es que la leche materna es algo que poseen las mujeres-madres y que este solo hecho por sí mismo garantiza la calidad de este tipo de alimentación.

Una primera explicación a esta homogeneidad en las respuestas la encontramos en el señalamiento de Boltanski en relación al uso que hacen las clases populares de ciertas categorías que "son por sí mismas principios de explicación. Son de una evidencia clara y distinta; no se intenta ir más lejos, ni explicar nada más (pues) eso sería imposible porque para hacerlo habría que poseer categorías más numerosas, más complejas" (1)

La categoría de "natural" según el mismo autor, responde a estas características generales siendo, por otra parte, una de las que más usualmente se utilizan como principio de valorización o desvalorización de un mismo objeto. En el caso de las leches, por tanto, la materna sería la mejor no ya por su composición (la que puede diferir de una mujer a otra), sino porque se agrupa en la serie de alimentos considerados "naturales", dándose entonces, una explicación de la calidad por el origen del producto en cuestión.

(1) Boltanski, L; Puericultura... p. 105.

Cuando se intenta profundizar en el contenido de la categoría "natural", aparece en la argumentación otra categoría que se contrasta con la anterior: "artificial". La leche que "no es de madre" tiene un origen que es anti-natural, no proviene ni del seno materno ni de los animales y además la venden en botes, de allí que sea considerada de menor calidad:

"Yo pienso que no... que preferible mi pecho porque la de la Conasupo es química, no se la venden en el establo, es mitad agua y mitad química, ya sabe usted que es química" (E. de O, Ent. #17 (6 m.))

Si retomamos lo dicho en el capítulo anterior en relación con la definición que ambos grupos poseen sobre el rol femenino, definición por la cual, históricamente se ha mantenido a la mujer enajenada en su papel de esposa y muy especialmente de madre, encontramos otro ángulo desde el cual explicarnos las respuestas dadas en relación a la lactancia materna. No es difícil suponer que esta función biológica (que, en mujeres de otra clase social cumple un papel enteramente secundario dentro de la procreación), revista para este grupo tal importancia, puesto que el hecho de cristalizar en un producto al que exclusivamente da origen la mujer se convierte para ésta en una de las escasas áreas que son de su estricta competencia, área a la que otorga,

por lo tanto, una gran carga de valor.

En el caso de las no obreras, esta falta de horizontes propios en sus vidas es fácil de percibir ya que, como decíamos en el capítulo anterior su ser es un "ser para otros" y su tiempo una sucesión de momentos delimitados en el espacio de la casa por las entradas y salidas de los distintos miembros de la familia.

Sin embargo, las mujeres que están incorporadas a la producción, aunque poseen una vida más llena de alternativas, participan de la misma definición del "ser mujer" que las no obreras y consideran a su trabajo en la fábrica como complementario del que realizan en su hogar. Esta situación se ve reforzada por el hecho de que sus labores reciben menos retribución que las del hombre, de allí que tenga, también en ellas, un gran sentido la búsqueda de reconocimiento personal a través de la valoración de ciertas funciones femeninas entre las que se encontraría la capacidad de lactar a los hijos.

Las explicaciones dadas sobre las causas que hacen de la leche materna la mejor, podrían agruparse en un segundo tipo común de respuesta que consideramos necesario analizar:

"Yo creo que es muy buena (la leche materna), es tan práctico que se va uno a cualquier lado y ya no es necesario cargar botellas" (O, Ent. #4, (más de 6 m.))

"Bueno, pues yo preferible mi pecho, con el pecho es lo mejor, no anda uno que hay que calentar la leche, a donde quiera que lo lleve, tiene hambre y le da su pecho" (O, Ent. #1, (6m.))

"Yo los crié siempre con leche materna, nunca les di biberones, es la mejor porque tiene sus ventajas porque cuando va uno a salir no tiene que llevar la mamila y darle el alimento frío" (E. de O, Ent. #3, (más de 6 m.))

La presencia de ciertos términos que se manejan como sinónimos (útil = buena, ventajoso = mejor) deja entrever que el elemento común a esta serie de contestaciones es el pragmatismo como principio de explicación.

La excelencia de la alimentación al seno materno frente a la lactancia artificial reside en la ventaja que proporciona su adopción en tanto alivia a la madre de ciertas cargas de trabajo tales como manipular mamilas, calentarlas, asearlas o llevarlas consigo cuando sale a algún sitio con el bebé.

En el capítulo anterior mencionábamos a las "generalizaciones precoces" como obstáculos al proceso de pensamiento. Esta última consideración cabe hacerla también sobre el tipo de fenómeno del que en este caso nos ocupamos y al que Bachelard denomina "inducción utilitaria". El pragmatismo es caracterizado por este autor como un pensamiento mutilado en contra del cual debe construirse todo conocimiento objetivo ya que "el empuje utilitario conducirá casi infaliblemente demasiado lejos (pues) lo útil, por su valorización, se capitaliza sin cesar". (2)

AGENTES "FORMALES" E "INFORMALES" DE TRANSMISION DEL CONOCIMIENTO

La adopción del argumento "utilitarista" para explicar las bondades de la leche materna se basa en la propia experiencia de las mujeres entrevistadas, pero también, y en gran medida, en la influencia que ejercen los agentes "informales" de la comunidad. (3)

Cuando hicimos referencia al control de la natalidad, señalamos que estas figuras con distintos grados de autoridad, provocaban un mayor o menor grado de conflicto que

(2) Bachelard, G., "La formación..." p. 109.

(3) "Mi madre nos dió su leche más de un año, ella luego nos decía que los biberones son una lata y que con el pecho uno tiene menos trajín" (E. de O, Ent. #6, (más de 6 m.)).

acompañaba a la adopción de un método de regulación de la fertilidad pero que en ningún caso esta situación había llevado a las mujeres al abandono de la nueva práctica en la cual se habían iniciado.

En el caso de la lactancia materna, nos encontramos frente a un área que caracterizaremos como más "permeable" que la anterior a las acciones provenientes del medio social y familiar en el que se desenvuelven las señoras seleccionadas. Esto tiene su explicación por una parte, en las consideraciones que hacíamos más arriba sobre las características peculiares que posee la función femenina de la lactancia para este grupo de mujeres proletarias. Un segundo ángulo de comprensión del problema nos lo provee el análisis de las acciones educativas "oficiales" sobre este asunto; punto del que nos ocuparemos más adelante.

Comenzaremos analizando entonces los elementos que nos permiten afirmar la existencia de una alta "permeabilidad" a las influencias "no-científicas" en lo referente a la lactancia del niño.

La receptividad de las mujeres entrevistadas a los consejos y modelos de conducta que el medio les impone, se refleja en dos tipos de cuestiones principales:

- La adopción del argumento "utilitario", mencionado anteriormente.
- La puesta en práctica de creencias "populares" vinculadas con la duración de la lactancia

Al señalar la serie de conocimientos y prácticas relacionados con la duración de la lactancia nos referimos: al tiempo de lactancia propiamente dicho y a las distintas fórmulas para producir el destete del niño. En el primero de estos puntos habría una influencia más marcada de los "agentes del medio familiar" en el grupo de obreras siendo la madre de la entrevistada, en especial, la que da ciertas pautas de conducta a ésta:

"Yo he oído que el doctor ha dicho muchas veces que uno les dé hasta los tres meses leche pero... no me gusta, porque mi mamá dice que tiene uno que estar muy limpio y no hacer "corajes" para darles y así, trabajando, no se puede" (O, Ent. #19 (NO))

"Si, les dí (leche materna) porque mi mamá dice que entre más pecho, el niño se "crea" más sano" (O, Ent. #30 (más de 6 m.))

"Los niños estuvieron por el médico del Seguro Social, fue él el que opinaba" dele esto, dele lo otro", yo los llevaba al Seguro pero mi mamá era la que me indicaba: "Haces esto, haces lo otro" (O, Ent. #18, (hasta 6 m.))

Al presentarse la situación de que las obreras pasan un tiempo determinado fuera de su casa, sus hijos necesariamente quedan "encargados" a alguien. Ese alguien es, generalmente un pariente: una hermana, cuñada, o más frecuentemente la abuela o una señora ya mayor que cumple este rol.

El tipo de tareas que ésta realiza con los niños incluye necesariamente la alimentación del recién nacido, de allí que, en la medida en que la madre obrera delega ciertas funciones en otras personas, éstas, finalmente, por la autoridad que les da el ejercicio diario de estas labores, ganan poder de decisión sobre algunos aspectos, entre los cuales se hallaría la lactancia del bebé. (4)

- (4) Una respuesta muy ejemplificadora de lo que se expresa en este párrafo, es la que dió la entrevistada #32:

"Con leche Nido, al principio le dábamos, bueno... digo le dábamos porque la señora que me la atendió, le daba harina de arroz con leche Nido" (O, Ent. #32, (NO)).

Las no obreras evidenciaron en sus respuestas que, sus opiniones y prácticas en lo que respecta a lactancia, se hallaban influidas por una serie más heterogénea de "transmisores de las creencias populares" cuyas figuras poseían distintos grados de "realismo", ya que comprendían tanto a personas muy cercanas, como "el compadre", hasta la comunidad en general, a la que se denominaba como "nosotras", "algunas gentes", etc:

"Porque un compadre me dijo: "Mire comadre, no le de a su niño, se le va a morir, es que fíjese que con cualquier corajito que le haga daño, le agarran coliquitos... y se muere" (E. de O, Ent. #16 (NO)).

"Le damos a los dos meses, porque es una regla porque después si les da uno más se ponen caprichosos, groseros y yo tengo acostumbrado que a los dos meses les doy atolito o lo que sea, ya no les vuelvo a dar más leche (...). Es una costumbre de "nosotras" (E. de O, Ent. #11 (2-6 m.)).

"No, porque era muy "biliosa", me recomendaron no darle leche, la doctora decía que eran pos... creencias pero una señora me recomendó buscar a un niño en mi colonia para amamantarlo..." (E. de O, Ent. #26 (NO)).

No deja de generar ansiedad en las madres la prolongación del tiempo de lactancia más allá de lo establecido por los principios de la Puericultura moderna que son

transmitidos por el médico. Esta contravención generalmente se oculta cuando se acude a la consulta:

"Prefiero el pecho, yo le di hasta los dos años de edad, incluso le mentía yo al médico porque se me hacía feo quitárselo porque se alimentaba bien y yo siempre he tenido mucha leche" (E. de O, Ent. #8, (+ de 1 año)

"El doctor me dijo, me había dicho que nada más tres meses se amamanta a un niño y entonces se les debe quitar el pecho, yo les dí un año porque todos me decían que mi leche era buena (...) Cuando al niño se le cayó la mollerita, pos... entonces ya le dije la verdad al doctor" (E. de O, Ent. #30, (+ de 1 año)

Aunque Boltanski (5) se refiere a la adopción de las reglas de la puericultura en general, sus observaciones son aplicables al aspecto específico que estamos considerando, así para las mujeres de esta clase social:

... la concurrencia entre las normas impuestas desde el exterior por los pediatras y las puericultoras y las normas transmitidas

(5) Boltanski, L; "Puericultura..." p. 81.

por el medio familiar y social es más fuerte y las madres oscilan entre estas reglas que consideran legítimas pero les parecen extrañas, inquietantes, a veces difíciles de aplicar y cuyas razones ignoran la mayor parte de las veces, y las reglas familiares y habituales que son consideradas arcaicas, "atrasadas" y que están desprovistas de toda legitimidad. Esta situación genera ansiedad y multiplica los temores de la madre y su sentimiento de culpabilidad cuando el niño está enfermo"

Los rasgos que adopta el proceso a través del cual se produce el destete es el segundo punto que señalamos como muy condicionado por la acción del medio familiar y social de las entrevistadas.

La conducta más generalizada entre el grupo de mujeres que alimentaron sus hijos al seno materno (y, en especial, en las esposas de obreros que lo hicieron por un tiempo muy prolongado) era la de realizar un destete brusco de sus hijos. Este hecho se asocia a varias cuestiones muy vinculadas entre sí:

- Los procedimientos más usuales en el círculo de personas en el que se mueven las señoras
- Las características del discurso y las acciones educativas "oficiales".
- La causa dominante por la cual se suspende la lactación del niño

En cuanto al primero de los aspectos señalados, se encontró que los diversos mecanismos a través de los cuales se producía la suspensión de la lactancia se centraban en el uso de diversos recursos para evitar la producción de la leche materna:

"Hice lo que la creencia aquélla, que se exprime uno la leche en un algodón, ya que que queda bien mojado, lo avienta uno al techo y se queda bien pegado y se le va a usted la leche" (E de O, Ent. #22, (+ de 6 m.)).

"Una señora me dijo que me pusiera una hoja de tamal, así seca, pero pican muy feo, raspan... pero pude ponerme las hojas, pero fíjese que al otro día que hice lo de las hojas, ya no tenía yo leche" (E de O, Ent. #28 (+ de 6 m.)) (6)

El acto de alimentar a un niño con leche natural, pone en juego a dos individuos: madre e hijo, siendo de suma importancia para el desarrollo futuro de este último, las primeras experiencias orales.

- (6) La puesta en práctica de estas creencias, pone de manifiesto: -el desconocimiento de los factores biológicos que intervienen en la producción de leche:

"Eso se debe este... a los pulmones... yo no se bien de donde viene la alimentación para con los hijos, porque muchas personas dicen que la lactancia de las mujeres viene del estómago y de los hombrecitos de los pulmones... yo me imagino que las personas que no tienen suficientes pulmones no han de tener mucho alimento, entonces digo que así ha de ser en el estómago igual" (E de O, Ent. #34, (+ de 6 m.))

-la gran influencia de los factores psíquicos sobre este proceso.

El principio subyacente a los procedimientos mencionados, sin embargo, se centra en la madre como eje sobre el que se dan las diferentes acciones. Estas, entonces, tienen en común el objetivo de interrumpir de manera inmediata la producción de leche.

La segunda de las razones mencionadas como explicativas de la gran receptividad de las mujeres a la influencia del medio social y familiar y en especial de la alta frecuencia de "destete brusco" se refiere a las características del discurso y las acciones educativas "oficiales" al respecto.

Un modo de abordar este asunto se dió a través del análisis de varios textos usuales en los cursos de Pediatría que se imparten en escuelas de Medicina mexicanas, lo que nos proporcionó un panorama general sobre la información que por esta vía reciben los futuros médicos.

En términos generales podemos decir que el tema de la lactancia materna y más específicamente, el destete,

poseen una importancia mínima al compararlos con los extensos desarrollos acerca de otros asuntos, especialmente de las diversas patologías que pueden presentarse en el niño.

La lactancia materna aparece en general como sub - punto del capítulo que se refiere a los aspectos nutricionales. (7)

Uno de los temas más desarrollados dentro de dicho apartado es el que se refiere a la composición de la leche materna.

Este es indudablemente, el argumento sobre el que se pone mayor énfasis al aconsejar la adopción de la lactancia natural.

Los "beneficios" que ocuparían el segundo lugar en cuanto a la frecuencia con que se mencionan, son se-

(7) Uno de los textos analizados refleja con toda crudeza la orientación hacia lo patológico que señalábamos anteriormente, ya que el tema de la lactancia materna se encuentra dentro del capítulo: "Trastornos de la nutrición y nutritivos". (Nelson, W. y otros, "Tratado de Pediatría", Salvat Editores, México, 6a. Ed. t1, p. 126-190.

mejantes al tipo de razones "utilitaristas" que daban las entrevistadas en sus respuestas, asunto que fue analizado anteriormente (8). Así, se dice por ejemplo:

"La leche humana está a la temperatura apropiada y es la forma más sencilla, fácil y económica de alimentar a los niños. Su empleo evita la necesidad de cambios periódicos de la fórmula, las molestias de la preparación de ésta y los errores que se cometen en su elaboración" (9)

Muy excepcionalmente se hace una referencia breve a las ventajas que, desde el punto de vista psicológico pudiese tener la alimentación al seno materno para la mujer o el niño (10).

(8) Ver pág. 127.

(9) Torroella, J.M.; "Pediatria", Ed. Francisco Méndez Oteo, México, 1977, p. 99.

"La leche materna es en todo momento fácilmente disponible a la adecuada temperatura donde quiera que la madre se encuentre" Nelson, W. "Tratado..." p.147.

(10) "Ventajas de la alimentación al seno materno: (...) 7. Condiciona un mayor acercamiento en el binomio madre-hijo" Salas Alvarado, M., "Diagnóstico y terapéutica en Pediatría", La Prensa Médica Mexicana y Hospital de Niño Desarrollo Integral de la Familia, México, 1977, cap. 15: Alimentación Infantil, p. 91.

Los trabajos examinados que no obvian el punto del destete, coinciden en recomendar que éste se haga gradualmente. Unos dejan implícita esta sugerencia en la metodología que proponen en tanto los que hacen la advertencia expresa de evitar el "destete brusco" manejan dos argumentos justificadores básicos:

Las consecuencias negativas que esta situación puede producir en el aparato digestivo del niño y las molestias físicas que podría ocasionarle a la madre. (10)

El momento recomendado para reemplazar la leche materna por la artificial es variable, dependiendo del tipo de factores que se hagan intervenir en la recomendación.

(10) "Es regla fundamental no establecer el destete bruscamente. Para no exponer al niño al cambio rápido de alimentación que casi siempre produce trastornos digestivos, debe aconsejarse sistemáticamente que se realice de un modo paulatino, progresivo" Valenzuela, R., y otros; Manual de Pedriatría, Edit. del Autor, México, 1975, p. 166

"... el proceso de destete debe ser lo bastante gradual para no ocasionar innecesarias molestias a la madre y dejar que el niño aprenda fácilmente a aceptar la leche de una nueva fuente (...). El tiempo total requerido se rige principalmente por el estado de la secreción materna." Nelson, W. y otros, "Tratado (...) p. 147.

Estos pueden referirse a variaciones en la composición de la leche materna:

"De ser posible, debe evitarse (el destete) antes del sexto mes. Por desgracia es muy raro un buen suministro de leche humana después del noveno mes de lactancia" (11)

- A factores constitucionales del recién nacido:

"El destete no debe tener lugar antes del tercer mes, ya que entonces el aparato digestivo infantil se halla suficientemente adaptado a sus nuevas funciones" (12)

- A condiciones que se enuncian como "socio-económicas y culturales"

"La época en que debe iniciarse el destete depende de las condiciones económicas, culturales y sociales del ambiente familiar. En las madres campesinas (...) en las madres pobres, (...) en las madres descuidadas, torpes o sucias (...) es preferible iniciarlo después del año (...) En las madres cuidadosas, con buenas posibilidades económicas (...) en las que necesitan trabajar (...) en las que viven en la ciudad y cuentan con Servicios Pediátricos Asistenciales puede iniciarse el destete del 4° al 6° mes" (13)

Los documentos revisados, aunque plantean cierta heterogeneidad de criterios en cuanto a lactancia materna,

(11) Torroella, J; "Pediatria..." p. 104.

(12) Ewerbeck, H; "El lactante: fisiología, patología y terapéutica durante el primer año de vida" Ed. Científico Médica, Barcelona, 1965, p. 111.

(13) Valenzuela, R., "Manual ..." p. 166.

pueden organizarse en base a un principio común: la ausencia de unión de lo psicológico con lo somático, de una visión del ser humano como unidad. (14) En este caso específicamente se obvia (o se menciona de un modo muy superficial) el desarrollo de las implicaciones psicológicas que posee (tanto para la mujer como para el niño) la alimentación al pecho materno.

Sobre este punto y a grandes rasgos, podemos decir que la afectividad infantil tiene su base en la vida instintiva. Las manifestaciones sexuales de los niños surgen en un cierto orden temporal invariable por el cual se va privilegiando sucesivamente una cierta zona erógena. (15)

- (14) Esta afirmación es válida también para algunos trabajos en los que se hace un tratamiento bastante extenso sobre el desarrollo psicológico del niño, puesto que estos aspectos se manejan como capítulos aislados sin vincularlos con todos los demás temas que se van abordando.
- (15) "Por zona erógena se entiende aquella parte del cuerpo que posee en la especie una función y ubicación, junto con características anatómicas, que le asignan una posibilidad privilegiada de constituirse en fuente de placer" Paz, J.R; "Psicopatología, sus fundamentos dinámicos, Nueva Visión, Bs.As,1977, p. 85.

En los primeros días de vida, es la boca, la zona en la cual el niño experimenta las más tempranas manifestaciones de este proceso, de allí que "en este momento, él vive a través de la boca y ama con ella" (16). El placer sexual correspondiente a esta "primera fase oral" es la succión.

El acto de la lactancia, examinado, no ya exclusivamente como función biológica, se plantea pues, como situación clave en la vida de un individuo dado que, como señala Erickson, es la primera oportunidad en que el ser humano OBTIENE, es decir, recibe y acepta lo que le es dado por la madre, la que en ese momento está representando al mundo, a la cultura. Para ella, lograr una relación óptima con su hijo, no es tampoco sencillo puesto que necesita desarrollar y coordinar sus "modos de dar"(17) Su propia historia personal y especialmente, la relación que ella mantuvo con su propia madre facilitarán o entorpecerán este logro.

(16) Erickson, E; "Infancia y sociedad", Ed. Hormé, Bs. As.1976, p. 62.

(17) "Al obtener así lo que se le da, y al aprender a conseguir que alguien haga lo que él desea, el niño desarrolla también el fundamento necesario para llegar a ser un dador" Erickson, E. "Infancia..." p. 66.

Marie Langer, citando a Helen Deutsch afirma que:

"la lactancia, además de ayudar a la madre a vencer el trauma que le causa la separación brusca de su hijo, también sirve al niño para mitigar el efecto de su trauma de nacimiento" (18).

Luego de estas breves consideraciones cabe preguntarse, cuáles son desde esta perspectiva, las consecuencias negativas de un destete brusco en el niño. Siguiendo a Erickson obtenemos una respuesta que pone el énfasis en cierto tipo de aspectos que se dejan de lado en los materiales examinados:

"El destete, por lo tanto, no debe significar la pérdida súbita del pecho y también la pérdida de la presencia tranquilizadora de la madre (...) Una pérdida drástica del amor habitual de la madre sin una sustitución adecuada en ese momento puede llevar (bajo circunstancias agravantes de otro tipo) a una aguda depresión infantil o a un estado de duelo leve, pero crónico que puede conferir un tono depresivo a todo el resto de la vida" (19)

(18) Langer, M; "Maternidad y Sexo" PAIDOS, Buenos Aires, 1976, p. 213.

(19) Erickson, "Infancia..." p. 69.

El mensaje que se dirige al público a través de los folletos y demás materiales impresos, adolece, obviamente, de las mismas carencias que los textos especializados a los cuales hemos hecho referencia. Lo que era en éstos insuficiente desarrollo de algunos puntos, se convierte en los documentos de divulgación, en fórmula brevísima que impone lo que es correcto e incorrecto acompañándolo algunas veces de coloridas imágenes que buscan atraer la atención del lector pero que no proporcionan una explicación que dé coherencia al discurso - moraleja que se trasmite. (20)

El reemplazo de las ideas por las imágenes es un rasgo que Bachelard señala como propio del pensamiento pre-científico característico del siglo XVIII.

Los peligros de la subsistencia de algunos de estos elementos en la ciencia actual es una advertencia que el

- (20) "Ningún alimento es superior al pecho materno, por lo tanto sólo se emplearán otras leches cuando sea absolutamente necesario"
 Dirección de la Clínica Hospital T-1 del IMSS, Delegación Estatal de Morelos, Jefatura de los Servicios Médicos del Edo. (instructivo mimeografiado que se entrega a las madres en el Dto. Clínico de Pediatría).

autor nos hace y que es de interés referir al caso de los medios educativos que estamos analizando:

(En el pensamiento pre-científico) "... se traba la cultura científica en lugar de favorecerla. Se reemplaza al conocimiento por la admiración (...) la sobrecarga concreta enmascara la forma correcta, la forma abstracta del fenómeno" (21)

Esta comunicación mínima bajo formas prescriptivas es explicada por Boltanski a partir del análisis de la relación médico-paciente, la que califica como una transacción comercial en la cual el profesional "que vende sus servicios, o sea sus actos y discursos, sus 'consejos' y sus 'prescripciones' debe tratar de que el enfermo ejerza el menor control posible sobre sus actos "incluso para evitar el peligro de la posible apropiación por el enfermo de una parte de su capacidad y de su discurso (...) que permitirían que lo sustituyera en ciertas oportunidades y, por consiguiente, prescindiera de sus servicios al transformarse en "su propio médico" (22)

(21) Bachelard, G; "La formación..." p. 34 y 42.

(22) Esta situación queda encubierta detrás de justificaciones que presentan al médico como la autoridad científica adecuada para decidir sobre los niveles de divulgación correctos: "Estamos convencidos que nuestra población de escasos recursos no necesita muchos conocimientos teóricos en materia de nutrición y alimentación, sino, lo que necesita es establecer una serie de pequeños pero importantes hábitos que conduzcan a un buen estado de nutrición" Instituto Nacional de la Nutrición, "Guía de Educación Nutricional. Unidades educativas de uso práctico en México", México, 1976. p. 1.

Analizando específicamente algunos aspectos del funcionamiento de la institución de seguridad social de la cual son derechohabientes las entrevistadas, encontramos que una forma importante de comunicación entre los niveles superiores y los médicos adscritos a los servicios se establece a través de la transmisión de un conjunto de fórmulas breves que se dirigen a homogeneizar la práctica de estos últimos.

En un documento que divulga los criterios institucionales para la atención de la madre y el niño (23), se señala la importancia de que el médico realice acciones educativas y entre los temas sugeridos se indica dar orientación sobre las manifestaciones del embarazo, la necesidad de alimentación completa, higiene personal y definición de síntomas que anuncian el momento del parto (24). Estos señalamientos generales no incluyen

(23) INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, Subdirección General Médica, "Orientaciones para la Atención Materno Infantil en Medicina Familiar" México, 1975.

(24) Un punto sobre el que se hace un desarrollo más extenso (y que refleja el papel que se hace jugar a lo educativo como medio para la transformación de ciertas conductas que en realidad están obedeciendo a causas más estructurales) es el de la necesidad de educar para un uso más racional de los servicios: "Insistir en asistir puntualmente a las consultas para proporcionarle la atención médica integral, porque es un hecho el abandono o el abuso de la consulta médica, ambos problemas ocasionados por la falta de educación de nuestra población" I.M.S.S. "Orientaciones..." p. 21-22.

la recomendación de preparar a la madre para la lactancia, centrándose el discurso en los mismos aspectos mencionados en el caso de los textos de Pediatría y demás materiales examinados, es decir: se compara la composición de la leche materna con la de otras leches (indicándose que diversas leches artificiales promocionadas en las publicaciones médicas reúnen los requisitos necesarios para una buena nutrición del niño, (25) y se obvian los aspectos psicológicos ligados al acto de la lactancia materna, lo que incluye a los referidos al momento del destete (26). Se establece como norma institucional el aconsejar que solamente durante tres meses se proporcione al niño exclusivamente leche materna, fijando en siete meses el tiempo máximo de duración de la alimentación con leche natural. (27).

(25) "Existen varias clases de leches que satisfacen con su fórmula los requisitos antes mencionados:

- a) Leche modificada en proteínas
- b) Leche modificada en grasas
- c) Leche semidescremada en polvo
- d) Leche entera en polvo
- e) Leche entera evaporada" p. 79-80

(26) "El destete se hará cuando haya disminución importante de la cantidad de leche materna o incremento ponderal mínimo, observado en la revisión mensual" p. 93

(27) "Es recomendable, sin embargo, desde el tercer mes de vida, complementar el aporte lácteo con otro tipo de leche, sea en polvo, evaporada o de vaca. Del sexto al séptimo mes se suprimirá definitivamente esta alimentación". p. 93-94.

Tanto los reglamentos sobre la atención materno infantil como los que norman el servicio de Pediatría Perinatal coinciden en iniciar la lactancia materna veinticuatro horas después de producido el nacimiento, suministrando al niño hasta ese momento biberones con soluciones glucosadas, en horarios fijos (28). Durante el tiempo de internación de las mujeres en la clínica, el niño permanece en la sala de cunas y se le pone en contacto con su madre para que lo alimente durante períodos cortos que se prescriben también en los distintos cuerpos normativos.

Un hecho que cabe mencionar, por último es que la ley que rige a esta institución, en uno de sus artículos da derecho a las aseguradas a recibir leche en polvo durante un

- (28) "...15. Ayuno durante las primeras 6 horas, a partir de la hora del nacimiento, después de las cuales se ofrece un biberón con 45 ml. de solución glucosada al 5% que se repite cada tres horas hasta un total de seis. 16. A partir de las 24 horas, se inicia lactancia materna" I.M.S.S., "Procedimientos normativos del servicio de Pediatría Perinatal sobre aspectos básicos de la atención médica del recién nacido, México, 1975, p. 14-15.

período de seis meses (29).

Estos elementos configuran una doble situación en la que por una parte, la institución hace explícito su interés por fomentar la alimentación natural, pero al mismo tiempo su organización interna, el manejo que hace de la madre y el recién nacido obstaculizan la adopción de la lactancia materna o la iniciación de una correcta alimentación al pecho.

Este "doble mensaje" de la institución, la falta de importancia y la parcelación del punto lactancia materna en lo que hace a las acciones educativas sistemáticas "oficiales" son algunos de los elementos que contribuyen a hacer más "permeable" esta función a las influencias del medio social y familiar.

- (29) "Art. 56: La mujer asegurada tendrá derecho durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio a las siguientes prestaciones: (...) III. Ayuda para lactancia, cuando, según dictamen médico, existe incapacidad para amamantar al hijo. Esta ayuda será proporcionada en especie hasta por un lapso de 6 meses con posterioridad al parto" Instituto Mexicano del Seguro Social, Ley del Seguro Social, México, 1972.
- "Art.102: En caso de maternidad, el Instituto otorgará a la asegurada durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio, las siguientes prestaciones (...) II. Ayuda en especie por seis meses para lactancia" Instituto Mexicano del Seguro Social, Nueva Ley del Seguro Social, México, 1973.

RELACION DE LA LACTANCIA MATERNA CON OTROS ASPECTOS DE SALUD
MATERNO INFANTIL

Como tercer elemento explicativo de la situación de "destete brusco" mencionábamos a la causa dominante por la cual se suspende el proceso de lactancia materna.

El análisis de este factor nos vincula con otros aspectos de salud materno infantil que ponen en evidencia la trama compleja de motivaciones (conscientes e inconscientes) que dirigen la conducta de los sujetos hacia ciertas direcciones calificadas a veces como "incomprensibles".

La razón más frecuentemente mencionada como decisiva para el destete del niño fue una nueva situación de embarazo de la madre:

"Leche mía. Se las he dado hasta casi los 6 meses y se la quitaba porque me daba cuenta yo que estaba embarazada con el otro y había que quitársela, ¿verdad?" (E de O, Ent. #2, (2-6 m.))

"Cuando ya se que viene el otro niño le dejo de dar y le doy luego luego la de la Conasupo" (E de O, Ent. #22 (+ de 6 m.))

Esta argumentación en sí misma aparece como legítima para interrumpir la lactancia materna aunque no justifica la "brusquedad" con que esto se realiza. (30) El análisis de

(30) "Si se presenta un nuevo embarazo, la madre puede seguir lactando durante los primeros meses, pero luego debe pasarse a la lactancia artificial" EWERBECK, H., "El lactante...."

las respuestas dadas en relación con otros aspectos abre ciertas explicaciones sobre este fenómeno.

Por los elementos analizados hasta aquí partiremos de afirmar que la prolongación excesiva de la lactancia materna no obedece a un conocimiento de los beneficios que reporta al niño este tipo de alimentación sino a ciertas cuestiones colaterales al proceso de lactancia que son funcionales para el cumplimiento de determinados objetivos no explícitos.

Dos aspectos justifican esta afirmación:

En primer lugar, el hecho de que la mayoría de las mujeres no menstrúan mientras dura la lactación, ha generalizado la creencia (muy FRECUENTEMENTE mencionada entre las entrevistadas) de que durante el período en que la madre amamanta a su hijo no hay ovulación y por tanto no existe el riesgo de embarazarse. En el grupo al que hacemos referencia, la explicación no alcanzaba este nivel de complejidad aunque el principio era el mismo:

"Yo les daba el pecho más tiempo porque dejándoles de dar el pecho ... estaba con la idea de que me hacía en estado otra vez"
(E de O, #5 (+ de 6 m.))

Por otra parte, la exploración de las conductas ligadas con

los hábitos de sueño de los recién nacidos aportó desde otra perspectiva una explicación al asunto. Tal como lo evidencia el cuadro siguiente, el dormir a los bebés en la misma cama de los padres es un rasgo muy usual en el comportamiento de ambos grupos:

Cuadro XI: Distribución de las obreras y no obreras según el hábito de dormir con sus hijos en el mismo lecho.*

Duermen Grupo	SI		NO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
OBRRERAS	24	68.6	11	31.4	35	100.0
NO OBRERAS	21	60.0	14	40.0	35	100.0
T O T A L	45	64.3	25	35.7	70	100.0

Esta costumbre, tan generalizada es sin embargo considerada como una práctica poco recomendable por una alta proporción de las mismas mujeres que la llevan a cabo:

CUADRO XII: Distribución de las obreras según el hábito de dormir con sus hijos en el mismo lecho y sus respuestas sobre la corrección de esta conducta.*

DUERMEN CONSIGO A SUS HIJOS CO- RRECTO	SI		NO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
SI	13	100.0	-	-	13	100.0
NO	11	50.0	11	50.0	22	100.0
TOTAL	24	69.0	11	31.0	35	100.0

* Fuente: Entrevistas hechas para la presente investigación.

Si aplicamos este esquema al análisis del material obtenido, nos encontramos con que son los dos primeros tipos de consecuencias (y en general, unidas en una misma respuesta), las que mencionan las señoras (32)

"Pues... el niño debe dormir aparte, no? porque es antihigiénico, las enfermedades que uno tenga, ellos están recibiendo todo eso, les pasa uno el mal humor y los puede apachurrar" (O, Ent. #3, Si los duerme, No es correcto (SI, NO))

"Cuando están chiquitos yo creo que no es bueno, aparte de que los puede uno aplastar, no es bueno, por los humores, luego uno está con el esposo... yo creo que no es bueno" (O, Ent. #4, (SI, NO))

"Bueno, ventaja, ninguna, tienen todas las de perder ¿no? porque, como dice uno, el humor de uno como padre es uno, no? ahora, los problemas de uno... digamos, la vida de matrimonio no sabe ni a qué horas ni cuándo va a suceder una cosa ¿no? es una cosa que no está bien" (E de O, Ent. #31, (SI, NO))

"No, yo digo que no, porque el mal humor de uno, ellos respiran lo de uno, eso de taparse los niños con la misma cobija de uno... yo digo que no" (E de O, Ent. #15, (SI, NO))

- (32) Esto coincide relativamente con la siguiente afirmación de Boltanski, ya que en nuestro caso, la mayoría de las mujeres consideraron que los niños no deberían dormirse con ellas: "Cuando se eligió para estudiar los miembros de las clases populares declaran que el niño no debe dormir en la cama de sus padres, lo hacen siempre aduciendo los dos primeros tipos de justificaciones y sin hacer valer nunca el argumento psicológico, que prevalece, en cambio, en las respuestas de los miembros de las clases superiores" Boltanski, L. "Puericultura..." pág. 137.

CUADRO XIII: Distribución de las no obreras según el hábito de dormir con sus hijos en el mismo lecho y sus respuestas sobre la corrección de esta conducta.*

DUERMEN CONSIGO A SUS HIJOS	SI		NO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
SI	9	100.0	-	-	9	100.0
NO	12	46.0	14	54.0	26	100.0
TOTAL	21	60.0	14	40.0	35	100.0

En el grupo de obreras, el 50.0% de las mujeres que consideraron incorrecto el hecho de dormir con sus hijos llevaban a cabo, sin embargo, esta práctica. Entre las no obreras, el porcentaje de señoras en esa misma situación fue de 46.0%.

¿Cuáles son las razones principales que se dan para calificar de "incorrecto" el hecho de dormir a los bebés con sus padres? Boltanski, al caracterizar los grupos de argumentos aducidos en el último siglo para justificar la prohibición de poner a un bebé en la cama de sus padres señala tres tipos sucesivos:

"Antes de 1890, se temía que el bebé fuera ahogado por los padres durante el sueño, de 1890 hasta 1940 aproximadamente, que fuera contaminado por los microbios de los padres. Desde 1945 las justificaciones suelen ser de tipo psicoanalítico" (31)

(31) Boltanski, L., "Puericultura..." p. 136-137.

* Entrevistas hechas para la presente investigación.

Trasladado al léxico de las entrevistadas, el argumento referido a la posibilidad de asfixiarlos se traduciría en el miedo a "apachurrarlos" y el vinculado con la contaminación, en la posibilidad de "pasarle los humores". Un análisis del concepto de "humor", sin embargo, pone en evidencia la multiplicidad de significados que posee.

En algunos casos, es claramente un sinónimo de "contagio" ("es antihigiénico, las enfermedades que uno tenga") y en otros alude a un cierto "estado" que tienen las personas, lo que incluye tanto su higiene personal como su "estado de ánimo" ("no, señorita, porque uno viene de trabajar y le pasa su mal humor (O, Ent. #8). Un último uso del término "humor" (no totalmente desligado del anterior) se hace para aludir indirectamente a la atmósfera que rodea a las relaciones sexuales entre el matrimonio ("el humor de padre es uno, no? (...) no sabe ni a qué horas ni cuándo va a suceder una cosa, no?")

Esta última consideración es la que nos proveerá posteriormente de un elemento explicativo de la aparente contrariedad observada en los Cuadros XII y XIII.

Para llegar a reunir la serie de elementos que hacen al

hecho de dormir a los niños con los padres una conducta funcional a la dinámica de vida de las mujeres consideradas, analizaremos los argumentos que ellas dan a favor de esta práctica:

En principio, tal como ocurría con la lactancia materna, el compartir el sueño con el bebé en un mismo espacio, es una situación cuya verdad se hace residir en su utilidad, la que adquiere dos tipos de apariencias ya sea que se trate de las no obreras o de las obreras.

El primer grupo encuentra que el dormir a los niños consigo es válido en la medida en que le evita a la madre el tener que levantarse a lactar a su hijo en medio de la noche:

"Cuando están pequeñitos sí, hasta en la misma cama, la ventaja para mí es que no tengo que levantarme para darle de comer (...) A la edad de un año más o menos, ya los quito, cuando sé que va a venir el otro niño" (E de O, Ent. #2 (SI, NO))

"Sí, fíjese que sí, por lo menos un año, En el día dormían en su cuna pero en la noche conmigo y ya luego sí, hasta que los desteto y ya... Uno se quita la levantada y entonces se me hace más fácil ponerme los pañalitos y todo allí, cambiarlos a la hora que ya despiertan ellos" (E de O, Ent. #32 (SI, NO))

En el caso de las obreras el argumento más frecuente para justificar su conducta es la necesidad que tiene el niño

de estar en un ambiente cálido, situación que éste lograría tanto por el mismo calor que le proporciona la madre como por la ventaja que significa para ésta poder mantenerlo arropado constantemente con sus propias mantas:

"Yo para mí pues sí, porque siempre necesitan el calorcito de uno, pues aparte, necesitan el calorcito (...) yo hasta los tres años los duermo" (O, Ent. #9 (SI, NO))

"Para el calor de uno, se imagina, si los acuesta uno aparte pues... sienten más frío, así los cuida uno mejor, cuando lloran, ahí están cerca de uno y ve qué les pasa" (O, Ent. #25 (SI, NO))

Las diferencias en las razones esgrimidas responden principalmente a los patrones de conducta específicos que cada grupo tiene en cuanto a duración del tiempo de lactancia. De allí que para las no obreras, el momento en que el niño es pasado a su cuna está mucho más definido porque coincide con el momento del destete.

Sin embargo, la ventaja "de evitarse la levantada", que sería en definitiva la argumentación común a ambos grupos no se ve como una razón de suficiente solidez frente a todos los peligros que se ennumeran sobre este modo de proceder.

El elemento que nos provee un hilo conductor explicativo de esta aparente contradicción, es la coincidencia

temporal que existe entre tres hechos: embarazo de la madre, destete del niño, separación de éste del lecho matrimonial.

Si a una situación de lactancia prolongada (que disminuiría, según la creencia, el riesgo de embarazarse) se le suma el hecho de tener al bebé durmiendo en la misma cama (situación reprobada porque el niño correría una serie de riesgos, entre los que se encontraría verse afectado por la vida sexual de los padres), el destete brusco y pasaje del hijo a su propia cuna cuando la madre se embaraza, estarían respondiendo a una lógica que nos dice que estas dos primeras situaciones desaparecen pues no son ya funcionales al logro del objetivo no manifiesto al cual estaban sirviendo, esto es: espaciar los embarazos de la mujer.

En el caso de las obreras, el traslado del niño a su propia cama no es tan preciso, dilatándose más ese momento

Sin embargo, aunque no hemos recogido información completa sobre este punto, no es arbitrario afirmar que la actividad sexual de la pareja disminuye mientras el niño está compartiendo un mismo espacio con sus padres, logrando por esta vía, un cierto control de la frecuencia de los nacimientos.

LACTANCIA MATERNA Y TRABAJO

Partiendo de los diferentes patrones de conducta en relación al tiempo durante el cual las obreras y no obreras lactan a sus hijos, hemos hecho una serie de consideraciones que se dirigen principalmente a advertirnos sobre la inconveniencia de dar explicaciones mecánicas a ciertos fenómenos que se presentan con regularidad. En este caso en especial, la explicación más frecuente frente a los comportamientos propios de cada grupo de mujeres sería que obviamente, las que se dedican a las tareas de su hogar tienen una situación más favorable para practicar la lactancia natural que las que laboran en la fábrica.

Aunque esta afirmación es verdadera, es necesario no quedarse en este nivel de explicación puesto que no nos aclara suficientemente porqué gran parte de las obreras deciden no iniciar la lactancia (aunque durante las seis semanas posteriores al parto se encuentran en la misma situación que las no obreras) (33) y las esposas de los obreros practican una lactancia prolongada.

(33) "Art. 170. Las madres trabajadoras tendrán los siguientes derechos:
 (...) II. Disfrutarán de un descanso de seis semanas anteriores y seis posteriores al parto"
 Nueva Ley Federal del Trabajo, Librería Teocalli, México, 1978

Las entrevistadas pertenecientes a ambos grupos consideraron más beneficiosa la lactancia materna que la artificial porque la primera provee a sus hijos de un producto "natural" y al mismo tiempo esta técnica de alimentación tiene ciertas ventajas prácticas para la madre.

El discurso y las acciones educativas oficiales al respecto difunden la conveniencia de la alimentación natural del recién nacido, coincidiendo con los "medios informales" de la comunidad en divulgar el "argumento utilitarista" y exaltando por otra parte, la excelencia de la leche materna por su composición físico química (34).

El descuido de los aspectos psicológicos de la lactancia materna y su tratamiento desvinculado de otras conductas frecuentes en relación con salud materno infantil dan una visión parcelada del problema y contribuyen junto con otros factores a convertirlo en un área de "alta permeabilidad" a la influencia de los saberes y prácticas del medio social y familiar en el que se desenvuelven las entrevistadas.

(34) Los medios de comunicación de masas enfatizan simultáneamente que las leches industrializadas tienen una composición muy similar a la materna.

Yendo más allá del mensaje educativo explícito nos encontramos con otro elemento que refuerza esta situación, con ello nos referimos a la organización institucional para la atención de la madre y el recién nacido que está ejerciendo una acción educativa de signo contrario a la que supuestamente se orientarían las actividades sistemáticas sobre este aspecto.

Así, el "doble mensaje oficial" tiene una diferente receptividad en cada grupo de mujeres.

Las que se incorporarán a la fábrica luego del período postparto son desde el inicio, las menos predispuestas a adoptar la lactancia materna puesto que saben que la situación de trabajo (no ya porque simplemente les impide estar todo el día con su hijo), sino por las condiciones en las que efectivamente se da (35), es un obstáculo concreto al desarrollo de esta función.

- (35) Una de dichas condiciones: la posibilidad de hacer uso de establecimientos adonde los niños reciban cuidados mientras sus madres trabajan, se hizo efectiva recién en 1974 con la creación en agosto de ese año de la primera guardería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Hasta ese momento los dueños de las empresas tenían obligación de crearlas cuando tuviesen 40 mujeres trabajadoras. Esta obligación era evadida a través de diversos recursos, entre ellos, la contratación irregular de mujeres o de un número límite al estipulado para cumplir con la prestación de este servicio.
- El hecho de que en ninguna de las 40 guarderías que funcionan en el D.F. se dé el caso de madres que van a dar alimentación natural a sus hijos durante el tiempo en el que están allí refleja de alguna manera el "doble mensaje" institucional al que nos referíamos. Esta situación debería analizarse, tomando en cuenta toda la serie de factores que le pueden estar dando origen (incumplimiento de la legislación laboral, organización y distribución de las guarderías, etc.)

Esta serie de hechos: el marco de referencia con que ingresarán a la situación de parto no será modificado en forma importante por las acciones educativas institucionales (en caso de que ingresen a una clínica u otro establecimiento similar) ya que el esquema con el cual éstas se planifican no toma en cuenta dicho marco de referencia, es decir, las condiciones internas de los sujetos, limitándose a darle conocimientos (que toman la forma de prescripciones breves) sobre las ventajas de la leche materna.

La serie de aspectos obviados (tal es el caso de la enseñanza de la técnica de alimentación al seno materno) y de acciones reforzadoras del mensaje que transmiten los medios de comunicación (suministro de leche en polvo, por ejemplo) están ejerciendo simultáneamente una acción educativa orientada a la adopción de la lactancia artificial.

Las esposas de obreros inician la lactancia al seno materno estimuladas por el medio social y familiar, sabiendo que podrán dar una continuidad a dicha práctica. La acción favorable, en este sentido, de lo que hemos llamado los "agentes informales" supone también

la incorporación de ciertas creencias que definen determinados aspectos del proceso (duración del período de lactancia, momento del destete, etc.) y que son descuidadas o desconocidas al planificar acciones educativas en salud.

En este caso pues, nos encontramos con una coincidencia entre el tipo de alimentación que se considera más recomendable y su puesta en práctica.

Esta situación responde a la adopción por parte de este grupo de una definición enajenante de la maternidad como función básica de la mujer en la sociedad, de lo cual deriva el ejercicio necesario de la lactancia como actividad específicamente femenina.

En este sentido, la no contradicción entre el "saber" y el "hacer" no obedecería a una visión "más científica" de la realidad, sino, por el contrario, a lo que Gramsci denominaría una concepción del mundo que no es crítica ni coherente sino ocasional y disgregada.

En estos casos, las acciones educativas con un enfoque tradicional no han partido de hacer este tipo de análisis.

sis, sino que se han limitado a la realización de un trabajo persuasivo con los individuos, basado en la transmisión de conocimientos con el propósito de crear en ellos la convicción de que ciertas conductas son las correctas suponiendo que de ello se derivaría, inmediatamente, la puesta en práctica de las mismas.

NOTAS FINALES

Partiendo de considerar que el pensar de los hombres se desarrolla bajo ciertas condiciones objetivas que hacen que su obrar no se halle determinado por sus ideas sino por las formas específicas que adquiere su participación en la producción, hemos destacado con especial interés al factor trabajo como elemento esclarecedor en la búsqueda de formas diferentes de aproximación al campo de la Educación para la Salud.

En la primera parte de nuestra investigación, al señalar el énfasis que los diversos discursos han puesto en la información de los sujetos, el trabajo resulta un aspecto obviado cuya exclusión sirve para ocultar la heterogeneidad de las clases sociales a las que se dirige el mensaje y la de sus conocimientos y prácticas en relación con el papel económico que cada una de ellas desempeña.

En el capítulo de análisis de las entrevistas a mujeres proletarias, la situación de trabajo funciona en primer lugar como elemento discriminador de dos grupos en el interior de una misma clase social:

Uno de ellos participa en la producción de bienes a través de sus labores en una fábrica. Esto permite visualizar có-

mo las características de la situación de trabajo de la mujer proletaria, la inscriben, de hecho, en ciertas prácticas que responden a un proyecto de vida diferente al de aquélla que se dedica exclusivamente a las tareas del hogar.

El trabajo doméstico, por otra parte, en la medida en que es una función socialmente necesaria cuya responsabilidad recae sobre el sexo femenino, aparece como actividad común a todas las entrevistadas.

Los modos particulares que esta forma específica de trabajo asume en cada grupo (es decir, como labor posible de ser delegada parcialmente en otros, o nó), enriquecen la explicación sobre ciertas concepciones y prácticas en salud materno infantil, inscribiéndolas en el contexto general en el cual la opresión de la mujer se desarrolla.

Al mismo tiempo, al hallar que ciertos argumentos ideológicos son coincidentes en mujeres de un grupo y otro, el solo análisis del discurso verbal no permite hacer juicios sobre la función estabilizadora o no, que, en este caso, las mujeres proletarias estarían cumpliendo con ello. Se hace evidente la necesidad de realizar, al mismo tiempo, una "lectura de sus prácticas" para llegar a un criterio al respecto.

La etapa de entrenamiento de las entrevistadoras consistió de varias sesiones dedicadas a la discusión de estos principios que considerábamos básicos para alcanzar los objetivos que nos habíamos propuesto.

La necesidad de crear una relación de confianza con las entrevistadas y la imposibilidad de que ésta fuese lograda a través de la aplicación de cuestionarios muy estructurados, nos llevó a concebir una estrategia de entrevista bien determinada, con una táctica de aplicación muy flexible.

Así, se definieron los temas generales acordando que las mujeres podrían tratar con libertad otros que les parecieran relacionados con los que estaban establecidos entendiendo que la guía de entrevista tenía un orden que podía ser alterado ya que, una secuencia demasiado rígida podía impedir que se insistiese sobre los puntos que a las personas les parecían más importantes.

Los silencios, las frases inconclusas, fueron considerados como aspectos de enorme importancia que debían ser consignados y discutidos pues se tomaba en cuenta que había ele-

mentos fundamentales subyaciendo a los rubros específicos que se habían seleccionado. (1)

Esta experiencia puso de manifiesto la gran utilidad que la técnica de la entrevista posee en el campo de la educación sanitaria pues la relación entre conocimientos y prácticas no puede ser develada invadiendo al sujeto con preguntas muy directas que trastornen el curso de su pensamiento, ya que lo llevarían a refugiarse en respuestas superficiales y estereotipadas. No es posible, por otra parte, cuando se trata de encarar un trabajo de este tipo, limitarse a preguntar sobre lo que se piensa o se recuerda, siendo necesario insistir también acerca de lo que "se siente" frente a determinadas situaciones.

Las limitaciones que necesariamente esta investigación posee, por ser nuestra primera aproximación sistemática al tema, nos demuestran, sin embargo, la necesidad de seguir trabajando sobre ciertos principios básicos que hemos destacado a lo largo de todo este estudio. En este sentido, es necesario enfatizar el hecho de que la investigación en Educación para la Salud no puede limitarse a la búsqueda de

(1) La forma en que la mujer vive su propia sexualidad, por ejemplo, fue uno de los aspectos más analizados en relación a salud materno-infantil.

metodologías precisas para transmitir conocimientos acabados.

Si tomamos como punto de partida la concepción del mundo de las clases subalternas como un saber contradictorio que debe ser revisado, las acciones educativas en salud deben ser planteadas como una vía por la cual los hombres, a través de la revisión crítica de las contradicciones y coincidencias entre sus conocimientos y sus prácticas vayan configurando una visión totalizadora de la realidad para transformarla.

Al poner el énfasis en las relaciones de las que el hombre forma parte, retomamos a Gramsci para señalar un camino de acción alternativo en nuestro campo:

"Si la individualidad misma es el conjunto de estas relaciones, crearse una personalidad significa adquirir conciencia de esas relaciones y modificar la personalidad significa modificar el conjunto de estas relaciones'
 (...) Tener conciencia más o menos profunda de ellas, (esto es, conocer más o menos la manera de modificarlas), ya las modifica"(2)

(2) Gramsci, A., "El Materialismo..." p. 37.

**BIBLIOGRAFIA
CONSULTADA**

I. COMENTARIOS SOBRE LA EVOLUCION HISTORICA DE LA
EDUCACION PARA LA SALUD

1. Bosch, H., "La función del trabajador sanitario en la Educación Sanitaria", Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Nov. 1954.
2. Corripio, F., "Diccionario de sinónimos", Ed. Bruquera, Barcelona, 1977.
3. Da Silva Arouca, Antonio Sergio, "El trabajo médico, la producción capitalista y la viabilidad del proyecto de prevención", Rev. Mex. de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México, No. 84, 1976.
4. Foucault, M., "Vigilar y Castigar", Siglo XXI, México, 1976.
5. Gordon, L., "The politics of birth control, 1920-1940: the impact of professionals", Int. Journal of Health Sciences, Vol. 5 No. 2, 1975.
6. Harvey, D., "Ideology and Population Theory", Int. Journal of Health Services, Vol. 4, No. 3, 1974.
7. International Journal of Health Education, Geneve:
 - Vol. I, No. 1, 1958
 - Vol. I, No. 2, 1958
 - Vol. I, No. 4, 1958
 - Vol. II No. 1, 1959
 - Vol. II No. 2, 1959
 - Vol. II No. 3, 1959
 - Vol. II No. 4, 1959
 - Vol. VI No. 4, 1963
 - Vol VII No. 1, 1964
 - Vol. XI No. 4, 1969
 - Vol. XV No. 4, 1972
 - Vol XVI No. 1, 1973
 - Vol XVII No. 4, 1974
 - Vol XIX No. 4, 1976
 - Vol XXI No. 1, 1977
8. International Project Association for Voluntary Sterilization (mimeografiado)
International Union of Health Education, IXth.
International Conference on Health Education,

(Aug. 29-Sept. 3, 1976, Ottawa, Canadá).
Abstracts (mimeografiado).

9. International Union of Health Education, International Conference on health and health education, (Philadelphia, 1962).
 - Vol. 1: "Man in his environment"
 - Vol. 2: "Man in his biological environment"
 - Vol. 3: "Man in his physical environment"
 - Vol. 4: "Man in his social environment"
 - Vol. 5: "Studies and research in health Education"
 - Vol. 6: "Professional preparation for health education"
 - Vol. 7: "Technical study group report", Geneva, 1963.
10. Marini, R.M., "Crítica al análisis de la dependencia latinoamericana", Ed. Cuervo, Bs. As., 1977.
11. Mattelart, A. y otros; "Comunicación masiva y revolución socialista", Ed. Diógenes, México, 1976.
12. Mierr, A., "La nacionalización de los servicios de salud. La organización sanitaria en los Países Latinoamericanos, 1880-1930" (copia mimeografiada).
13. Means, R., "A history of health Education in the United States, Lea & Febiger, Philadelphia, 1962.
14. MINSAP, Educación para la Salud, "Seminario para responsables de salud", Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, Cuba.
15. MINED, Dirección Gral. de Formación de Personal Docente, "Guía de Educación para la Salud del profesor", Instituto Cubano del Libro, Cuba, 1975.
16. OMS, Crónica de la OMS, Ginebra, Vol. 28, No. 9, Sept. 1974.
17. OMS, Documento EB53/8, "Examen del programa: educación sanitaria", Dic. 1973.
18. OMS, "La educación sanitaria en la planificación de la familia", Informe de un grupo de estudio, Ginebra, 1970.
19. OMS, Serie Informes Técnicos, No. 278, Ginebra, 1974.

20. OMS, Serie Informes Técnicos, No. 432, "Investigaciones en Educación Sanitaria", Ginebra, 1969.
21. OMS, Serie Informes Técnicos, No. 89, "Comité de Expertos en Educación Higiénica del Público", Primer Informe, Ginebra, 1955.
22. OPS/OMS, Documento HP-HE-12; Conceptos Modernos sobre Planificación participante". Washington, 1975.
23. OPS/OMS, "Grupo de Estudio interdisciplinario sobre el proceso de innovación aplicado a educación para la salud", Informe final, Washington, D.C. 1971.
24. OPS/OMS, Publicación Científica No. 289, "Servicios Comunitarios de la salud y participación de la población", Washington, 1974.
25. OPS/OMS, "Seminario regional sobre la preparación de los profesionales de la salud en educación para la salud y ciencias de la conducta", Bs. As., Argentina, 1969.
26. OPS/OSP/OMS, SRPESCCPS/1, "Seminario Latinoamericano de Educación Sanitaria en relación con salud" (Paracas, Ica, Perú, 20-26 abril 1969), Washington, 1969.
27. Pan American Health Organization, Scientific Publication, No. 360, "Health Education addresses presented at the IX Int. Conference on Health Education", Washington, 1978.
28. Proceedings of the Eight American Scientific Congress, 8, Washington, 1940.
29. Read, M., "Cultura, Salud y Enfermedad", Centro Editor de América Latina, Bs. As., 1968.
30. Revista Comercio Exterior, Banco Nacional de Comercio Exterior, México, D.F., agosto, 1961.
31. Rubinstein, S.L., "El ser y la conciencia", México, Grijalbo, 1963.
32. SSA, Dirección de Educación Higiénica, Manual de normas de educación para la salud, México, 1976.

33. Smulevich, B., "Críticas de las teorías y la política burguesas de la población", CELADE, Santiago de Chile, 1971.
34. Secretaría de Estado de Salud Pública, "Educación para la Salud", Buenos Aires, No. 32, septiembre-diciembre, 1970.
35. The American Public Health Association, "Making Health Education Work", APHA, Washington, 1976.
36. The Federal Centre for health education, Cologne, Federal Republic of Germany, "Health Education in Europe", Int. Journal of Health Education, Geneve, 1976.
37. Turner, C.E., "Planeamiento de la Educación Sanitaria en las escuelas", Teide-Unesco, Barcelona, 1966.
38. UNESCO, "Población y Educación", México, Pax-México, 1974.
39. Unión Internacional de Educación para la Salud, "Veinte años de Educación para la Salud: balance y perspectivas", (Actas de la VIII Conferencia Internacional de Educación para la salud, París 1973), Ginebra, 1975.
40. Unión Internacional de Educación para la Salud, "Comunicación y cambio de comportamiento: factores de participación activa de la población en la promoción de la salud", (Actas de la VII Conferencia sobre la salud y la Educación Sanitaria, Bs. As., 1969), Ginebra, 1971.
41. Unión Internacional de Educación para la Salud, "La Educación para la salud y la política de salud en la dinámica del desarrollo", (resumen de actas de la IX Conferencia Internacional sobre la Educación para la Salud, Ottawa, 1976), Ginebra, 1977.
42. Vasco Uribe, A., "Salud, Medicina y Clases Sociales", Ed. La Pulga, Colombia, 1975.
43. Villaseñor, F., Gómez González, F., "Manual de Educación Higiénica con recursos y técnicas audiovisuales", México, Centro Regional de Ayuda Técnica, 1964.

44. Vuscovik, P., "América Latina: la crisis de un patrón de desarrollo y sus consecuencias políticas", México, Rev. Comercio Exterior, dic. de 1975.
45. Young, M.A., "Review of Research and Studies related to Health Education Practice (1961-1966): What people know, believe and do about health", Health Education Monographs, No. 23, 1967.
46. Young, M.A., "Review of Research and Studies related to Health Education Practice (1961-1966): Program Planning and Evaluation", Health Education Monographs, No. 27, 1968.
47. Young, M.A., "Review of Research and Studies related to Health Education Practice (1961-1966): School Health Education", Health Education Monographs, No. 28, 1969.
48. Young, M.A., "Review of Research and Studies (1967-1971): School and College Programs of Family Life Education", Health Education Monographs, No. 33, 1973.
49. Young, M.A., "Review of Research and Studies on the Health Education and related aspects of Family Planning (1967-1971): Communication, Program Planning and Evaluation", Health Education Monographs, No. 35, 1973.

II. CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS EN SALUD MATERNO-INFANTIL
EN UN GRUPO DE MUJERES PROLETARIAS

50. Bachelard, Gastón, "La formación del espíritu científico", Siglo XXI, México 1976.
51. Boletín de Educación en Nutrición, Vol. 3 No. 2, 6, 8.
52. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana
Vol. 26 No. 1, 2, 3, 4, 5, 6
Vol. 27 No. 1, 2, 3, 4, 5, 6
Vol. 28 No. 1, 2, 3, 4, 5, 6
53. Boletín de la Sociedad Mexicana de Salud Pública
Vol. 1 No. 1, 2, 6, 7, 8
Vol. 2 No. 3, 4, 5
Vol. 5 No. 1

54. Ash, William., "Marxismo y Moral", Ed. ERA, México, 1969.
55. Boletín del Hospital Oftalmológico Nuestra Señora de la Luz
Vol. 37 No. 97
Vol. 38 No. 110 y 101
56. Boletín Médico del Hospital Infantil de México
Vol. 26 No. 1, 2, 3, 4, 5, 6
Vol. 27 No. 1, 2, 3, 4, 5, 6
Vol. 28 No. 1, 2, 3, 4, 5, 6
57. Boletín Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social
Vol. 18 No. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
Vol. 19 No. 4, 5, 6
Vol. 20 No. 1, 2, 3
Vol. 21 No. 1
58. Boltanski, Luc, "Los usos sociales del cuerpo", Ediciones Periferia, Buenos Aires, 1975.
59. Boltanski, Luc., "Puericultura y Moral de Clase", LAIA, Barcelona, 1974.
60. Brigley, C., "Pediatria para la Enfermera", Troquel, Bs. As., 1970.
61. Centro de Estudios Históricos del Movimiento Obrero Mexicano, "La Mujer y el Movimiento obrero mexicano en el Siglo XIX", México 1975.
62. Coordinación Nacional del Programa de Planificación Familiar, SSA, IMSS, ISSSTE, DIF; "Bases para la formulación de los programas de planificación familiar" Vidriales Offset, México, 1978.
63. Coordinación "Plan Nacional de Planificación Familiar", Talleres Gráficos de la Nación, México 1977.
64. Dalzell-Ward, A.J., "A textbook of Health Education", Tavistock Publications, London, 1975.
65. Erickson, Erik, "Infancia y Sociedad", Ed. Hormé, Bs.As., 1976.

66. Ewerbeck, Hans., "El lactante: Fisiología, Patología y Terapéutica durante el primer año de vida", Edit. Científico Médica, Madrid, 1965.
67. Freud, Anna., "Introducción al psicoanálisis para educadores", Paidós, Buenos Aires, 1966.
68. Friday, Nancy., "My mother, myself: the Daughter's Search for Identity", Dell Publishing Co., New York, 1978.
69. Gramsci, Antonio., "El Materialismo Histórico y la Filosofía de Benedetto Croce", Juan Pablo, Editor, México, 1975.
70. Gramsci, Antonio., "La formación de los intelectuales", Ed. Grijalbo, México, 1967.
71. Hernández Valenzuela, Rogelio y otros; "Manual de Pediatría" 9a. Ed. México, 1975.
72. Instituto Mexicano del Seguro Social, Instrucciones sobre actividades específicas de higiene materno-infantil, México 1962.
73. Instituto Mexicano del Seguro Social, Reglamento de higiene del trabajo, Ediciones del IMSS, México, 1966.
74. Instituto Mexicano del Seguro Social, Ley del Seguro Social, México 1972.
75. Instituto Mexicano del Seguro Social, Nueva Ley del Seguro Social, México, 1973.
76. Instituto Mexicano del Seguro Social, Reglamento para la expedición de incapacidades a los asegurados del IMSS, México, 1966.
77. Instituto Mexicano del Seguro Social, "Procedimientos normativos del servicio de Pediatría Perinatal sobre aspectos básicos de la atención médica del recién nacido, México, 1975.
78. Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica, Normas de Pediatría Perinatal, México, diciembre, 1962.
79. Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica, "Orientaciones para la Atención Materno-Infantil en Medicina Familiar", México, 1975.

80. Instituto Nacional de la Nutrición, "Guía de Educación Nutricional": Unidades educativas de uso práctico en México", México, 1976.
81. Jackson, Stevi, "On the Social Construction of Female Sexuality", Women's Research and Resources Centre Publications, London, 1978.
82. Langer, Marie., "Maternidad y Sexo", RAIDOS, Bs. As., 1976.
83. Laplane, R., "Manual de Pediatría", Toray-Masson, Barcelona, 1972.
84. Lenin, "Marx, Engels, marxismo", Ed. Progreso, Moscú, 1974.
85. Mallos, Ellen., "Housework and the politics of Women's Liberation", R.S.M. Publications, Bristol, 1978.
86. Nelson, W. y otros., "Tratado de Pediatría" Salvat Editores, México, 6a. Edic.
87. Nueva Ley Federal del Trabajo, Librería Teocalli, México, 1978.
88. Organización Internacional del Trabajo, "30,000,000", "Programa de las Naciones Unidas para actividades en materia de población", Países Bajos, 1974.
89. Our bodies, what choice?, London, Women's Voice, issue 23, Nov. 1978.
90. Paterson, Donald, "Manual Práctico de Pediatría", Ed. Científico Médica, Barcelona, 1968.
91. Paz, J.R., "Psicopatología, sus fundamentos dinámicos", Nueva Visión, Bs. As., 1977.
92. Plan Nacional de Planificación Familiar; "Manuel y María: un maor sin secretos" (folleto mimeografiado en México)
93. Portelli, Hughes., "Gramsci y el bloque histórico", Siglo XXI, México, 1976.
94. Programa de Planificación Familiar Voluntaria del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ediciones Islas, México, 1975.

95. Revista Médica de la Asociación Médica de los Ferrocarriles Nacionales de México, tomo 25, No. 143, 145, 146.
96. Revista Mexicana de Pediatría, vol. 41, No. 1, 2.
97. Rivera, Mario., Guzmán, Carlota, "Los despobladores", SPAUNAM, México, 1977.
98. Salas Alvarado, Max y otros; "Guía para el diagnóstico y terapéutica en Pediatría", La Prensa Médica Mexicana y Hospital del Niño D.I.F., México, 1977.
99. Secretaría de Salubridad y Asistencia, "Mirando al futuro" (folleto mimeografiado en México).
100. Tolson, Andrew., "The limits of Masculinity", Tavistock Publications, London 1977.
101. Torroella, Julio Manuel., "Pediatría", Francisco Méndez Oteo, México, 1977.
102. Weibel, Kathryn, "Mirror, Mirror: images of Women Reflected in Popular Culture", Anchor Books , New York, 1977.

AH00715
84252