

4
2g.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"ACATLAN"

PODER, SABER Y SALUD



T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN SOCIOLOGIA
P R E S E N T A :
MARIA ILEANA GARCIA GOSSIO

1987



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

INTRODUCCION.

1 PLANTEAMIENTOS GENERALES.

1.1 EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD EN EL CAPITALISMO.	
1.1.1 SALUD Y SOCIEDAD.	1
1.1.2 ANALISIS DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.	10
1.1.2.1 INTENTO DE APROXIMACION A LA DEFINICION DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.	12
1.2 LA EXTRACCION DE PLUSVALIA DE LA FUERZA DE TRABAJO SE CONCRETIZA EN EL CUERPO HUMANO.	19
1.3 LA MEDICINA Y LA EXCLUSIVIDAD EN EL MANEJO DE LA SALUD.	28
1.3.1 LA HISTORIA DE LA MEDICINA COMO PRACTICA SOCIAL.	28
1.4 LA PRACTICA MEDICA Y EL MANEJO DEL CUERPO.	36
1.4.1 EL HOSPITAL SE MEDICALIZA O LA MEDICINA HOSPITALARIA.	37
1.4.2 LA PRACTICA MEDICA INSTITUCIONALIZADA.	40
1.4.2.1 EL PODER DEL MEDICO.	45

2 CUERPO Y REPRODUCCION DE LA FUERZA DE TRABAJO.

2.1 LA PRODUCCION DE LA REPRODUCCION DE LA FUERZA DE TRABAJO.	52
2.1.1 LA COMUNIDAD DOMESTICA.	54
2.2 EXTRACCION DE PLUSVALIA Y REPRESION DE LA SEXUALIDAD.	63
2.2.1 REPRODUCCION Y CREACION DE VALOR: EXTRACCION DE PLUSVALIA.	64
2.2.2 REPRESION DE LA SEXUALIDAD.	71
2.2.2.1 RELIGION Y EXPROPIACION DEL CUERPO.	71

3 LA SALUD EN EL PROCESO DE REPRODUCCION DE LA FUERZA DE TRABAJO: EL CASO DE LA PLANIFICACION FAMILIAR.	
3.1 EN TORNTO AL CONCEPTO DE POBLACION.	80
3.2 POLITICA DEMOGRAFICA EN MEXICO.	97
3.2.1 ANTECEDENTES.	97
3.2.1.1 LAS POLITICAS DEMOGRAFICAS.	100
3.2.2 EL PLAN NACIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR. ...	106
 PODER Y SABER MEDICO INSTITUCIONALIZADO.	
4.1 PODER MEDICO.	117
4.1.1 EL GINECOLOGO.	123
4.1.1.1 ALGUNOS ANTECEDENTES.	123
4.1.1.2 EL GINECOLOGO DE HOY.	129
4.2 MUJER, FAMILIA Y ESTADO.	134
 CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES.	149
 IBLIOGRAFIA.	168

INTRODUCCION

La presente investigación surge a raíz de la inquietud provocada por la experiencia de trabajo en un taller de educación no formal, en torno a la problemática de la mujer y de su autoconocimiento gradual.

En el taller se plantea crear conciencia sobre la salud física y mental, la sexualidad, la posición de la mujer en la sociedad y las alternativas existentes ó por crearse a través de experiencias, vivencias e información compartida, lo que es facilitado por prácticas de dinámicas de grupo. Ello permite conocerse así como aclarar ideas y valores por medio de la confrontación, identificar prejuicios que limitan un desarrollo libre.

La mujer ha tenido como una constante, el desconocimiento total o parcial del propio cuerpo, siendo sujeto de control por parte de quienes institucionalmente se les reconoce "saber" en lo que al proceso salud-enfermedad se refiere: los médicos. Dicha problemática general se ha constatado particularmente en el taller, ahí las mujeres del grupo se han encontrado precisadas a acudir a un ginecólogo, (médicos que han sido socialmente asignados a controlar el funcionamiento del aparato reproductor femenino) y, han vivido desde un trato de subordinación hasta la consecuencia de enfermedades iatrogénicas.

La presente investigación tiene como objetivo, mostrar como el saber médico detenta un poder que socialmente ejerce un control político sobre las mujeres; si la capacidad reproductiva de las mujeres y el poder potencial que encierra es un objeto de conocimiento controlado por un saber y una compleja práctica insti-

tucional que podemos observar en alguna de sus manifestaciones dentro de la planificación familiar en el país.

Ante dicha situación, he considerado necesario reflexionar en torno al saber-poder médico que es ejercido sobre el cuerpo de la mujer. Y es la mujer precisamente la que vive esta situación de incertidumbre ante el desconocimiento de su cuerpo y del dominio al que es sujeta, la idónea para plantear la situación como un tema a problematizar, que sirve para cuestionar dicho dominio y ofrecer alternativas teóricas y prácticas.

Esta reflexión lleva a plantear que: el proceso de salud-enfermedad en nuestra sociedad actual depende de la situación que cada persona ocupa con respecto a los medios de producción, así la mujer presenta una sintomatología distinta en algunos aspectos al hombre por poseer cuerpos anatomofisiológicos distintos. Por ende el proceso salud-enfermedad será distinto según la clase social y el sexo.

Si bien, la situación diferencial de los sexos se da en el ámbito del proceso salud-enfermedad cuando esta diferencia es utilizada socialmente se torna en desigualdad. Esta históricamente determinada entre el hombre y la mujer se sostiene a través de los roles sexuales rígidos y estereotipados: "El hombre sabe y la mujer intuye". Si a esa concepción en torno a los sexos sumamos la relación de dominio-sujeción que se establece, cuando se da por supuesto que uno de los polos de la relación es el que sabe y el otro el que desconoce, encontramos fenómenos de saber-poder tales como: la relación de dominio de los padres sobre los hijos, de los médicos sobre los pacientes y, en nuestro caso; de los ginecólogos

logos sobre las mujeres.

Para hablar de la relación de dominio entre el ginecólogo y la mujer, es menester plantear en que consiste el "poder médico".

En un primer capítulo se describe cómo la estructura de nuestra sociedad permite la ejecución del poder sobre diversos grupos de la sociedad, como son las mujeres, a través del patriarcado. - Se señala la importancia que posee el estudio de la sociología médica tanto para el reconocimiento del valor intrínseco del cuerpo, como para la comprensión del poder médico en nuestra sociedad con respecto a las interrogantes que surgen de la práctica médica. Se mencionan los hechos históricos antecedentes para la comprensión del poder médico actual, la importancia del surgimiento y desarrollo de los hospitales como institución que dió estructura, reconocimiento y sistematización a la práctica médica contemporánea. Se señala, cómo es que la forma de intervenir en el proceso salud-enfermedad en nuestra sociedad depende considerablemente de un poder que ejercen los médicos; un poder que la mayoría de las veces no se conceptualiza como un poder "real" sobre los cuerpos en general y sobre los de las mujeres en particular en lo que respecta a los ginecólogos. Se evidencia que los ginecólogos son los encargados socialmente de controlar el cuerpo de la mujer en torno a su aparato reproductor, también se sostiene que es en sus características potenciales de generar vida, donde se centra el control social y su opresión.

En un segundo capítulo, se analiza el desconocimiento social de la producción de la reproducción de la fuerza de trabajo a lo largo de la historia, y cómo dicha producción es controlada según

intereses de los grupos dominantes. Por ser la mujer la poseedora de la capacidad de producir la fuerza de trabajo, ha sido -- sujeta a control desde sus orígenes. Del control de su cuerpo tam-- bién se desprenden labores a realizar en el ámbito privado y que no se consideran socialmente productivas. Se sostiene que la mu-- jer en el ámbito de lo privado crea valor al producir y reprodu-- cir la fuerza de trabajo futura (hijos). La Comunidad Doméstica es el modo de producción que garantiza la reproducción de la fuer-- za de trabajo y con ello la opresión de la mujer. En este capítu-- lo se menciona cómo la represión de la sexualidad es encauzada -- hacia actividades tales como el procrear y cuidar hijos, así como el trabajo doméstico propiamente dicho.

La producción de hijos y el control de su crecimiento ha varia-- do según los requerimientos de cada formación social historicamen-- te determinada. Es tarea de la tercera parte de la investigación, una crítica con respecto a los planteamientos Malthusianos y de -- la Teoría de la Transición Demográfica, sustento de la actual po-- lítica demográfica en México, desde el punto de vista marxista. -- Se habla sobre el control de los cuerpos de las mujeres por ser -- potencialmente reproductoras, se indica y desarrolla en qué con-- siste el fenómeno actual del control de nacimientos en México, co-- mo una forma de anclar en una problemática concreta que vive la -- mujer. Para hablar del control natal en México, se recurre a los antecedentes de la política demográfica anterior a la de 1974 y + se culmina con el Plan Nacional de Planificación Familiar.

En el cuarto capítulo, se desarrolla una aproximación al esclavitud-- recimiento de las formas de dominio ejercido hacia las mujeres --

por vía del control de la reproducción de la especie. He considerado pertinente enfocarme al estudio de la institución ginecológica, por ser ésta donde se concretizan las políticas poblacionales de control de reproducción de la especie. Frente al conocimiento elitista del médico, la mujer definida ideológicamente por el patriarcado- como sumisa, frágil e ignorante se encuentra en una situación de desventaja en la relación médico-paciente.

Para hablar del poder médico del ginecólogo sobre el cuerpo de la mujer, se toma en consideración a los Estados Unidos de Norteamérica del siglo pasado y principios de éste, por ser un país en el cual el dominio médico se iría colocando a la vanguardia del resto del mundo. Los ginecólogos se vanagloriaban de extraer clítoris, ovarios, etc., en mujeres de pocos recursos económicos o estableciendo un culto a la "fragilidad" y a la "invalidez femenina" en las mujeres pudientes.

Actualmente los ginecólogos sustentan una ideología en torno a la mujer que se basa en dos pilares: 1) La mujer es un objeto, -- como ser inferior al hombre y 2) La mujer-objeto está hecha solo para ser madre. De éste último se desprenden una serie de supuestos de lo que debe ser la mujer y sus actividades en la sociedad, encontrándose una serie de mitos y creencias acerca de la menstruación, de la interrupción voluntaria del embarazo, del control natal y en general de su sexualidad.

Dichos supuestos que conforman la ideología de los ginecólogos con respecto a las mujeres, se suman a la actitud de saber-poder que todo médico presenta con respecto a sus pacientes.

Con el objeto de ilustrar lo anterior, presento algunos testi-

monios que han experimentado mujeres durante consultas y tratamientos con respecto a la planificación familiar.

Finalmente en las CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES, presento las consideraciones generales de mi investigación, así como un documento alternativo al dominio del saber-poder médico que da la pauta a la ejecución de un taller de autoconocimiento hecho -- por mujeres y para mujeres.

1.1 EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD EN EL CAPITALISMO.

1.1.1 SALUD Y SOCIEDAD.

El ser humano ha ido dejando huella a su paso desde que ha uti-lizado su capacidad y ejecución de transformación de la naturaleza para su propio beneficio. En ese afán de dominio por la naturaleza que puede garantizar su vida, también ha ido buscando el garantizar su supervivencia como especie en la tierra. Así, se ha ido dando gradualmente el apoderamiento del fin máspreciado para la humanidad; la fuerza de trabajo, y por ende de las productoras de dicha fuerza, de sus cuerpos y de sus mentes: las mujeres.*

Posteriormente, los hombres, se irían apoderando del producto excedente de otros hombres. Durante dicha apropiación ya se manifiesta la existencia de desigualdades entre sexos.

A lo largo del surgimiento y desarrollo del capitalismo, la --burquesía ha sustentado su dominio por muy diversos medios. El dominio se ha venido ejerciendo de muy distintas y variadas formas; desde las más sencillas, hasta las más sofisticadas, variados pro-cesos de producción, y variados procesos ideológicos, articulados entre sí de distintas maneras.

El dominio de un sexo sobre otro, de una clase sobre otra, de razas, de castas, y sobre toda la sociedad en su conjunto vía el Estado, nos muestra que el poder no solo se ejercía y se ejerce -actualmente de forma vertical (clases sociales), sostenemos que el poder también se ejerce horizontalmente (sexos) y jerarquizado, siendo el patriarcado el sustento del capitalismo para seguir reproduciéndose.

* Consultar apartado 2,1,1 LA COMUNIDAD DOMESTICA.

Hablar sobre el Patriarcado nos remite a hablar de ciertas relaciones de poder que traspasan los límites teóricos proporcionados por nuestra " política tradicional ". Es un hecho que las razas, las castas, las clases y los sexos son grupos coherente y -- claramente delimitados, su continua opresión es constante debido a que carecen de representación en cierto número de estructuras - políticas reconocidas. De entre estos grupos, es el de los sexos el que nos interesa rescatar.

La desigualdad entre un sexo y otro, apenas y se discute en --- nuestra sociedad, cuando en muchos de los casos ni siquiera se reconoce (pese a ser una institución) la prioridad natural del macho sobre la hembra.

La forma de dominio de un sexo sobre otro es un tipo de segregación más uniforme, rigurosa y tenaz que la dominación de clases, pues es en esencia una " colonización interna " basada en el carácter patriarcal de la sociedad.*

"Aún cuando hoy día resulte casi imperceptible, el dominio sexual es, tal vez, la ideología que más profundamente -- arraigada se halla en nuestra cultura, por cristalizar en ella el concepto más elemental de poder." (1)

Las relaciones de dominio y de subordinación entre sexos trae por detrás todo un sustento por parte del Patriarcado.**El dominio

*La institución del Patriarcado ha sido una constante social con profundo arraigo, que se ha manifestado en lo político, social - y económico ya sea en las clases, las castas, en el esclavismo, en el capitalismo, en las principales religiones, etc., mostrando una notable diversidad tanto histórica como geográfica.

**En el patriarcado, como en otras formas de dominio " que controlan los bienes económicos, el poder económico constituye una fuente consecuencia a menudo intencionada, del dominio y uno de sus principales instrumentos. " (Weber citado en: Millet, Kate.- op.cit.p.33)

es un sinónimo de poder (Weber) que se puede manifestar en diversas formas. de ellas, es la relación de dominio entre el ginecólogo (en su mayoría hombres) sobre la paciente (mujer) la que investigamos aquí. Si hablamos de un poder que se asocia a un saber específico, éste se encontrará sustentado en una relación patriarcal.

La esencia de la política radica en el poder, en el dominio. El patriarcado se apoya sobre dos principios fundamentales: el macho ha de dominar a la hembra, y el macho de más edad (reproductiva) ha de dominar al más joven.

El Estado, se asienta sobre el poder, que está respaldado vía el consenso y la violencia física. Cuando se encuentra respaldado preferentemente por el consenso, estamos hablando del condicionamiento a cierta ideología dominante, que se concretiza a través de los aparatos ideológicos de Estado (Althusser). Dicha ideología cobra forma en la relación de dominio entre los sexos a través de los roles sexuales impuestos desde que nacemos.

"...la política sexual es objeto, de aprobación en virtud de la " socialización " de ambos sexos según las normas fundamentales del patriarcado, en lo que atañe al temperamento, al papel y al estatus social." (2)

De acuerdo a cada formación social concreta, encontramos varias formas de manifestación del patriarcado. Las diversas formas y sus matices, se agrupan en cada sociedad conforme cierta política sexual. La política sexual influirá en el temperamento, el papel y el estatus social de cada persona.

a) Acorde a la política sexual reinante, el temperamento se desarrolla conforme a ciertos estereotipos: lo " masculino " y lo " femenino ", basados en las necesidades y valores del grupo dominante.

"...dictados por sus miembros en función de lo que más aprecian en sí mismos y de lo que más les conviene exigir de sus subordinados: la agresividad, la inteligencia, la fuerza y la eficacia, en el macho; la pasividad, la ignorancia, la docilidad, la "virtud" y la inutilidad en la hembra." --
(3)

Es precisamente una de estas características con respecto a -- las mujeres, la que nos interesa rescatar para analizar en un posterior capítulo: la ignorancia. Ignorancia que cobra una gran dimensión en el momento de relacionarse con un médico: la relación saber-ignorancia.

"Si saber es poder, también es cierto que el poder se apoya en los conocimientos, y una de las principales causas de la posición inferior de la mujer estriba en la ignorancia casi sistemática que le impone el patriarcado." (4)

Así encontramos, como el supuesto de "ignorancia" marca a la mujer en el caso que nos ocupa doblemente: como mujer y como paciente.

b) El papel sexual que incluye conductas, ademanes y actitudes junto con el rol sexual le confiere ciertas actividades a la mujer " propias de su sexo " : el trabajo doméstico (incluyendo producción y cuidado de los hijos).

c) El papel influye sobre el estatus inferior con respecto al hombre, que la mujer ocupará*. Las personas con un estatus supe---

* El estatus ya en sí implica poder: divide, separa, fracciona.

3 Millet...Ibid.p.35

4 Ibid.p.56

rior suelen asumir los papeles preeminentes, ésto es debido --
parcialmente al temperamento que se ven condicionados a desarro--
llar. Pero dicha situación, no solo se presenta entre los sexos,
también es posible hablar de ella entre las castas y las clases -
sociales.

Rescatando los tres apartados anteriores: Temperamento, papel
y estatus, le asignan a la mujer una situación en la cual no pue-
de acceder a tener representatividad en las instituciones políti-
cas más evidentes.

Por su parte, la religión y la ciencia hablan de una diferen--
cia natural a consecuencia de las diferencias anatomofisiológicas*.

La familia, aporta al patriarcado la socialización de los ----
hijos conforme a la ideología dominante.

Conforme el comportamiento de los padres (cada uno con un tem-
peramento, papel y estatus distinto conforme a su sexo) y refor-
zado por amistades, escuela, medios masivos de información (AIE),
etc., siempre dentro del marco de la legitimidad.

* "La religión patriarcal, la opinión popular y, hasta cierto punto la ciencia
suponen que tales distinciones psicosociales descansan sobre diferencias bio-
lógicas observables entre los sexos, manteniendo que, al modelar la conducta,
la cultura no hace sino cooperar con la naturaleza. Y sin embargo, ni la di-
versidad de temperamentos creada por el patriarcado (rasgos "femeninos" y -
"masculinos" de la personalidad) ni, menos aún, los distintos papeles y esta-
tus, parecen derivar en absoluto, de la naturaleza humana."

Tanto la socialización como la reproducción, son las funciones centrales de la familia, pero a pesar de que algunas instituciones como la religión, o la ciencia suponen que lo realizable al interior de la familia es de orden natural, no existe razón biológica para que sean llevadas a cabo al interior de la institución familiar.

Por otra parte, el estatus puede llegar a confundir la situación de la mujer, pues éste se encuentra en estrecha relación con las clases sociales.*

"Uno de los principales efectos producidos por la clase social en el patriarcado radica en enemistar a las mujeres entre sí, creando un vivo antagonismo que, tras oponer durante largo tiempo a la prostituta y a la matrona, afecta actualmente a la mujer con profesión y a la ama de casa." (§)

Con el apoyo de la ideología es posible el conceso, no reconociéndose en lo "cotidiano" la desigualdad social existente entre un sexo y otro. La fuerza física es casi innecesaria en el patriarcado, pues se encuentra implícita. A través de la legislación se le niega a la mujer el control de su cuerpo, por ejemplo, al conducirla a abortos clandestinos—que es una forma de "pena de muerte"— por desobedecer y querer apropiarse de algo que es suyo.

En lo que respecta a las funciones sexuales dentro del patriarcado, siempre se le han asociado con lo impuro, conformando un ale-

* La clase también depende en efecto, de la virtud, la belleza y la edad.

amiento del propio cuerpo a través del auto-rechazo.

"Parece, pues, acertado pensar que las condiciones de vida y las creencias del patriarcado deterioran el concepto-- que la mujer tiene de su propio cuerpo hasta convertirlo en la carga que pasa por ser." (6)

Durante el patriarcado, la mujer siempre ha permanecido ajena a su cuerpo, pues cuando parece que alguno de los medios para apropiarse de él se lo permite, en realidad son impuestos y sujetos a control. Por ejemplo, la anticoncepción en México no es producto de la lucha y la conciencia de las mujeres, sino ha sido un fin impuesto institucionalmente. La libertad sexual y el control biológico del cuerpo de la mujer, le están prohibidos a través de una doble moral sexual.

Conforme lo expuesto anteriormente en torno al patriarcado, concebimos a la política y al poder, no como una mera toma de decisiones al interior del parlamento, ó mediante una elección de gobernantes vía el voto secreto y universal (concepción burguesa), ni tampoco la lucha de clases antagónica e irreconciliable como único sitio en donde se manifiesta la política y la lucha por el poder. Entendemos por política "un conjunto de estrategias destinadas a mantener un sistema. Si se considera al patriarcado como una institución perpetuada mediante tales técnicas de gobierno, se llega al concepto de política." (7)

El poder, se manifiesta en la lucha de clases, pero también al interior de los sexos, el poder se ejerce a un nivel macro, pero---

6 Millet, Kate. Ibid. .p.63.

7. Ibidem.p.31.

también micro, el poder traspasa todos los espacios y llega a estar presente en lo cotidiano, es invisible más se concretiza y se manifiesta en "pequeños poderes" : en los "pequeños poderes diarios".

El desconocimiento de lo político, el poder y la dominación en lo cotidiano (incluso en las acciones, lenguaje, chistes, etc.) sustentan una forma de legitimar la ideología dominante. Existen grupos sociales que poseen el derecho al uso de la ideología para sus objetivos manifiestos (iglesia, políticos, ejército, etc.) entre ellos, los médicos y la profesión médica en general son uno de los grupos más importantes, como menciona Jesús M. de Miguel : "La característica dominante de la ideología de los ginecólogos es su uso para apoyar su competencia sobre un conjunto de seres humanos (mujeres) y sobre ciertas áreas (los genitales sobre todo)."

Son innegables las relaciones de dominación que se dan entre la mujer y el hombre, con un rol sexual asignado socialmente, la desigual relación entre padre e hijo, entre el confesor y el feligrés, entre el paciente y el médico y, de ésta última, entre la mujer y el ginecólogo.

La relación de dominación entre la mujer y el ginecólogo, es la relación que nos interesa estudiar a través de la planificación familiar. Planificación familiar, como su propio nombre lo dice se centra en la familia. Elementos como la seguridad nacional y la estabilidad política, se encuentran enmarcados al inte-

* Consultar: El Mito de la Inmaculada Concepción. p.15.

rior del modelo de la familia nuclear, en donde, a través del mantenimiento de esta estructura se afianza el poder de los dominantes vía el Patriarcado.

La institución política familia- y de ahí el matrimonio - es el sitio donde la reproducción de la fuerza de trabajo se concretiza a través de "pequeños poderes" , en prácticas concretas - como podría ser la relación entre esposos, entre padres e hijos , etc.

El saber-poder que nos ocupa, se ejerce bajo el hecho de no - cuestionarse dicho "saber" gracias a la estructura ya dada de -- tal forma, se presupone que el doctor "sabe" y la mujer "desco-- noce". Este "saber" forma parte de micropoderes que a su vez con forman a uno mayor, parte de una ideología dominante (patriarcal) en la cual nos encontramos inmersos.

Si deseamos estudiar el saber-poder que ejecuta el médico, es importante exponer lo que es; el proceso salud-enfermedad al interior del capitalismo, cómo se concretiza en el cuerpo humano, - qué es la medicina actualmente, cuáles son sus antecedentes y en que consiste el saber-poder médico, pero estas interrogantes son tarea ya del siguiente apartado.

1.1.2 ANALISIS DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.

El poder médico se encuentra respaldado en un enfoque particular de lo que es la salud y la enfermedad. Dicha concepción es dominante al interior de las facultades de medicina y de la práctica médica cotidiana.

El enfoque dominante supone la comprensión de la enfermedad aislada de la salud, por ende entiende a la enfermedad como un proceso biológico generado en el individuo, solo un tipo de causas específicas determinada enfermedad, y la "solución" se encuentra en los procesos biológicos. Desde este enfoque se considera a la práctica médica como eminentemente curativa y con un método clínico. Otro nivel de dicho enfoque es el de la epidemiología tradicional que concibe a la enfermedad como resultado de la interacción del individuo con su entorno biológico (huesped, agente y ambiente). La enfermedad está vinculada a factores sociales y físicos, pero nunca serán éstos los determinantes.

El enfoque alternativo al dominante, concibe a la salud-enfermedad como un proceso, toma en cuenta a los factores biológicos, pero también a los socio-históricos.

"La enfermedad como fenómeno individual es en efecto la manifestación concreta de los procesos sociales que determinan la salud colectiva, y llega a presentarse justamente porque estos procesos desencadenan y transforman las relaciones entre huésped, agente y ambiente." (8)

La salud y la enfermedad "se presentan como dos polos de un mismo proceso: se encuentran en relación dialéctica mediando... entre ellos una relación compleja y cambiante determinadas por circunstancias sociohistóricas. Existiendo un movimiento permanente de uno a otro polo y viceversa." Rojas, Raúl. Capitalismo y enfermedad. P-29.

3 Laurell, Cristina. Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. P. 7.

Desde este enfoque se pretende investigar qué problemática de salud corresponde a determinado momento histórico de una formación social concreta, considerando a las instancias, económica, política e ideológica, y cómo es que se articulan en el proceso histórico de esa determinada sociedad.

"En cualquier análisis de la causación y la distribución de la enfermedad es necesario comenzar determinando cuáles son las relaciones sociales de producción dado que éstas, con las modificaciones impuestas por la lucha política, determinan las condiciones de trabajo y de vida de las clases dominadas." (9)

Con fundamento en lo expuesto hasta el momento, y situando a cada persona en un lugar concreto dentro de la organización social: trabajando y viviendo de determinada forma, produciendo y reproduciendo la sociedad en que vive, afirmamos: no hay enfermedades en abstracto, donde a toda persona se le pueda catalogar y recetar lo mismo, sino enfermos. La sintomatología se concretiza a un nivel individual, biológico, pero los determinantes son socio-históricos. No hay enfermedades en abstracto, hay enfermos, su problemática se ubicará de acuerdo a las labores que realice al interior de su formación social. Es aquí donde la sociología médica marxista ubica su quehacer, ella considera que el proceso salud-enfermedad es un fenómeno social aún cuando se manifiesta en organismos concretos. Las causas del proceso salud-enfermedad deben buscarse:

"...en la estructura misma de la sociedad a fin de determinar porque existen situaciones diferenciales entre las clases sociales respecto del tipo, frecuencia y gravedad de la enfermedad, así como en la concepción de ésta, en la esperanza de vida y muerte y en el acceso real a los servicios médicos." (10)

9 Laurell, Cristina; Ibid. p. 10.

10 Rojas, Raúl; op. cit., p. 18.

La sociología médica marxista considera que cada formación social crea su propia patología y produce las condiciones sociales para la reproducción de la misma. En el capitalismo las dos clases antagónicas (burguesía y proletariado) manifiestan diferencias en morbilidad, esperanza de vida y acceso real a los servicios médicos. Las diferencias se manifestarán dependiendo del lugar que ocupen con respecto a las esferas de la producción, ya sea una clase u otra, pero también sea un sexo u otro.*

Cada uno de los enfoques puede ser utilizado y de hecho lo son para sustentar a la ideología de dominación sobre el cuerpo por parte del médico, ó bien para desmitificarlo, pero pasemos a preguntarnos qué es lo que entendemos por salud y enfermedad, si es que coincidimos con el enfoque de la sociología médica marxista.

1.1.2.1 INTENTO DE APROXIMACION A LA DEFINICION DEL PROCESO -- SALUD-ENFERMEDAD.

De acuerdo a los planteamientos anteriores decimos; lo social es la clave para explicar la problemática de salud en los distintos grupos sociales, y es aquí donde la sociología médica marxista nos puede ayudar al postular que; las causas fundamentales de la salud y la enfermedad se encuentran en la forma en que se organiza la sociedad para producir y reproducirse.

El concepto de lo que es el proceso salud-enfermedad ha variado en cada modo de producción y al interior de las distintas formaciones sociales incluso llegando a ser opuesto.

*Consultar: "Algunas Tesis de la Sociología Médica Marxista", en el libro Sociología Médica de Rojas, Soriano Raúl. pp23-61.

"A lo largo de la historia de la humanidad el proceso salud-enfermedad se ha conceptualizado de diversas formas, según las condiciones materiales de trabajo y de vida y los marcos culturales e ideológicos propios de cada grupo social, todo lo cual es una expresión concreta del modo de producción dominante en las distintas formaciones sociales." (11)

La definición de lo que es tanto la salud como la enfermedad - se hace en un primer momento a través de lo subjetivo, más no por eso debemos olvidar que surge de la realidad objetiva y se encuentra en permanente vinculación.

"La conceptualización de la salud y la enfermedad depende pues, de los elementos objetivos... y de otros de carácter subjetivo (expectativas, deseos, actitudes, sentimientos, emociones, etcétera), los cuales se encuentran vinculados a -- los primeros y pueden influir sobre ellos." (12)

La salud y la enfermedad se constituyen como diferentes grados de algo que es lo mismo, diferentes grados de adaptación del organismo al medio ambiente en que se desenvuelve, son los extremos de un proceso dialéctico, son distintos grados de adaptación al ambiente pero que siempre estarán en estrecha relación con factores tales como los económicos, sociales, psíquicos y biológicos, y es -- así, que cuando el individuo no logra adaptar su organismo al medio ambiente de una manera equilibrada, es cuando se manifiesta un estado patológico: una enfermedad propia de la persona, del enfermo. Es sobre este punto justamente donde comienzan a surgir varias interrogantes: ¿Cuándo la sensación de "sentirse mal" puede ser reconocida como enfermedad?, ¿Quién decide la existencia de enfermedad?

11 Rojas, Raúl; Ibid. p. 205.

12 Rojas, Raúl; Ibid. p. 210.

En un primer momento, a través del contacto con el médico, él será quien le de validez a ese padecer y le llamará enfermedad o no. El es el representante donde se cobra la concreción de una práctica médica dominante al interior de nuestra sociedad, pues la salud y su contraparte la enfermedad-como proceso-es un fenómeno social históricamente determinado. Quien posee el poder en la sociedad será quien determine la existencia o no de una enfermedad -- acorde con los intereses de reproducción de poder y de la sociedad a la que domina en su conjunto.

Pero, ¿Quién detenta el poder y decide en torno a determinado fenómeno darle el rango de enfermedad?, ¿Qué argumentos utiliza, -- qué indicadores deben emplearse para detectar la presencia de la "enfermedad"?, y es aquí, donde se hace imprescindible avanzar sobre la conceptualización de la salud y la enfermedad.

Como existen serias dificultades para poder conceptualizar y -- "medir" a la salud, procederemos por rescatar al otro momento del proceso, la enfermedad. Esta por ser más factible de medición, de observar sus consecuencias y por poseer indicadores y ser una expresión menos subjetiva que la salud. Aclarado lo anterior, podemos hablar solo de la enfermedad sin perder de vista al proceso.

El fenómeno enfermedad desde un enfoque histórico, es preciso ubicarlo en nuestra propia formación social, aquí, encontramos -- que las relaciones sociales de producción que se establecen, son en esencia relaciones de explotación, pues quien posee solo su -- fuerza de trabajo para venderla, se apropia teórica y prácticamente de la naturaleza distinto, de quienes son los dueños de los me

dios de producción por insertarse de manera distinta en el aparato productivo. Consideramos a diferencia de la sociología médica marxista, que dicha apropiación de la naturaleza no solo se dará desigual en forma y grado entre clases sociales sino también en relación a la diferencia por sexos.*

¿Y por qué también en torno a los sexos? En la sociedad capitalista en concreto, a pesar de que no se reconozca el trabajo que la mujer realiza dentro de la casa, es decir que no se le da el rango de productiva, de generadora de plusvalía, es innegable que dicho trabajo que se realiza en el hogar, determina la forma de enfermarse.

"El trabajo doméstico de las mujeres produce una mercancía que es exclusiva del sistema capitalista: las mujeres producen al ser humano, al trabajador mismo que es sinónimo de reproducir y mantener la fuerza de trabajo del capital. Es, en síntesis la otra zona de explotación capitalista oculta, es la otra fuente oculta de trabajo excedente, y está como tal rígidamente reglamentada a través de pautas culturales y morales en su quehacer social." (13)

Como podemos hablar de enfermedades propias de cada clase social, también podemos hablar de enfermedades propias de cada sexo. La anatomía y la fisiología han sido tomadas como pretexto para realizar diversas actividades, cada una "propia de su sexo", en donde el rol sexual asigna el estilo de vida a seguir y la forma en que uno "debe enfermarse".

* "...la dominación del capital ha transformado nuestros órganos reproductivos en la misma medida que ha transformado los brazos, las piernas y las inteligencias de los trabajadores en instrumentos de acumulación de trabajo excedente."
Revista Fem#20, sección "Análisis..." p.99

13 Revista Fem#20, sección "Documentos" p.98.

"Aparte de las causas clasistas la enfermedad también se diferencia según sexo. Es entonces en nuestro caso: la mujer tiene, ha desarrollado y se le han impuesto, condiciones biológicas y sociales para enfermarse diferencialmente con respecto al hombre." (14)

Las enfermedades que se presentan en cada clase social pueden variar en forma y en grado como por ejemplo, enfermedades infecciosas, gastrointestinales o bien del corazón, etc., dependiendo la actividad que se desempeña en relación al aparato productivo, pero también pueden presentarse enfermedades (que muchas veces no son reconocidas por las instituciones médicas) de acuerdo al sexo, por ejemplo, las actividades realizadas en casa o bien, por procrear hijos o no, por concebirlos o no (anticoncepción) de donde se pueden desprender enfermedades iatrogénicas.

En síntesis: 1) No se puede estudiar aisladamente el fenómeno salud o el de enfermedad sino como una unidad dialéctica, un proceso, una unidad indisoluble.

2) El proceso salud-enfermedad referido a seres humanos es un fenómeno social, puesto que todo ser humano es una unidad constituyente y constituida de lo social.

3) Dado que la sociedad no es un todo homogéneo sino que se encuentra dividida en clases y grupos de dominantes y dominados, es solamente a través del reconocimiento y estudio de estas divisiones que podemos constatar la distribución de enfermedades según pertenencia a esa clase y/o grupo. Esto permite una descripción precisa de la diferencia entre enfermedades de pobres y ricos, explotados y explotadores, dominados y dominantes.

En base a lo anterior ya podemos hablar sobre la enfermedad: - cuando no existe una aproximación suficiente e igualitaria de la naturaleza-que depende de la forma en que las personas se incorporan al aparato productivo en general-estamos mencionando aspectos relacionados con un enfermo.

Pero no será la mujer ni el hombre mismo quien decida si está enfermo o no, será todo un aparato médico hegemónico quien le --- otorgue validez o no al estado patológico de acuerdo al desempeño de sus actividades "productivas". En el caso del obrero será:

"...la incapacidad de producción material del individuo en otros casos serán otros los factores que se tomen en --- cuenta para decidir la presencia de la enfermedad:en los intelectuales,la incapacidad de producir ideas;en la burguesía,la incapacidad para organizar y dirigir sus empresas." (15)

Y agregaríamos :en las mujeres,la incapacidad o la capacidad para producir y reproducir o no, fuerza de trabajo de acuerdo a los requerimientos del aparato productivo.

La organización social(que responde a las relaciones sociales de producción dominantes)es la que determina si una persona se encuentra o no enferma,independientemente de sus bases biológicas o fisiológicas.Y si hablamos de quién,cómo y cuándo se reconoce qué es una enfermedad, podríamos retomar el concepto que Rojas Soriano da de enfermedad para llegar a nuestro concepto de salud.

"Cuando se presenta una apropiación insuficiente,desigual o inadecuada de la naturaleza,se manifiesta en el individuo un proceso-determinado socialmente-que se concreta en la incapacidad física y/o psíquica de los individuos perte-

ecientes al proletariado para satisfacer sus necesidades materiales de existencia, así como desarrollar sus capacidades artísticas, intelectuales, etc. -esto último cuando -- en sus condiciones de trabajo y de vida lo permitan- en -- una formación históricamente determinada." (16)

Esta definición se adecua a lo que entendemos por salud modifi cando solo algunos puntos, pues la definición anterior contempla -- exclusivamente al proletariado, es entonces cuando diremos, que la salud puede definirse como: Una apropiación igual de la naturaleza que se manifiesta en la persona como un proceso socialmente deter minado que se concreta en la capacidad física y/o psíquica de las personas para satisfacer sus necesidades básicas, así como para de sarrollar sus capacidades artísticas, intelectuales, etc. -esto últi mo cuando sus condiciones de trabajo y de vida le permiten- en una formación históricamente determinada.

1.2 LA EXTRACCION DE PLUSVALIA DE LA FUERZA DE TRABAJO SE CONCRETIZA EN EL CUERPO HUMANO.

En el apartado anterior señalamos como es que el proceso de -- salud-enfermedad en el capitalismo es diferencial según la clase social a la que uno pertenezca, y a su vez es diferente según el - sexo, por razones anatómicas y fisiológicas, pero también sociales.*

Pero si dejamos por un momento de lado la abstracción teórica clase social y la diferenciación biológica y social en cuanto al sexo, encontramos que lo coincidente en torno al tema es que habla mos de cuerpos: del cuerpo humano. Así pues lo que nos importa des- tacar en este inciso, es como la extracción de plusvalía de la --- fuerza de trabajo (propia de la sociedad capitalista) cobra con--- creción en el cuerpo humano, así como saber de dónde proviene o -- mediante que mecanismos se instaura.

La premisa o condición indispensable y constante para la pro-- ducción y reproducción de toda sociedad es la existencia de cuer- pos vivientes, pues éste es el primer y principal medio de produc- ción (tanto individual como social), es el elemento base para las - relaciones sociales de producción. La producción y reproducción de cualquier sociedad es posible solo si existe relación entre seres humanos corpóreos.

"El conjunto de los cuerpos humanos vivientes constituye -- la primera e indispensable "base material" para la exis-- tencia de una sociedad. Así, el primer e indispensable me--

* Ver mas adelante el punto; 2.1 EXTRACCION DE PLUSVALIA Y REPRÉ SION DE LA SEXUALIDAD.

dio de producción social lo constituye el cuerpo humano-viviente, el único entre los medios de producción que es constante en toda sociedad. Pero, igualmente, el cuerpo humano viviente es el primero, el único constante e indispensable entre los medios de comunicación y reproducción de cualquier sociedad humana." (17)

El cuerpo humano a pesar de ser una realidad biológico-natural también lo es socio-cultural, por ser un cuerpo diferencialmente tratado e incluso utilizado según las diversas estructuras, posiciones, fases e ideologías sociales.

Nosotros nos detendremos dentro de dicha diversidad en la sociedad capitalista por ser nuestro objeto de interés: la obtención y apropiación de plusvalía es la relación social fundamental en el capitalismo (Marx). Aunque las labores consideradas socialmente como "femeninas", tales como el trabajo doméstico o como la procreación no son consideradas como creadoras de plusvalía, entendemos que si lo son desde el momento que la mujer crea la futura fuerza de trabajo ó bien al futuro burgués, para la reproducción de este sistema. (Ver apartado: 2.2.1)

El extraer plusvalía, implica una expropiación de la fuerza de trabajo a cambio de los medios de reproducción (salario de cualquier trabajador en estas condiciones) de esa misma fuerza de trabajo al servicio del capital (los propietarios de los medios de producción).

Si la fuerza de trabajo es una capacidad corporal de los humanos vivientes, la expropiación de la fuerza de trabajo, es la expropiación del cuerpo (considerado como medio social de producción) que pasa a manos del capital (de la minoría dominante).

17 Maduro, Otto. "Extracción de plusvalía, represión de la sexualidad y catolicismo en Latinoamérica" en la revista Fem# 20.

"...la extracción de plusvalía es expropiación del cuerpo y la acumulación de capital expropiación masiva de los cuerpos de toda una población." (18)

Esta extracción de plusvalía que caracteriza al capitalismo -- se ha ido expandiendo cada vez más como una ley tendencial de desarrollo, ya sea cuantitativa o cualitativamente, sociocultural y geográficamente.

En base a lo anterior, si el cuerpo también es un medio social de producción que es expropiado "podemos suponer que en el capitalismo se alberga también una tendencia estructural hacia la expropiación constante y creciente del cuerpo, puesto que esta expropiación es inherente a la relación capitalista fundamental: la extracción de plusvalía." (19)

Es importante destacar en esta tendencia, la reducción de los cuerpos humanos vivientes a la condición única de medios sociales de producción de plusvalía, ó de producción de fuerza de trabajo. Pero la extracción social de plusvalía, implica no solo la expropiación objetiva del cuerpo (trabajo asalariado, producción y reproducción de la fuerza de trabajo) sino también la expropiación subjetiva del cuerpo (a través de la imposición de modelos culturales adecuados a la extracción de plusvalía) provocando y favoreciendo la producción de una imagen alienada de sí y del propio cuerpo en todas las personas sujetas a la dominación del capital.

18 Maduro, Otto. Ibid. .p.23.

19 Ibidem. p.24.

Una modalidad de la expropiación objetiva y subjetiva del cuerpo, propia del capitalismo es la expropiación de la sexualidad, -- siendo ésta una técnica fundamental para reproducir el sistema de explotación.

"Toda expropiación del cuerpo--incluida, pues, toda expro--piación (subjetiva u objetiva) de la sexualidad--favorece y refuerza la expropiación política de la capacidad humana de rebelión y transformación del orden social establecido." (20)

De la correlación de fuerzas de una toma de conciencia de clase y/o de sexo, depende el avance o retroceso de dicha expropiación.

Pero, si hablamos de la represión de la sexualidad como una -- expropiación del cuerpo para la obtención de plusvalía para que -- el sistema continúe "funcionando", cabe preguntarnos, ¿cómo es que se dió esta expropiación, a partir de qué factores, cómo se realizó?

Al interior de la sociedad capitalista tenemos que ubicarnos -- en los siglos XVII y XVIII, en donde la apropiación del cuerpo a -- través del control de la sexualidad comienza a través de un fenómeno muy particular: la confesión.

"...se otorga cada vez más importancia en la penitencia -- a las expensas, quizá de algunos otros pecados-- a todas las -- insinuaciones de la carne: pensamientos, deseos, imaginaciones voluptuosas, delectaciones, movimientos conjuntos del -- alma y del cuerpo, todo ello debe entrar en adelante, y en detalle, en el juego de la confesión y de la dirección. Según la nueva pastoral, el sexo ya no debe ser nombrado -- sin prudencia; pero sus aspectos, correlaciones y efectos -- tienen que ser seguidos hasta en sus más finas ramificaciones... todo debe ser dicho." (21)

20 Maduro, Otto. Ibid. p.25.

21 Foucault, Michel. Historia de la Sexualidad. La voluntad de saber. pp.27 y 28.

Este "todo debe ser dicho" es justamente cuando la sexualidad comienza a plantearse como discurso, se le asigna un rango de legitimidad al hablar de él. En este momento las prácticas sexuales se regían por tres códigos explícitos: la pastoral cristiana (que hace del sexo lo que debe ser confesado), el derecho canónico y la ley civil (en donde el sexo de los cónyuges es observado y controlado por reglas y recomendaciones). Estas observancias se centran en torno a la familia, este control de la sexualidad tenderá a fomentar el patrón de la conducta de la familia monogámica (que se absorbe solo en la función reproductora).

"Tanto en el espacio social como el corazón de cada hogar existe un único lugar de sexualidad reconocida, utilitaria y fecunda; la alcoba de los padres... lo que no apunta a la generación o está transfigurado por ella ya no tiene sitio ni ley." (22)

Así podemos comprender como no es gratuito que a las parejas heterosexuales se les dé más cabida o margen de acción que a los homosexuales, ya que éstas últimas desafían la función que el Estado demarca como la de reproductores, "la pareja legítima, con su sexualidad regulada, tiene derecho a mayor discreción." (23)

Al fortalecerse este modelo de pareja monogámica se garantiza la reproducción de los hijos burgueses y la reproducción de los hijos proletarios (futura fuerza de trabajo), en síntesis se garantiza una considerable parte de la reproducción de la sociedad capitalista.

22 Foucault, Michel. Ibid. pp. 9 y 10.

23 Ibidem. p. 51.

Toda esta atención hacia la sexualidad está dirigida a una --- preocupación elemental: asegurar la población, reproducir la fuerza de trabajo, mantener la forma de las relaciones sociales, en síntesis "montar una sexualidad económicamente útil y políticamente -- conservadora." (24)

Útil y conservadora pues se reprimen las energías inútiles, la intensidad de los placeres y todas las conductas "irregulares".

La forma de reprimir la sexualidad ha variado durante los últimos siglos, durante el ascenso de la burguesía no será ésta la -- que controle el cuerpo al proletariado intencionalmente y quede -- desprendida de éste fenómeno, pues ella misma está inmersa y se -- configura en el fenómeno peculiarmente. Una de las primeras preocupaciones de la burguesía en torno al tema, fue la de darse un cuerpo y una sexualidad.

"...asegurarse la fuerza, la perennidad, la proliferación secular de ese cuerpo mediante la organización de un dispositivo de sexualidad. Y tal proceso estuvo ligado al movimiento con el que afirmaba su diferencia y su hegemonía. Sin duda hay que admitir que una de las formas primordiales de la conciencia de clase es la afirmación del cuerpo..." (25)

Fue la preocupación de la burguesía del siglo XVIII, la que a diferencia de los nobles de "sangre azul", se convierte en un organismo con buena salud, con una sexualidad sana, y será cuando comienza a descubrir la sexualidad de esos cuerpos a los que explotaba, que el proceso de apropiación ya estaba implementado, pues -- lo que importaba solo era que se reprodujeran y no reconocerse co

24 Foucault, Michel. *Ibid* . p. 49.

25 *Ibidem*. p. 153.

mo clase explotada.

"Para que el proletariado apareciera dotado de un cuerpo y una sexualidad, para que su salud, su sexo y su reproducción se convirtiesen en problema, se necesitaron conflictos... fueron necesarias urgencias económicas (desarrollo de la industria pesada con la necesidad de una mano de obra estable y competente, obligación de controlar el flujo de población y de lograr regulaciones demográficas."
(26)

Será hasta el momento en que se torna problema, cuando se reconozca que el proletariado posee sexualidad, y se le otorgue el grado de validez, y existencia para manifestar su control y regulación, para que se pueda vigilar el cuerpo del trabajador. El problema de la represión sexual no se dará igual en cada clase, en hombre y/o mujer por igual.

Uno de los focos donde se concentrará y se legitimará el control del cuerpo - a través de la sexualidad - será justamente mediante los médicos.

"Los médicos reunen alrededor de las menores fantasías todo el enfático vocabulario de la abominación. Medios puestos en acción para reabsorber en provecho de una sexualidad genitualmente centrada; tantos placeres sin fruto." (27)

Los médicos serán el eje sobre el que nos basemos para hablar de la relación saber-poder. Desde el siglo XVIII serán 4 grandes conjuntos estratégicos los que se desplieguen a propósito del sexo, dispositivos específicos de saber y poder:

- 1) Histerización del cuerpo de la mujer.
- 2) Pedagogización del sexo del niño.
- 3) Socialización de las conductas procreadoras (económica).
- 4) Psiquiatrización del "placer perverso" (socialización médica).

Es en torno a estos ejes, donde se funden el saber del médico sobre el cuerpo con el poder de manejarlo, tocarlo, palparlo con el control de las conductas procreadoras, que se fusionan en un proyecto único de la burguesía.

"De ahí el proyecto médico y también político de organizar una administración estatal de los matrimonios, nacimientos y sobrevivencias: el sexo y su fecundidad requieren una gerencia." (28)

Esta relación saber-poder-sexualidad-cuerpo-fuerza de trabajo-reproducción, se va a sostener con fuerza en su origen, en la familia.

"La puesta del sexo en discurso: está dirigida a la tarea de expulsar de la realidad las formas de sexualidad no sometidas a la economía estrictamente de la reproducción... decir no a las actividades infecundas, proscribir los placeres vecinos, reducir o excluir las prácticas que no tienen la generación como fin." (29)

La intervención de la Iglesia en la sexualidad de las parejas se vió desplazada paulatinamente por la medicina, se crea una patología orgánica funcional o mental, que se desprenderá de cuando estas uniones no "den fruto", la medicina clasificará " con cuidado todas las formas anexas de placer; las ha integrado al desarrollo y a las "perturbaciones" del instinto: y ha emprendido su gestión." (30)

Finalmente, debemos hacer notar como es que ya en el siglo XIX, el sexo ya se mantiene en dos discursos, en dos ámbitos distintos, en dos saberes: una biología de la reproducción, y una medicina del sexo, que responderá obviamente a razones políticas de control sobre el cuerpo.

28 Foucault, Michel. Ibid .p.143.

29 Ibidem.p.48.

30 Ibidem.p.54.

Hasta aquí, podemos apreciar como es que la fuerza vital de la mujer y del hombre al ser encauzada hacia la producción de plusvalía y a la reproducción del sistema trae consigo un desgaste físico y mental del cuerpo humano, todo este encauce de la sexualidad de acuerdo con el sexo ó la clase social, hará que la persona comience a adquirir cierta sintomatología específica que se concretiza en su cuerpo.

Es la medicina institucional la que cobra gran importancia --- cuando la sintomatología se concretiza en el cuerpo, al interior del proceso - salud-enfermedad se presenta ante los distintos grupos sociales como la indicada y casi la única para resolver la -- problemática en torno al cuerpo.

Antes de continuar con dicha afirmación sería conveniente preguntarnos cómo es que la medicina institucional y su práctica médica hegemónica ha llegado a constituirse en lo que es actualmente, a comprender la historia de la medicina como práctica social y ya no solo en la plasmación concreta en el cuerpo.

1.3 LA MEDICINA Y LA EXCLUSIVIDAD EN EL MANEJO DE LA SALUD.

En el punto anterior dejamos asentado como es que la extracción de plusvalía de la fuerza de trabajo cobra concreción en el cuerpo humano a través de diversos medios.

La medicina y el control del cuerpo por parte de la institución médica no siempre han existido, es a raíz del surgimiento y desarrollo del capitalismo que se irían conformando y cobrando relevancia. La moderna medicina científica nace a fines del siglo XVIII, es tarea del siguiente apartados centrarnos en los antecedentes de la concepción y práctica médica actual.

1.3.1 LA HISTORIA DE LA MEDICINA COMO PRACTICA SOCIAL.

(Antecedentes para la comprensión del poder médico actual)

La moderna medicina científica nace con el capitalismo pero, la fuerza de trabajo no será considerada como fuerza de producción por parte del poder médico del momento.

"...no fue el cuerpo que trabaja, el cuerpo del proletario, el que primero se tomó en cuenta por la medicina. Fue recién en la segunda mitad del siglo XIX cuando el problema del cuerpo, de la salud y del nivel de la fuerza productiva de los individuos fue considerado." (31)

Según los planteamientos de Foucault, anterior al cuerpo del obrero como centro de atención y control de la medicina, existirían otras dos etapas en la formación de dicha medicina moderna: la medicina de Estado, la medicina Urbana y, posteriormente la medicina de la fuerza de trabajo.

1) La llamada medicina de Estado se desarrolló predominantemente en Alemania a comienzos del siglo XVIII. En este país - a diferencia de Inglaterra y Francia - se desarrolló el Estado entendido en el sentido de objeto de conocimientos específicos en torno al funcionamiento general de su aparato político y cuestiones afines.

Durante la época predominante del mercantilismo*, se comenzó a calcular la fuerza activa de sus poblaciones tanto en Francia, Inglaterra y Alemania. Es en Alemania donde se desarrolló una práctica médica centrada en la salud de la población, con la llamada "Policía Médica" (1764) comienza una política médica de Estado. El Estado controló los programas de enseñanza, los títulos, etc., de la enseñanza médica, también se estableció un criterio de normalización donde la medicina y el médico serían el primer objeto de ésta: "Antes de aplicar la noción de normal al enfermo se comienza por aplicarla al médico." (32)

Para controlar la actividad de los médicos se crea una organización administrativa con poder para subordinar a la práctica médica pero a su vez, surge el médico como administrador de salud: - se crean funcionarios nombrados por el gobierno, funcionarios médi

*Entendido éste, no solo como una teoría económica sino una práctica política: al querer hacer mayor la producción de la población, mayor cantidad de fuerza de trabajo, etc., para posibilitar al Estado la mayor cantidad de moneda que fuera posible; repercutiendo en la seguridad real de fuerza del Estado.

cos donde su dominio de poder o la forma de ejercer su poder es en torno a su saber.

"Con la organización de un saber médico estatal, la normalización de la profesión médica, la subordinación de los médicos a una administración general y, finalmente, la integración de varios médicos en una organización médica estatal, se tiene una serie de fenómenos enteramente nuevos -- que caracterizan lo que puede ser llamada medicina de Estado." (33)

Pero la medicina de Estado--que aparece antes de la "gran medicina científica"--no tuvo por objeto la formación adecuada de la fuerza de trabajo a las necesidades del capital, es más bien la fuerza del Estado la que la medicina debe desarrollar.

2) La medicina Urbana encuentra concreción principalmente en Francia, ésta tuvo por soporte al proceso de urbanización, antes no formaba una unidad en torno a su territorio pues existían distintas jurisdicciones, sería hasta finales del siglo XVIII cuando se plantearía la unificación del poder urbano, pues se sintió necesidad de darle a la ciudad una unidad, de manera que la o las urbes poseyeran una constitución y una composición coherente, fueran homogéneas y dependieran de un poder único y bien reglamentado.

Entre las razones para esta unificación destacaba la económica: la ciudad, lugar de mercado y de producción va creciendo y desarrollándose, va creciendo su proletariado. Se generan tensiones políticas al interior de las ciudades por enfrentamientos y sublevaciones de grupos que cada vez se van acentuando más en las urbes. Esta sería otra razón por la cual se requiere implantar un poder político fuerte capaz de controlar a esas grandes masas que se --

aglomeraban en las ciudades y que podían llegar a constituirse en "problema".

"Fue entonces cuando apareció y se desarrolló una actitud de miedo frente a la ciudad." (34)

En ese momento, existían "pequeños pánicos" que causaban la inquietud "político-sanitaria" conforme la compleja estructura y armazón urbana crecía. La burguesía - que no poseía el poder médico, pero que las autoridades profesionales la apoyaban, puso en marcha el modelo médico y político de la cuarentena que ya había sido usado en el caso de la peste o de una enfermedad epidémica. A través de dicho modelo ya establecido pero pocas veces utilizado, se efectuaba la limpieza del espacio urbano pues, al medicalizar alguna persona ésta era enviada fuera del área urbana, logrando así varias estrategias de control: ejercer un mecanismo de exclusión hacia el enfermo, mantener en un solo lugar (sus casas) a las personas mientras la enfermedad se dispersaba, obtener un registro centralizado de vivos y muertos en suma se lograba; vigilar, dividir y controlar el espacio urbano.

En el caso de la lucha contra la peste se establecería otro esquema político-médico, no de exclusión (religioso) sino de internamiento (militar). Con estas medidas de control para la higiene pública se lograba a la vez un control político en las ciudades.

Dentro de los objetivos que perseguía la medicina Urbana estaban principalmente:

-El análisis de las regiones de aglomeramiento y que representaban peligro en el espacio urbano (cementeros, etc.).

-El control y establecimiento de una buena circulación del --
agua y del aire (elementos propiciadores de patología).

-Resolver el conflicto que existía entre el poder de la medicin
a y el de la propiedad privada.

"La Burguesía, que para su seguridad política y sanitaria
pedía el control de la ciudad, no podía contradecir la le-
gislación sobre la propiedad privada que ella reivindicaba
y procuraba establecer. Solo lo conseguirá en el momen-
to de la Revolución Francesa. De ahí, por lo tanto, el ca-
rácter sagrado de la propiedad privada y de la inercia--
de todas las políticas médico urbanas con relación a la-
propiedad privada." (35)

La medicina Urbana fue fundamental para la socialización de --
la medicina, también ayudo al surgimiento de la noción de salubri-
dad y al de higiene pública. La higiene pública asociada a la salu-
bridad se erige como forma de control político-científico que co-
adyuvará a la medicina científica del siglo XIX.

"La inserción de la medicina en el funcionamiento general
del discurso y del saber científico, se hizo a través de -
la medicina, debido al establecimiento de una medicina co-
lectiva, social, urbana." (36)

3) La tercera etapa de la medicina social , la medicina de la --
Fuerza de Trabajo cobra forma en Inglaterra, cuando los más pobres
y los trabajadores serían objeto de la medicalización. Los pobres
representarán cierto peligro por tres motivos fundamentales:

a) De razón pública, por ser una fuerza política capaz de rebe--
larse ó participar en revueltas ante su situación de miseria.

b) Por descontento, al no utilizarlos en los servicios que efec-
tuaban anteriormente (recoger trapos viejos para fuera de la ciu--
dad, llevar cartas, vaciar basura, etc.).

35 Foucault, Michel. Ibid. p. 32.

36 Ibid. p. 32.

c) Por miedo político y sanitario.

Los pobres extremos y los proletarios estaban en una situación de miedo, en base a este hecho se decide dividir el espacio urbano en sectores para pobres y ricos, pues el hecho de cohabitar un mismo espacio era visto como peligroso. Este peligro era sanitaria y políticamente hablando para la ciudad en su conjunto, aunque en realidad contra quien atentaba era contra la burguesía, pues implicaba romper el equilibrio de dicha clase al contagiaria.

Conforme se desarrolla el capitalismo, el peligro de los más pobres se acrecentaría, de tal manera aparece predominantemente una nueva forma de medicina que comienza a tornarse social en la medida que le garantiza a la burguesía un control social del pobre, ejemplo de ello sería la "ley de los pobres". Cuando el pobre comienza a recibir el sistema de asistencia es cuando se verá sometido a varios controles médicos implícitos en aquella. De dicha ley, comienza a manifestarse la idea de una asistencia controlada: intervención médica que ayuda a los pobres en sus necesidades de salud y a la vez garantizaba a los burgueses, el no ser víctimas de fenómenos epidémicos originarios de las clases pobres: la burguesía logra así su seguridad política.

"Son los grandes fundadores de la medicina social inglesa, principalmente John Simon, quienes completaron la legislación médica de un servicio autoritario, no de los cuidados médicos, sino del control médico de la población." (37)

El control médico a finales del siglo XIX se daba a través de la vacunación: se organizaba el registro de epidemias y enfermedades contagiosas, se localizaban y se distribuían eventualmente

en los focos de los lugares insalubres. Esta medicina organizada en forma de control de la población pobre no se aceptó siempre y pasivamente, se generaron muy diversas resistencias a la medicalización autoritaria de los cuerpos y las enfermedades en cada persona, muchas de ellas tenían como objetivo desujetarse de ese control médico se luchaba contra la medicalización, el derecho a vivir, a estar enfermo, a restablecerse sin el control hegemónico del poder médico.

De las tres formas que adquiere la medicina social, la que se estableció en Inglaterra (Medicina de la Fuerza de Trabajo) fue la predominante pues logró insertarse justamente en el capitalismo en coincidencia con sus objetivos, medios y fines. Se logró, asistancia médica al pobre, control de la salud de la fuerza de trabajo para las condiciones del capital y el control general de la salud pública en suma: control político a través de la medicina social permitiendo la existencia de una medicina asistencial dedicada a los pobres,* una medicina administrativa encargada de problemas generales (vacunación, epidemias, etc.) y una medicina privada

* Dicha medicina ha llegado a ser actualmente lo que conocemos como la Seguridad Social. Esta se origina en la República de Bismarck como consecuencia de la presión de las masas obreras, de la necesidad del Estado de legitimarse en un período de debilidad y de la necesidad de intervención en un período de crisis del mercado mundial. Actualmente el Estado pasa a ser entre sus múltiples actividades, administrador de la seguridad social: mag tiene al obrero sano o al menos en condiciones mínimas para trabajar y el capitalista puede exigir un determinado rendimiento ritmo de producción y por ende mayor productividad, logrando una elevación de la tasa de ganancia. La Seguridad Social a partir de ese momento y hasta ahora, tenderá a expandirse pero solo en apariencia, pues en verdad solo se presta a los trabajadores que ocupan un lugar estratégico en la producción, hacia los que tienen un mayor grado de organización hacia los que poseen un alto grado de combatividad ó represen-

que beneficiara a quien tenia medios para pagarla.

El surgimiento y realización de estos tres sistemas médicos -- existen actualmente en nuestra sociedad de forma combinada y se plasman en nuestras instituciones médicas.

tan situaciones conflictivas y, hacia las ramas de la producción donde el reemplazo del trabajador es difícil, ya sean obreros especializados, técnicos o en ciertos casos intelectuales. Será en esencia el proletariado el que se pague en la totalidad la Seguridad Social. (Consultar Rojas, Raúl, Capitalismo y Enfermedad. op.cit.p.80)

1.4 LA PRACTICA MEDICA Y EL MANEJO DEL CUERPO.

La concepción acerca del proceso salud-enfermedad ha variado - informe la ideología dominante dentro de cada formación socio-- histórica. La "moderna medicina científica" que nace a fines del - siglo XVIII en Europa será un antecedente fundamental para la --- constitución de la organización de la medicina capitalista al in- terior de nuestra sociedad.

Es en este apartado donde nos interesa analizar la prestación de la atención médica que cristaliza en el acto médico. Es por lo anterior que hablaremos del rol del médico pero entendiendo a és- te no con las mismas características en diferentes sociedades y - épocas, sino el rol del médico dependiendo del contexto socio-his- tórico en el que se encuentre. Estudiamos el comportamiento del -- médico pero no solo a un nivel descriptivo-que es importante-sino también con un referente histórico-social concreto.

Cuando el capitalismo comienza a consolidarse en Europa, se va a presentar un fenómeno curioso al interior de los hospitales, és- tos comienzan a medicalizarse. A raíz de dicho fenómeno el saber - médico ya reconocido comienza a cobrar fuerza: se irán perfeccio-- nando los mecanismos de control del cuerpo hasta llegar a la asig- nancia médica actual.

*La práctica médica (como práctica social, se subordina actualmente a las relaciones capitalistas.

1.4.1 EL HOSPITAL SE MEDICALIZA O LA MEDICINA HOSPITALARIA.

Antes de fines del siglo XVIII el hospital no se consideraba - como un instrumento terapéutico, era fundamentalmente una institución de asistencia para los pobres. Se consideraba como un mecanismo de exclusión para la gente "peligrosa"; la pobre y enferma. La - función médica estaba ausente de la escena.

"El hospital, como institución importante e incluso esencial para la vida urbana de Occidente desde la Edad Media, no constituye una institución médica y, en esa época, la medicina es una profesión no hospitalaria." (38)

La práctica médica de ese tiempo consistía en una iniciación - garantizada por la corporación médica; se contemplaba la existencia de conocimientos de los textos que los médicos "reconocidos" utilizaban, así como también se les proporcionaban a los médicos - las recetas más o menos secretas o públicas; la experiencia hospitalaria no era requisito para la formación del médico. En este sentido, la medicina era individualista pues los conocimientos se --- transmitían solo por vía oral por parte de los ya iniciados en el ritual de la medicina. Ninguno de los elementos que constituían la práctica médica y le daban rango de científica "la predestinaban a ser una medicina hospitalaria." (39)

La práctica médica no se desempeñaba en los hospitales, los individuos no estaban sujetos a observación en un lugar específico donde controlarlos. En su reestablecimiento el médico desempeñaba una función de pronosticador, árbitro y aliado de la naturaleza -- contra la enfermedad.

38 Foucault, Michel. "Incorporación del hospital en la tecnología -- moderna", en Educación Médica y Salud. Vol. 12 Num. 1 1978. p. 22.

39 Foucault, Michel. Ibid. p. 23.

La medicalización del hospital en un primer momento fue a través de los hospitales marítimos y militares, en donde por ciertos factores se creó un "desorden económico". En dichos hospitales no se partió de una técnica moderna como elemento de cambio, sino fue esencialmente de una tecnología con fines políticos: la disciplina. Los mecanismos disciplinarios al interior del espacio desordenado y confuso del hospital serían importantes ya que permitirían su medicalización, la medicina sería ya un análisis del espacio al colocar los cuerpos en un espacio individualizado que permite clasificarlos. El poder del médico en torno a su saber, cobra relevancia al asociarse con ciertas necesidades de la sociedad de ese tiempo: el deseo de evitar la propagación de las epidemias. Es de tal forma como la disciplina adquiere un carácter médico:

"...si este poder disciplinario se confía al médico, se debe a una transformación del saber médico. La formación de una medicina hospitalaria hay que atribuirla por un lado a la introducción de la disciplina en el espacio hospitalario y, por el otro, a la transformación que en esa época experimenta la práctica de la medicina." (40)

El "hospital médico" nace de las técnicas de poder disciplinario y de la medicina de intervención sobre el medio, el hospital se convierte en una estructura especial, se constituye en un medio de intervención sobre el enfermo. Durante el siglo XVIII y XIX el espacio de hospital se medicaliza en su función y sus efectos. Al transformar el sistema de poder en el seno del hospital, el personal religioso que en un tiempo tenía el poder al interior del hospital será desplazado ahora por el médico.

El hospital se constituye además de un lugar de "cura", en un lugar de registro y de adquisición de conocimientos. El médico se considerará como "preparado", entre más experiencia tenga al interior de un hospital, su prestigio ya no dependerá del conocimiento de textos recetas y "curas espectaculares" como antaño.

"...el saber médico que hasta el siglo XVIII estaba localizado en los libros, en una especie de jurisprudencia médica concentrada en los grandes tratados clásicos de medicina, empieza a ocupar un lugar, no en los textos, sino en el hospital; ya no se trata de lo que fue escrito en la tradición viva, activa y actual que representa el hospital."

(41)

Entre 1780 y 1790 se afirma la formación normativa del médico en el hospital, éste será un lugar de formación médica, la clínica aparece como una dimensión necesaria del hospital, pues es ahí donde se capacita y se transmite el saber médico. Esta capacitación y transmisión del saber médico será jerarquizado, además de ser -- donde se evidencie mucho del poder que el doctor posee ya al interior del hospital, ejemplo claro sería el de la visita.

"...el desfile casi religioso, encabezado por el médico, de toda la jerarquía del hospital: ayudantes, alumnos, enfermeras, etc., ante la cama de cada enfermo. Este ritual codificado de la visita, que señala la implantación del poder médico, se encuentra en los reglamentos de hospitales del siglo XVIII, en los que se indica donde debe colocarse cada persona, que la presencia del médico debe ser -- anunciada por una campanilla, que la enfermera debe estar en la puerta con un cuaderno en la mano y acompañar al -- médico cuando entre, etc." (42)

El poder se encuentra respaldado por la disciplina en el espacio médico al poder aislar a los individuos en una cama para cada persona, prescribirle determinada dieta de acuerdo a la afección, --

41 Foucault, Michel. Ibid. p. 32.

42 Ibid. p. 31.

etc., en suma: legar a una medicina "individualizante" todo en cuanto al enfermo se refiere, olvidándose del contexto socio-económico en que se desenvuelve.

"En efecto, es el individuo el que será observado, vigilado, conocido y curado. El individuo surge como objeto del saber y de la práctica médica." (43)

Es con la tecnología hospitalaria cuando el individuo y la población en general se presentarán como objeto de estudio y control por parte de la medicina, tanto de su intervención directa como de su saber.

1.4.2 LA PRACTICA MEDICA INSTITUCIONALIZADA.

Los antecedentes de la actual práctica médica institucionalizada provienen de los hospitales a los que nos referíamos en el punto anterior. La medicina oficial y su práctica en nuestro país, se caracteriza por ser eminentemente curativa y solo destinada al sector más valorado por el sistema de producción y no preventiva. La práctica médica a la que nos referimos, concilia los intereses de los empresarios con una mantención de la población y un notable consumo de medicamentos.

Dentro de este contexto, las ciencias del cuerpo no solo la medicina, aunque sea de las más sobresalientes están insertas en nuestra sociedad como técnicas o estrategias para cumplir ciertas funciones de demanda social: de control del cuerpo.

"...creadas por y para la práctica, vale decir directamente adecuadas a la necesidad social de manipular el cuerpo ajeno, de guiarlo y de actuar sobre él...o de formularle

reglas de conducta, las teorías del cuerpo implícitas en la fundamentación de las disciplinas que lo tienen como principal campo de investigación, están destinadas a engendrar concepciones del cuerpo puramente funcionalistas." (44)

La teoría se convierte en instrumento ajustado a fines especiales con necesidades especiales por satisfacer, para que cumpla -- las funciones porque se le demandan. Al interior de la división -- social del trabajo se le asigna socialmente al médico, prevenir y curar las enfermedades, lo cual se estructura en una práctica médica no ajena al contexto social en que se desenvuelve.

"Los médicos, legal y socialmente son los encargados de decidir quién se encuentra enfermo y quién se encuentra -- sano, pero el impacto de su acción trasciende más allá de la relación que se establece entre el médico y el paciente, para producir modificaciones sociales profundas, algunas de carácter negativo no deseadas y ni siquiera conscientes." (45)

Al hablar de una relación de poder entre médico y paciente, -- sustentamos que dicha relación existe, al poseer el primero, un sa ber específico sobre el cuerpo, y el segundo un desconocimiento -- oficial sobre su cuerpo. El paciente pasivo "demanda", pero su demanda se limita al consumo médico, y es precisamente cuando se -- torna funcional a ese tipo de práctica médica de dominación, de poder. El enfermo o enferma no siempre será funcional, en la medida -- en que demande algo sobre el conocimiento y control de su cuerpo. puede transformar esa relación de poder, puede coadyuvar a la "reconquista de su propio cuerpo".

44 Boltanski, Luc. Los usos sociales del cuerpo. Edic. Periferia. p.15.
45 Troncoso, Ramón. Medicina, Capitalismo y trabajadores de la salud. Mecanograma, 1978. p.1.

Si hablamos de "enfermos funcionales" en la relación de poder, debemos destacar que no todos son iguales, mucho dependerá la clase social a la que pertenezcan. La aptitud para verbalizar las distintas sensaciones mórbidas o en general las sensaciones corporales variará, pues, una persona con mayores conocimientos tendrá más posibilidades de presentar un discurso articulado al doctor sobre su padecimiento, que otra persona con menor bagaje cultural.

"La aptitud para entender, identificar y expresar los mensajes corporales varía según la capacidad para verbalizarlos y aumenta si se pasa de las clases populares a las clases superiores, porque las sensaciones mórbidas no tienen el extraordinario privilegio, que le suele atribuir frecuentemente el sentido común, de expresarse sin lenguaje." (46)

Una persona con mayores conocimientos podrá presentar claramente sus síntomas ante el médico que los considerará significativos, pues la medicina les atribuye sentido "por haberlos reconocido, catalogado y descrito en un saber específico." (47)

El no hablar un mismo lenguaje, no tener los mismos "hábitos mentales", el no utilizar categorías de pensamiento similares, ayudan a fortalecer el distanciamiento entre doctor y paciente, al presentarse para el último un ambiente hostil. La relación anímica no alcanza los niveles requeridos para el acto médico cuando no se manifiesta una atmósfera de comprensión.

"...situación que impide al médico interiorizarse de los problemas de salud y de otra naturaleza que tienen relación con los padecimientos y que muchas veces contienen la explicación de los estados patológicos." (48)

46 Boltanski, Luc. Ibid. p. 37.

47 Ibid. p. 30.

48 Rojas, Soriano. Capitalismo y... op. cit. p. 240.

Un acto médico que no infunde confianza se manifiesta en diversas conductas: no seguir cabalmente las instrucciones sobre el uso de los medicamentos, abandonar las indicaciones terapéuticas, no acudir oportunamente a las citas concertadas, etc. Como un círculo vicioso, el poder sobre el cuerpo genera hostilidad, fortalece el abismo en el acto médico, pues el paciente considera: que el examen médico es demasiado rápido, que el consagrar tiempo al enfermo es una de las cualidades más importantes del médico, que éste debe dar amplias explicaciones sobre el padecimiento, que usa palabras incomprendibles, que no da confianza para hablar de problemas más íntimos, etc., entonces ese abismo al que nos referimos se fortalece, situando tanto al paciente como al médico en una distancia social reconocida.

"Distancia social duplicada por la distancia lingüística originada a su vez por las diferencias lexicológicas y sintácticas que separan el lenguaje de las clases cultivadas del lenguaje de las clases populares." (49)

En esta diferencia de clase y quizá muy en especial, en el nivel de instrucción, se limita considerablemente la difusión del saber médico a través de la consulta médica.

"...en la asimetría de la relación enfermo-médico, una de las partes-el médico- tiene una ventaja estratégica --- porque sus funciones le otorgan la posibilidad material y el derecho legal de manejar física y moralmente al enfermo en nombre de un saber que éste ignora." (50)

El médico, dada la situación en la que se encuentra se siente sin obligación de dar cuenta al enfermo de sus actos y gestos. El médico transforma-en este momento-la relación terapéutica en una

49 Boltanski, Luc. op. cit. p. 40.

50 Ibid. p. 40.

relación de autoridad al ser una transacción comercial.* Cuando no explica el porque de sus preguntas, actos y prescripciones está limitando el control que el enfermo estaría en condiciones de --- ejercer sobre sus actos, pues así evita el peligro de una posible apropiación de una parte de su capacidad y de su discurso por --- parte del enfermo que en ciertos momentos podrían sustituirlo y - prescindir de sus servicios.

La asimetría en la relación médico-paciente, se manifiesta claramente en las características técnicas de la relación terapéutica, pues el paciente es realmente el objeto y el doctor el sujeto en esa relación.

"El enfermo, desnudo, acostado, inmóvil y en silencio, es el objeto de las manipulaciones físicas del médico, quien, - vestido, de pie y libre en sus movimientos, lo ausculta o lo palpa, le ordena sentarse, extender las piernas, detener la respiración o toser. Pero además, los médicos frecuentemente acompañan estas manipulaciones físicas con un conjunto de manipulaciones morales, que aunque ejercidas clandestinamente, recurren a técnicas de manipulación comprobadas y que apuntan a que el enfermo reconozca la autoridad del médico, despojándole de su enfermedad y también de algún modo, de su cuerpo y de sus sensaciones."

(51)

*"De hecho por la naturaleza misma de la mercancía que produce, - con la cual comercia y cuya característica principal es la de - adquirir todo su valor (incluso en el sentido económico) del valor que se le reconoce, de la legitimidad y especialización de - sus productores legítimos, el médico - que vende sus servicios, o - sea sus actos y sus discursos, sus "consejos" y sus "prescripciones" - está obligado no solo a hacer todo lo posible para que el enfermo reconozca el valor de sus "servicios", acepte su autoridad y acate su voluntad..."

Boltanski, Luc. op. cit. p. 76.

1.4.2.1 EL PODER DEL MEDICO.

El médico siempre ha constituido una considerable influencia social, un poder con doble objeto: un poder sobre el hombre y un poder sobre la enfermedad.

a) Poder sobre el Hombre.

Aunque es cierto que una parte de la población se interesa y ha adquirido más conocimientos sobre su cuerpo y sobre lo que el proceso salud-enfermedad se refiere, ésta no es la mayoría. Dicha situación permite que, el monopolio que se deriva de poseer la exclusividad de "los secretos de la ciencia médica" haga factible que se extienda a otros poderes las facultades del médico. Ejemplo de ello son: el médico en las fábricas que se dedica a la selección de lo idóneo en lo que a fuerza de trabajo se refiere; el psicólogo, el nivel de inteligencia; el psiquiatra, dictar los parámetros de normalidad o anormalidad; el médico legal, la aptitud o no para el trabajo, y por último el caso de nuestro interés: el ginecólogo y el cuerpo de mujer.

El poder sobre el hombre ha cambiado en muchos aspectos, pero en algunos campos tiende a acrecentarse, dependiendo de la forma en que la sociedad se encuentre para producir. Contrariamente al poder sobre el hombre, el poder que ejerce el médico sobre la enfermedad ha descendido.

b) Poder sobre la enfermedad.

El poder sobre la enfermedad cada vez es menor, el mismo avance tecnológico-que a su vez ha producido ciertos daños- y científico ha estado al servicio de intereses de clase específicos, en donde

una situación desigual en los grupos sociales hace que se generen formas distintas de enfermarse. Algunos grupos y clases sociales se enferman con mayor predisponibilidad que otras, causadas -- por la exposición constante en que se encuentran, en los medios de vida y trabajo con carácter de explotación.

"Prevalecen enfermedades causadas por la incongruencia de las relaciones sociales, y no las causadas por agentes -- naturales." (52)

Aparentemente, el papel del médico puede ser perfectamente definido: combatir las enfermedades, garantizar el máximo nivel de salud, etc., pero, cada vez menos puede ejercer control sobre situaciones que se le escapan de las manos pues son problemáticas -- sociales.

Tal vez el motivo principal de la frustración del médico, está en la creciente incapacidad para dominar a la enfermedad (por motivos de estructura de dominación, donde cada vez crece más la separación entre lo que es la ciencia médica y lo que es en sí la profesión).

La relación médico-paciente es de carácter unilateral, la comunicación que se establece entre ellos -- si sumamos a esto el tiempo limitado en que se efectúa una consulta -- es de carácter eminentemente precario.

"El impacto que tienen en el paciente las actitudes y el trato del médico influirá de manera decisiva para que el enfermo valore el acto médico en términos de éxito o fracaso." (53)

El médico y el paciente valoran de distinta forma las condiciones de salud y enfermedad, sus causas, etc., pues recordemos: el paciente "no tiene poder alguno respecto del poder que al médico le deriva su saber." (54)

De suma importancia, es el olvidarse de ciertas nociones que solo fortalecen el poder del médico y no permiten la reapropiación de la persona y su propio cuerpo. Estas nociones consisten en suponer que los grandes descubrimientos científicos realizados a la fecha en las especialidades de las ciencias naturales relacionados con la salud del hombre, se deben en sí a la institución médica; el monopolio del recetario en manos de especialistas titulados, es la única manera de aminorar los riesgos de la automedicación que conlleva la "farmacopea contemporánea"; que los efectos nocivos que la institución médica tiene en la sociedad son defectos corregibles que resultan de su tamaño, especialización y complejidad.

Y ya que hablamos de los efectos nocivos que la institución médica provoca a la sociedad, es adecuado hablar sobre la iatrogenia.

"Cuando el remedio resulta peor que la enfermedad, hablamos de iatrogenia, según una definición, la iatrogenia designa toda la patología producida por tratamientos médicos u hospitalarios." (55)

En la planificación familiar también se han presentado casos de iatrogenia pues, se trata de lograr la reducción de nacimientos pero a riesgo de causar daños en la salud de las mujeres.

54 Berlinguer, Giovanni. op. cit. p. 111.

55 Revista Fem# 35, sección "Documentos", p. 39.

En el caso de la consulta médica, muchos de los errores cometidos son conscientes, por irresponsabilidad, etc., existen también --- factores como: la rutina, "el terminar pronto con el número de pa--- cientes que parece infinito", elaborar sus historias clínicas, etc. Esto hace pensar que depende de la atención del médico únicamente, el desarrollo del proceso salud-enfermedad, pero recordemos que -- además existe una estructura desigual en la distribución de la -- salud en el país. Ante estos obstáculos en el proceso salud-enfermedad es indispensable el luchar por el derecho a atenderse y a-- la autoasistencia mutua.

"Con una voluntad de autoasistencia mutua y a través del reconocimiento jurídico, político e institucional de ese derecho a atenderse(...) dejando de buscar la "mejor salud" como si fuera un artículo de consumo." (56)

Son dos vicios en esencia los que se encuentran presentes en -- la actividad médica: la práctica médica sujeta a un criterio mer-- cantil y, la relación personal médico-enfermo que casi nunca se -- da. Estos dos vicios representan casi un camino sin salida, pues no se supera para dar origen a la búsqueda de información organiza-- da y sistematizada hacia una investigación científica sobre los -- requerimientos y deficiencias de la población en su conjunto.

Aunque hubo un tiempo en que la medicina buscaba reforzar lo -- que ocurría en la naturaleza, actualmente con su mayor ingerencia en los círculos de dominio de la sociedad, se ha convertido en un instrumento cada vez mayor de control del cuerpo.

La extracción de plusvalía se concretiza en el cuerpo humano, cuando ha sido necesario controlar el crecimiento de la fuerza de trabajo la medicina ha aparecido a través de la recomendación de

los anticonceptivos .

"Los anticonceptivos orales se prescriben "para prevenir una ocurrencia normal en personas sanas." (57-)

Este hecho responde a intereses políticos de quien posee el poder económico y político en la sociedad y no a la decisión" libre y responsable de la mujer". Los médicos poseen el derecho de recetar anticonceptivos cuando lo juzguen necesario: controlan el crecimiento de la fuerza de trabajo a costa de la salud de quienes la producen, la mujer. Es así como "por cuestiones políticas el médico actúa como causa de enfermedad y no como portador de salud." (58)

En otros países donde la situación es distinta a la nuestra, - el ginecólogo de las familias pudientes se dedica paradójicamente a dar consejos para combatir la esterilidad llegando incluso a la cirugía. Esto sucede en países como Estados Unidos, pero en otros como la India-con una población concentrada-la situación es semejante a la de México.

"...hay en la India millares de médicos y colaboradores - de esos médicos empeñados en provocar la esterilidad: -- desde 1955 han sido puestos en imposibilidad de procrear alrededor de cinco millones de indios. Se afirma que dicha esterilización es voluntaria. Pero, en realidad, casi ninguno de los operados pertenecen a las clases altas -- del país, y hay pueblos enteros donde la "voluntariedad" ha sido abandonada. Además, ¿Cómo puede hablarse de una -- libre decisión cuando se da dinero como premio a la esterilización a quien no tiene otros medios para procurar se alimento?" (59)

57 Illich, Ivan. Ibid. p. 55.

58 Berlinguer, Giovanni. op. cit. p. 107.

59 Berlinguer... Ibid. p. 108.

El criterio mercantil de la medicina tiene que ver logicamente con el interés material en lo que a intervenciones se refiere. Se trata de intervenir cada vez más en el cuerpo logrando a su vez - beneficios económicos:

"En muchas maternidades se producen partos cesáreos en su perabundancia, o aplicación de forceps (y a veces lesiones neonatales) injustificadas. En muchas salas de cirugía se extirpan apendices casi normales. Estas degeneraciones, de competencia del código penal, por fortuna no son frecuentes. Pero más allá de ellas, el absurdo cotidiano está en que el médico común que trata escrupulosamente día a día a sus propios pacientes, gana tanto más en cuanto el sujeto a él confiado más se enferma; y si es con gravedad mejor, siempre que sobreviva." ('60)

Paradójicamente el médico vive de la enfermedad y no de la -- salud, no de la prevención sino de la curación, y de ahí también viven todas las transnacionales de las industrias farmacéuticas, -- que lo mismo fabrican productos bélicos, juguetes o medicamentos.

"... la industrialización de la medicina expresada a través de su trípode más representativa: tecnología+hospitales+ -- farmacológica, destinada a vender una mercancía, la salud previamente definida por el propio sistema como tal." (61)

Si bien el doctor no puede resolver el problema de estructura, sí puede tomar conciencia de la complicidad política al aceptar -- un rol opresor. Esta actitud ofrece un punto de partida nuevo, -- positivo, estimulante.

El médico, como agente soporte de otras relaciones sociales, -- bien puede contribuir a agravar o bien a mejorar y transformar -- situaciones. Si es posible crear un rol alternativo al tradicional, crear otra estructura de la práctica médica, en la medida en que la población en general lo demande, en que el mismo médico adquiere -- otra posición, en que las facultades universitarias modifiquen --

60 Berlinguer... Ibid. p. 111.

61 Gómez Jara, Francisco. "Multinacionales, anticonceptivos y política demográfica. pp. 3 y 4 .

la estructura de la carrera de medicina, en que el estudiante - exija bases sociales y culturales y no solo disciplinas con enfoques biologicistas, etc. Lo anterior no es fácil en una sociedad como la nuestra, pero es preciso desprenderse del contenido aparentemente individual de la problemática que en realidad es social.

El rol de un "nuevo médico", de un nuevo ginecólogo debe ser el de encauzarse hacia las modificaciones del ambiente para adaptarlo a las exigencias de las personas como demandantes en grupos sociales. Debe ser un transformador social que coadyuve a que ya no prevalezcan las razones económicas sobre las humanas.

"La mujer poseedora de un cuerpo naturalmente diferente al del hombre, tiene que enfrentarse a la evidencia de que esta diferencia natural ha sido traducida en desigualdad histórica."
Concepción Fernández

2.1 LA PRODUCCION DE LA REPRODUCCION DE LA FUERZA DE TRABAJO.

La planificación familiar llevada a un nivel micro, es objeto de estudio y práctica por parte del médico, y es precisamente dicho control el que se concretiza en un cuerpo con capacidad reproductiva: el cuerpo de mujer.*

Es en este capítulo donde abordaremos el tema que es clave para entender la opresión de la mujer—que es también nuestro objeto de estudio específico—la reproducción de la especie. Aquí, se entremezcla lo natural y lo cultural, lo biológico y lo social.

"...conflicto conceptual de envergadura que no ha sido resuelto en profundidad: la reproducción de la especie y su vinculación con lo biológico." (62)

La reproducción de la especie es la función humana que más fuertemente se liga a lo biológico, teniendo este hecho implicaciones fuertes con intereses económicos y sociales de todo tipo. Si deseamos estudiar a la reproducción de la especie, es requisito retroceder y revisar históricamente las relaciones existentes entre los sexos antes del llamado surgimiento de la propiedad privada, pues es precisamente ahí, en donde Engels hablará de una opresión de clase pasando por alto que, antes de ésta la opresión entre --

* Debemos diferenciar a la maternidad como experiencia que puede ser agradable, placentera de, la maternidad como institución opresiva.

62 Martí, Sacramento. "La maternidad punto clave para una perspectiva feminista", en : Revista Viejo Topo # 51.

sexos ya existía, y que no es atribuible a un hecho natural: la familia no es un dato de orden extrasocial.*

Para cumplir con nuestro objetivo, debemos situarnos en la comunidad doméstica que a pesar de parecer tan lejana persiste hasta la fecha.

"La comunidad doméstica agrícola, por sus capacidades ordenadas de producción y reproducción, representa una forma de organización social integral que persiste desde el neolítico y sobre la que aún descansa una parte importante de la reproducción de la fuerza de trabajo necesaria para el desarrollo capitalista." (63)

Durante la aparición del capitalismo, las condiciones históricas y económicas no plantearon como primordial el problema de la reproducción de la fuerza de trabajo, pues esta dinámica ya se venía dando desde mucho antes, adecuándose únicamente al modo de producción capitalista que se perfilaba en esos momentos como dominante.

"En última instancia todos los modos de producción modernos, todas las sociedades de clase, para proveerse de -- hombres, vale decir de fuerza de trabajo, descansan sobre la comunidad doméstica, y, en el caso del capitalismo, a la vez sobre ella y sobre su transformación moderna, la familia, la cual, está despojada de funciones productivas pero conserva siempre sus funciones reproductivas." (64)

* "...Engels al igual que Marx, arrincona el nivel de la reproducción para centrar toda su argumentación en la producción, aún -- cuando fija el origen de la opresión de la mujer a partir de la familia patriarcal, considerada en su mero sentido "productor". -- Si Engels no hubiera olvidado el nivel reproductor, hubiera llegado a la conclusión de que la familia no desparecerá mientras no sea sustituida en su función primordial reproductora y que -- es inútil impulsar la incorporación masiva de la mujer al trabajo -- como meta liberadora -- si se deja sin alternativa la unidad reproductora por excelencia que es la familia."

Martí, Sacramento. op. cit. p. 27.

63 Meillassoux, Claude. Mujeres, graneros y capitales. p. 13.

64 Meillassoux... Ibid. p. 9.

2.1.1 LA COMUNIDAD DOMESTICA.

Al estudiar la sociedad doméstica agrícola debe considerarse a la reproducción, pues es la clave para comprender los mecanismos y el funcionamiento de dicha comunidad. Meillassoux habla de la Comunidad Doméstica como:

"...el único sistema económico y social que dirige la reproducción física de los individuos, la reproducción de los productores y la reproducción social en todas sus formas, mediante un conjunto de instituciones, y que la domina mediante la movilización ordenada de los medios de reproducción humana, vale decir de las mujeres." (65)

La importancia de la mujer en tanto reproductora de la especie variará dependiendo la célula de producción en la que se inserte, por ejemplo, en las hordas de cazadores donde dominan los problemas de pertenencia y de acoplamiento, las mujeres son más vistas como compañeras, que como medio para la descendencia. En las sociedades agrícolas donde se busca a la mujer como reproductora se encuentran éstas más amenazadas, pero "a pesar de su función irremplazable en la reproducción, jamás intervienen como vector de la organización social." (66)

Circunscrita a la Comunidad Doméstica debemos ubicar a la reproducción, pues girará en torno a ella la garantía de la existencia de la humanidad (recordemos las posibilidades de subsistir). En una comunidad agrícola resultaba difícil igualar su producción con fines reproductivos, era necesario garantizar la distribución.

* "Según Washburn y Lancaster (en Lee y Devore, 1968:303), "es necesario alrededor de un centenar de parejas para producir niños en cantidad suficiente para que la relación de los sexos se aproxime a 50/50 y a fin de que la vida social funcione sin inconvenientes. Esto exige una población de aproximadamente quinientas personas." Meillassoux, Claude. op. cit. p.27.

65 Meillassoux...Ibid.p.9.

66 Meillassoux...Ibid.p.110.

entre una y otra comunidad a través de la movilidad de quienes poseen capacidad reproductora: las mujeres púberes.

"Siendo el número de las reproductoras, en relación al -- conjunto de la población siempre menor que el de los -- productores, son menores las posibilidades de que una -- célula constituida alrededor de estrictas actividades -- de producción disponga en todo momento de suficiente -- número de mujeres púberes como para que su progenitora -- sea susceptible de remplazar en continuidad los efecti- vos del grupo en sexo y edad." (67)

Tanto en la horda como en las sociedades agrícolas existirá -- una movilidad libre y voluntaria para los adultos de ambos sexos entre una comunidad y otra. Pero, si bien es cierto que la unión -- de grupo, así como cualquier alianza no estará dirigida fundamen- talmente a las exigencias de la producción o el intercambio, sino a la reproducción primordialmente su forma e importancia será --- distinta en la horda que en las sociedades agrícolas.

En la horda dominan las relaciones de adhesión: la reproduc- -- ción física es el subproducto de los acoplamientos consecutivos -- de la movilidad de adultos de una a otra horda. En las sociedades -- agrícolas la movilidad es objeto de control y tendrá que ver con: las relaciones de filiación.

"...la movilidad de un sexo o de otro es objeto de una po- lítica, violenta o pacífica, destinada a poner en rela- --- ción, con el fin de la procreación, a individuos púberes cuya descendencia se insertará desde el nacimiento en re- lación de filiación." (68)

En las sociedades agrícolas la explotación de la tierra como -- medio de trabajo coadyuva a la constitución de lazos sociales --- permanentes e indefinidamente renovados. Así, conforme se estable-

67 Meillassoux...Ibid.p.27.

68 Meillassoux...Ibid.p.41.

ce solidaridad entre la comunidad surge gradualmente la preocupación en torno a la garantía de la reproducción física y estructural del grupo. La mujer es buscada como compañera tanto como reproductora para el grupo.

"...su reproducción a plazo fijo es así el de la pertenencia de la descendencia." (69)

Pero como no es todas las horas se logra cubrir la demanda de mujeres púberes con fines de la reproducción del grupo, se establecen históricamente dos formas de movilidad hacia la perpetuación de la comunidad.

a) Las mujeres se encuentran en su comunidad de origen y los hombres son invitados para procrear y eventualmente llegan a residir ahí.

"La reproducción del grupo descansa únicamente sobre las capacidades genésicas de las mujeres nacidas en el grupo." (70)

b) Las mujeres son cambiadas recíprocamente con una comunidad aliada en donde se procrean, y dicha comunidad recogerá la descendencia.

"La reproducción depende de las capacidades políticas de los grupos para negociar en cada momento un número adecuado de mujeres." (71)

Cabe resaltar que cada modelo tendrá una eficacia distinta en torno a la reproducción, pues las capacidades de fecundación del hombre en la práctica son superiores a las capacidades genésicas de la mujer, en tanto que ella está limitada al cociente del número de años de pubertad y la duración del periodo de gestación y de amamantamiento.

69 Meillassoux...Ibid.p.42.

70 Ibid.p.44.

71 Ibid.p.44.

Se establecen estas dos formas de movilidad históricamente --- pero ¿qué pasa cuando la mayoría de las sociedades vecinas desean reproducirse estructuralmente y por ende no desean intercambiar - a las mujeres de la comunidad? Esto se realizará violentamente, -- ya sea mediante el rapto o bien mediante la guerra.

"El rapto contiene y resume en sí todos los elementos de la empresa de inferiorización de las mujeres y es el preludio de todas las otras. Son los hombres, ligados, armados concertados de acuerdo a un plan preparado entre ellos, quienes tratan de sorprender a una mujer, preferentemente aislada, desarmada, ni preparada ni advertida." (72)

En ese momento la salvación de la mujer no está en la resistencia, sino en la sumisión a los raptos, pues a la vez de "guerreiros raptos" posteriormente serán los que cuiden y protejan al interior de su comunidad al finpreciado: a la mujer púber. Y es justamente este momento en el que podemos hablar de cómo es que -- por medio de la guerra-- en este periodo histórico-- el hombre reafirma su superioridad con respecto a los demás grupos.

"Más allá de las funciones de regulación y sanción de la circulación de las mujeres, la guerra se convierte también en el medio por el que los hombres adultos afirman su superioridad sobre todas las categorías sociales: las mujeres, los viejos, los jóvenes. Por esta causa, es la práctica más allá de lo estrictamente necesario para cumplir con sus funciones de corrección. La guerra, cuando es casi permanente, produce la clase de los "hombres", de los guerreros." (73)

Conforme crecen las comunidades (tanto en cantidad como en cantidad de transformación de la naturaleza) se crea la necesidad -- de que exista un poder que sustituya al poder guerrero: un poder que no sea violento o al menos, mediante una violencia controlada.

72 Maillassoux...Ibid.p.49.

73 Ibid.p.50.

"Para hacer posible una manipulación de las mujeres en número suficiente y para que su intercambio eventual se cumpla sobre una base recíproca, es necesario que un poder civil, fundado en la alianza y la conciliación, substituya al poder guerrero." (74)

Esta forma de poder será viable gracias a la Comunidad Doméstica, la descendencia del matrimonio es concedida a la comunidad del marido. De acuerdo con las dos formas históricas de movilidad de las que hablamos antes, encontramos que predominaría la existencia de la movilidad de las mujeres púberes; así las capacidades reproductivas de un grupo se basarán además del número de mujeres originarias de la comunidad, de los medios políticos con que dispongan para conservarlas en su grupo.

El matrimonio será la institución que define la situación de la esposa en la comunidad receptora, en sí las reglas de filiación: las relaciones que mantienen con los miembros de esa, las relaciones de descendencia con la comunidad del padre y la suya, etc. Pero, lógicamente el matrimonio al interior de una misma comunidad no puede ser aprobado por razones de índole política: no es posible el control para el intercambio de mujeres púberes con el fin de lograr el mantenimiento y crecimiento de la comunidad. Se hace necesario imponer una ideología que excluya las relaciones al interior del grupo.

"No existen otros recursos para conservarse, que producir y desarrollar una ideología que imponga la autoridad. La religión, la magia, los ritos, el terrorismo supersticioso inflingido a los subordinados, a los jóvenes y especialmente a las mujeres púberes, se incrementan: las prohi

biciones sexuales y los castigos por su violación, se multiplican adquiriendo un carácter absoluto. La endogamia -- se convierte en incesto, la prohibición en proscripción." (75)

Una vez señalada la ideología que se conformará para coadyuvar a reproducir las condiciones propicias para reproducir físicamente a la comunidad a través del intercambio de mujeres púberes, es necesario detenernos en el mecanismo de intercambio de estas mujeres y lo que representan: garantizar la descendencia de la comunidad, así como los rasgos esenciales que caracterizan a la Comunidad Doméstica, en lo que respecta a sus fuerza productivas y a las relaciones sociales de producción, con el fin de lograr una visión totalizadora en torno a este modo de producción que se extiende a lo largo de la historia hasta nuestros días.

Una mujer púber solo puede ser intercambiada funcionalmente por otra mujer púber (salvo en casos excepcionales), pero, si esto casi nunca se presentó, ¿qué sucedió?

El número de mujeres se podía distribuir en el tiempo por medio del postulado que encerraba la promesa: las comunidades que en un determinado momento no poseían mujeres en edad fértil podían por medio de "la promesa" adquirir mujeres que posteriormente retribuirán, de no ser que antes de pedir las hubieran cedido una.

"La movilidad ordenada de las mujeres ofrece la ventaja práctica, respecto de la endogamia y el matrilinaje, de repartir las mujeres púberes solo en el espacio sino también en el tiempo." (76)

75 Meillassoux...Ibid.p.71.

76 Ibid.p.93.

Al controlarse el intercambio de mujeres, tan solo por la me--
morización, representaría la obligación y no el objeto de esta --
obligación, la dote surge como garantía al cumplimiento de esta --
obligación en el tiempo, pues la mujer no puede ser cedida a ----
una tercera comunidad de origen*. La dote adquiere un valor de ---
cambio en los límites de la circulación matrimonial, a pesar de -
estar constituida por objetos inútiles pero durables que permi---
tían estar constantemente en espacio y tiempo para los fines de -
la Comunidad Doméstica.

"Mediante la extensión de su circulación, que le permite
ser aceptada por todas esas comunidades, la dote ya no --
es solamente una garantía sino también una obligación. --
Para cumplir esta función, la dote no puede circular co-
mo las mujeres... éstas entran siempre solo en un circui-
to reversible, mientras que las dotes circulan en un cir-
cuito abierto." (77)

En cuanto al nivel de desarrollo de las fuerzas productivas --
que caracterizaron al surgimiento de la Comunidad Doméstica -----
existía un conocimiento de las técnicas agrícolas y artesanales--
que permiten la práctica de una agricultura de productividad muy
elevada, en donde se alimentan y reproducen a los miembros del --
grupo, así como existe un excedente para lograr la repetición del
ciclo agrícola; también se utiliza a la tierra como un medio de -

* Por su naturaleza y composición debe estar asociada a las cuali-
dades sociales del decano. Situado en el polo de la circulación --
de los bienes producidos por la comunidad, el decano es quien --
tiene la capacidad social de acumular, capacidad que es el úni-
co que puede asumir legítimamente.

trabajo y no ya como un objeto de trabajo; se utiliza la energía humana como fuente energética dominante en el trabajo agrícola y el artesanal; existe el uso de medios de producción agrícola individuales.

Por lo que se refiere a las relaciones sociales de producción, Meillassoux nos menciona al respecto cómo serán ellas, las que -- crearán las relaciones orgánicas entre los miembros de la comunidad, donde la estructura jerárquica fundada por ellas, será el --- fundamento, y su base la edad. Las relaciones sociales de producción:

"...contribuyen a la constitución de células económicas - y sociales funcionales, coherentes y orgánicamente ligadas en el tiempo; definen una pertenencia, una estructura y un poder de gestión reservado al más anciano en el ciclo productivo." (78)

Al interior de cualquier modo de producción hasta la fecha, la Comunidad Doméstica siempre se ha encontrado presente aunque se - ha ido modificando históricamente. Antes del capitalismo las funciones de producción y reproducción se hallaban unidas, será solo hasta el capitalismo donde se separen: al ámbito de lo privado se destinará la reproducción de la especie, separado de las demás -- actividades que constituyen las relaciones sociales de producción. Pero esta reproducción siempre permanecerá subordinada a las condiciones materiales: a la producción en sí.

"Sin embargo el proceso de reproducción, aún cuando aparece como dominando las preocupaciones sociales y políticas, y aún cuando inspire lo esencial de las nociones -- ideológicas-jurídicas está subordinado a las condiciones de la producción." (79)

78 Meillassoux...Ibid.p.67.

79 Ibid.p.62.

Hasta aquí nuestro interés se ha enfocado a destacar cómo el problema de la reproducción de la fuerza de trabajo-que se ha venido reduciendo a un problema meramente estadístico(demográfico)- responde a una problemática económica.Esto es, las causas propiamente demográficas no existen; caso ilustrativo de este discurso-- es el afirmar que por medio del control natal el país puede desarrollarse, evitando el "exceso" de población.

En el funcionamiento de los modos de producción posteriores al doméstico, las relaciones domésticas y la familia han sido un elemento clave para concretarse cada uno de ellos. Aunque resultaría interesante estudiar este fenómeno a lo largo de los diferentes - modos de producción-esclavismo, feudalismo, etc.- no es posible -- hacerlo por no corresponder a nuestro objeto de estudio.Un aspecto que si nos corresponde estudiar brevemente es la reproducción de la fuerza de trabajo en el capitalismo.

La reproducción de la fuerza de trabajo en el capitalismo cobra ciertas particularidades en lo tocante a la producción de la reproducción física, futura generadora de plusvalía.Parte de la -- reproducción de la fuerza de trabajo parece que se reproduce "fuera" del capitalismo empero con base a lo anterior, sabemos que -- ésto se dará en la Comunidad Doméstica -o también llamada familia.

Las mujeres reproductoras de la fuerza de trabajo, no aparecen como tal en lo económico, solo en lo ideológico y de manera velada. Sostenemos que el trabajo de la mujer aunque no se reconozca oficialmente, es productivo pues en realidad sí genera valor para esta sociedad, donde la fuerza de trabajo es vista como mercancía. Estos aspectos serán tarea del siguiente apartado.

"La mujer, cuerpo para el hombre y para la procreación, reducida y aprisionada en una sexualidad esencialmente para -- otros, cuerpo del que nunca ha sido -- dueña y en torno al cual existe una vi da que no es más que la historia de -- una expropiación... la mujer y su cuerpo han sido objeto de la lenta erosión de la historia que ha venido negándole espacio, individualidad y autonomía."

Concepción Fernández

2.2 EXTRACCIÓN DE PLUSVALÍA Y REPRESIÓN DE LA SEXUALIDAD.

La producción y reproducción de la fuerza de trabajo han sido -- finespreciados y valorados a lo largo del tiempo, durante el -- modo de producción denominado Comunidad Doméstica dicho fin se ha garantizado a lo largo de la historia y la mujer ha permanecido -- sujeta a la procreación como forma de vida.

El proceso de producción de mercancías ha sido más o menos estudiado o sistematizado, pero poco se ha estudiado sobre el proce so de producción y reproducción de la fuerza de trabajo encargada de realizar esa mercancía*, así como los medios de los que se vale el sistema dominante para imponerse al interior de dicho mecanismo. Mientras que a un proceso se le llama trabajo, al otro se le -- nombra como "obligación", "labores propias de su sexo", "trabajo -- por amor", etc.

Debido al vacío teórico existente así como una desvalorización de la mujer, es necesario detenernos a reflexionar sobre este asun to. Ya hablamos de la Comunidad Doméstica en sus orígenes ahora, -- se requiere hablar de ésta y de sus mecanismos mediante los cua -- les se inserta y se reproduce en el capitalismo.

* A pesar de que el individuo sea la única fuente capaz de crear -- valor.

2.2.1 REPRODUCCION Y CREACION DE VALOR: EXTRACCION DE PLUSVALIA.

En la sociedad capitalista, la mercancía - valor de cambio- se antepone al individuo pues es considerado como valor de uso. En las sociedades precapitalistas el fin económico era la reproducción del individuo-la reproducción de valores de uso- ahora en el capitalismo predomina la creación de valor para el valor. La producción es el objetivo del hombre y la riqueza a su vez el objetivo de la producción.

La reproducción-como decíamos en el apartado anterior- está se parada de la producción en la sociedad capitalista, trayendo como consecuencia el diferenciar a uno del otro mediante la categoría valor.**

"El proceso general de producción de mercancías se presenta ahora separado a través de la línea del valor, del proceso de reproducción y opuesto a este último: mientras el primero se presenta como creación de valor, el segundo se presenta como creación de no valor." (80)

* Antes de seguir adelante debemos señalar que, llamaremos a la producción de mercancías, producción, y a la producción de la reproducción de la fuerza de trabajo le llamaremos:reproducción. No nos referimos aquí al proceso de reproducción en su conjunto (contemplando todos sus nexos) sino esencialmente al proceso de producción y reproducción de la fuerza de trabajo que se desarrolla -fundamentalmente- a través de la mujer obrera de la casa en la familia.

** Esta diferenciación entre valor y no valor es la premisa y condición de existencia del capitalismo: "el capital no puede substituir, no puede volverse una relación social si no tiene frente a sí un individuo que carece de valor, y que por lo tanto está obligado a venderle la única mercancía que le pertenece: la fuerza de trabajo"

Fortunati, Leopoldina. "Producción y reproducción" p. 14.

80 Fortunati, Leopoldina. "Producción y reproducción", en revista -- Fem# 23. p.14.

De tal forma, se plantea la producción de mercancías así como las leyes que la rigen, como lo fundamental del proceso capitalista, siendo la fábrica el lugar por excelencia, mientras que la reproducción, que no genera valor - según el capitalismo - es vista como una producción natural, siendo la familia el lugar donde se sitúa. Designar a la reproducción como "trabajo natural", "creador de no valor", etc., hace referencia al plano formal más no al real.

"El valor de la fuerza de trabajo, como el de otra mercancía, lo determina el tiempo de trabajo necesario para la producción, incluyendo, por tanto, la reproducción de -- este artículo específico... la fuerza de trabajo solo --- existe como actitud del ser viviente. Su producción supone, por tanto, la existencia de éste y, partiendo del -- supuesto de la existencia del individuo, la producción de la fuerza de trabajo consiste en la reproducción o conservación de aquél... por tanto el tiempo de trabajo necesario para la producción de éstos medios de vida." (81)

En base a la cita anterior podemos comprender mejor cómo es --- que la Comunidad Doméstica se articula al interior de la sociedad de corte capitalista. La reproducción funciona como creación de - valor, como parte integrante y fundamental del proceso capitalista. Esta es la premisa y condición de existencia del mundo de producción de mercancías, pues la mujer es la única capaz de generar a la futura fuerza de trabajo.

"La mujer ocupa desde siempre un lugar específico en la producción porque es la única que puede reproducir la - fuerza de trabajo. Sobre sus facultades generadoras se asientan el bienestar y la prosperidad económica de todos los sistemas sociales y políticos." (82)

* Circunscribir a la reproducción como producción natural, es lo - que la hace precisamente mucho más productiva. "No solamente ---- porque con un salario se explota a dos trabajadores, sino tam--- bién porque descarga sobre la fuerza de trabajo todos los costos de la reproducción." Fortunati...op.cit.p.16.

81 Martí...op.cit.p.27.

82 Falcón, Lidia y otras. La liberación de la Mujer. Año Cero.p.52.

La reproducción por su parte tiene un funcionamiento más complejo que el de la producción.

"La diferencia entre una y otra es que mientras la producción es y se presenta como creación de valor, la reproducción es creación de valor, pero se representa como lo contrario. No obstante la aparente separación entre producción y reproducción, el modo de producción capitalista es proceso de valorización tanto en la una como en la otra." (83)

El intercambio de trabajo- de la mujer como reproductora de la especie-con el capital, lo podemos comprender a tres niveles o a través de tres relaciones a saber:

1)Un intercambio de no equivalentes entre desiguales (como obrero y patrón, aunque en el plano formal parezcan equivalentes) a pesar de que en lo formal ni siquiera se presente como intercambio organizado de manera capitalista.

2)En relación a los sujetos: un intercambio de la reproducción que aunque parezca ser entre obrero y mujer, en realidad es entre mujer y capital, encontrándose el obrero como mediador.

3)En relación a los objetos de tal intercambio: éstos se presentan como trabajo de reproducción y como salario cada uno respectivamente, pero en realidad son fuerza de trabajo y dinero que funciona como capital. Dada la gran complejidad de las relaciones entre mujer y capital es posible comprender la dificultad en extremo de la toma de consciencia por parte de la mujer de su explotación, pues además recordemos que a esto se suma lo ideológico.

"Esta extrema complejidad en la organización de la reproducción, a la cual se acompaña la construcción de una -- orquestación ideológica mucho más articulada y vasta que la construida para la producción, ha contribuido no poco a debilitar las posibilidades de lucha en ese sector."
(84)

Como se ha visto en el plano real la reproducción sí es parte y fundamento del sistema capitalista, sin embargo cabe preguntar -- ¿cómo se da este funcionamiento? Fortunati posee una tesis que -- contesta esta inquietud.

"...el modo de producción capitalista está caracterizado -- formalmente por un doble carácter - producción/valor, -- reproducción/no valor- pero que en el plano real funciona como creación de valor en todo su ciclo, incluyendo a la reproducción. Funciona doblemente en el plano formal: con determinadas leyes en el ciclo de producción y con otras en el de reproducción, mientras su carácter es único en el plano real..." (85)

El deslizarse entre lo formal y lo real, le permite al capital explotar al obrero y a la mujer para la creación de valor, funcionando el capital en la producción y en la reproducción como valor por el valor, en donde cada elemento asume su valor doble.

"Esta duplicidad "valor/no valor" engloba todo el terreno de la reproducción, a partir del individuo...pero en este caso como mercancía y fuerza natural del trabajo ---- social." (86)

El plantear a la reproducción como un no valor es lo que permite que la producción parezca como la única producción de valor -- posible. La reproducción no puede presentarse como el objetivo -- económico del capitalismo, ni tampoco puede formar parte de las -- relaciones sociales reglamentadas directamente por el valor de -- cambio. Recordemos que una premisa y condición de existencia del -

84 Fortunati...Ibid.p.14

85 Ibid.p.15.

86 Ibid.p.15.

capital y del trabajador libre en general, es la no existencia de intercambio entre el trabajo de reproducción y el capital, --- pues este trabajo no puede entrar directamente en la relación de trabajo asalariado.

Para que la fuerza de trabajo exista como capacidad de producción para el capital, se requiere que esa pueda tener valor de --- cambio solo en la medida en que la persona la reproduzca como no valor, cuando la creación de valor en el proceso de reproducción --- se representa como creación de no valor. De tal forma la reproducción en el capitalismo se representa como creación de no valor --- para el individuo, más no para el capital. La fuerza de trabajo --- contiene a su vez capacidad de producción y capacidad de repro--- ducción.

"El doble carácter del individuo capitalista se manifiesta finalmente en la presencia simultánea en el de la --- fuerza de trabajo como capacidad de producción y como --- capacidad de reproducción." (87)

No existe coincidencia como vemos, entre fuerza de trabajo y - capacidad de producción de mercancías. Ya señalamos como es que - el capitalismo esconde la clara separación entre la fuerza de --- trabajo como capacidad de reproducción; la primera capacidad se --- desarrolla primordialmente en el trabajador y la segunda en la --- trabajadora.

"Partiendo del principio de que las raíces del status inferior de la mujer son, en realidad económicas, se puede demostrar que las mujeres como grupo tienen, efectivamente una relación bien definida con los medios de producción y que en esa relación es diferente de la que tienen los hombres." (88)

87 Fortunati...Ibid.p.17.

88 Benston, Margaret y otras. La liberación de la Mujer. Año Cero. p. 34

La fuerza de trabajo como capacidad reproductora se centra -- fundamentalmente en la mujer, el liberar su fuerza de trabajo im-- plica que su capacidad de reproducción está acompañada de la pro-- ducción de la cual no es sencillo desprenderse a diferencia del -- hombre.

"Hay pues, una precisa diferencia entre el destino del -- obrero y el de la mujer: mientras para el primero la propiedad de la fuerza de trabajo implica fundamentalmente: la "liberación" (en sentido literal) del trabajo de re-- producción de sí mismo, para la mujer, el hecho de tener la propiedad de su propia fuerza de trabajo como capacidad de reproducción no implica su liberación del trabajo de producción." (89)

Como puede apreciarse el proceso de "liberación" de la fuerza de trabajo no se extiende al hombre y a la mujer de igual manera. De la misma forma en que , en el capitalismo se habla a nivel -- formal de un derecho a la elección del trabajo: "trabajo libre", -- también se maneja la opción del "derecho" al matrimonio; sin embargo, así como en el plano de lo real ese derecho a la elección del trabajo no existe, tampoco existe el derecho a elegir o no por el matrimonio, éste es al igual que el primero una obligación. Encontramos así que en lo relativo al matrimonio, se ejercen múltiples formas de coerción: de entre algunas de ellas está el ejercer una "sexualidad" decente" o "no ejercerla". De tal forma, el capital -- garantiza por un lado el trabajo asalariado, y por el otro a la re-- producción.

"La pareja patriarcal es la pareja pene-vagina, marido y mujer, padre y madre de la cultura animal reproductora: su relación no ha sido determinada sobre la base del funcionamiento sexual, sino sobre la base del funcionamiento de la reproducción a la que ha sido subordinado el sexo femenino. La mujer vaginal es producto de esta cultura: es mujer del patriarca y sede de todo mito materno."

Carla Lonzi

2.2.2 REPRESION DE LA SEXUALIDAD.

Si bien es cierto que el trabajo realizado tanto al interior - como al exterior de la Comunidad Doméstica (Familia), son dos partes de un solo proceso que el capital mantiene para su reproducción, van a existir ciertos mecanismos para lograr la extracción - de plusvalía de los cuerpos humanos vivientes.

En el apartado 1.2 ya hablamos sobre la expropiación de la --- sexualidad como una modalidad propia del capitalismo para canalizar la energía objetiva y subjetiva del cuerpo hacia la produc--- ción, ahora nos referimos a la concreción que cobra esta expro--- piación al interior del sexo femenino. En el hombre será hacia la producción de mercancías y expuestos al rol masculino, en la mujer, en su rol femenino dirigido principalmente hacia la producción y reproducción de la fuerza de trabajo. Pero, para llegar a las particularidades - en lo que a expropiación se refiere - hacia la mujer, debemos partir de algo que de distinta forma abarca a los dos --- sexos: la sujeción a la religión dominante en Occidente.

2.2.2.1 RELIGION Y EXPROPIACION DEL CUERPO.

Decíamos en el apartado 1.2 que "toda expropiación del cuerpo incluida pues, toda expropiación (subjetiva u objetiva) de la ---

sexualidad favorece y refuerza la expropiación política de la capacidad humana de rebelión y transformación del orden social -- establecido." (90)

Cuando mi cuerpo, mis relaciones y actividades han sido "educadas", para subordinar mi cuerpo a un sistema de normas -incuestionables- ya establecidas, es más fácil que todo lo pulsional en -- mí sea subordinado a una autoridad. En el caso del capitalismo me reduzco a un medio social de producción de plusvalía*.

La mayoría de las Iglesias y Sectas cristianas en América Latina se caracterizan por realizar una expropiación "puritana" de la sexualidad. La Iglesia Católica será la que rescatemos aquí pues -- es la que plasma la religión con mayor dominio tanto cuantitativa como cualitativamente en América Latina desde el siglo XVI. Durante dicho siglo, en Europa se produce el proceso de desarrollo del capitalismo en cuanto modo de producción dominante. Este hecho --- afectará no solo al Catolicismo sino a todo el Cristianismo europeo en 3 aspectos que no debemos olvidar:

1) La disminución progresiva del poder de la Iglesia como aparato ideológico central del feudalismo europeo.

2) El desplazamiento paulatino de la familia como institución -- económica central de la sociedad.

3) Una exigencia económica creciente de concentrar toda la energía humana accesible en la producción de plusvalía.**

* Todo intento de expropiación como de apropiación del cuerpo son eminentemente actos políticos.

** Consultar; Maduro, Otto. op. cit. pp. 25 y 26.

Pero esta expropiación del cuerpo a través del Catolicismo --- ha sido un proceso lento y contradictorio que se ha concretizado con características e implicaciones muy variadas dependiendo del sexo, época, región, clase social, cultura, etc. La "moral sexual" se fue haciendo gradualmente el eje en torno al cual girarían todos los acontecimientos de la pastoral cristiana y a su vez, las personas se irían desprendiendo gradualmente de las preocupaciones políticas. La sexualidad de los fieles se instaurará como una dimensión individual y aislada del resto de la personalidad y de la comunidad que lo rodea.

"Mi sexualidad no tiene nada que ver con la historia, con la economía, con la política, excepto en la medida en --- que yo debo regularla según las normas (anteriores, exte--- riores y superiores a mí sociedad) que la Iglesia dicta--- a la sociedad." (91)

La expropiación católica de la sexualidad de los fieles va a --- dificultar la capacidad crítica ante todo lo "impuesto por la --- sociedad", ya sea la moral sexual católica o cualquier lucha de --- la comunidad en donde se requiere previamente cuestionarse a sí --- mismo su situación tanto objetiva como subjetiva.

La moral sexual católica logra encauzar la sexualidad hacia --- otras actividades básicamente bajo el supuesto de que la sexualidad es una energía básicamente bajo el supuesto de que la sexualidad es una energía maligna que debe ser reprimida. Así, por ejemplo, "no seré yo quien posea deseos, sino es la tentación del --- "mal": la tentación del demonio ejercida sobre mí; lo que yo debo hacer, es rechazar ésto antes de "caer en pecado" (connotación ---

eminentemente sexual). Por lo tanto, si el mal es de origen sobrenatural (el demonio por ejemplo), la lucha no se puede librar materialmente en el campo de las relaciones sociales de producción contra la extracción de plusvalía; no se debe luchar contra el cambio de estructura, pues el problema no está ahí. Una problemática social, se reducirá a algo individual y se encuadrará dentro de los límites de lo privado; apareciendo como algo "no político".

"...esta concepción contribuye a la reproducción del sistema de extracción de plusvalía mediante la imposición - de un esquema autoritario, represivo y alienante a manera de esquema central de organización de la personalidad, esquema perfectamente coherente, adecuado y funcional para el desempeño de las tareas familiares, escolares, económicas, políticas, jurídicas, militares y culturales de una sociedad autoritaria como la que se basa en la extracción de plusvalía." (92)

Toda esta ideología dominante (impregnada de moral sexual católica) cobrará concreción en el marco de actividades propias de la familia, donde toda la energía personal debe concretizarse alrededor del hecho familiar, dejando de lado lo político.*

Y al interior de este ámbito encontramos que la mujer es la que sufre más los efectos de esta ideología que el hombre.**

* Recordemos que según el discurso de la ideología dominante, lo privado no es político: el trabajo doméstico, lo sexual, etc., en suma; lo cotidiano.

** "Ideología que logra la expropiación subjetiva del cuerpo más a través de la despolitización efectiva de los fieles que por la prédica explícitamente politizada y politizable. La religión católica que ha sido históricamente reorganizada y funcionalizada para preservar el sistema de extracción de plusvalía." (Maduro.op. cit.p.28)

"Objeto sexual, socialmente definida de modo fundamental y casi exclusivo como madre (real o potencial), la mujer - padece aún hoy una expropiación de su sexualidad y de -- su cuerpo doblemente intensa con respecto a la del hom--bre; y redoblados son también aquellos "efectos conserva--dores" en lo que toca a la expropiación del cuerpo feme--nino." (93)

La reproducción se haya íntimamente ligada a normas de tipo -- moral y religioso que tienden a su vez a una represión de la --- sexualidad con fines reproductivos, lo que hace que esta situa---ción sea más marcada hacia la mujer. La extracción de plusvalía - hacia el cuerpo de mujer se manifestará al interior de los precep--tos de la Iglesia con criterios de normal o anormal dependiendo - si tiende a ser conducta reproductiva o no.*

Es evidente que en nuestra cultura occidental y cristiana la - actitud en tanto a la sexualidad es abiertamente hostil, y lo es con el fin de lograr una necesaria disciplina en el proceso pro--ductivo para lograr un mayor rendimiento en el trabajo.

"...la cultura cristiana y occidental "desexualizó" el -- cuerpo del hombre y de esa manera, lo "liberó" para el - trabajo." (94)

Durante la edad media, la ética cristiana manifiesta abiertamen--te su hostilidad ante el sexo. Este hecho se considerara natural - e "instituido por Dios".

* Toda expresión comportamental de la sexualidad que no tienda - hacia la reproducción se registrará bajo el criterio de anormalidad (calificativo de orden estadístico) como por ejemplo: la mastur--bación, la escotofilia, la homosexualidad, etc.

93 Maduro...Ibid.p.27.

94 Andreas, Anton. Moral sexual y represión social.p.31.

"El cuerpo humano fue desexualizado, con excepción de los genitales; la sexualidad se tenía por algo antinatural y sucio, y se las restringía al matrimonio monogámico, aunque solo para los fines de la procreación y nunca como fuente de placer. La desjerarquización humana y social de la mujer corrió pareja con este proceso." (95)

Y dicha hostilidad que se manifestó con más fuerza hacia la mujer se marcará también al interior de los mismos postulados de la Iglesia. El Cristianismo recogerá los presupuestos de la filosofía anterior al surgimiento en lo que respecta a la escisión de la naturaleza humana en cuerpo y alma con rasgos eminentemente pesimistas. De aquí se desprende: "la represión al goce y a la sexualidad, y la identificación de la mujer con el cuerpo, es decir: lo sucio, lo indigno, lo bajo, en suma el pecado." (96)

La identificación del cuerpo con la mujer como lo sucio, lo impuro tendrá que ver con la reproducción.

"La mujer por sus funciones...procreativas pasa a ser la antítesis de lo sagrado." (97)

Abundando en lo relativo a cuerpo de mujer igual a impurezas, observamos en la siguiente metáfora como se identifica a las mujeres con una contaminación del cuerpo.

"Las mujeres, a causa de la sangre menstrual y el parto - pasan a ser genéricamente impuras (Lev.12-15)". (98)

La mujer contaminada, fuente de pecado se asemejará al cuerpo (tierra que acepta, reproductora) y el hombre, a la cabeza (semilla, promesa de vida humana) el que piensa, crea, tiene mayor capacidad para acercarse a Dios.

95 Andreas...Ibid.p.47.

96 Barbieri, Teresita de. "Una invitación a reflexionar sobre nuestros ancestros", en revista Fem# 20.p.8.

97 Reuther, Rosemary. "Dios, el gran patriarca", en revista Fem#20.p.14.

98 Reuther...Ibid.p.13.

"En la ecuación ascética el cuerpo es la puerta de entrada al pecado, y por consiguiente, a la muerte. La mujer -- es entonces la puerta de entrada al demonio, a través de la cual el pecado penetra en el mundo." (99)

A pesar de todos esos prejuicios y limitantes para la adecuada canalización de la sexualidad en la mujer, en la edad media, la -- castidad no era considerada como una virtud, pues existían razones sociales que limitaban el número de matrimonios, y las necesidades sexuales era preciso canalizarlas de alguna forma. Así, -- no existiendo la castidad como característica deseable en la mujer, era posible satisfacer las necesidades sexuales. Y justamente por esta necesidad sexual tan imperiosa la moral religiosa cristiana no se aceptará más que en discurso posteriormente.

"...en términos generales durante los siglos IV y XVI la moral cristiana hostil al placer, no llegó a arraigarse en los sectores más amplios de la población." (100)

Será hasta con la burguesía, que se logre afirmar muchos de -- los preceptos cristianos tendientes a la reproducción.

"Fue la burguesía la que confirmó validez general a la -- moral cristiana antisexual y la que aseguró su estricto cumplimiento, hasta el subconsciente individual... Junto con el ascenso de la burguesía se desarrollaron y se -- afirmaron las opiniones en materia de moral. Cobró forma la ética burguesa del rendimiento." (101)

Es así, como el cuerpo deja de ser un órgano de placer-despreñdiéndose problemas de índole eminentemente sexual--para convertirse en un órgano de rendimiento.

* Consultar Capítulo 1.2 (Foucault)

99 Reuther...Ibid.p.14.

100 Andreas...op.cit.p.53.

101 Ibid.p.53.

"... al desexualizar al cuerpo humano, para transformarlo en órgano de producción, y al reprimir los deseos instintivos y relegarlos al subconsciente, se estaba erotizando la psiquis y también el cuerpo, a través de la fantasía. Solo ahora se convertía la sexualidad en un problema."
(102)

Podría pensarse, que el hecho de hablar sobre sexo actualmente, implicar~~a~~ una menor canalización de la sexualidad hacia la -- producción pero, en realidad, es que las sociedad capitalista ha asimilado la lucha de liberación sexual y, lo ha utilizado como-- un instrumento para estimular el consumo.

"Si en un tiempo fue necesario renunciar al placer bajo - el imperio de una rígida moral, porque el bajo nivel de las fuerzas productivas y de la organización social exigía una severa disciplina, hoy se promueve el placer como fuente de consumo." (103)

El Protestantismo tendría por su parte, algunos planteamientos -- que, aunque tienden a extraer plusvalía del cuerpo, cobra distintas formas al aceptar al cuerpo y no ver como algo impuro a lo -- sexual. Recojamos algunos de sus planteamientos para tener un marco de comparación con respecto al Cristianismo* en el punto entorno a religión y expropiación del cuerpo.

Para hablar sobre el tema debemos remontarnos hasta Calvino: para él era una "fantasía fría y estúpida" hacer de la sexualidad-- la raíz del pecado, además consideraba a la sexualidad en el ma-- trimonio con grandes valores, a diferencia de San Agustín que consideraba al matrimonio como el lugar para la reproducción y al --

* Recordemos que Latinoamérica es fruto de la conquista de una -- Iglesia que "se comprometió con el poder terrenal más retrógrado: con los conquistadores, con la monarquía absolutista y con el capitalismo." Barbieri, Teresita. Una invitación...op.cit.p.9.

102 Andreas...Ibid.pp.57 y 58.

103 Ibid.pp.130 y 181.

placer sexual como intrínsecamente malo.

"...que Dios permita a una joven mujer gozar con su marido es una prueba de su bondad y dulzura infinita. Por --- cierto, puede llegarse a la intemperancia de la carne, - lo cual vuelve viciosa la compañía de hombre y mujer. Pero Dios no solamente perdona todo esto sino que lo cubre con el velo del santo matrimonio para que, lo que siendo vicioso en sí no sea considerado como tal: vale decir, - cuando se digna descender hasta allí, hasta otorgar al - marido y a la mujer el derecho de retozar juntos."

(104)

El protestantismo hará una diferenciación entre placer y pro--
creación, un hijo ya no es el objetivo del matrimonio sino la con--
secuencia. Es claro como el protestantismo representa una forma -
de controlar los nacimientos.

"La nueva moral reformista conlleva los gérmenes de una -
verdadera política de economía conyugal. El protestantis--
mo, por una profunda y compleja transformación de las --
mentalidades, constituyó sin ninguna duda, un terreno --
particularmente favorable a la difusión de las prácticas
malthusianas." (105)

La religión, dependiendo de las condiciones económicas de cada
país, se asocia con los niveles de fecundidad (llámese Cristianis--
mo, Protestantismo, etc.). En los países eminentemente protestan--
tes, la fecundidad es baja, a diferencia de países cristianos co--
mo México.

"Es preciso recordar que la escasa fecundidad de las re--
giones de influencia protestante es ya en el siglo XIX -
un fenómeno conocido. Los primeros censos federales - en el
caso de Suiza - muestran una correlación evidentemente po--
sitiva entre la religión y la fecundidad." (106)

104 Firpo, R. Amor Familia Sexualidad. (cita a Calvino) p.217.

105 Firpo... Ibid. p.219.

106 Ibid. p.220

La Reforma Religiosa, creó las condiciones propicias para la - difusión de las prácticas anticonceptivas como parte de un desa-- rrollo económico articulado, donde el potencial humano fuera mejor utilizado. Al interior de América Latina ésto no sucedió, sus socie-- dades están impregnadas de preceptos en torno al Cristianismo, el crecimiento de sus poblaciones se encuentra distribuido anarquica-- mente; la extracción de plusvalía a través de la expropiación de los cuerpos no permite el control de éstos por parte de cada --- persona.

Tanto el Catolicismo como el Protestantismo constituyen dos -- formas distintas de expropiación de la sexualidad en el ser huma-- no. A la mujer en México, se le educa para ser una "buena madre", - una "buena esposa", "ser mujer a través de tener el mayor número - de hijos" etc. Es en este punto donde entra en contradicción reli-- gión y política demográfica, donde se observa una colonización fi-- sica y mental (cuerpo-mente) de las mujeres para ser controladas - sea por un natalismo o por un antinatalismo, quedando de esta ma-- nera sujetas a las políticas demográficas de moda.

3 LA SALUD EN EL PROCESO DE REPRODUCCION DE LA FUERZA DE TRABAJO: EL CASO DE LA PLANIFICACION FAMILIAR.

Una vez ubicada la práctica médica institucional al interior - del modo de producción capitalista como detentadora de un poder - específico con respecto a sus pacientes, procedimos a ubicar a la mujer, como reproductora de la especie, señalando como de este hecho se desprende mucha de su problemática, destacando su valor en la sociedad por dicha función.

En este capítulo nos referiremos a la política que rige actualmente en materia de población al país, con el objeto de rescatar los aspectos más significativos con respecto a la reproducción y a las consecuencias de su control en torno a las mujeres, que son las reproductoras de la fuerza de trabajo y sobre las cuales recae dicho poder.

Antes de comenzar a hablar sobre la política demográfica en México, nos parece conveniente dedicar un apartado sobre las distintas posiciones desde donde se concibe a la población, pues de ahí se sustentan las decisiones que se ejecutan en cada país con respecto al tema.

3.1 EN TORNO AL CONCEPTO POBLACION.

Al hablar de población frecuentemente se confunde el significado que cobra, ya sea al interior de una u otra posición teórica o práctica, también ocurre el hecho de pensar en términos de un "problema de población" y no en una "población con problemas", en una población que crece y reclama más desarrollo y no control natal. El cómo se concibe desde distintas posiciones a la población, trae -

consigo consecuencias de índole política que es importante registrar para apreciar, como es que cada política de población encuentra su sustento teórico que la legitima en el discurso frente a otras posiciones.

Desde fines del siglo XV hasta fines del XVIII, se da un importante desarrollo sobre lo que acontece en relación a la población; es el comienzo de las mediciones y análisis sistemáticos de las tendencias demográficas. En el siglo XVII ya Petty y Graunt, hablan de que la aritmética podía aplicarse a las cuestiones demográficas, económicas y políticas, elaborando la llamada "aritmética política", señalando que la población tendría importancia en tanto "capital humano". Süßmilch en el siglo XVIII va a ver en las modalidades regulares de los movimientos de la población. "la divina mano de la providencia" que rige la sociedad humana.

Aunque en siglos anteriores ya se había propuesto la idea de que la capacidad del hombre para reproducirse es ilimitada, mientras que la de producir sus medios de subsistencia es limitada, Malthus será el que presente estas ideas con mayor vigor, además de encontrarse en un periodo histórico en donde su teoría cobraba aceptación por ser legitimadora del orden social imperante.

Malthus criticará a Condorcet respecto al postulado de la perfectibilidad del hombre así como a otros autores, con respecto a la afirmación de que los vicios de la humanidad tienen su origen en las instituciones humanas. El consideraba naturales e inevitables las instituciones sociales de su tiempo, además de la absoluta imposibilidad dictada por las leyes fijas de "nuestra naturaleza". La causa principal y permanente de la pobreza tiene poca o --

ninguna relación directa con las formas de gobierno o con la distribución desigual de la sociedad, para él la población es la principal causa de la pobreza pues el hombre solo puede aumentar sus medios de subsistencia en progresión aritmética, en tanto que la población tiende a aumentar en progresión geométrica.

Malthus fundamenta lo anterior en base a las siguientes hipótesis:

- La población está limitada necesariamente cuando aumentan los medios de subsistencia.

- La población aumenta invariablemente cuando aumentan los medios de subsistencia, a menos que lo impidan frenos muy poderosos y evidentes.

- Dichos frenos, así como los que repñmen el poder superior de la población y mantiene sus efectos al nivel de los medios de subsistencia, pueden expresarse todos en términos de restricción moral, vicio y miseria.

"Según Malthus, la historia de la humanidad demostraba que la población tiende siempre a llegar al límite determinado por la existencia de medios de subsistencia y que se mantiene dentro de ese límite por la acción de frenos positivos y preventivos que, con excepción del aplazamiento del matrimonio, se manifestarán ya sea como "miseria", ya sea como vicio. " (107)

En base a lo anterior él sostendrá, que la población tiende a duplicarse cada 25 años (a aumentar en progresión geométrica), mientras que en las condiciones más favorables la producción agrícola aumenta cada 25 años en una cantidad igual y, en consecuencia solo en progresión aritmética. El freno último para la pobla-

ción es la falta de alimentos, pero también existirán otros -- frenos que mantienen a la población al nivel de los medios de --- subsistencia: los preventivos y positivos.

Los preventivos son voluntarios, surgen en las facultades de - razonamiento del hombre, que le permiten ver más allá y evitar -- consecuencias dramáticas futuras, entre ellos están; la restric-- ción moral que será principalmente el aplazar los matrimonios y - el "vicio" que puede manifestarse como prevención del nacimiento de hijos, relaciones sexuales extra maritales y prostitución. En-- tre los positivos-que son diversos- incluyen todos los factores - que en alguna medida contribuyan a acortar la duración normal de la vida: epidemias, guerras, plagas y el hambre, consideradas co- mo manifestaciones de miseria. Para él, la única manera práctica y moralmente aceptable de evitar el crecimiento ilimitado de la - población es la restricción moral acompañada de un nivel frugal.

Pero estos planteamientos no se manejarían de igual forma para todos los integrantes de la sociedad. Las clases altas no aumentan su número de acuerdo al principio de población, pues al consumir regulan a sus integrantes, mientras que las clases bajas procrean "imprudentemente", al aumentar los niveles de subsistencia de una parte de la sociedad que en general no es la más valiosa, dismi-- nuyen las porciones que de otra manera corresponderían a los miem^{*} bros más valiosos e industriales.

Como podemos apreciar, para Malthus la población se rige por - una ley natural, el sistema de producción y distribución existen- te permanece inmutable.

* Consultar Borsotti, Errázuriz, Filgueira y Otros. Estructura Polí- tica y Políticas de Población. p.113.

La problemática se maneja por un lado, como sobrepoblación y - por el otro, como demanda efectiva teniendo que aplicarse un control sobre el capital y el trabajo dando origen a la necesidad de políticas dirigidas a reprimir el consumo y la reproducción de -- las clases trabajadoras.

Durante la primer mitad del siglo XIX, se colocará el princi-pio de población de Malthus en el contexto de una teoría del cre-cimiento económico. La llamada escuela clásica manifestará a través de los diversos autores que agrupará, la preocupación por -- las "leyes" que rigen los niveles y las tendencias de la produc--ción y su distribución entre salarios, intereses, rentas y utili--dades. Tomando como base la teoría demográfica malthusiana y la - ley de los rendimientos decrecientes, formularán su teoría del -- "estado estacionario", que pretendería explicar como por conducto de la interacción de las fuerza participantes, el crecimiento eco-nómico se paralizaría en condiciones equilibradas y con población e ingresos estacionarios.

"Los dos principios fundamentales de la doctrina clásica, los rendimientos decrecientes y la presión de la pobla--ción sobre los medios de subsistencia, constituyeron jun-to con su teoría de la acumulación la esencia del concepto sustentada por la escuela clásica del crecimiento eco-nómico a largo plazo, que lleva el estado estacionario - de la economía y de la población." (108)

Por ejemplo Smith considerará que una población en crecimiento al ampliar el mercado y alentar la inventiva, facilitaría la divi-sión del trabajo. La creciente división del trabajo acarrea una mayor productividad, mayores ingresos y existencias que amplían -

los fondos de salario y la demanda de mano de obra y, en consecuencia, condiciones económicas propicias al crecimiento demográfico, pero solo en una población en crecimiento desarrollada.

Por otro lado, tenemos a los escritores de corte socialista que en general- aunque cada uno se muestre unánime en rechazar la teoría de Malthus, sus ideas sobre población presentan señaladas diferencias- concentran su atención en la diferenciación de clases y la miseria de la clase obrera en relación directa con el crecimiento y desarrollo del capitalismo. Los primeros socialistas hablarán que en la sociedad reorganizada que proponían se evitaría el crecimiento demográfico excesivo mediante una mayor producción, un mejor orden social y cuando fuera posible, previsión. Precursorres del socialismo de Estado como Rodbertus y Lasalle, los socialistas franceses y algunos más sentarán las bases para lo que posteriormente Marx y Engels elaboraran con respecto a la población.

"Fourier, si bien era partidario del control de la concepción, creía que el cambio de los modos de vida en el "estado societario" producirían el control de la población. Louis Blanc sugirió que la imprudencia es un producto y no la causa, de la miseria, y que en una reorganización de la sociedad al suprimir la miseria, evi-tará la superpoblación." (109)

Como decíamos anteriormente será con el materialismo histórico, a través de Marx y Engels cuando se genere una respuesta más acertada a las cuestiones de la población. Aunque ellos no formularon una teoría demográfica en sí, sino una serie de principios fundamentales que rigen las cuestiones demográficas. Marx, habla que no puede existir una ley demográfica natural ni ninguna ley de dicho

corte en el ámbito del hombre, pues como social siempre está implementado por los hombres en las relaciones de poder, esto es; sujeto a transformación y no con un corte natural que da la connotación de intransformable y por ende eterno, como una especie de mandato divino y universal, él nos dirá: las condiciones sociales y económicas predominantes en las diversas sociedades determinan la población. Cada forma determinada de producir - que a su vez está determinada históricamente - va a poseer o le va a corresponder una ley de población particular históricamente válida de sus límites.

"La población obrera, pues, con la acumulación del capital producida por ella misma produce en volumen creciente los medios que permiten convertirla en relativamente supernumeraria. Es esta una ley de población que es peculiar al modo de producción capitalista, ya que de hecho todo modo de producción histórico particular tiene sus leyes de población particulares, históricamente válidas. Una ley abstracta de población solo rige, mientras el hombre no interfiere históricamente en esos dominios, en el caso de las plantas y los animales." (110)

Marx habla sobre la ley de población peculiar a la forma de producción capitalista, que abarca a la sobrepoblación relativa. La "superpoblación" de Malthus puede atribuirse a la forma de producción capitalista y a la adquisición por parte de la clase capitalista, del producto excedente del trabajo más bien, que a las supuestas inclinaciones biológicas del hombre.

La superpoblación - que en realidad es relativa - es el resultado de la acumulación de capital. Conforme el sistema capitalista -

* Un proceso en el cual el capital variable (la fuente de demanda de mano de obra) aumenta con menos rapidez que el capital constante (la fuente de financiación de los bienes de capital).

se va expandiendo, a su vez se va desarrollando el crecimiento "natural" de la población que por sí solo no puede satisfacer la demanda de mano de obra fácil de conseguir, pero, la acumulación de capital, al sustituir al trabajo generará el excedente de población necesario para el funcionamiento del sistema.

La sobre o superpoblación relativa es inherente al sistema capitalista, consecuencia de la acumulación de capital y condición para la reproducción del sistema. Existiendo una reserva de trabajadores industriales considerables, van a ser indispensables para reprimir las demandas de los trabajadores, manteniendo los salarios a un nivel de subsistencia y conservando a su vez las altas tasas de valor excedente y de utilidades: sobre estos postulados girará la oferta y demanda de mano de obra. La sobrepoblación obrera es el producto necesario de la acumulación o del desarrollo de la riqueza sobre la base capitalista, dicha sobrepoblación va a ser la palanca de acumulación capitalista:

"...e incluso en condición de existencia del modo capitalista de producción. Constituye un ejército industrial de reserva a disposición del capital, que le pertenece a éste tan absolutamente como si lo hubieran criado a sus expensas." (III)

La sobrepoblación relativa va a tener diversos matices, diversas formas de existencia, todo obrero la va a integrar durante el periodo en que está semiocupado o desocupado por completo. Marx nos dirá: la sobrepoblación relativa adopta continuamente tres formas; la fluctuante, la latente y la estancada.

La fluctuante: a los obreros ya se les repele, ya se les atrae nuevamente y en mayor volumen, así el número de los obreros ocupados va a aumentar pero en una proporción decreciente con respecto a la escala de producción. Esta sobreproducción existe bajo una forma fluctuante, se acrecenta a medida que crece el volumen de la industria. La población obrera va a ir teniendo un incremento, pero éste no va a satisfacer las necesidades de acumulación del capital, pero a su vez va a ser demasiado grande para su absorción, pues lo que requieren es una cantidad mayor de obreros jóvenes que de adultos. Esta es una contradicción inherente al movimiento del capital.

"El crecimiento absoluto de la clase obrera requiere, de esta suerte, una forma que incremente su número aunque sus elementos se desgasten rápidamente. Se hace necesario en consecuencia, un rápido relevo de las generaciones obreras. (Esta misma ley no rige en el caso de las demás clases de población). Ello se logra con la ayuda de matrimonios tempranos, consecuencia necesaria de las condiciones en que viven los obreros de la gran industria... una parte de la población rural, por consiguiente se encuentra siempre en vías de metamorfosearse en población urbana o manufacturera." (112)

En la sobreproducción latente, la población obrera va a suponer en el campo una sobreproducción constantemente latente, lista para cualquier periodo de crisis.

Por su parte, la sobreproducción estancada va a constituir una parte del ejército obrero activo, donde su ocupación va a ser absolutamente irregular. Es en sí, fuerza de trabajo muy considerable que el capital tiene a su disposición como latente, pagándole el mínimo de salario por el máximo de trabajo.

Por último, estará dentro de la sobrepoblación relativa, el pauperismo. Prescindiendo de vagabundos, delincuentes y prostitutas, es decir, el lumpenproletariado, el pauperismo se compone de tres categorías: las personas aptas para el trabajo, huérfanos e hijos de indigentes y, personas incapacitadas para trabajar por diversos motivos, muchos de los cuales provienen de las condiciones para el trabajo del obrero, condiciones materiales e ideológicas.

Dentro de la ley de acumulación capitalista podemos presenciar cómo es que va a desenvolverse la población obrera:

"Cuanto mayores sean la riqueza social, el capital en funciones, el volumen y vigor de su crecimiento, y por tanto, la magnitud absoluta de la población obrera y la fuerza productiva de su trabajo, tanto mayor será la pluspoblación relativa o ejército industrial de reserva. La fuerza de trabajo disponible se desarrolla por las mismas causas que la fuerza expansiva del capital." (113)

La acumulación de miseria es proporcional a la acumulación de capital. Las diferencias en la mortalidad y la fecundidad, tanto entre las clases sociales como dentro de la clase obrera, están determinados por la situación social, las condiciones de trabajo, etc., aquí se manifiesta claramente la acumulación de miseria. A diferencia Smith, que señala que la pobreza alienta la procreación, Marx nos dirá:

"...no solo la masa de los nacimientos y defunciones, sino la magnitud absoluta de las familias está en razón inversa al monto de salario y por tanto a la masa de medios de subsistencia de que disponen las diversas categorías de obreros." (114)

113 Marx...Ibid.p.803.

114 Ibid.p.801.

Sumado a los aportes de Marx en materia de las sociedades y -- su problemática en torno a la población, podemos incluir el hecho que señala Engels con respecto a la producción; él hablará, de que el poder productivo de la humanidad es ilimitado, pues la productividad en general, y la de la tierra en particular, pueden aumentarse mediante la aplicación de capital, trabajo y ciencia.

Sintetizando, Marx aportó los hechos siguientes en torno a la población*:

1) En ninguna parte del mundo, dentro del capitalismo, existe en realidad superpoblación absoluta, es decir conflicto entre su número de hombres y su espacio geográfico.

2) En dicho régimen social hay superpoblación relativa de trabajadores o sea, una población obrera "excesiva para las necesidades medias de la explotación del capital".

3) Tal superpoblación relativa de obreros es una de las consecuencias de la composición orgánica del capital, cuya estructura interna determina a través del capital variable, la disminución progresiva de la demanda de trabajo, tanto más cuanto mayor es el volumen del capital total.

4) De lo anterior se desprende que, la población trabajadora produce, junto con la acumulación del capital por ella rendido, los medios por los cuales se convierte en población relativamente excedente.

5) El crecimiento "natural" de la población no es suficiente

* Consultar: Rivera, Mario y Guzmán, Carlota. Los Despobladores. p. B.

para abastecer las necesidades de mano de obra de la producción. Esta necesita para desenvolverse ampliamente, de un ejército de desocupados siempre dispuestos al primer llamado y de acuerdo a las necesidades cambiantes de la industria y la agricultura capitalista.

Existe una teoría que legitima el discurso de la política demográfica actual en México, al señalar que existen ventajas para lograr el desarrollo mediante una tasa de fecundidad reducida. Dicha teoría es la Transición Demográfica, ella afirma que las tasas elevadas de fecundidad como de mortalidad son características de las sociedades agrarias con bajos niveles de ingreso, a diferencia de las sociedades desarrolladas donde el modelo de familia a seguir es el nuclear.

"La estructura cambiante de la producción, con descenso considerable de la familia como unidad de producción, con el crecimiento de los sistemas impersonales para asignación de empleos, y con el desarrollo de actividades económicas para las mujeres fuera del hogar, tienden a aumentar la posibilidad de la movilidad económica, la cual puede alcanzarse de manera más fácil por las familias pequeñas, y tiende a reducir las ventajas económicas de las familias numerosas." (115)

La teoría de la Transición Demográfica en esencia plantea, que en las sociedades tradicionales, la tasa de natalidad y mortalidad son naturales y altas y gradualmente se van equilibrando, de tal suerte que el tamaño de una comunidad será frenado en los medios de subsistencia disponibles.

115 Coale, Ansley. "Crecimiento de la población y desarrollo económico: El caso de México." en: Demografía y Economía. p.217.

La Revolución Industrial será el fenómeno que transforme la --
dinámica de la población durante la segunda mitad del siglo XVIII
en Europa, a raíz de este fenómeno se dará pie a la primera fase
de la Transición Demográfica: la caída de la tasa de mortalidad,
la población se duplicaría cada 70 años.

La segunda fase de la transición demográfica se caracterizará
por una notada disminución de la fecundidad: tanto por el retra--
so en la edad en que se contraen los matrimonios como por el con--
trol de los nacimientos al interior de la pareja en familia. Las -
características de la dinámica poblacional en esta fase son:

"a) Descenso brusco y rápido de la natalidad, b) Descenso -
menos brusco e inicialmente menos rápido de la mortali--
dad, c) Crecimiento lento de la población y d) Envejeci--
miento de la población." (116)

Seguindo a esta autora, nos dirá que en los países del llamado
tercer mundo este proceso no se daría: en la primera fase se refuer--
zan las diferencias entre dichos países y los desarrollados, para
que ya en una segunda fase las diferencias se marcaran, destacan--
do el factor poblacional como definitivo para el desarrollo o no--
de los diferentes países.

"El Occidente creció y su población aumento gracias al --
descenso de la mortalidad; el resto del mundo siguió su--
jeto a las plagas frecuentes y a la escasez permanente.
Su crecimiento fue débil. La segunda fase de la transi--
ción demográfica enfrentó a un mundo no industrializado--
que no había conocido el descenso de los nacimientos, con
un Occidente de baja natalidad y baja mortalidad." (117)

Seccombe por su parte, nos dirá que el problema con esta teoría radica en que realmente las cosas no han ocurrido así, además de no cumplir con los mínimos de una teoría por no contener elementos explicativos sustanciales y sí una mera descripción de sucesos.

"...es un modelo descriptivo de cambio secuencial en un conjunto de "factores" cuya covariancia, sometida a diversas medidas de significación estadística, se explica supuestamente de algún modo por sí misma. La sustitución persistente de la descripción por la explicación es una característica del paradigma de modernización con el que la teoría de la transición demográfica está estrechamente aliada." (118)

Una vez expuestas estas posturas, es preciso señalar que no coincidimos ni con la postura malthusiana ni con la teoría de la transición demográfica que es el complemento lógico que sustenta al discurso oficial en torno a las campañas de control natal. Si bien coincidimos con los principios del análisis marxista clásico

* Ejemplo de como esta teoría sustenta al discurso oficial en México, es la cita del Plan Global de Desarrollo que a continuación reproducimos.

"La dinámica de la población es producto de una natalidad que se mantuvo constante y elevada hasta finales de la década pasada, una mortalidad en continuo descenso y un intenso proceso de migración desde las localidades rurales a las urbanas...El efecto combinado de ambos factores confiere fuerza y dinamismo al crecimiento demográfico y rejuvenece la estructura de población...de tal forma que la tasa de crecimiento natural tiende a bajar como resultado del desarrollo económico.México entra hoy en esta etapa de Transición con esas características."
Plan Global de Desarrollo 1980-82.Sección; Política Social; Política Demográfica.pp.130 y 131.

de la dinámica poblacional, necesitamos precisar algunos conceptos con fines de nuestra investigación.

En la mayor parte de la literatura marxista, se habla en el campo de la producción sobre: la producción de bienes materiales, las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción, y es entonces cuando nos preguntamos, y en donde ubicamos a la producción de la especie y a su fuerza de trabajo- hechos fundamentales que deben ser tomados en cuenta en toda teoría demográfica, pues la producción de la fuerza de trabajo y la regulación social de su reproducción cotidiana a través del trabajo doméstico son fuerzas productivas.

"...la primera producción de las mujeres independientemente de cualesquiera otras cosas que pueden producir en forma de bienes materiales ha sido permanentemente excluida del campo conceptual de la categoría central del marxismo. El resultado de este desplazamiento ha sido el de asignar la organización social del alumbramiento, el cuidado de los niños y la socialización doméstica a la esfera de la naturaleza por abandono." (119)

La producción de los medios de reproducción, la producción de los medios de subsistencia y la producción de la fuerza de trabajo sobre una base cotidiana y generacional, son las tres producciones fundamentales de cualquier sociedad y ninguna de ellas puede subsumirse en otra: La producción de la fuerza de trabajo no es considerada como parte integrante del modo de producción de cualquier sociedad, por razones históricas que tienen que ver con el surgimiento de la sociedad*, y que en el capitalismo es considerado como un hecho natural, como un hecho privado legitimado al

* Consultar capítulo 2

interior de lo que llamamos familia.*

Para hablar de la relación régimen particular de fecundidad y familia, debemos diferenciar varios aspectos que pueden confundirse: unidad doméstica, familia y parentela. Siguiendo esta distinción conforme a la respuesta de Seccombe, hablamos de 4 pasos al interior del modo de producción, para articularlos con los patrones de fecundidad.

1) El logro de parejas potencialmente reproductivas, con cierto estatus que les permita una situación económica para tener y mantener niños al interior de un matrimonio.

2) Dentro de la población que está en condiciones de tener hijos, se encontrarán incentivos como, la contribución potencial de un futuro de los hijos o bien, perpetuarse a través de la herencia. Los desincentivos, que serían los costos de procreación y alimentación de nuevos hijos e incluso los riesgos y dificultades para la mujer de tener hijos.

3) Las condiciones culturales que dan forma a la relación del sexo marital con la procreación: el utilizar o no métodos anticonceptivos.

4) Los medios disponibles, dada la voluntad de hacerlo, para limitar y dar forma a la fecundidad de acuerdo con los deseos de

* "Lo privado, el ámbito de la mujer por excelencia forma parte ya de lo público o social porque forma parte de las llamadas prolongaciones del estado en la sociedad civil... las funciones que antes le eran esenciales a lo privado son asumidas por lo público o estado." La familia y en ella la mujer, crea y media el acceso de la fuerza de trabajo al mercado.
Kanoussi, Dora. Los temas teóricos del feminismo en relación a la política. p.4.

la pareja o de la esposa. Seccombe articula estos pasos diciendo:

"La dinámica de la fecundidad de una clase trabajadora --- dada en un modo de producción dado no puede despacharse --- como una sola configuración de fuerzas de fecundidad, sino que más bien debe concebirse como una gama variable dentro de un conjunto de condiciones límite." (120)

Las condiciones límite a las que se refiere, son establecidas por la relación de las unidades domésticas con los medios básicos de producción y subsistencia "...que estructura los parámetros -- del primer paso dentro de los cuales se desarrolla un régimen --- específico de fecundidad. Si se sobrepasan estos límites, entonces la propia relación de clase se disuelve y se entra en algún -- otro modo de producción." (120) .

Diferentes modos de producción entrañan diferentes configuraciones, unidad doméstica, familia y parentela, y regímenes de fecundidad.

No podemos hablar de población en abstracto, es necesario tomar en cuenta su composición por edades, por sexo, pero también por -- clase social. las principales determinaciones de la dinámica poblacional son propias de cada modo de producción, no es posible -- encontrar su causa fuera de él, las poblaciones tienen su propia fuerza dentro de un modo de producción, se desarrollan y poseen -- en sí mismas capacidad de transformarse.

3.2 POLÍTICA DEMOGRÁFICA EN MÉXICO.

3.2.1 ANTECEDENTES.

Hasta antes de los años 70's, la política demográfica en México resaltaba el natalismo, la ley general de población promulgada en 1947 lo sustentaba, en su artículo 2 proponía entre otras cosas: el aumento de la población y su racional distribución dentro del territorio, en su artículo 5 decía que se dictarían medidas adecuadas al fomento de los matrimonios y al aumento de la natalidad, etc.

En la década de los 70's la población llegó a considerarse como un problema en donde el Estado tenía que intervenir. Los sucesos acontecidos durante los 60's, las presiones ejercidas por parte de los Estados Unidos de Norteamérica para disminuir su crecimiento poblacional durante los años 70's, el enfrentamiento del Estado al decaimiento del desarrollo agrícola del país y el rápido proceso de industrialización en las ciudades serán el marco histórico del surgimiento de la política poblacional antinatalista.

"La mano de obra sobrante en el campo se trasladó a los grandes centros urbanos donde encontró empleo y formas más o menos azarosas de subsistencia individual y familiar en la industria, la construcción y los servicios. Los cambios en la composición del capital así como la lentitud del ritmo de crecimiento del sector industrial provocaron una menor absorción relativa de la fuerza de trabajo en el sector, que no fue acompañada por una disminución de los flujos migratorios en las ciudades." (121)

A partir de 1970 y en fundamento a dichos hechos, será necesario que el sistema político mexicano instrumente una línea reformista con Luis Echeverría. Dicha línea era necesaria para recobrar -

121 Barbieri, Teresita de. "Políticas de Población y la Mujer. Antecedentes para su estudio", en : Revista Mexicana de Sociología. p.294.

base social dentro de la tradición populista y a redefinirse con el imperialismo a su vez que se afianzaba con los grupos rurales-urbanos a través de su política del "tercermundismo".

"El estado mexicano no se enfrentaba solo a la crisis agrícola industrial generalizada a nivel del capitalismo mundial, sino a la pérdida de legitimidad como consecuencia de la crisis de 1968 y su dura respuesta a las demandas populares."
(122)

Además, la influencia internacional tuvo gran peso. El movimiento de población en el mundo, especialmente en los Estados Unidos de Norteamérica tiene raíces desde los 20's, en donde generalmente se vió en la "sobrepoblación" y en el comunismo, la causa de "Muchos males" y limitantes al desarrollo.

"...la sobrepoblación llegó a definirse como la culpable de muchos males: empezando con el subdesarrollo, el hambre y la degradación del medio ambiente, pero también incluyendo la idea de riesgo de sublevación política como consecuencia de tales condiciones." (123)

Durante 1952, en la Conferencia de Bombay, de la International Planned Parenthood Association, William Vogt propone que los países industrializados condicionen sus exportaciones de alimentos a los países en desarrollo, al uso de métodos anticonceptivos.

El Informe Rockefeller (1952) rendido al Presidente de los Estados Unidos de Norteamérica, habla sobre las materias primas necesarias para asegurar su civilización, pues los países del tercer mundo podrían ejercer una fuerte presión sobre los recursos naturales disponibles. Esta decisión se basaba en hechos tales como

* Autor de libros en torno a los "problemas" que causa y podría causar la "sobrepoblación".

122 Gómez Jara. Multinacionales...op.cit.p.18.

123 Márquez, B. de. "El proceso social en la formación de políticas: el caso de la planificación familiar en México", en: revista Estudios Sociológicos # 5 y 6. Col. de México.p.310.

el crecimiento medio anual de la población en México.*

Ante tal crecimiento- según los Estados Unidos de Norteamérica- se aplicaría una teoría que justifica el control del crecimiento poblacional a través de los "no nacimientos".**

"El gobierno norteamericano, una vez que hubo demostrado - "científicamente", dicha correlación, pasó a su divulgación, al diseño de políticas prácticas y operativas. Semblante eufemismo llevó a los estadounidenses a condicionar la ayuda internacional a cambio de controles demográficos." (124)

Los programas de planificación familiar comenzaban a fundarse en México a través de instituciones privadas financiadas por corporaciones norteamericanas: la Fundación Ford, la Rockefeller, - etc., que asesoraban a instituciones tales como, la Asociación -- Pro Salud Maternal(1959), la investigación por ejemplo en el -- área demográfica al interior del Colegio de México, la Fundación para el estudio de la población FEPAC o la asociación Mexicana -- de Estudios de la Población AMEP.

Las instituciones privadas y los médicos se asesoraban e informaban sobre la supuesta relación existente entre disminución - de la pobreza y reducción del número de hijos.

* En 1940 era de 2.7 y en 1950 de 3.1 y para 1970 sería de 3.5. (Consultar Gómez Jara. Multinacionales...op. cit. p. 15.)

** Consultar la teoría del "exceso poblacional" en: Gómez Jara. Multinacionales...op. cit. p. 16.

Si bien es cierto que en el país existían ciertas condiciones de índole política, económica y social en el exterior, precipitó el control del crecimiento de sus poblaciones y condicionarían negociaciones también, a nivel de conferencias internacionales -- harían que culminará todo este proceso en la toma de medidas de control natal pero a un nivel ya constitucional: donde el Estado ya ejerce su control directo. Veamos que hay con respecto a los acuerdos internacionales en materia de población.

3.2.2.1 LAS POLITICAS DEMOGRAFICAS.

En 1966 se tiende a intensificar el programa de las Naciones Unidas en materia de población, en 1967 se proclama como derecho humano fundamental, la oportunidad de los padres de decidir el número y espaciamiento de sus hijos, también, se solicita a los países desarrollados y a las organizaciones internacionales que suministren asistencia cuando se les pidiera, a los países en desarrollo que hubieran adoptado medidas para modificar su tasa de crecimiento demográfico. Estas medidas lograron aceptación tanto de los organismos internacionales, como de los países interesados.

De aquí, se dará origen a ciertos principios y resoluciones -- que a continuación se mencionan: la soberanía de las naciones en la formulación de las políticas demográficas; la libertad de elección de la familia individual al decidir las dimensiones de ~~de-
esta~~; las funciones de la política demográfica como integrante de la política nacional de desarrollo global; la seguridad de que la asistencia internacional suministrada a los gobiernos para la ejecución de políticas demográficas de ninguna manera será un sustituto de otras formas de asistencia para el desarrollo.

"Entre 1962 y 1972, se organizaron 5 reuniones internacionales en las Naciones Unidas sobre el tema, empezando en 1962 con la resolución de la Asamblea General de emprender y apoyar la investigación demográfica, y terminando en 1972 con el Draft Plan of Action. La culminación final de estas actividades tendría lugar en Bucarest en la Conferencia de Población de las Naciones Unidas de 1974."
(125)

La reunión internacional en Costa Rica durante 1974 fue la Conferencia Regional preparatoria a la Conferencia de Bucarest, en dicho foro se enfrentaron las diferentes posturas políticas frente a la política demográfica en los países de América Latina. En dicha reunión se formuló un discurso alternativo en torno a la población, pero a la larga no tendría gran peso en los países como México por ejemplo.

"Ya no se trataba de reducir la natalidad sino de elaborar una política de población integral que influyera tanto en el tamaño como en el incremento, la estructura y la distribución de la población. En este contexto, la planificación familiar aparecía reducida a un simple componente de esta política." (126)

En San José de Costa Rica la reunión se centró fundamentalmente en la discusión de 2 puntos: 1) El conflicto entre una estrategia de acción a nivel mundial y la soberanía nacional y 2) Subordinación y dependencia de las políticas de población respecto a la política de desarrollo.

El tema más discutido en la reunión fue el de si el crecimiento de la población es o no obstáculo para el desarrollo nacional. Sobre este punto resulta importante comentar lo que los distintos países opinaron: los gobiernos de Cuba y Panamá opinaron en base a sus propias experiencias que, el crecimiento no es un obstáculo para el desarrollo. Colombia y República Dominicana opinaron que -

125 Márquez, B. de. "El proceso social...op.cit.p.318.

126 Ibid.p.319.

los componentes del problema de población, constituyen un obstáculo para el desarrollo. Por su parte, Brasil, Argentina y Ecuador, opinaron que un factor positivo para el desarrollo es el crecimiento de la población. México consideró que el crecimiento de la población es un punto "crucial" para países en vías de desarrollo, planteando por lo anterior, formular políticas demográficas de acuerdo a la situación de cada país y su desarrollo.*

Meses después, el proyecto del Plan de Acción Mundial se presentaría en la Conferencia de Bucarest con ciertas modificaciones de como se encontraba originalmente, dos de los cambios más significativos estarían dados en relación a: Destacar la necesidad de una plena inserción de las políticas de población en las políticas de desarrollo, el criterio determinante de las políticas de población sería el principio de soberanía nacional.

* México comentó: "...al crecimiento poblacional se le atribuye la calidad de "centro dialéctico por excelencia de los problemas del tercer mundo". Señala que este crecimiento acelerado "es un fenómeno social, no solo una resultante biológica que baste controlar. Es, esencialmente, producto de condiciones materiales deprimidas, del subdesarrollo auspiciado y preservado por el sistema de las sociedades industriales y también por los elevados índices de consumo que existen en ellas." Más adelante junto con expresar su fe en la capacidad creadora de nuevos recursos naturales y nuevas vías científicas y tecnológicas de la organización humana agrega: pero también cometeríamos un grave error si dejáramos abandonada a la población a su propia y exclusiva dinámica, y no incorporáramos a los planes de desarrollo económico y social una política demográfica realista que aporte a nuestras sociedades el conocimiento de sus propias leyes vitales que racionalice el instinto de multiplicación y contribuya a producir cambios profundos en la conciencia política y social de nuestros pueblos."

Errázuriz.op.cit.p.42.

Los delegados de México y Argentina señalarían una imposición de metas en las proyecciones de política que aparecían en el Diagnóstico del Plan, destacando que no se respetaría la soberanía de los estados de esta manera*.

"La preocupación por la soberanía nacional condujo, igualmente, a un intenso debate en torno a las metas de fecundidad que terminó con su exclusión formal del PAMP." (127)

Una vez modificado el proyecto del Plan, se llevaría a cabo la Reunión de Bucarest, en ésta: " se discutieron los problemas políticos de la población y no solamente sus aspectos técnicos, como se había hecho en las anteriores conferencias celebradas en Roma en 1954 y en Belgrado en 1965." (128)

Aquí se destacaría la política de población como un campo legítimo para la acción del Estado moderno, en donde esta acción no tiene ni debe confundirse con el control natal.

En 1975, según acuerdo en San José de Costa Rica se celebraría una reunión regional para evaluar los resultados de la Conferencia Mundial y discutir sus implicaciones para América Latina, dicha reunión se celebró en México. Aquí se reafirmaron en general los principios enunciados en el Plan de Acción, y se estructuraron para conformar un marco ético-jurídico para las políticas de

* Se habla según las proyecciones intermedias de las Naciones Unidas, si los gobiernos tienen objetivos en materia de población, sobre una disminución del 2.4% al 2.0% en 1985 en los países "menos desarrollados".

127 Errázuriz y otros. Estructura Política...op.cit.p.127.

128 CONAPO.México Demográfico. Breviario.p.34.

población. Las que más nos interesan señalar son las relativas al derecho de las personas: al derecho de la supervivencia, a la protección de las familias, el derecho a la procreación en lo que respecta a éste último, se reiteró por parte de todos los países latinoamericanos que:

"Todas las parejas e individuos tienen el derecho humano - fundamental a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para ello; la responsabilidad de las parejas e individuos en el ejercicio de ese derecho exige que tengan en cuenta las necesidades de sus hijos vivos y futuros, y sus obligaciones -- hacia la comunidad. [México, 11 iii]." (129)

Este derecho implica para los estados, el deber de respetar y asegurar independientemente de sus objetivos demográficos generales, el derecho de la persona en torno a su procreación.

Al derecho antes señalado en la Conferencia de Bucarest, se -- agregó un párrafo que se opone a medidas tales como, la prohibición de que las mujeres tengan más de un determinado número de -- hijos y el aborto obligatorio para todo embarazo adicional (estas medidas se mencionan como sugeridas con frecuencia en la literatura sobre población). A propósito de estos principios, se señaló que los países que desearan modificar el comportamiento reproductivo deberían tomar en cuenta los derechos antes mencionados. Al hablarse de que las políticas de población debían de estar vinculadas con las políticas de desarrollo se sugirió la existencia de una dependencia que se ocupara de los aspectos demográficos --

del desarrollo, en donde ese organismo formule la política de población a seguir, y tenga la capacidad de asegurar su efectiva ejecución por parte de las entidades competentes, así como la capacidad de evaluación regularmente.*

En la reunión de México, entre los objetivos y medios de acción del Informe, se manifestó el mostrarse a favor de una reducción del ritmo de crecimiento de la población en el caso específico de México. El delegado de Colombia expresó lo siguiente:

"... al igual que México, están empeñados en impedir que se diluya su política de desarrollo económico y social por un crecimiento desmesurado de la población." (130)

Como parte de los medios de acción, uno de los cuatro temas fundamentales se centró en la fecundidad:

"Los gobiernos señalaron las consecuencias que tienen sobre la fecundidad la plena incorporación de la mujer a la actividad económica, la elevación de los niveles de vida y la educación." (131)

Los medios de acción que se indicaron fueron:

Posibilitar la información y adopción de la planificación familiar especialmente en los sectores de bajos recursos, desarrollar servicios de salud materno infantil, impartir por intermedio de la enseñanza formal conocimiento sobre población y desarrollo y sobre educación sexual y de la vida familiar.

* En México, CONAPO.

130 Errázuriz...Ibid.p.61.

131 Ibid.p.62.

La Conferencia Internacional de Población de 1984, convocada por la Organización de las Naciones Unidas efectuada en México, se llevó a cabo con la finalidad de evaluar y orientar la aplicación del Plan de Acción Mundial sobre Población, así como por la necesidad de darle mayor concreción y aplicabilidad, hecho que constata como las medidas de control natal dirigidas hacia los países dependientes se mantienen.

3.2.2 EL PLAN NACIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR.

En 1972 ya se habla de Planificación Familiar en México, y existen agrupaciones que intentan establecer sus programas, de acuerdo con la postura oficial de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se pondría en práctica un programa piloto de capacitación y adiestramiento en planificación familiar, para su personal médico, del cual se establecería posteriormente el Programa Integral de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar de la SSA.

En 1973 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Servicios y Seguridad Social para los trabajadores del Estado (ISSSTE) llevarían a cabo acciones similares, como el "Programa de Planificación Familiar Voluntaria" (IMSS) y el de "Paternidad Responsable" (ISSSTE).

La SSA extendería sus acciones hacia las áreas rurales del país financiado por el Fondo de las Naciones Unidas para actividades de Población (UNEP).

En 1974 se da la modificación del artículo 4 constitucional: "El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la"

organización y el desarrollo de la familia." A partir de esta modificación será cuando la nueva Ley General de Población establezca la política demográfica del país como parte de la política de desarrollo económico y social, que en su artículo 1 establece: "Regular los fenómenos que afecten a la población en cuanto volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, con el fin de lograr que participe justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social.."

A raíz de la creación de la ley de población, se establecerá el Consejo Nacional de Población (CONAPO), que sería el encargado de regular a la población bajo tres objetivos fundamentales: Elevar el bienestar de la familia y del individuo, influir en el ritmo de crecimiento de la población y su distribución geográfica y, dar a conocer las tendencias demográficas y sus influencias en los fenómenos socioeconómicos a los planificadores y a toda persona que lo desee.

El CONAPO sería el encargado de la elaboración de los planes de planificación familiar acorde, con el desarrollo del país y fortaleciendo la incorporación de la mujer al proceso productivo.

La política demográfica procurará vincular a la familia con los objetivos nacionales de desarrollo.

"Fomenta el fortalecimiento de los lazos de solidaridad entre los integrantes de la familia; evita toda forma de discriminación individual o colectiva hacia la mujer en cuanto a la función reproductora y establece las medidas necesarias para impulsar la igualdad social y económica de las mujeres a fin de hacer efectivo el artículo 4 constitucional." (132)

Existiendo ya un sustento en la Constitución, una nueva ley -- de población y la creación de CONAPO, se establecería el Plan Nacional de Planificación Familiar. En 1974, con el fin de unificar los procedimientos operacionales de Planificación Familiar -- hacia dependencias oficiales y descentralizadas así como privadas se integra, la Comisión Interinstitucional de Atención Materno -- Infantil y Planificación Familiar. Ya de 1974 a 1976 se sumarían sectores que faltaban como: Petróleos Mexicanos, El Departamento del Distrito Federal, la Secretaría de la Defensa Nacional, la -- Secretaría de Marina, Ferrocarriles Nacionales y la Comisión Federal de Electricidad.

"Una vez contando con una infraestructura de servicios de - Planificación Familiar de cobertura nacional por acuerdo - presidencial se creará en 1977 la Coordinación del Programa Nacional de Planificación Familiar, dicha coordinación formuló el Plan Nacional correspondiente en colaboración - con CONAPO y las instituciones del Sector Salud." (133)

En 1977 presentará el Consejo Nacional de Población, el Plan - Nacional de Planificación Familiar ante los representantes de las diversas Secretarías y de organismos de salud, en una sesión en - el Palacio Nacional. El Plan, constituido por el programa rural y el urbano es llevado a cabo por las instituciones de salud.

El Plan establecería como primera meta demográfica, el reducir la tasa de crecimiento anual de 3.43 al 2.5 en 1982. Dicho programa contemplaría 5 objetivos básicos:

- a) Aprovechar la experiencia previa de los programas institucionales.
- b) Fomentar la investigación biomédica y social coordinadamente.

c) Incrementar la participación organizada de personal médico, paramédico* y comunitario así como la participación de líderes y agentes con influencia en la comunidad para la difusión y apoyo del programa.**

En 1977 comenzaría el Plan con la cobertura de 10 estados, ya para 1979 cubriría todo el país. Posteriormente se incorporarían diversos organismos a colaborar: la SEP, la SRA, SARH, con el objeto del fortalecimiento del desarrollo integral de la comunidad.

Tanto el programa urbano como el rural, contemplan un programa de educación, otro de investigación biomédica y otro de investigación social. Al interior de la planificación familiar, existe otro concepto que no solo contempla el control de los nacimientos y este es precisamente el de Planificación Familiar. Mediante dicho concepto y lo que representa, se plantearía la necesidad de mantener la estabilidad de la familia e integrar la mujer al desarrollo del país, así como incorporarla al proceso productivo.

La posición oficial al respecto de la Paternidad Responsable, plantea la necesidad de planificar el número de hijos deseados a la vez que se reafirma la importancia del núcleo familiar como el lugar óptimo para preparar a los hijos, recayendo a la vez en la familia el peso de la alimentación, vestido, educación, gastos para la vivienda, etc.

* La Dirección de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar realizarían cursos para adiestrar a parteras empíricas (que serían las que realizaran la distribución comunitaria de anticonceptivos), promotores de salud y auxiliares de enfermería.

** Consultar el Plan Nacional de Planificación Familiar, pp.6 y 7.

Durante el sexenio anterior, se habló de una política demográfica nacional contemplada dentro del marco institucional continuando con los objetivos del Plan Nacional de Planificación Familiar establecido en 1977. La política demográfica se contempla como parte del Plan Global de Desarrollo 1980-1982, al interior de éste existen 22 políticas entre las cuales la número 13 señala:

"Inducir con pleno respeto a la libertad individual, la reducción en el crecimiento de la población y racionalizar su distribución territorial." (134)

Actualmente la meta de control natal sigue presente, en el Plan Nacional de Desarrollo se contempla a la política demográfica como factor unido al progreso y desarrollo del país. Como parte del capítulo correspondiente a la política del estado mexicano en lo que se refiere a gobierno y población dice:

"La dimensión geográfica, elemento central de la estrategia de desarrollo, está considerada en su vinculación directa con la actividad económica general y el crecimiento de la ocupación tanto en la reordenación económica como en la transformación estructural." (135)

A través de la regulación de la población, se busca que ésta logre participar de los "beneficios económicos y sociales".

"En el marco del Derecho, en suma, se busca que la población participe de los beneficios del desarrollo económico y social, regulando los fenómenos que la afectan, tales como cantidad, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional y la calidad de vida." (136)

134 SSA. Ibid.p.2

135 Plan Nacional de Desarrollo.p.57.

136 Ibid.p.57.

Los planteamientos en materia de población, según el Plan, --- se .. fundamentan en el artículo 4 y 11 constitucional. Para -- promover el incremento de la calidad de vida es necesario regular los fenómenos demográficos de "una forma libre, paulatina y diferenciada", así como inducir el cambio social y demográfico para - incrementar el bienestar general de la población. Para lograr lo anterior es preciso entre otras, promover la planificación fami-- liar.

"...emprender programas de educación en población y desarrollo, coordinar con el sector salud programas para disminuir la mortalidad y la morbilidad y difundir la prestación de servicios de salud y seguridad social; estimar necesidades de bienestar y alimentos a fin de influir en las variables demográficas; promover programas dirigidos a impulsar la plena participación de la mujer en todos - los procesos sociales." (137)

A raíz de estas proposiciones se creará el Programa Interinstitucional de Planificación Familiar 1983-1988, creado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En dicho programa se hace énfasis en el seguimiento del Programa de Planificación Familiar de 1977 hoy más que nunca " por la situación del país".

"El Programa de Planificación Familiar adquiere mayor importancia en el Sector Salud, por el desbalance entre - crecimiento demográfico y el económico y por el reto, - tanto a nivel cuantitativo , considerablemente más fuerte que el que tenía en 1977, como cualitativo, que representa al incorporar a los segmentos de población más difícil acceso por su arraigo a tradiciones culturales obstaculizadoras de la planificación familiar y por su marginación al proceso de desarrollo." (138)

137 Ibid.p.58.

138 Programa Interinstitucional de Planificación...op.cit.p.1

La meta demográfica que se propone para 1988, es la de reducir la tasa de crecimiento poblacional al 1.9% anual junto con los -- siguientes objetivos:

-Coadyuvar al mejoramiento de las condiciones de salud de la -- población, particularmente de la población materno-infantil.

-Contribuir a la disminución de los niveles de fecundidad, con pleno respeto a la decisión y a la dignidad de las parejas, a fin de colaborar en lo social y en lo familiar a un mayor equilibrio entre el crecimiento y el desarrollo económico y demográfico.

-Ayudar a prevenir y disminuir la incidencia del aborto, al -- reducir la frecuencia de embarazos no deseados.

-Intensificar las actividades de comunicación educativa en plnificación familiar y orientación sexual, tanto para los prestadores de servicios como para la población en general, con énfasis -- en la orientación sexual, tanto para los prestadores de los servicios como para la población en general, destacando el interés en -- la orientación de la población en el medio rural y de las generaciones jóvenes.

-Fomentar la participación activa del varón en las acciones de planificación familiar.

-Consolidar la organización de los programas de planificación familiar mediante una mayor integración de estas actividades dentro del modelo de atención de salud y una aplicación de la cobertura a población abierta.

Una vez expuesto lo anterior, pasemos a ver cómo es que la -- persecución de estas metas se llevan a cabo en lo cotidiano, centrándose en el cuerpo de mujer a través del poder médico.

"El sistema médico tiene una importancia estratégica para la liberación de la mujer. Es el guardian de la tecnología reproductiva... representa la posibilidad de liberación de cientos de callados midos y quejas que han limitado la vida de la mujer a lo largo de la historia. Cuando exigimos el control sobre nuestros cuerpos, se lo exigimos en primer término al sistema médico, ya que las llaves están en su poder. Sin embargo, el sistema médico tiene también una importancia estratégica para la opresión de la mujer." Barbara Ehrenrich

4 PODER Y SABER MEDICO INSTITUCIONALIZADO.

La constitución anatomofisiológica de la mujer ha sido utilizada a lo largo de la historia como objeto de producción de la fuerza de trabajo, siendo continuo sujeto de control por parte de las instituciones dominantes en cada período histórico para mantener la seguridad de la reproducción de la especie.

En el capítulo 2 ya mencionábamos la importancia de la producción de la fuerza de trabajo para la humanidad: para sus distintas civilizaciones y culturas. Debido a que el cuerpo de la mujer, es en donde se centra la reproducción de la especie "la vida de la mujer ha girado, se ha hecho girar, en torno a la maternidad." (139)

La historia de la mujer ha sido fundamentalmente, la historia de la represión de su sexualidad, limitaciones al gobierno de su cuerpo y de su vida a través de presiones directas o indirectas de justificar el "ser mujer" a través de "ser madre".

Debido a lo anterior "las mujeres tenemos una responsabilidad mayor en la reproducción de la especie humana." (140)

139 Leal, Luisa M^a. Maternidad Voluntaria: Anticoncepción y Aborto, p.1.

140 Barbieri, Teresita de. "Políticas de Población...op.cit.p.297.

Hablando de reproducción y su control, México institucionaliza la práctica preventiva de la anticoncepción como parte no de las demandas del movimiento feminista, sino por razones del crecimiento demográfico considerado como problema, como veíamos ya en el capítulo 3 .

"Paternidad Responsable" y posteriormente "Planificación Familiar", serán conceptos que sitúen a la anticoncepción no como control de su cuerpo y de su sexualidad por parte de la mujer, sino como elemento integrante de una sociedad opresora en donde su institución familia no se modifique.

"...el derecho a regular la fecundidad, a ejercer el -- libre albedrío en la maternidad. no fue ni demandado, ni ganado a través de la lucha organizada de las mujeres. Fue una medida concebida y aplicada desde arriba, por la clase gobernante que se anticipó a esta demanda." (141)

Al reformarse las leyes y otorgar a toda persona el derecho a decidir de manera libre y responsable sobre el número y espaciamiento de sus hijos se crea la obligación del Estado de proporcionar la información y servicios médicos necesarios para hacer efectivo ese derecho: será un servicio público a su cargo que se ocupará de la "planificación familiar". el Estado se infiltra en la familia; en el ámbito de lo privado, en el ámbito del ejercicio de la sexualidad genital, en el comportamiento reproductivo de la mujer que, a pesar de que el discurso oficial lo desconoce, se -- adentra.*

* La familia como eje reproductor del sistema capitalista.

Junto con los programas de planificación familiar existirán pequeños brotes de "educación sexual" a través de elementales lecciones de biología de la reproducción incluidas en los libros de texto gratuito para el 3º y 6º año de primaria. Nociones de biología de la reproducción que^o tienen que ver con un conocimiento y/o ejercicio pleno de la sexualidad en una sociedad patriarcal como la nuestra^{*}.

Cabe destacar la repercusión que tuvo en ciertos medios al principio de implementada esta política en torno al control natal.

"Los programas de planificación familiar y sobre todo de educación sexual, encontraron gran resistencia en dos personajes importantes en la vida de toda sociedad: el médico y el maestro; ambos profundamente impregnados con los planteamientos tradicionales de una educación religiosa... Fue necesario que el gobierno les otorgara a los médicos y a los pasantes de medicina, beneficios económicos para que ellos empezaran a cumplir con esta obligación legal en las clínicas del Estado." (142)

Es así como se establece una vigilancia institucionalizada en el ámbito de lo privado sobre el cuerpo de las mujeres a través de la práctica médica.

La política destinada a reducir el ritmo de crecimiento de la población en México se ha puesto en práctica sin considerar y atender a otros fenómenos y procesos sociales relacionados intima

* La educación sexual no formal en México siempre ha existido fundamentalmente a través del ocultamiento de la información y de las actitudes represivas en lo cotidiano en torno al tema.

mente con la reproducción de la especie, repercutiendo en un mayor control de las mujeres, en vez de coadyuvar al aumento de su autonomía. Entre dichos fenómenos y procesos sociales se encuentran -como ya lo mencionamos- el sentido y valorización de la maternidad, el lugar de las mujeres en esta sociedad, el significado simbólico de los hijos para los hombres, el ejercicio de la sexualidad plena tanto de mujeres como de hombres.

Si bien dichos procesos y fenómenos no son contemplados, y en realidad poco importan para los fines de la política, repercuten en el tipo de relación que se da entre la principal protagonista de la política de control natal y el detentador de poder en el que se centra la mayor opresión de la mujer y su cuerpo: el médico y su práctica médica.

Médicos que manejan, manipulan y reprenden cuerpos, a través de un proceso de desconocimiento del saber institucionalizado por parte de los sujetos vinculados a esa práctica en donde parcialmente sabe lo que se hace (en tanto a la técnica), desconocen lo que se hace.

* "Que se relaciona íntimamente con todos los demás fenómenos y procesos sociales. Sin lugar a dudas las mujeres son las actrices privilegiadas en el problema del crecimiento poblacional; cuerpos femeninos que producen niños y que mantienen y refuerzan la división social del trabajo dominante." Barbieri, Teresita de. "Las mujeres menos madres", en: revista Nueva Sociedad # 75. La Calidad de Vida. pp. 106 y 107.

"...dentro de nuestra cultura, la ciencia (entendida en su más amplio sentido) ha venido a ser el alma soberana con que transformar los prejuicios de clase y sexo, en consecuencia injustamente surgidas de la "naturaleza" o "emergente" de "la realidad más objetiva". Dentro de ella, la Medicina ha ocupado un papel protagónico."
Carmen Saéz

4.1 PODER MEDICO.

La cultura occidental y sus valores judeocristianos, son fundamentalmente hostiles al cuerpo y por ende a la sexualidad. Serán sobre todo los padres de la Iglesia los que recojan la tradición filosófica del cuerpo y de la sexualidad de lo que epicúreos y -- estoicós ya decían: el cuerpo es la tumba*. En el Cristianismo y - el Protestantismo, aunque en diferentes formas y grados, la hosti- lidad permanece.

En el año de 1563, en el Concilio de Trento se destacaría el -- Celibato como un estado más virtuoso que el matrimonio, pero los - casados a pesar de su menor "virtud" también podrían ir al cielo; * el matrimonio se convertía en sacramento. De tal forma la institu- ción Familia, tan indispensable para reproducir la estructura so- cial donde se garantiza la reproducción y el control de la fuerza de trabajo futura, no entraba en contradicción con los postulados de la Iglesia.

"La consolidación y difusión de esta forma de entender la sexualidad solo fue posible en la medida en que a partir del siglo XIX se formó una clase media burguesa muy am- plia, dispuesta a acomodarse puntualmente a las dóctri- nas morales, tanto terrenales como espirituales, con tal de no comprometer sus posibilidades de ascenso social."
(143)

* Consultar Limnhoff, Ursula. La homosexualidad femenina.

Las ciencias de mayor auge durante esa época, como la biología y la medicina, se manifestaban a favor del argumento en donde la sexualidad existía en relación solo con la reproducción. Para la mujer sexualidad era igual a reproducción y solo eso. La medicina defendía la postura de que la sexualidad solo era legítima dentro del matrimonio y con finalidades reproductivas." (144)

El matrimonio es el lugar reservado oficialmente a la práctica de la sexualidad dirán los médicos con mayor influencia en ese tiempo, la familia dentro del matrimonio tendría claramente delimitadas las funciones en torno a cada sexo. Sustentándose en la teoría de la evolución, los biólogos y médicos explicaban el porque de las funciones "propias de cada sexo".

Por ejemplo, según los biólogos del siglo XIX los "machos estaban hechos para el cambio", para realizar una variedad de funciones al interior de la división social del trabajo. Las "hembras por ser más primitivas" eran inmutables en cuanto a su función: la reproducción.

"Las mujeres representaban la antigua esencia de la especie, mientras que los hombres portaban en sí la posibilidad de una evolución ilimitada... la mujer seguía el camino inverso y se "desdiferenciaba", se concentraba cada vez más en la vieja función animal de la reproducción."
(145)

La explicación del porque dedicarse la mujer a las labores domésticas y a la crianza de los hijos, y el hombre en tanto poseedor de una evolución ilimitada dedicarse a la "actividad", al ámbito público y no al privado, está justificada en la cita anterior.

144 Limnhoff. Ibid. p.68.

145 Ehrenrich, B. "Mujeres y Medicina. p.35.

La medicina ha conseguido reforzar el criterio de la supuesta inferioridad a través de dos medios en esencia:

1) La única sexualidad posible para la mujer, es la ligada al ciclo reproductivo y, "considerando como fuente de patología aquellas manifestaciones consecutivas a las etapas de dicho ciclo." (146)

2) Institucionalizando su práctica y saberes médicos en el contexto de un patriarcado a dos niveles, siendo la mujer actriz subordinada en los trabajos relacionados con la medicina y como paciente.

"Institucionalizando su práctica y sus conocimientos (como tantas otras ramas del saber) mediante una jerarquización del poder, en cuya cima está el hombre, en tanto que la base la ocupa la mujer, subordinada al personaje y quehaceres médicos." (147)

Analicemos con mayor detalle estos dos medios de dominio: ya desde Hipócrates existía la idea de que la mujer es un hombre "mal hecho", "mal acabado", defectuoso y/o incompleto.

"...en nuestra especie el final del camino es el hombre - no la mujer." (148)

Actualmente esta idea se sustenta en la teoría del tercer sexo:

"La teoría del "tercer sexo" reconoce en la mujer un ser imperfecto, a medio camino entre el niño varón y el adulto varón, y cuya hipersexualidad anormal, típica de la sociedad moderna, puede acarrear la destrucción de la -- humanidad." (149)

146 Saéz.op.cit.p.39.

147 Ibid.p.39.

148 De Miguel.op.cit.51.

149 Ibid.p.52.

Como podemos apreciar, esta teoría constituye un buen sustento para remarcar los roles sexuales y confinar a la mujer solo a su labor reproductiva, pero volviendo a la idea global de que -- la mujer es como un "hombre mal hecho"; ésta ha existido desde --- tiempo atrás. Su biofisiología siempre ha sido considerada con - funciones patológicas o bien fuente de enfermedad, pues recordemos que a la mujer se le considera "incompleta".

"Considerada débil, variable, sujeta y gobernada por su - biofisiología cambiante, se le ha mantenido pendiente -- y vigilante de la misma, y encerrada entre sus límites - de círculo vicioso, la menstruación, el embarazo, los -- partos, el puerperio, la menopausia, etc., han sido recu- biertos por el hombre y su ciencia médica de tan frondo- sa mitología..." (150)

A la mujer se le ha relegado, se le ha adorado como virgen, - se le ha despojado brutalmente de su clitoris en muchas cultu--- ras, se le ha rendido culto como "gran madre" en otras, pero --- nunca se le ha permitido adueñarse de su cuerpo y de las funcio- nes del mismo.

Y es la medicina precisamente- como ya lo señalábamos más --- arriba- la que se ha encargado en estos tiempos, de sustentar - la ideología de ese ser mal hecho, sin derecho al goce y solo -- con la función de reproducirse.

Desde sus orígenes, la medicina ha estado ligada a las prác-- ticas religiosas (hechiceros, sanadores, etc.) después, sería - gran aliada de la Iglesia: a lo largo de la edad media fue colab- boradora inapreciable de los Jueces del Santo Oficio para deci-- dir quién era enferma, hechicera o bruja. A partir de los si---

los XII , XIII y XIV en Europa, la medicina se convertirá en ciencia o "profesión culta", pues ya el conocimiento médico se aprende y enseña en las universidades trayendo a la par la destrucción gradual de prácticas consideradas hoy como alternativas. Lo anterior, traería graves consecuencias para las mujeres:

"...la represión y la casi devastación de toda una sabiduría empírica de raíces judeo-árabes, donde las mujeres tuvieron un destacadísimo papel, como sanadoras, pero a cambio, esa nueva base médica obtuvo el beneplácito de las categorías dominantes, a cuyo servicio se instaló y en el que hoy permanece todavía." (151)

Al tornarse científica la medicina, será la que dicte cuál es el comportamiento y funciones que debe realizar la mujer.

"... hoy la base médica en su mayoría, permanece ligada a los criterios de poder." (152)

La medicina será la encargada de controlar y supervisar la producción de hijos en el cuerpo de la mujer, acorde con los intereses del grupo en el poder en cada formación social determinada al interior de nuestra vida actual.

Si bien es cierto que el médico posee un gran control sobre el cuerpo en general y el cuerpo de mujer en especial, es de hacer notar, cómo al interior de la profesión se legitima el que destaque más el hombre que la mujer.

"Las tareas de mayor prestigio, creatividad, responsabilidad y mejor retribuidas, corren a cargo del médico varón en tanto que las rutinarias, pesadas, desagradables o escasamente consideradas, vienen a recaer en los subalternos de quien imparte las ordenes: tal es el caso de enfermeras, auxiliares, etc., mujeres en su mayoría. Incluso - esto suele hacerse extensivo en lo que se refiere a las -

151 Saéz.op.cit.p.40.
152 Ibid.p.40.

mujeres médicos cuya labor tiende a ser manipulada o --
supervisada..." (153)

El médico ha venido historicamente a sustituir al confesor,
y de ellos específicamente el ginecólogo, es el que en un sinnú-
mero de ocasiones aconseja, dirige y opina sobre las cuestiones
de índole moral, sexual o de comportamiento general de sus pa---
cientes: las mujeres.

"Una de las tareas de la medicina fue la de traducir la teoría de la evolución aplicada a las mujeres, al lenguaje de la carne y de la sangre, de los tejidos y de los órganos. El resultado fue una teoría según la cual el CUERPO y la mente de la mujer quedaban englobados en su omnipotente órgano reproductivo."

Barbara Ehrenrich

4.1.1 EL GINECOLOGO.

La medicina se consolidará en el mundo urbano a través de supuestos de racionalidad y científicismo, disfrazando así su poder. La medicina ha considerado a la mujer- como ya lo mencionamos- como un ser incompleto, débil o enfermo.

"La contribución fundamental de la medicina a la ideología sexista ha sido su descripción de la mujer como un sujeto enfermo que puede enfermar al hombre." (154)

A pesar de existir esa supuesta debilidad, ésta no ha sido -- suficiente para eximir a la mujer (sobre todo a la pequeña burguesa y a la proletaria) de las labores domésticas y crianza de los hijos.

Para hablar sobre el ginecólogo y la relación que establece con la mujer actualmente, es necesario retomar algunos aspectos antecedentes que se darían en países significativos para el modelo médico dominante en México, como es Estados Unidos.

4.1.1.1 ALGUNOS ANTECEDENTES.

Para el pensamiento médico de fines de siglo pasado y principios de éste, existían en Estados Unidos dos distintas visiones

de lo que era una mujer:

a) Enfermas, defectuosas, frágiles y demasiado delicadas para las labores "pesadas".

b) Que enfermaban a los otros, por lo tanto portadoras de enfermedades y por ende peligrosas y contaminantes. Curiosamente - serán ellas las que tengan que realizar un mayor trabajo (asalariado) a pesar de definirse como fuertes y robustas.

Las mujeres burguesas- a diferencia de las proletarias - serán consideradas las enfermas, débiles y delicadas, también algunas de la pequeña burguesía, incluso se consideraba "fino y elegante," de "muy buen gusto" poseer dichas características.

Una mujer débil era parte integrante del llamado "culto a la invalidez femenina", y será el alimento de donde se nutran muchos médicos ginecólogos para sostenerse económicamente.

"Por todas partes surgieron clínicas de salud y especialistas en mujeres que se convirtieron en parte de la vida cotidiana de las "señoras elegantes". (155)

El punto de vista médico consideró esencialmente patológicas todas las funciones femeninas (entendiendo por éstas todas las - que giran en torno a la reproducción) por ende, era el ginecólogo quien debía participar en todo acto realizado por la mujer.

*Las teorías reguladoras de la práctica médica a finales del pasado siglo y principios del actual, se basaban en la convicción de que la condición normal de la mujer era la enfermedad.

La fragilidad femenina (debido a su patología inmanente) generalizada les era útil para considerar a las mujeres como pacientes potenciales: sumisas y obedientes. Pero también a su vez --- era útil para descalificar a sus rivales, las curanderas.

"A los médicos el mito de la fragilidad femenina les era útil por dos razones: les permitía descalificar a las - mujeres como curanderas y, por supuesto, hacia de ellas pacientes altamente calificadas." (156)

Si en ese tiempo nadie tenía una idea clara de la fisiología humana, ¿ cómo es que se sustentaba la concepción de la fragilidad femenina? La explicación "científica" sobre dicha fragilidad se sustentaba en una ley fisiológica fundamental: la conservación de la energía.

"... ya que el objetivo fundamental en la vida de la mujer era la reproducción, los médicos llegaron al acuerdo de - considerar que las mujeres debían dirigir su energía física a su interior y concentrarla en el útero." (157)

Incluso se mencionaba que si se desarrollaba el cerebro (si - la mujer pensaba) el útero podía atrofiarse. El saber médico --- consideraba que los ovarios definían todas las características - y la mente de las mujeres: ahí estaba la esencia de la naturaleza femenina.

" En el siglo XIX se pensaba que la psicología femenina - funcionaba como mera extensión de la capacidad reproductiva y que era exclusivamente este tipo de funciones el que determinaba la naturaleza femenina. El saber médico consideraba que los ovarios definen todas las características del cuerpo y la mente de una mujer." (158)

Si los ovarios, y en general el sistema reproductor era considerado el centro del funcionamiento del cuerpo y la mente de la

156 Ehrenrich. Ibid. p. 156.

157 Ibid. p. 45.

158 Ibid. p. 48.

mujer, los tratamientos de cura se centrarían en los genitales y demás zonas en torno a la reproducción que estuvieran al alcance de los médicos.*

Los tratamientos médicos se caracterizarían por una profunda ignorancia médica, en donde la cirugía jugaría un papel destacado:

"...el campo de la cirugía ginecoobstétrica era el que ofrecía los tratamientos médicos más brutales para la cura de los "desordenes de la personalidad". La aproximación quirúrgica a los problemas psicológicos de las mujeres tenían una base teórica considerada muy sólida: la psicología de los ovarios." (159)

A partir de 1860 el tratamiento más usual constaba de 4 fases, aunque no siempre era necesario cubrir las cuatro, éstas eran: - exploración manual, sanguijuela, inyección y cauterización.

Respecto a las sanguijuelas, se podían poner directamente en la vulva o en el cuello del utero, las inyecciones en el utero - podían contener leche, agua, té de semillas de lino: la cauterización se realizaba con un poco de opio o alcohol, o bien sin -- anestesia en donde se aplicaba nitrato de plata o hidroxido de - potasio, o bien mediante una barra de hierro candente.

El tratamiento usual al que hicimos referencia arriba, fue -- utilizado en varias ocasiones pero no menos frecuente fue la intervención quirúrgica de los ovarios: la ovariectomía, que se -- consideraba como respuesta a la masturbación de la paciente, que fuera intratable, que hubiera intentado suicidarse, etc., o bien, que solo tuviera dolores pre menstruales o deseos sexuales.

* El profesor Holbrook en una conferencia en 1870 decía "Parece como si el Señor, para crear el sexo femenino hubiese cogido un útero y en torno a él hubiese construido un cuerpo de mujer." Ehrenrich.op.cit.p.35.

"En 1906, un famoso ginecólogo americano estimaba en ciento cincuenta mil el número de mujeres americanas que habían perdido los ovarios bajo los hierros del cirujano. Algunos médicos se vanagloriaban de haber cortado más de 1500-2000 ovarios por cabeza." (160)

Pero la hegemonía del utero en la concepción de los ginecólogos se fue debilitando, cada vez más mujeres rechazaban este modelo de pasividad y enfermedad, el movimiento por el derecho al voto, organizaba cada vez más a mujeres, muchas de ellas accedían a la enseñanza superior. Ahora entraba en escena un nuevo órgano que atentaba contra el poder de los médicos: el cerebro.

El tratamiento terapéutico de intervenir en el área reproductiva ya no era tan fácil de aceptar en algunas mujeres, ahora era necesario utilizar métodos más sutiles para intervenir en otras áreas del cuerpo. A pesar de no centrarse únicamente en el área de la reproducción, seguían siendo los ginecólogos los que extendían sus funciones al ámbito del pensamiento. Entre sus métodos, el más importante era el de la cura de reposo:

Dicha cura se hizo famosa en todo el mundo gracias al Doctor Mitchell y consistía en lo siguiente:

"...aislamiento total, amortiguamiento sensorial, prohibición de leer, prohibición de recibir visitas, alimentación con dietas blandas y ligeras, masajes, etc." (161)

Las mujeres asalariadas no tenían ni el dinero, ni el tiempo para sostener un "culto a la invalidez", pero no por eso se salvaban de las intervenciones quirúrgicas como "conejillo de indias". Como ejemplo de las operaciones pioneras más avanzadas en la ginecología quirúrgica, están el grupo de esclavas negras compradas como cobayas:

160 Ehrenrich. Ibid. p. 35.

161 Ibid. p. 35.

cada una de ellas durante un lapso de 4 años, era sujeta a más de 30 operaciones regularmente seguidas de infecciones, las irlandesas más pobres también eran sujeto de experimentación en el Hospital de la Mujer de Nueva York.*

Además las mujeres asalariadas, eran consideradas un problema de salud. Amenazaban con el contagio de enfermedades sexualmente transmisibles y con el crecimiento demográfico de las razas a las que representaban. El movimiento médico se centraría al interior de las clases bajas, en la salud pública y el control de la natalidad.

"Si las mujeres de las clases alta y media tenían problemas de salud, las de la clase trabajadora eran un problema de salud. Ellas no requerían la atención del médico dominante y comprensivo; lo que necesitaban era un funcionario de los servicios de salud pública." (162)

Como podemos apreciar, el control del cuerpo de la mujer por parte del ginecólogo no es nuevo, actualmente sigue manifestándose esa forma de opresión hacia la mujer que se disfraza con el lenguaje y acto médico que se dice científico. En la sociedad moderna los expertos llamados a definir lo que es la mujer son los ginecólogos.

* Consultar: "Por su propio bien", en revista El Viejo Topo# 38.p.35.

162 Ehrenrich.Ibid,p. 62.

4.1.1.2 EL GINECOLOGO DE HOY.

Las ideologías que existen en torno a la mujer con respecto a los ginecólogos se sustentan en dos pilares:

- 1) La mujer como objeto, como ser inferior al hombre.
- 2) La mujer está hecha solo para ser madre.

- 1) La mujer un ser inferior.

El ginecólogo es el único especialista médico que no solo ve enfermos sino muchas veces, seres humanos (mujeres) sanos.

"Su concepción de la práctica médica no viene pues lastrada por el status de enfermedad sino por el de salud." (163)

Este médico, ya sea que tenga pacientes "sanas o enfermas", a todas las considerará mujeres objeto. Las concepciones de esta mujer-objeto van desde los médicos que consideran a la mujer como un ser sobrenatural y sublime hasta los que la consideran como un ser engendradora y transmisor de enfermedades.

a) Existen algunos médicos que consideran a la mujer como un ser débil más o menos perverso, inestable e inferior al hombre. Esta concepción trae aparejada la consecuencia de la explicación del por qué la mujer debe vivir bajo la autoridad y protección del hombre: primero el padre, luego el esposo.

b) Otros la consideran un ser biológicamente superior, pues solo es la mujer la que puede procrear. La superioridad se basa en la capacidad para parir o criar hijos, no es su inteligencia y actitudes como ser humano.

c) La mujer no es ni superior ni inferior, es distinta, diferen-

te simplemente: cuando esta diferencia anatomofisiológica es con-
siderada justificación de opresión social- como en el siguiente cua-
dro- poco puede hacerse por entender a la mujer simplemente como un
ser humano, pues de la distinción se deduce y justifica: la pasivi-
dad, la monogamia, etc.

Dentro de cualquier de las concepciones antes mencionadas, la --
mujer es considerada solo un objeto, "no tiene libertad sobre su --
propio cuerpo, ni decisión sobre su propia vida." (164)

Las concepciones en torno a la mujer por parte de los médicos, --
sumadas a la ejemplificación del cuadro, nos muestra lo limitado de
la concepción de lo que es una mujer al interior de un sistema pa--
triarcal.

2) Hechas solo para ser madres.

De dicha concepción se desprenden varios supuestos básicos en --
torno a la mujer y su relación con la sociedad patriarcal, entre --
ellas mencionamos a continuación las fundamentales:

a) El ataque y aceptación a su vez al control natal y a la inte-
rrupción voluntaria del embarazo.

b) Mitos y creencias sobre la menstruación y su carácter de anor-
malidad.

c) Mujer anorgásmica y desprecio al clítoris.

d) No a la masturbación.

e) Antisexualismo generalizado entre los ginecólogos.

a)Control natal e interrupción voluntaria del embarazo.

DIFERENCIAS BIOLÓGICAS VARON/MUJER.

	HOMBRE:	MUJER:
Situación de los órganos genitales	Exterior del vientre. (Actividad masculina) Penetra.	Interior del vientre. (Pasividad femenina) Se deja penetrar.
Periodicidad	No vierte su semilla sino interesadamente, a cambio de placer. (Egoísmo sexual masculino) No fecunda sin gozar.	Vierte mensualmente su semilla de un modo desinteresado. (Abnegación sexual femenina) Puede ser fecundada sin goce.
Anatomía de la virginidad	La iniciación en el acto sexual no deja huellas genitales. (Depreciación de la virginidad masculina) El primer coito carece de importancia práctica.	La iniciación en el acto sexual produce indelebles modificaciones anatómicas. (Exaltación ética de la virginidad femenina) El primer coito presenta siempre importancia práctica.
Modificaciones introducidas por la reproducción	La paternidad carece de la traducción física. (Despreocupación masculina) La paternidad es un episodio.	La maternidad produce cicatrices en la pared abdominal, cambia de forma a los senos, enriquece las líneas de la cadera, etc. (Trascendencia en la vida de la mujer)
Duración de la vida genital	Puede procrear indefinidamente. (Sensación de superioridad) Tendencia a la poligamia.	Termina su vida genital en las proximidades de los cincuenta años. (Inquietud por el porvenir) Tendencia a la monogamia.

Fuente: César Juarros, La crianza del hijo (Madrid) pp233-234, en De Miguel: La Inmaculada Concepción.

Para la mayoría de los ginecólogos, la mujer solo tiene un objetivo en la vida; ser madre, esto elimina la posibilidad del uso de la sexualidad sin asociarse a la procreación. Aunque en nuestro país exista el uso autorizado de los anticonceptivos, al interior de la forma de pensar de los propios médicos, se genera un conflicto, pues en apariencia aceptan la anticoncepción (ahora institucionalizada) pero esto choca con su educación, ya que se les ha enseñado que : una "buena mujer" debe ser madre al interior de un matrimonio y no intentar la búsqueda de placer sin procreación.

Este es uno de los efectos de mantener la idea de que la mujer siempre debe ser madre(constantemente reproduciendo fuerza de trabajo) pues hoy por hoy trae graves consecuencias al interior de la relación médico-paciente, ya que se entremezclan juicios éticos, morales, etc., en donde la paciente resulta considerablemente más dañada, considerando así la negación de su sexualidad, el no decidir la interrupción voluntaria de su aborto, etc.

b) Menstruación.

Al interior de la concepción de que las mujeres están hechas para ser madres, está lo que se piensa en torno a la menstruación. Esta se asocia con palabras que conllevan significados de maldición o castigo. Podemos encontrar su explicación en el hecho de que, si recordamos, una mujer para serlo " en verdad", debe tener hijos, y su menstruación regular cancela un embarazo.

* La mayoría consideran al aborto como un crimen, su razonamiento es más o menos el siguiente: " la vida del nuevo ser que acaba de formarse en el interior del vientre de su madre, pertenece a la especie, es un patrimonio del género humano." De Miguel.op.cit.p.69.

Algunos de los mitos en torno a la menstruación son : la mujer - no puede realizar ninguna actividad sexual durante la menstruación (placer sin procreación), o que se convierte en un ser irritable o inútil para el trabajo, cortan o agrían los alimentos, etc., en fin: supuestos todos que esconden una "ideología de la procreación".

c) Frígidez.

Los médicos - no los sexólogos - creen que la mujer que no logra un orgasmo vaginal, es frígida (anorgásmica), pues para ellos el orgasmo vaginal es "el verdadero ". Con este argumento se vuelve a - controlar el cuerpo de la mujer, declarando la inexistencia del orgasmo vía el clítoris; anulando considerablemente una de las posibilidades más agradables para el ser humano: la masturbación, y reforzando como contraparte; como única posibilidad la penetración.

d) Masturbación.

Si el sexo solo mantiene el objetivo de la procreación para los médicos, la masturbación es considerada por ellos como una "perversión" que a su vez puede producir varias "enfermedades" .

e) La Menopausia.

La menopausia viene a ser otra etapa del estado permanentemente "enfermizo" de la mujer, que debe ir acompañado de fuertes trastornos en la personalidad. Es una etapa generadora-según los médicos -

*Ya desde el Informe Kinsey (1953) se rebate el supuesto del orgasmo vaginal, vía la importancia del clítoris. Para los sexólogos y - un sector considerable de feministas, el orgasmo es solo uno: no -- existe uno clitórico y otro vaginal, esto es un presupuesto para -- garantizar el placer del hombre y la procreación.
Ver : Lonzi, Carla. Mujer Clitórica, Mujer Vaginal.

de múltiples enfermedades y dolencias, pues la capacidad procreativa ha culminado y con ella su placer. Recordemos que en la mujer su sexualidad empieza con la menstruación y acaba con la menopausia según las creencias tradicionales.

"La salud y/o enfermedad en las mujeres ha estado determinada por la ciencia médica por el ciclo reproductivo: de la menstruación en la adolescencia al climaterio en la edad avanzada. Esto sucede desde hace por lo menos 700 años y desde entonces - los médicos, en su mayoría varones, se apropiaron del manejo del cuerpo de la mujer. En nombre de la salud y/o enfermedad hoy, en México se realizan en el cuerpo femenino experimentos, extirpaciones, maniobras "necesarias" y una cadena de atropellos." Sara Lovera

4.2 MUJER, FAMILIA Y ESTADO.

A partir de los años 70's, el cambio de modelo demográfico en México generó una redefinición de la condición de la mujer por parte de los sustentadores de la política demográfica para lograr que se llevara a cabo. El papel de la mujer en la sociedad se señala a través de dicha política - con un viraje en lo que es la valoración social sobre la maternidad y el trabajo femenino.

La maternidad se intenta desvalorizar (a través de su reducción) y, se pretende incorporar a la mujer al mercado de trabajo (políticas de integración de la mujer al desarrollo) o bien, reivindicar - sus labores en casa (actualmente CONAPO realiza en los medios masivos de comunicación campañas al respecto). Lo importante de estas modificaciones es señalar que no han sido producto de la lucha feminista, sino ha sido impuesta.

La base de la política demográfica es el convencimiento (no mediante coacción o estímulos) de los individuos y parejas de las ventajas de tener menos hijos. Mediante esta base no existe cambio en la conceptualización de los géneros. La nupcialidad permanece, aunque se retrase la primera unión, o bien existan separaciones más --

frecuentes que en años posteriores. La sexualidad genital -- por su parte permanece como la concepción dominante de lo que debe ser una sexualidad plena y gozosa; por ello el fortalecimiento del uso de métodos anticonceptivos como única opción al descenso de la fecundidad y separación de lo reproductivo y lo sexual.

Pero, volviendo a la valoración de la mujer que se desprende --- actualmente de la política demográfica podemos señalar lo siguiente:

a) Existe un acceso (formal, que no real) de las mujeres y las - parejas a los servicios de planificación familiar,* donde se puede - recibir información que permita tomar una "decisión libre y responsable". En una sociedad patriarcal, el hablar de una decisión libre y responsable hace pensar sobre las posibilidades reales de que cada mujer lo lleve a cabo.

b) Los métodos anticonceptivos son la única opción para evitar -- embarazos, además de ser impuestos, chocan con la ideología de la - reproducción.

Es el ginecólogo el que se hace responsable directamente de --- los dos puntos antes mencionados, mediante la consulta, pero también el es influido por la ideología de la reproducción y choca con los planteamientos esenciales de su trabajo.

* En México la cobertura era del 48 % del total de las mujeres en - el país durante 1982, con población preferentemente urbana.

Conforme a las dos acciones primarias que debe ejercer una mujer cuando desea controlar su reproducción se enfrenta con el ginecólogo. En la primera, será el médico quien decida junto con el esposo, en el caso de ir la mujer solamente se le solicita la asistencia de su esposo, en el caso de no existir, la mujer es vista marginalmente por no cumplir con los requerimientos de una mujer "decente" y así con menor derecho de opinar y exigir explicaciones sobre el método a elegir.

Es también el ginecólogo quien decide el método a seguir, sin una serie de análisis previos y un conocimiento a fondo sobre el historial médico de la paciente.

"...en todos los casos, lo más importante es la revisión periódica, la consulta individualizada y extensa del médico a la paciente, para determinar el método bajo el análisis de las características personales y socioculturales de la mujer." (165)

En resumen: a) El corto tiempo para una consulta, b) Los supuestos de doble moral sexual que se mezcla entre la realización de la consulta y la vida cotidiana del médico, c) Sus conocimientos con respecto a los órganos reproductores -que por cierto el no posee- y a los efectos a corto y largo plazo que producen muchos de los anticonceptivos, observamos un deterioro de la salud en la mujer que asiste a planificación familiar paradójicamente.

* La responsabilidad de evitar embarazos, como de tener los hijos debería de ser de la pareja, pues los dos deben decidir y asumir el concebir o no.

** Toda mujer que acude a los servicios de salud del Estado, pasa primero al médico de Planificación Familiar.

*** Recordemos que el ginecólogo ve en su mayoría pacientes "sanas".

Analícemos uno a uno los puntos que acabamos de mencionar.

a) La calidad en el campo de la atención médica debe contener un adecuado aprovechamiento de los recursos tecnológicos científicos y de tiempo, incluyendo una óptima interacción entre paciente y médico. Aquí entran en juego también las relaciones entre paciente, médico, servicios médicos en general e institución.

Los servicios médicos cristalizan en el acto médico, en la relación médico-paciente. Para que se logre el acto médico, mucho depende del paciente (considerando significativamente sus expectativas) pero también el doctor en una relación de igualdad (cosa actualmente imposible según analizamos en el capítulo 4, debido a las relaciones de poder que se establecen entre paciente y doctor: entre -- mujer y hombre).

El acto médico requiere flexibilidad para el manejo de problemas humanos, pues la relación anímica entre médico y paciente es fundamental. Pero la relación que se establece es "unilateral, donde el primero toma la parte activa y el segundo la pasiva." (166)

Si a eso sumamos que el activo es el ginecólogo y la pasiva es la mujer, la relación de desigualdad frente al acto médico se acrecenta. Cuantas veces la mujer manifiesta sus "sensaciones" con respecto al conocimiento del cuerpo, y el médico no lo considera pues la paciente no responde a su lenguaje ni a su futuro diagnóstico.

"El médico se dedica entonces a tratar los enfermos con un mismo cartabón, sin considerar que cada paciente tiene -- problemas y necesidades particulares y posee expectativas

* Poco posible dado el poco tiempo que se dedica a cada consulta.

que están condicionadas por su situación sociocultural y económica y su hábitat ecológico." (167)

Claro es que, tanto la paciente como el médico se encuentran inmersos en una sociedad desigual y por ende de aquí se desprenden -- considerablemente las características de la institución y los servicios médicos así como el grado de conocimiento y autoconocimiento de la mujer, pero ésto no es justificación de las relaciones de poder que se establecen al interior de dicha relación.

b) De acuerdo a la doble moral sexual existente en el capitalismo, la mujer solo puede acceder a la sexualidad genital vía la reproducción, este pensamiento impregna la vida de hombres y mujeres. De ellos, muchos de los médicos poseen un desconocimiento absoluto de lo que es el cuerpo y la sexualidad. Una asesora de CONAPO comentaba al periódico la Jornada:

"...está programado establecer cursos de educación sexual a médicos y servidores de la salud, ya que el desconocimiento del cuerpo femenino, el manejo de valores condicionados - temor a lo sexual - produce desinformación, maltrato y a veces se confunde las manifestaciones reproductivas como - patologías: hay, demasiados tabúes." (168)

Muchos de los ginecólogos se enfrentan a comportamientos contradictorios que les generan problemas en su vida fuera del consultorio tanto dentro de él. Cuando realizan adecuadamente sus consultas para que la mujer obtenga un método anticonceptivo que le cause el mínimo de daño y el mínimo de posibilidades para embarzarse está, -- por un lado, coadyuvando a la realización de un acto por medio del cual la mujer puede salir adelante en una de sus principales preocupaciones, evitar un embarazo y por otro, colaborando a la realización efectiva de la política demográfica.

167 Rojas. Ibid.p.242.

168 Periódico La Jornada. 5 de diciembre de 1984.p.7.

Esto genera un choque pues, por un lado atiende a una mujer (considerada así, siempre y cuando se reproduzca) que temporal o definitivamente deja de realizar "su función primordial como mujer", para darle paso al goce de su sexualidad genital, pero por otro lado, el como médico ante juramento debe salir adelante con su paciente.

c) El conocer algo, vivirlo y sentirlo, puede conducir a una --- teoría y a una práctica: a una praxis, a una verdadera aprehensión de la realidad. Un ginecólogo, por más que conozca en torno al aparato reproductor de la mujer, realice tactos, coadyuve a la realización de embarazos y partos, etc., no posee un cuerpo con el cual -- comprender lo que sus pacientes le dicen sentir.

Este es un hecho importante para la realización anímica del acto médico. Un fenómeno con el que los ginecólogos se enfrentan a diario es el de la anticoncepción. Se recetan anticonceptivos hacia un cuerpo que no "se siente", que no se conoce-en toda la extensión de la - palabra--.

Al respecto de los anticonceptivos, "existen muchas dudas respecto al carácter inocuo o no que estos procedimientos, y en particular los hormonales, tienen en la salud de las mujeres, tanto en el corto como en el largo plazo." (169)

En México, los métodos anticonceptivos que más difusión han tenido son: los hormonales (píldoras e inyecciones, el 29.7% y el 10.6 % de la población usuaria respectivamente durante 1982); los dispositivos intrauterinos (DIU): 13.8 %; la ligadura de trompas: 28.1 %.

* Ningun método anticonceptivo logra tener un 100% de efectividad. (consultar cuadro)

169 Barbieri, Teresita de. "Las mujeres menos madres", en : Revista Nueva Sociedad# 75.p.109.

NOMBRE: COMO ACTUA: EFECTIVIDAD: EFECTOS COLATERALES: CUIDADOS REQUERIDOS: LIMITACIONES:

NATURALES:

Ritmo.	Abstinencia durante ovulación.	24/100	Ninguno	Observar ciclo durante 6 meses. Menstruación regular.	Cambios ováricos en el ciclo menstrual. Abstinencia algunos días al mes.
Temperatura filancomoc.	"	"	"	"	"
Ogino (Combinado).	"	11/100	"	"	"
Coito interrumpido.	Retirar pene antes de eyaculación.	20/100	Puede perturbar la relación sexual. Efectos psicológicos.	Acompañarlo de otro método (por ejemplo espuma).	La existencia de espermias antes de la eyaculación.

MECANICOS:

Preservativo.	Retención del esperma en el mismo.	14/100 (Combinado) 6/100	Ninguno.	Colocarlo con pene después de la eyaculación. De preferencia acompañarlo de espuma.	La existencia de espermias antes de la eyaculación. Puede romperse.
Diafragma.	Impide el pasaje de espermas cubriendo el cérvix.	10/100	"	Acompañarlo con espermaticida. Correcta colocación. Atención médica. Retirar 8 hrs. después.	Si sube o baja 4 kilos, revisión médica para controlar variaciones en medidas.
Diaphragma intrauterino.	No se sabe con certeza.	Según tipo 2 u 8/100	Sangrados entre menstruación. Cólicos. Infecciones.	Colocación después menstruación. No tapón sanitario. Retirar si se presenta infección tumores o úlceras.	Intolerancia permanente. Expulsión, desplazamiento. Perforación uterina.

Sigue...

Hoja
 PDR
 REGISTRO
 SA-VICSA

NOMBRE: COMO ACTUA: EFECTIVIDAD: EFECTOS COLATERALES: CUIDADOS REQUERIDOS: LIMITACIONES:

QUIMICOS:

Cremas, jaleas, espumas, ovulos.	Matan o inmovilizan espermatozoides.	20/100	Irritación, reacción alérgica, ligero dolor.	Aplicarse 15 mins. antes del coito. De preferencia acompañar de diafragma o preservativo.	Preferentemente, el coito se efectúa en posición acostada.
Ducha vaginal.	Supuestamente arrastra a los espermias fuera del ducto vaginal.	31/100	Ninguno.	90 segs. después de la eyaculación.	Los espermias depositados en la vagina son empujados hacia el utero por la misma ducha.
Pildoras Pastillas.	Impiden la ovulación por un mes.	1/100	Hemorragias, coágulos, várices, flebitis. Pueden agravarse: asma y jaquecas. Amenorrea. Hipertensión. Aumento de peso. Náuseas. Depresión.	Tomarse después de un minucioso examen y aprobación médica (Papanicolaou, revisión de pechos, presión arterial, examen metabólico). Exámenes médicos periódicos después iniciado el uso.	No deberan ser empleados por mujeres con problemas de hígado, cáncer, ni con problemas circulatorios.
Inyecciones Depo-provera.	Inhibe la ovulación durante 3 meses.		Amenorrea, sangrado irregular y prolongado. Posible cáncer en mamas, cervix, endometrio. Efectos en hijos: malformaciones congénitas.	Desaconsejada por los peligros que conlleva.	

QUIRURGICOS:

Salpingo-oclisis (Ligadura de Trompas).	Intervención quirúrgica sobre tubas uterinas.	Casi 100%	De índole psíquico.		Casi siempre es irreversible.
Vasectomía (para hombres).	Interrupción quirúrgica de s/conductos espermáticos.	"	"	"	"

Los métodos naturales como: el ritmo, la temperatura-filancia no ce, Ogino, o el coito interrumpido, ni siquiera existen para el ginecólogo, pues aunque en su mayoría no causan efectos colaterales --- poseen una baja efectividad, además de que se da por supuesto que - la mujer no entenderá en que consisten, pero además no existen solo por su baja efectividad sino por su ínfima rentabilidad.

Los métodos mecánicos, como el preservativo se centra en el hombre, pero este casi no se utiliza pues "atenta contra su virilidad". Los diafragmas curiosamente ni se mencionan. Curiosamente, pues además de ser un método barato, sin riesgos y eficaz utilizado adecuadamente, se le cancela pues se piensa que la mujer es incapaz de -- instalárselo.

Los dispositivos intrauterinos sí se utilizan, pero presentan efectos colaterales, además para retirarlo se requieren ciertas condiciones: úlceras, perforación de útero, etc.

Dentro de los químicos, las cremas, jaleas, óvulos y duchas vaginales son recomendadas en algunas ocasiones, pero para mayor seguridad deben ir acompañados de otro, por ejemplo de un preservativo.

Las píldoras e inyecciones por su parte, producen contraindicaciones en mujeres con problemas hepáticos, circulatorios, mujeres que fuman en demasía, etc. Dentro de este rubro, la Depo-Provera-inyección trimestral-prohibida en Estados Unidos por las leyes sanitarias- se distribuye en México y otros países tercermundistas con poco control sanitario. A pesar de sus graves consecuencias, dicha inyección es utilizada frecuentemente como anticonceptivo en algunas instituciones del sector salud .

" Depo-Provera, un anticonceptivo inyectable prohibido en - Estados Unidos por causar tumores malignos en perros y -- monos está siendo vendido por la Upjohn Co., en otros 70 países, donde se usa ampliamente en programas de control de población patrocinados por Estados Unidos." (170)

Dicha droga causa graves consecuencias, entre ellas se encuentran las siguientes: reduce la resistencia del cuerpo a la infección, aumento de peso, dolores de cabeza y vértigos, puede producir esterilidad permanente o parcial, masculinización y crecimiento del clítoris y, en el caso de estar embarazada, pueden causar efectos en el nacimiento y efectos cardíacos congénitos en el niño.

Así como esta droga, existen otras que causan serios daños a la salud de la mujer, muchos de los médicos las conocen y las prescriben generando males iatrogénicos. Según la Dra. Hernández:

"los anticonceptivos orales están contraindicados para mujeres con problemas de senos; el DIU puede causar lesiones; los ovulos conocidos como Orfin tienen derivados mercuriales peligrosos; los inyectables de depósito no son recomendados para mujeres jóvenes porque producen alteraciones hormonales; y hasta ahora las operaciones parece que no tienen contraindicaciones más que la psicológica porque frustran lo que se supone es la función básica de la mujer: la maternidad." (171)

De los métodos quirúrgicos como son: la salpingoclasia y la vasectomía, es la salpingoclasia sobre la que se han centrado los médicos, sin tomar en cuenta diversos factores como el estado emocional de la mujer, el número de hijos, si desea tener más, etc.* Sin embargo, a pesar de ser una decisión compleja algunas veces se efectúa solo con el consentimiento del esposo o en el caso de mujeres mar--

* "De 1976 a la fecha, un millón de mujeres han sido esterilizadas - y muchas de ellas no saben que no volverán a tener hijos. El programa de esterilización está dirigido especialmente a los sectores marginales." Consultar: Jiménez. "Mujer y reunión nacional de mujeres del MUP". en: Folleto CONAMUP. 1983.p.8.

170 Dowie, Mark. "El crimen transnacional del siglo" en revista: Contextos. 1984-1.p.31.

171 Jornada. 5 de diciembre de 1984.p.17.

ginales: campesinas, asalariadas, etc., sin previo aviso se les practica la operación.

"La Encuesta Nacional Demográfica de México en 1982 muestra que en un 4 % de las mujeres esterilizadas dijeron que empleaban el método para espaciar los nacimientos. Una de las interrogantes que se plantean ante estas informaciones es si las mujeres y sus parejas han sido informadas exhaustivamente respecto de la irreversibilidad del procedimiento anticonceptivo: otra es si la opción definitiva se plantea en el momento oportuno que garantice a las mujeres una decisión libre y fuera de los dolores y angustias que genera el trabajo de parto." (172)

Los anticonceptivos se venden libremente en las farmacias e incluso se encuentran en los mostradores sin tomar en cuenta que para que sean adquiridos deben considerarse las necesidades específicas de cada mujer, pues de otra manera se corre el riesgo de causar enfermedades iatrogénicas a las mujeres que los usan e incluso a sus futuros hijos.

Otro punto importante es el de la coexistencia de los anticonceptivos y la penalización del aborto. En el caso de que una mujer este amparada por la planificación familiar y el método anticonceptivo empleado falle, debe recurrir al aborto clandestino del cual miles y miles de mujeres mueren al año, pues la ley no la ampara.

Los testimonios de las mujeres en torno a sus experiencias con la práctica médica hablan de un poder médico ejercido hacia ellas. Nos mencionan amenazas, hospitales saturados, abusos y escasez de relaciones humanas fundamentalmente.

" Margarita: A mí me pusieron el dispositivo sin avisar, - cuando tuve el primer niño. Le reclame al médico y me dijo que era por órdenes del presidente de la República, y porque a las mujeres si les dan las pastillas las hacen a un lado y salen con su panza y no me lo quisieron quitar. Esto sucedió en la clínica 8 del IMSS, en río Magdalena. También me dijo que sí me lo quitaba en otro lado, me arraban las trompas o me sacaban la matriz. Si se embarazá -me dijo el doctor- aquí tenemos su expediente y le quitamos la matriz."

"Lupe: Yo me fui a aliviar al Hospital de la Mujer y ahí me sacaron la matriz, sin decirme nada. Después me dijeron que tenía cáncer y que por eso me la tuvieron que --- quitar."

"Dolores: Mi hermana es trabajadora social del Seguro. -- Ella tuvo un aborto y por eso decidió ponerse el dispositivo para recuperarse y volver a encargar. Luego no le quisieron quitar el aparato aunque habían pasado tres años; - le dijeron que estaba encarnado y que tenía que ir a un - médico particular si se lo quería quitar."

(173)

Existe una droga semejante a la Depo-Provera, que se estuvo experimentando hace 2 años por parte del Instituto Nacional de la Nutrición, a continuación ilustramos dos experiencias sobre la utilización de dicha droga.

"Me dijeron que podría contribuir a la ciencia, sobre todo - si yo me preocupaba por las mujeres. Asistí con un médico - y me inyectaron. Me dijeron que el efecto duraría tres meses y que no habría problemas. Me pagaron - en noviembre de 1983 - 12 mil pesos. Yo estudio trabajo social y los necesitaba. Otras mujeres del barrio hicieron lo mismo."

" Al principio me dolía la cabeza. Después empecé a darme -- cuenta que la regla no me bajaba. Durante ocho años estuve sin ella. No me han dicho qué es lo que podría pasarme. No sé si los efectos para las demás fueron iguales, pero sé -- que a muchas tampoco les bajó. Ahora ya no he vuelto al sitio, donde sé que el experimento continua." (174)

173 Testimonios tomados del periódico La Jornada, 5 de diciembre de 1984.p. 18.

174 Testimonios...Ibid.p. 17.

Aunque no existe una organización que abarque a amplios grupos de mujeres que manifiesten respuestas concretas al control médico -- sí existen brotes de organización, ejemplo de esto es la siguiente cita en torno a un cuadernillo que difundía en 1985, la Red Nacional de Mujeres.

"... aunque en la TV aparece un médico platicando amablemente con una pareja para planificar la familia, en realidad la -- mayoría de las mujeres tienen experiencias dolorosas, tristes y denigrantes del servicio que reciben en estas instituciones. En primer lugar no se da una información clara y veraz de las ventajas y daños o problemas que puede tener una mujer al usar tal o cual anticonceptivo, si se ha usado durante años la inyección Depo-Provera que puede causar la --- muerte además de muchos otros problemas y las mujeres, no están informadas de esto, en segundo lugar, y en parte por esta falta de información, las mujeres no deciden libremente -- cuándo controlarse, cómo y con qué, sino que los médicos presionan, engañan y hasta deciden por ellas. Así, la operación de las trompas se practica ahora en muchas mujeres sin advertirle que es un método definitivo que esteriliza, o bien las presionan para que se esterilicen o usen anticonceptivos durante el parto. En tercer lugar, el trato que se recibe es de gradante, en la mayoría de los casos regañan a las mujeres -- cuando no aceptan usar anticonceptivos, o las lastiman al colocar un dispositivo, etc.

Ciertamente, el uso de anticonceptivos que permitan a las mujeres controlar los embarazos cuando ellas lo deseen, es un derecho que todas poseemos; pero no es aceptable de ninguna manera la imposición de las instituciones para usarlos. Por -- eso, es importante una educación sexual para hombres y mujeres que comience desde la infancia, de modo que más tarde se asuman con libertad y responsabilidad mutua, tanto la decisión de tener hijos, como la de usar anticonceptivos.

Las actuales políticas de población, chocan con las anteriores que fomentaban la procreación de familias numerosas -- para tener más trabajadores del campo y la ciudad, premiaban a las mujeres que tenían más hijos y hacían sentir a la mujer que su único papel en la sociedad era ser madre.

Las mujeres no tenemos porque aceptar ni las políticas de población que pretenden empequeñecer a la familia, ni a las que proponen acrecentarla, sino decidir de acuerdo a nuestros propios intereses y deseos cuándo y cuántos hijos queremos tener." (175)

La cita anterior resulta sumamente ilustrativa en torno al ---- poder médico y problemática similar que la mujer resiente sobre su cuerpo y mente.

Así como existen brotes de organización femenina, también diversos grupos sociales con cierta organización crean formas de comunicar los problemas que les atañe en lo cotidiano, ejemplo de -- ello es el periódico que publica el barrio de Tepito, que ya varias veces ha dedicado un buen espacio a lo que es la planificación familiar y sus principales ejecutores. los médicos; también revistas o boletines de la CONAMUP, etc.

Como podemos apreciar, la situación actual, no dista mucho de -- lo que sucedía hace algunos años en Estados Unidos o en otros países, donde el control médico se afirmaría en un principio, solo -- que ahora su poder se ha extendido más allá.

"Este grupo de profesionales se apropió de todas las conquistas logradas en el campo de la reproducción y en el ámbito sexual: hoy en día controlan el aborto y prácticamente todos los métodos anticonceptivos." (176)

Las mujeres asalariadas y las que no lo son, pero poseen pocos recursos económicos: campesinas, de barrios marginales, etc., siguen siendo tratadas más como problema de salud pública que como seres humanos: hacia ellas se crean centros de planificación familiar, para evitar enfermedades venéreas, pero ningún centro de --- atención barato e integral. Estos centros no están estructuralmente creados para escuchar a las mujeres sus problemáticas, aunado a chequeos anuales de 15 minutos, etc. de lo cual se tiene como consecuencia maltrato del doctor a la paciente y enfermedades iatrogénicas

cas.

Nos atreveríamos a decir tentativamente, que la ciencia médica ---
ca junto con su práctica, es un poderoso instrumento de control so-
cial que ha ocupado el lugar de la religión como principal sosten
de la ideología sexista que refuerza el rol social impuesto a la -
mujer, pues su poder solo se basa en la credibilidad de su supues-
ta base científica y de ahí toda su práctica legitimada sobre los
cuerpos.

"El poder médico detenta una autoridad especial que le per-
mite decidir quién está enfermo y quién sano, quién es ap-
to y quién no lo es. La supuesta base científica en la --
que se apoya, le da a sus juicios cierta credibilidad, --
aunque, éstos poco tienen que ver con la biología."

(177)

5 CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES.

La salud y la enfermedad son dos partes de un mismo proceso que es eminentemente social. El proceso salud/enfermedad se encuentra determinado históricamente y cada clase social se enferma de distinta forma, pero también cada sexo, en función de su anatomía la cual se utiliza conforme a la asignación de géneros.

La concepción de salud y enfermedad ha variado a lo largo de la historia dependiendo de cada formación social. La moderna medicina científica nace a fines del siglo XVIII, sus orígenes son fundamentalmente en Europa y de ahí se extenderán al pensamiento dominante en América. Se distinguen 3 conformaciones importantes de dicha medicina: primeramente la llamada Medicina de Estado en Alemania, posteriormente la Medicina Urbana en Francia y finalmente la Medicina de la Fuerza de Trabajo en Inglaterra.

La medicalización de los hospitales en Europa durante el siglo XVIII será un antecedente importante para la extensión del saber médico en ámbitos como hospitales, clínicas, etc. El hospital se constituye además de un lugar de "cura", también en un lugar de registro, y de adquisición de conocimientos institucionalizados vía una práctica concreta. Durante el siglo XIX, la clínica aparece como una dimensión necesaria del hospital, pues es ahí donde se capacita y transmite el saber médico jerarquizado.

Al interior de la división social del trabajo, en el ámbito tradicional, le corresponde actualmente a los médicos el prevenir y curar las "enfermedades", lo cual se estructura en una práctica médica no ajena al contexto social en que se desenvuelve. El paciente se torna funcional a la dominación por parte del médico, cuando sus

"demandas" se limitan al mero consumo médico. Dependiendo del -- bagaje cultural que cada paciente posea, dependerá la relación que establezca con el médico, pues el no utilizar categorías de pensa-- miento similares, ayudan a fortalecer el distanciamiento entre médi-- co y paciente. El doctor posee un poder sobre el enfermo cada vez - mayor, a diferencia que lo ejerce sobre el proceso de salud/enferme-- dad.

El modo de producción "Comunidad Doméstica" ha existido desde an-- tes de la conformación de la propiedad privada, éste garantiza y ha garantizado la reproducción de la fuerza de trabajo a lo largo de = la historia.

Todos los modos de producción se han sostenido a través de la -- Comunidad Doméstica y por ende vía el Patriarcado.

La Comunidad Doméstica centra su opresión sobre los requerimien-- tos y material humano para garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo: las mujeres.

La producción y reproducción de la fuerza de trabajo genera plus-- valía. La extracción de plusvalía se da fundamentalmente a través - de la represión de la sexualidad, graduando ésta dependiendo de los requerimientos de las necesidades de nuestra sociedad, ya sea pro-- duciendo más o menos población.

La política demográfica en México ha sido hasta antes de los --- años 70's, fundamentalmente pronatalista. Esto se ha traducido en - una gran valoración de la producción de la fuerza de trabajo, en lo cotidiano: el "ser madre".

El "ser madre" ha sido sinónimo de "ser mujer", ésto ha generado un choque con la política demográfica actual que plantea disminuir la población.

El objetivo de la política demográfica actual, es lograr que la población crezca a un ritmo más lento, de manera tal que disminuyan las presiones sobre el sistema económico y sobre el Estado en la demanda de empleos, servicios de salud, educación, vivienda, etc.

La política se basa en el supuesto de que al disminuir el número de hijos por familia, aumenten los niveles de consumo individuales y el bienestar familiar. A través de la política demográfica, la familia es la que se encargará de sacar adelante a la población dependiente: niños, ancianos, etc., el Estado solo será un subsidiario - en tareas que de acuerdo a los planteamientos - quedan delimitadas en un ámbito público y en un ámbito privado o familiar.

Las condiciones sociales, sexuales, culturales, familiares y productivas, se traducen en elementos enfermantemente diferenciales para las mujeres que son las que predominantemente se desenvuelven en el ámbito de lo doméstico. Dichas condiciones no son tomadas en cuenta por el médico tradicional pues lo social no es considerado, ya que dentro de su formación profesional solo interesa lo biológico en -- una relación de causa y efecto. En la planificación familiar se reconoce el supuesto formal y no real, de elegir libremente entre procrear o no; la decisión incumbe de igual manera al hombre como a la mujer. La base de la sociedad capitalista y patriarcal queda intocable: la familia. La disminución de población se centra fundamentalmente a través del ejercicio de la práctica médica. Las políticas -

de población se han centrado siempre -sean implícitas o explícitas- en los cuerpos de las mujeres.

La extracción de plusvalía de la fuerza de trabajo propia del -- capitalismo cobra concreción en el cuerpo humano. La extracción de plusvalía será distinta en cada cuerpo dependiendo de la clase y el sexo; en las mujeres la extracción se dará a través del trabajo doméstico y de la producción de la fuerza de trabajo(hijos). Dicha - extracción genera un rígido control por parte de las instituciones médicas hacia el cuerpo de la mujer por ser sujeto a control por -- parte de la economía de la producción y de la ciencia, generando -- muchas veces enfermedades iatrogénicas.

El médico se ha valido de su poder sobre el cuerpo de la mujer - para controlar el crecimiento poblacional, centrándose en la sexualidad genital a través de los anticonceptivos.

Existe una desvalorización de hecho y simbólica, de la función - materna a través del discurso de la planificación familiar que entra en contradicción con lo que hasta hace unos años- y todavía hoy en muchos sectores- se consideraba la razón de ser de la mujer, y - justificación del ejercicio de la sexualidad femenina. Esto trae -- aparejado un conflicto en la propia mujer y quienes le rodean.

El descenso de la fecundidad no se ha realizado a través de un - mayor conocimiento de la mujer de su anatomía, de su fisiología, de su capacidad reproductiva y de la localización de sus zonas eróge-- nas; la mujer no ha logrado apropiarse del saber y la práctica en - torno a su cuerpo, ha sido la tecnología la que se ha impuesto vía el poder médico.

Las mujeres dependen de la tecnología médica para poder ejercer algunas de las más elementales y básicas libertades que tienen v.gr. libertad para evitar embarazos no deseados, etc. Esta dependencia de la tecnología, hace del sistema médico - como fuente de - la ideología sexista - un instrumento aún más poderoso.

De esta manera, el sexismo sofisticado se hace pasar por teoría médica. Debemos de reflexionar si la dependencia de la mujer al sistema médico es una necesidad biológica y/o un artificio social.

El eje del problema no es la biología de la mujer, no es el cuerpo, pero sí la forma socialmente determinada con la que se apoderan: el poder en todas las formas en que puede afectar; el rol sexual asignado a la mujer determina su estado de salud y no, su biología. La medicina sólo ratifica esta concepción al considerar - que la mujer se rige por su "destino biológico".

En la medida en que los grupos sociales oprimidos por la práctica médica dominante logren cierto grado de madurez en cuanto organización, es posible exigir demandas concretas.

La mujer debe exigir: información clara y veraz sobre las ventajas y daños de los anticonceptivos, libertad de elección para decidir sobre éstos, un servicio humanizado y respetuoso en los centros de salud, aborto libre y gratuito, no a la esterilización forzada, no a las políticas de población que no respeten la decisión de las mujeres.

El rol de un "nuevo médico", de un ginecólogo, debe ser el de encauzarse hacia las modificaciones del ambiente para adaptarlo a las exigencias de las personas como demandantes de un grupo o gru-

pos sociales (mujeres por ejemplo). Debe ser un transformador social que coadyuve a que ya no prevalezcan las razones económicas sobre las humanas.

Es necesario crear los medios para que la mujer obtenga las condiciones propicias para apropiarse de su cuerpo y controlarlo para su beneficio, dejando de estar sujeta a las políticas demográficas del momento, asimismo es preciso presionar al Estado para exigir -- que cree los servicios necesarios de tal manera que la mujer pueda integrarse al desarrollo del país, así como conseguir un desarrollo integral, mientras sus hijos- en el caso de existir- reciben cuidado y atención.

Un verdadero movimiento feminista en pro de la salud debe reconocer los parecidos biológicos entre mujeres, pero aceptando la diversidad de prioridades.

El ginecólogo - como estudioso del cuerpo femenino - debe ser -- un mero orientador en el autoconocimiento del cuerpo, pues que mejor la propia persona para conocerse y amarse.

Es indispensable la creación de talleres vivenciales de mujeres, en donde a través de dinámicas grupales se fortalezca la confianza para hablar sobre temas en torno al cuerpo y reconocerse a sí mismas: creando una conciencia de ser mujer y de las ventajas en torno al autoconocimiento y autocontrol. A continuación se presenta el documento íntegro de la propuesta para crear un taller de auto-ayuda hecho por mujeres y para mujeres.

*Que actualmente se está realizando y desde hace 9 meses en el Museo Universitario del Chopo.

TALLER DE " POLITICA SEXUAL "

La dimensión sexual es inherente al ser humano, el cual es una - entidad biopsicosocial; así hablar de sexualidad implica hablar del ser humano que es, piensa e interactúa con otros seres humanos que también son, piensan e interactúan, relacionándose entre ellos.

Para un desarrollo integral del ser humano debe considerarse dicha dimensión. La Organización Mundial de la Salud(OMS), considera que la salud sexual es parte ineludible del concepto integral de salud, expresado éste último como el completo estado de bienestar - físico, psicológico y social del individuo.

Sin embargo sobre la sexualidad existe un decreto de prohibición, inexistencia y mutismo; pues si bien es un lugar común hablar sobre violencia, criminalidad, etc., de sexualidad no puede hablarse. --- ¿Qué nos ha hecho nuestra sexualidad para poder tratarla así?. Sobre la sexualidad se ejerce un poder puesto que los sujetos o las instituciones imponen su voluntad a través de la coacción o de la ideología; haciendo creer que la sexualidad para poder existir debe circunscribirse a la reproducción, a las ganancias o al sexo como mercancia.

A la reproducción puesto que ella reproduce la fuerza de trabajo necesaria para la supervivencia de los sistemas (futuros trabajadores o consumidores) ; circunscrita a las ganancias cuando la sexualidad es el medio de subsistencia y de retribuciones para algunos, y se instalan espacios físicos como el burdel y el consultorio del psicoanalista, donde se reciben retribuciones los primeros por "permitir" el ejercicio de ciertas prácticas sexuales, y los segundos - por alquilar sus oídos y escuchar confidencias sexuales; o bien ---

cuando la sexualidad se convierte en mercancía para promover y vender productos de consumo.

De esta manera, la sexualidad se dicotomiza en "legítima e ilegítima" tanto en el plano del discurso teórico como en su ejercicio práctico, pues se le limita a espacios socialmente asignados: burdel, consultorio, manicomio, matrimonio; pero también se le imponen límites temporales, es decir a determinadas edades se decide que los cuerpos humanos ya tienen sexualidad, generalmente sucede cuando entran a la adolescencia - nótese la estrecha relación edad-reproducción -, de esta manera, a los niños igual que a los ancianos se les niega una sexualidad. Debe señalarse que se niega toda vez que no vaya orientada a la reproducción a todas las edades.

Así la sexualidad se circunscribe " O a los circuitos de la producción o al menos a los de la ganancia." (1)

La represión sexual y sus sutiles matices van a expresarse en la vida en general del individuo y tanto en el discurso - conocimiento como en su ejercicio.

Empero la elaboración de conocimiento no debe circuncribirse -- solo a nivel formal sino a los espacios socialmente asignados.

Reconocer que los individuos tienen derecho a la educación implica que también tienen derecho a una educación de la sexualidad. Derecho que se enfatiza dado que coadyuva a lograr una salud sexual - entendida como " la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y que realcen la personalidad, la comunicación

(1) Foucault, M. Historia de la Sexualidad. La voluntad de saber.

y el amor." (2)

El derecho a recibir una educación de la sexualidad libre de prejuicios, mitos y tabúes - de conocer el cuerpo y la sexualidad en forma objetiva -, no es satisfecho tampoco por lo que respecta al nivel de la educación formal, pues la currícula de los profesionales de la salud: médicos, psiquiatras y psicólogos carecen de materias o actividades instruccionales que traten sobre la sexualidad humana - a excepción de la facultad de Psicología, UNAM. Cabe señalar que existen otras instituciones interesadas en el estudio de la sexualidad como: Ames, Imesex, Cora : No obstante a ellas no tiene acceso la población en general, sino únicamente aquellas personas interesadas en convertirse en educadores sexuales.

El nivel educativo no formal puede ser una alternativa para proporcionar información sexual, así como la revisión de las actitudes y conductas sobre la sexualidad. Este nivel puede ser alternativa a la educación de la sexualidad de la población en general, es decir, de personas que no quieren ser educadores sexuales profesionales aunque de hecho en nuestra cotidianidad cada uno de nosotros es un educador sexual a nivel informal; pues en nuestras relaciones interpersonales con otros seres sexuados intercambiamos información y aspectos emocionales y psicológicos respecto de la sexualidad, es decir, información y formación; información, emoción para llegar a la producción de un conocimiento. Con este intercambio nos erigimos sin quererlo en educadores sexuales de nuestros hijos, alumnos, etc., educadores sexuales informales impregnados de una gran carga valorativa de la sexualidad.

(2) Alvarez Gayou, J.L. Mujer y Sexualidad. Un punto de vista sexológico, en PEM, año 8 No. 41 Agosto- Septiembre 1985.

Al considerar a las personas como unidades biopsicosociales implica que debe estudiarse su sexualidad tanto en sus aspectos físicos, emocionales, intelectuales y sociales, debe entenderse a la educación de la sexualidad en un sentido amplio, este no debe constituirse en la exposición meramente informativa de la sexualidad, si no que debe tener un carácter formativo, es decir, debe manejarse además de la información, los sentimientos, los valores, actitudes y creencias; esto supone una concepción amplia. Entendiéndose por "Educación" la acción ejercida por las generaciones adultas sobre aquellas que aún no están maduras para la vida social. Tiene por objeto suscitar y desarrollar en el niño cierto número de estados básicos, intelectuales y morales, que exigen de él la sociedad política en su conjunto y el medio especial al que está particularmente destinado." (3)

Retomando lo señalado de que la educación de la sexualidad debe contemplar valores, conceptos, actitudes, etc., exige por lo tanto, una nueva relación educador-educando, donde el flujo de la información no sea en un solo sentido y a través de exposiciones magistrales.

Esta relación así establecida supone una concepción del proceso enseñanza-aprendizaje mecánica, pues unos sujetos (educadores) son los activos y los otros pasivos (los educandos); unos poseen el saber y los otros son "ignorantes" y son concebidos como recipientes o vasijas a ser llenadas por conceptos e informaciones del educador. Esta concepción bancaria de educación implica que ésta es "el

(3) Durkheim, E. Educación y Sociología.

acto de depositar, transferir, de transmitir valores y conocimientos." (4)

Por otro lado, recordando que el conocimiento no es únicamente - saber- y en el caso de la sexualidad, conocimiento de la sexualidad- sino la unidad del aspecto objetivo y subjetivo "la experiencia o emoción es la experiencia de algo, es decir, también el saber de algo" (5), por lo que implica que el saber de la sexualidad" debe incluir el enfoque personal - que refleje y tome en consideración- la experiencia, actitudes, creencias, puntos de vista y valores de personas, de tradiciones culturales y familiares diferentes" (6). Lo--
grar esto requiere de una relación diferente entre educador-educan--do, dado que el tema es la sexualidad. De la misma manera en que ---
Rubin propone la enseñanza de las Ciencias Políticas, puede hacerse el estudio de la sexualidad, dice "no sentimos la necesidad de adoctrinar a todos los estudiantes...Más bien tratamos de enseñarles --
las capacidades y actitudes que necesitan para tomar decisiones inteligentes como adultos cuando se enfrenten a un mundo cambiante y con una variedad de alternativas." (7)

Un enfoque tal significa un enfoque participativo, donde los sujetos sean activos en su formación; donde sean las fuentes y medios de conocimiento, de información. Los sujetos buscan la información movidos por intereses y afectos "toda emoción o experiencia encie--
rra o incluye la faceta del saber como algo que le es subordinado. A pesar de ello, el saber, incluso el más abstracto puede convertir

(4) Freire, P. Pedagogía del oprimido.

(5) Rubinstein, S.L. Principios de Psicología General.

(6) Morrison E., Borosage, V. Human Sexuality: Contemporary Perspectives.

(7) Rubin, I. Transition in sex values. Implications for the Education of Adolescent.

se en la más profunda emoción o experiencia personal." (8)

Además de la información (conocimientos, conceptos), interviene pues la afectividad como elemento importante: es ésta afectividad - la que se pone en movimiento frente a la información, "la afectividad se moviliza frente a determinado material que le es aportado al sujeto, pero a su vez también ella interviene en la búsqueda de nuevo material para lograr satisfacción (epistemofilia), aunque a veces se frustra en esa búsqueda" (9). Esto es, ante una información el sujeto no permanece pasivo, la información no es copiada, reflejada, - sino que en la conciencia del sujeto se efectúa además de la percepción, reflejo y reflexión, una "relación y valoración, reconocimiento y repulsión, afirmación y negación, aspiración y rechazo." (10)

En este interjuego de información y afectividad por parte de los sujetos involucrados, cada cual con su información y afectividad lo que propicia la posibilidad de crear nuevos elementos transformando lo dado, o que lo dado se convierta en instrumento de búsqueda. (11)

De tal manera que no podemos separar información, emoción y producción ya que en el trabajo grupal estos tres elementos integran - una unidad dinámica. "Los miembros del grupo se complementan entre sí y logran una experiencia que despierta el interés por la investigación y la búsqueda común de soluciones a problemas concretos que los lleven a una transformación de la realidad." (12)

(8) Rubinstein, S.L. op.cit.

(9) Bauleo, A. Ideología, grupo y familia.

(10) Rubinstein, S.L. op.cit.

(11) Bauleo, A. op.cit.

(12) Chehaybar, E. Técnicas para el aprendizaje grupal (grupos numerosos).

Asimismo, se indicó que el estudio de la sexualidad requiere --- considerar los sentimientos, emociones, valores, etc. Y debe tomarse en cuenta que en la sexualidad existe una variedad de sistemas de - valores sexuales, y que la educación de la sexualidad no trata de - unificarlos, pero si de explorarlos para tener claridad sobre ellos, así como de confrontarlos con los de otros(as) para reconocer la -- existencia de otros valores.

Lograr una educación que oriente a los sujetos hacia la libertad, educación liberadora sobre todo respecto a la sexualidad implica -- que a los sujetos de aprendizaje que interactúan para compartir valores, sean concebidos como seres sociales y por lo tanto integrantes de grupos que tiene cada cual sus propios valores, normas, etc. que los sujetos hacen suyos; esta interacción les permite buscar el abordaje y la transformación del conocimiento de la sexualidad desde la perspectiva grupal.

Debido a que los sujetos quieren ser productivos, aportan sus experiencias concretas, experiencias sobre su sexualidad a partir de las cuales se toma conciencia de la falta de libertad que de ella - se tiene; experiencias concretas a partir de las cuales se derivan afirmaciones: se vincula la teoría con la práctica.

Una pedagogía que libera a la sexualidad es una pedagogía del -- oprimido, como una "pedagogía humanista y liberadora, tendrá, pues dos momentos distintos aunque interrelacionados. El primero en el - cual los oprimidos van descubriendo el mundo de la opresión y se -- van comprometiendo, en la praxis con su transformación y, el segundo, en que una vez transformada la realidad opresora, ésta pedagoge-- gía deja de ser del oprimido y pasa a ser la pedagogía de los hom--

bres en proceso de permanente liberación." (13)

El aprendizaje grupal se convierte en la experiencia didáctica - con la que es posible alcanzar lo enunciado. Es decir, con las técnicas de las dinámicas vivenciales - grupales -, se puede lograr lo expuesto anteriormente: El aprendizaje grupal de cualquier contenido.

Es importante destacar "el valor educativo del vínculo interpersonal, puesto que los seres humanos se educan en el diálogo, compartiendo y discutiendo sobre el saber, socializando sus conocimientos y aprendiendo por medio de la crítica." (14)

Así a través del taller, se plantea aumentar la conciencia sobre la salud física y mental, la sexualidad, la posición de la mujer en la sociedad y las alternativas existentes o por crearse, tanto por medio de las experiencias, vivencias e información compartidas como a través de un mayor conocimiento de uno mismo que es facilitado -- por las prácticas de dinámicas de grupo. El aprendizaje es vivencial por lo que permite conocerse profundamente, así como a los demás participantes, aclarar ideas y valores por medio de la confrontación en un ambiente de aceptación y respeto, identificar y liberarse de tradiciones, prejuicios, miedos y culpas que limitan un desarrollo libre y llegar a ser plenamente una misma.

(13) Freire, P. op. cit.

(14) Santoyo, R. En torno al concepto de interacción.

OBJETIVOS DEL TALLER

Formar más que informar sobre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad humana, para ubicarlos en la dimensión social que le corresponde.

Proporcionar elementos científicos de la sexualidad para desmitificarla, desprejuiciarla, eliminando los tabúes en torno a ella - para vivirla en una forma libre, plena, gozosa y humana.

Crear una mayor conciencia sobre la salud física y mental, y acerca de la posición de la mujer en la sociedad y las alternativas posibles.

DIRIGIDO A:

Cualquier persona interesada que se inscriba en el Museo Universitario del Chepo sin importar grado académico.

TEMARIO:

Se toma como base la aproximación IMESEX, complementando la perspectiva por los enfoques de formación de las coordinadoras: antropológico, sociológico, psicológico y feminista.

NIVEL DEL TALLER:

Introducción de tipo informativo, formativo y actitudinal.

DESCRIPCION DEL TALLER:

El taller "Política Sexual" está constituido por dos niveles: --

Nivel Básico, que se imparte durante el período Agosto-Diciembre de los talleres del Museo Universitario del Chopo.

Nivel Secundario, impartido durante el período Febrero-Mayo de los talleres que el Museo proporciona.

Ambos niveles son introductorios, y cada uno con diferentes temas.

TECNICAS DIDACTICAS:

Varían según sea el tema a tratar: en general pueden agruparse en: Análisis de contenido, Brainstorm, discusión, sociodramas, creaciones colectivas de collages, de estatuas, Role playing, etc. (dinámicas de grupos en general); masajes, técnicas de relajación, etc.

BIBLIOGRAFIA:

Se incluye en mecanogramas que se entregarán a los asistentes -- conforme se vaya viendo el tema. Los mecanogramas son elaborados por las coordinadoras tomando como base diversas bibliografías sexológica y feminista.

RECURSOS MATERIALES:

Dado el carácter de la actividad: taller, es importante contar con material para construcción, ya que los participantes son activos más que pasivos. Se requiere de :

Marcadores de colores

Papel Manila

Maskin Tape

Plastilina

Hojas blancas

Lápices

Colores y/o crayolas

Material de desecho

Tiras de trapos

Maquillaje

Resistol

Tijeras

EVALUACION:

La participación de los asistentes es de suma importancia para - trabajar el aspecto actitudinal.

Al inicio del taller se realiza una evaluación diagnóstica con el fin de detectar la homogeneidad o heterogeneidad del grupo. No tiene ningún peso más que el de obtener un diagnóstico. Se utiliza un pre-test como Estrategia Preinstruccional, ya que además de dar un diagnóstico sirve para alertar a las asistentes hacia el material que - verán.

TALLER

NIVEL BASICO

UNIDADES:

- 1.- Encuadre:
Presentación de los asistentes, coordinadoras y taller.
- 2.- Autoimagen.
- 3.- Desarrollo psicosexual y social en la infancia.
- 4.- Desarrollo psicosexual y social en la adolescencia.
(Aspectos, biológicos, psicológicos y sociales)
- 5.- Política sexual.
- 6.- Canales de socialización de la sexualidad .
(Roles sexuales)
- 7.- Organos sexuales y mecanismos hormonales.
- 8.- Respuesta sexual humana.
- 9.- Rupturas sexuales.
- 10.- Expresiones de la sexualidad.
- 11.- Concepción, embarazo y parto.
- 12.- Anticoncepción. Aspectos psicosociales de la decisión maternidad- paternidad.
- 13.- Aborto: Técnica y procedimiento. Aspectos psicológicos, sociales y legales.
- 14.- Cuerpo y salud. Nutrición, stress, etc.
- 15.- Enfermedades sexualmente transmisibles.
- 16.- Autoexamen.

TALLER

NIVEL SECUNDARIO

UNIDADES:

- 1.- Encuadre.
- 2.- Clarificación de valores sexuales personales.
- 3.- Comunicación y asertividad. La autoestima.
- 4.- Bisexualidad, Heterosexualidad y Homosexualidad.
- 5.- La pareja y la no pareja.
- 6.- Amistad.
- 7.- Celos, Fidelidad/Infidelidad.
- 8.- Autoestima.
- 9.- Sexualidad y vejez.
- 10.- Violencia y violación, auto-defensa.
- 11.- Salud mental.
- 12.- Violencia y prostitución.
- 13.- Vida cotidiana y Trabajo Doméstico.
- 14.- Mujer y organización.
- 15.- Estilos de vida.
- 16.- Reflexiones, alternativas y proyectos.

BIBLIOGRAFIA

LIBROS

- 1) Andreas, Guha Anton.
Moral Sexual Y Represión Social.
Gedisa. España. 1977.
- 2) Artous, Antoine.
Los orígenes de la opresión de la mujer.
Fontamara. España. 1982.
- 3) Barbieri, Teresita de.
Mujeres y Vida Cotidiana.
Sep/80. FCE. México. 1984.
- 4) Bassaglia, Franca.
Mujer, Locura y Sociedad.
Universidad Autónoma de Puebla. México. 1985.
- 5) Berlinguer, Giovanni.
Medicina y Política.
Círculo de Estudios. México. 1977.
- 6) Beltanski, Luc.
Los usos sociales del cuerpo.
Colecc. Política y Sociedad. Ediciones Periferia. España. 1980.
- 7) Barsetti, Errázuriz, Filgueira y otros.
Estructura Política y Políticas de Población.
Cuadernos del PISPAL, Col. de México. 1981.
- 8) Carrillo Flores, Antonio. (Coordinador)
Diálogos sobre población.
Col. de México. México. 1974.
- 9) Colectivo de Mujeres de Boston.
Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas. (Versión Española)
Icaria. España. 1980.
- 10) CONAPO
México Demográfico. Breviario. 1979.
México. 1979. -
- 11) CONAPO
Política Demográfica de México 1978-1982. Objetivos y Metas.
México. 1980./

- 12) Engels, Federico.
El origen de la familia, la propiedad privada y el estado.
Ediciones de Cultura Popular. México. 1974.
- 13) Falcón, Lidia; Benston, Margaret y otras.
La liberación de la Mujer. Año Cero.
Gedisa. España. 1977.
- 14) Firpo, R. (Coordinador)
Amor Familia Sexualidad.
Argot. España. 1984.
- 15) Foucault, Michel.
Historia de la Sexualidad. La voluntad de saber.
Siglo XXI. México. 1984.
- 16) Foucault, Michel.
El Nacimiento de la Clínica.
Siglo XXI. México. 1985.
- 17) Guzman, Carhota; Rivera, Mario.
Los Despobladores.
SPAUNAM. Talleres Impresos. México. 1976.
- 18) Halimi, Gisèle.
La causa de las mujeres.
Serie Popular Era 42. México. 1976.
- 19) Hellander, Nancy.
La Mujer. ¿Esclava de la historia o historia de esclava?
La Pléyade. Argentina. 1974.
- 20) Illich, Iván.
Némesis Médica. La expropiación de la salud.
Joaquín Mortiz. México. 1981.
- 21) IMSS
Planificación Familiar y Demografía Médica. Un enfoque multi-
disciplinario.
México. 1985.
- 22) Limnhoff, Ursula.
La homosexualidad femenina.
Anagrama. La Educación Sentimental 7. España 1981.
- 23) Lenzi, Carla.
La mujer clitorica y la mujer vaginal.
Anagrama. La Educación Sentimental 15. España. 1981.
- 24) Manieri, Rosaria.
Mujer y Capital.
Edit. Debate. Tribuna Feminista. España 1978.

- 25) Manisoff, Miriam.
Planeación Familiar: Guía para enfermeras.
Interamericana. México. 1976.
- 26) Marcuse, Hoy otros.
Calas en nuestro tiempo.
Icaria. España. 1976.
- 27) Marqués, Josep-Vicent.
No es natural (Para una sociología de la vida cotidiana).
Anagrama. Educación Sentimental 18. España. 1982.
- 28) Marx, Karl.
El Capital. Tomo I. Vol.3 Libro primero. El proceso de producción del capital.
Siglo XXI. México. 1982.
- 29) Meillassoux, Claude.
Mujeres, graneros y capitales.
Siglo XXI. México. 1984.
- 30) Miguel, Jesús M. de.
El Mito de la Inmaculada Concepción.
Anagrama. Educación Sentimental 13. España. 1979.
- 31) Millet, Kate.
Política Sexual.
Aguilar. México. 1975.
- 32) Mora, Fernando y Hersch, Paul.
Introducción a la medicina social y salud pública.
UAM. Xochimilco. Terra Nova. México. 1984.
- 33) Oakley, Ann.
La mujer discriminada: biología y sociedad.
Debate. Tribuna Femenista. España. 1977.
- 34) Pick de Weiss, Susan.
Un estudio social-psicológico de la planificación familiar.
Siglo XXI. México. 1979.
- 35) Rojas, Raúl.
Capitalismo y Enfermedad.
Folios Ediciones. México. 1985.
- 36) Rojas, Raúl.
Sociología Médica.
Folios Ediciones. México. 1983.
- 37) Timio, Mario.
Clases sociales y enfermedad.
Nueva Imagen. México. 1980.

REVISTAS Y FOLLETOS

- 1) Aceves, Dionisio y G. de Wit, Andres.
"El pediatra y la planificación familiar" en:
Salud Pública de México 6. 1975.
- 2) Barbieri, Teresita de.
"Las mujeres menos madres", en:
Revista Nueva Sociedad '75. La Calidad de Vida.
Costa Rica. 1985.
- 3) Barbieri, Teresita de.
"Una invitación a reflexionar sobre nuestros ancestros", en:
revista FEM 20. La mujer y la Iglesia. México. 1976.
- 4) Barbieri, Teresita de.
"Políticas de Población y la mujer. Antecedentes para su estudio", en : Revista Mexicana de Sociología. 1983.
- 5) Cabrera, Gustavo.
"Política Demográfica en México 1978- 1982: Objetivos y Metas,
en: revista del CONACYT. 1979.
- 6) CIDHAL
Guía de Salud para promotoras.
Morelos. 1985.
México.
- 7) Coale, Ansley.
"Crecimiento de la población y desarrollo económico: el caso
de México", en : Demografía y Economía. 1976.
- 8) CONAMUP.
"1er. encuentro nacional de mujeres del MUP", en:
Folleto CONAMUP. Durango, México. 1983.
- 9) Cordeiro, Hesio.
"Empresas Médicas: bases teóricas para el estudio de las ----
transformaciones capitalistas de la práctica médica", en :
Estudios Sociológicos. Vol.2. Num. 5 y 6.
Col. de México. 1984.
- 10) Dawie, Mark.
"El crimen transnacional del siglo", en :
Revista Contextos. 1984.
- 11) Ehrenrich, B.
Mujer y Ciencia, en:
Revisraa Viejo Tape 38. España.
- 12) Ehrenrich, B.
"Mujeres y Medicina", en : Mujeres y Medicina 1. De como fuimos perdiendo nuestros cuerpos...
Cardacci, Dora y Alvañez, Lourdes (Compiladoras).
UAM Xochimilco. 1980/

- 13) Revista FEM 17. Feminismo, cultura y política.
México. 1980.
- 14) Revista FEM 19. La mujer y los partidos políticos.
México. 1980.
- 15) Revista FEM 20. La mujer y la iglesia.
México. 1981.
- 16) Revista FEM 23. Feminismo movimiento internacional.
México. 1982.
- 17) Revista FEM 28. El matrimonio, opus II.
México 1983.
- 18) Revista FEM 35. Mujer y salud.
México. 1984.
- 19) Revista FEM 41. Cuerpo de Mujer.
México. 1985.
- 20) Revista FEM 43. Maternidad.
México. 1985.
- 21) Revista FEM 47. Mujer y Salud II.
México. 1986.
- 22) Fernández, Concepción.
"Producción y Reproducción", en :
FEM 23. México. 1982.
- 23) Fortunati, Leopoldina.
"La revolución del cuerpo", en :
FEM 19. México 1980.
- 24) Foucault, Michel.
"El Nacimiento de la Medicina Social", en :
Revista Foro Universitario 27. 1983.
- 25) Foucault, Michel.
"Incorporación del hospital en la tecnología moderna", en:
Educación Médica y Salud. v.12-1. 1978.
- 26) GomezJara, Francisco.
Multinacionales, anticonceptivos y política demográfica.
UNAM. Serie Ensayo 2. sin fecha.
- 27) Health Pac. Bulletin.
"Enfermeras: El sistema de salud y el capitalismo en México",
en: Revista de CIDHAL. 1979.

- 28) IMSS
Algunas consideraciones acerca del programa de planifica-
ción familiar. Folleto. 1985.
- 29) IMSS
100 preguntas y respuestas sobre Planificación Familiar.
Folleto. 1985.
- 30) IMSS
Entre Hombres.
Folleto. 1985.
- 31) IMSS
Nuestra Sexualidad.
Folleto. 1985.
- 32) Jiménez, I.
"Mujer y reunión mundial de población", en :
Periódico del POS. 31 de Agosto de 1984. México.
- 33) Kanoussi, Dora.
Los temas teóricos del feminismo en relación a la política.
Mecanograma. Sin fecha.
- 34) La Jornada (Periódico)
5 de diciembre de 1984.
- 35) Laurell, Cristina.
Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología
social. (Mecanograma). Sin fecha.
- 36) Leal, Luisa Ma.
Maternidad Voluntaria y los alcances del feminismo.
Ponencia en el CEESTEM. Marzo de 1982. Mecanograma.
- 37) Ley General de Población:
Edit. Libros. 1985.
- 38) Manjarrez, Jesús.
La maternidad y los alcances del feminismo.
Conferencia en el CEESTEM. Marzo de 1982. Mecanograma.
- 39) Maduro, Otto.
"Extracción de plusvalía, represión de la sexualidad y ca-
tolicismo en Latinoamérica", en :
Revista FEM 20. 1981.
- 40) Márquez, B. de.
"El proceso social en la formación de políticas: el caso de
la planificación familiar en México", en :
Estudios Sociológicos 5 y 6 . Col. de México. 1984.

- 41) Martí, Sacramento.
"La maternidad punto clave para una perspectiva feminista",
en: revista Viejo Topo 51. España 1981.
- 42) Naciones Unidas.
"Factores determinantes y consecuencias de las tendencias --
demográficas", en : Políticas Demográficas. Vol.1 1978.
- 43) Peña, Mónica.
"La esterilización en blanco y negro", en :
Revista ILET 30. FEMPRESS. Costa Rica. 1984.
- 44) Plan Global de Desarrollo 1980-1982.
Talleres de la Nación. México.
- 45) Plan Nacional de Planificación Familiar.
Talleres Gráficos de la Nación.
México. 1977.
- 46) Reuther, Rosemary.
"Dios, el gran patriarca", en :
Revista FEM 20. México. 1981.
- 47) Red Nacional de Mujeres.
En torno al 10 de mayo.
Folleto. México 1984.
- 48) Ríos, Henriette.
Desarrollo histórico-social del concepto salud-enfermedad.
Facultad de Medicina. UNAM. 1983. Mecanograma.
- 49) Seccombe, Wally.
"Marxismo y Demografía", en:
Revista Cuadernos Políticos 40.
México. 1984.
- 50) SSA
Programa Interinstitucional de Planificación Familiar 1983-1988.
- 51) Troncoso, Ramón.
Los medicamentos y la práctica médica.
Mecanograma. México. 1977.
- 52) Revista Viejo Topo 36.
España. 1979.
- 53) Revista Viejo Topo 38.
España 1979.
- 54) Revista Viejo Topo 42.
España 1980.