



**Maestría en Ciencias Sociales**

**La luz de Eva.  
Análisis desde la perspectiva de género del programa  
*Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses.*  
Hermosillo-Nogales.**

**Tesis para obtener el grado de  
Maestra en Ciencias Sociales  
con especialidad en Políticas Públicas.**

**Que presenta**

**Leyla Guadalupe Acedo Ung**

**Directora de tesis:  
Dra. Helene Balslev Clausen.**

**Hermosillo, Sonora.**

**Noviembre del 2005**

137881

EL COLEGIO DE SONORA  
BIBLIOTECA  
AVE. A OBREGON No. 54  
C.P. 83010 HERMOSILLO SONORA

<sup>T</sup>  
✓ 304.6097217  
A 1732

037878

01 1 NOV. 2005

## Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT, por su apoyo económico que permitió realizar mis estudios en Maestría. Al El Colegio de Sonora por cobijarme en sus instalaciones y brindarme la oportunidad enriquecer mis conocimientos en las ciencias sociales.

Al Consorcio Transfronterizo para la Investigación y Acción en Género y Salud en la Frontera México-Estados Unidos, por creer en mi proyecto y permitirme llevar a cabo buena parte de este trabajo a través de su apoyo económico.

A mi directora de tesis, Dra. Helene Balslev Clausen por brindarme la confianza de trabajar y crecer con ella, gracias por su paciencia, entusiasmo, impulso y enseñarme una bella cualidad del ser humano: la congruencia.

A mis lectoras, M. C. Carmen Castro Vásquez, por su infinita paciencia, orientación, recomendaciones, críticas y mejoras realizadas a este documento. A la Dra. Gloria Ciria Valdez, por su tiempo en la lectura de esta tesis.

Al M. C. Juan Poom Medina y M. C. Gabriela García F. por brindarme la oportunidad de emprender esta aventura, al personal administrativo de El Colegio de Sonora, especialmente a Rosario Estrella e Israel, quienes me brindaron su ayuda incondicional. A Raquel y Leonardo, por siempre tener un sí.

A Elodia y a el personal de de la Secretaría de Salud del Estado, que facilitaron la obtención de datos que sustentan el presente trabajo.

A mi familia, por entenderme y apoyarme. A Virginia, mi madre, quien sin saberlo me da fuerza y ánimo para seguir adelante en cada una de mis caídas y triunfos, por su paciencia y comprensión en mi revolución de ideas. Al papi choro, para el que nunca será tarde. Marimar “mi mugrosa” y Ricardo, por su tolerancia, aguante y compañía.

Al Marinero, Pável por creer y permanecer en la playa donde siempre se crean sueños y sobreviven las tormentas.

A la “Minina” Brenda, por compartir mucho más que casualidades de la vida, por ser mi amiga y nueva hermana. Al multicitado Edmundo “El lepito” y Jonathan “El cristiano” por su gran paciencia, consejos y amistad durante estos dos años.

A “Felipillo” Jesús, Fabiola, Edgar, Andres, Heidi y Rafa, fieles cómplices de ésta travesía. A Margarita por su “Juerza”, apoyo y compañía en los sinsabores y enseñanzas que genera el conocer una nueva perspectiva. A María Jesús por su tiempo.

A mis compañeros de especialidad: Tere, Ceci, Mario, Omar y Edgar, gracias por compartir los buenos y malos momentos, hicieron que todo valiera la pena. A mis

compañeros de generación. A los amig@s de siempre y a los que cansad@s de esperar,  
se quedaron en el camino.

Y a todas y cada una de las Evas dadoras de vida....creadoras de luz.

## Resumen

En los últimos años, se han impulsado políticas públicas tendientes a combatir la inequidad existente en la sociedad. En el año 2004, se implementó en el Estado de Sonora *Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses*, programa gubernamental dirigido a mujeres embarazadas de escasos recursos, cuyo objetivo primordial es la disminución de la morbimortalidad materna e infantil presentada en el Estado, fomentando el desarrollo humano, a través de la protección financiera.

Los discursos institucionales contribuyen en la aceptación y reproducción de determinadas comportamientos, actividades y creencias sociales que conforman la identidad de los géneros, teniendo la posibilidad de generar cambios en los mismos.

Debido a su capacidad reproductiva, tradicionalmente se asociada a la mujer como la responsable de la salud de los hijos y familia, asignándoseles una serie de funciones, sentimientos, actitudes, y cualidades que deben de cumplirse al ser madre. A pesar de los avances en cuanto al reconocimiento de la importancia de la salud de la mujer más allá de etapa reproductiva, algunos programas de salud continúan dirigiendo a la protección del binomio madre-hijo

Por lo que, esta investigación pretende realizar un análisis del programa a partir de una perspectiva de género, permitiendo conocer y profundizar en las repercusiones que esta política pública genera en la equidad social. Realizando un análisis integral para conocer las causas que incidieron en su diseño, así como las contribuciones que se han producido en las transformaciones de los estereotipos de género.

El estudio se desarrollo en dos unidades de salud de Hermosillo y Nogales, apoyado para su análisis en técnicas de cualitativas, como las de corte cuantitativo.

## Índice

|              |  |    |
|--------------|--|----|
| Introducción |  | 5  |
| Metodología  |  | 12 |
| Capítulo 1   | Políticas públicas y género  |    |
| 1.1          | Análisis de las políticas públicas   | 19 |
| 1.2          | El género en las políticas públicas  | 21 |
|              | 1.2.1 Las políticas públicas y la perspectiva de<br>de género en México                                    | 27 |
| 1.3          | Equidad de género en los sistemas de salud   | 32 |
| 1.4          | Saber (se) madre: la construcción social de la maternidad  | 34 |
|              | 1.4.1 El tipo de Eva: estereotipos femeninos   | 36 |
| Capítulo 2   | Muerte materno-infantil; inequidad en la salud pública   |    |
| 2.1.         | Salud Reproductiva   | 43 |
|              | 2.1.1 Salud de la mujer  | 45 |
|              | 2.1.2 Salud materno-infantil   | 47 |
| 2.2.         | Muerte materno-infantil  | 49 |
|              | 2.2.1 Antecedente internacionales  | 49 |
|              | 2.2.2 Muerte materno-infantil en México  | 50 |
|              | 2.2.3 Muerte materno-infantil en Sonora  | 54 |
| 2.3          | Marco Jurídico   | 56 |
|              | 2.3.1 Marco jurídico internacional   | 56 |
|              | 2.3.2 Marco jurídico nacional  | 57 |
|              | 2.3.3 Marco jurídico estatal   | 61 |
| Capítulo 3   | Programa <i>Bienvenida a todos los nuevos Sonorenses</i>   | 63 |
| 3.1          | El enfoque de trayectoria laboral  | 64 |
|              | 3.1.1 Antecedentes de programas nacionales<br>de Salud Reproductiva  | 65 |
|              | 3.1.2 Programa <i>Arranque parejo en la vida</i>   | 67 |
| 3.2          | Programas estatales de combate a la mortalidad materno-<br>infantil  | 68 |
|              | 3.2.1 Programa estatal <i>Bienvenida a todos los nuevos<br/>            Sonorenses</i>                     | 70 |
|              | Objetivo del programa  |    |
|              | Población Objetivo   |    |
|              | Modo de operación del programa   |    |
|              | Metas del programa   |    |
|              | Derechos, obligaciones y causas de<br>suspensión de beneficiarias  |    |
|              | Desarrollo de cobertura  |    |
| 3.3          | Por el bien de Eva: acciones promovidas por el programa<br><i>Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses</i> | 78 |

|            |   |     |
|------------|---|-----|
|            | Atención perinatal  |     |
|            | Club de embarazadas   |     |
|            | Video Con luz propia  |     |
|            | Estimulación temprana   |     |
| 3.4        | <i>Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses:</i><br>Innovaciones y expectativas   | 84  |
| Capítulo 4 | Análisis del programa   |     |
| 4.1        | Cobertura, objetivos y metas del programa   | 87  |
| 4.2        | Marco normativo   | 88  |
| 4.3        | Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses en Hermosillo  | 90  |
| 4.3.1      | Características socioeconómicas<br>de las participantes   | 91  |
| 4.4        | Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses en Nogales   | 93  |
| 4.4.1      | Características socioeconómicas<br>de las participantes   | 94  |
| 4.5        | Conocimiento del programa y atención a embarazadas  | 96  |
| 4.6        | Participación de pareja   | 98  |
| 4.7        | Club de embarazadas   | 106 |
| 4.7.1      | Percepción del persona encargado del<br>Club de embarazadas y Lactancia materna   | 110 |
| 4.7.2      | Percepción entre participantes del programa   | 112 |
| 4.8        | Planificación familiar  | 116 |
| 4.9        | Cambios de significado, conductas<br>y estereotipos de ser madre y padre<br>Cambios producidos en significados<br>y conductas de ser madre tras su ingreso al BNS<br>Cambios producidos en su identidad debido al<br>embarazo<br>Cambios en su identidad como mujer después de<br>Haber participado en el BNS | 118 |
| 4.10       | Dimensiones del análisis del programa Bienvenida a todos<br>los<br>Nuevos Sonorenses  | 131 |
| 4.10.1     | Incorporación y participación de la pareja  | 131 |
| 4.10.2     | Club de embarazada y pláticas de<br>Lactancia materna: ¿capacitar para una equidad<br>en la salud?  | 133 |
| 4.10.3     | Maternidad: una mirada desde la construcción<br>de las políticas públicas   | 137 |
|            | Conclusiones  | 139 |
|            | Bibliografía  | 145 |
|            | Anexos  | 151 |

## Índice de tablas

|         |  |    |
|---------|--|----|
| Tabla 1 | Causas de mortalidad materna en el mundo       | 50 |
| Tabla 2 | Principales causas de muerte materna en México | 52 |

## Índice de gráficos

|           |  |    |
|-----------|--|----|
|           | Muerte materna en México 1985-1997                         | 50 |
| Grafico1  |  |    |
| Grafico 2 | Mortalidad materna en menores de 1 año                     | 53 |
| Grafico 3 | Mortalidad infantil en menores de 5 años                   | 53 |
| Grafico 4 | Muerte Perinatal en México 1996-2001                       | 54 |
| Grafico 5 | Mortalidad Materna en Sonora                               | 55 |
| Grafico 6 | Tasa de Mortalidad en menores de un año 1990-199           | 55 |
| Gráfico 7 | Nivel educativo en Centro de salud "LM"                    | 93 |
| Gráfic    | Nivel de estudios de participantes del Hospital de Nogales | 94 |

## Índice de Cuadros

|           |   |     |
|-----------|---|-----|
| Cuadro 1  | Grupos de edad en participantes en centro de salud "LM"   | 92  |
| Cuadro 2  | Estado civil en centro de salud "LM"  | 92  |
| Cuadro 3  | Persona que aportan el mayor ingreso en el centro de salud "LM"   | 92  |
| Cuadro 4  | Percepción de incorporación de padres en pláticas o club  | 101 |
| Cuadro5   | Percepción de cambios experimentados al incursionar la pareja   | 103 |
| Cuadro 6  | Cambios producidos en concepción de madre en participantes del centro de salud "LM" después de haber participado en BNS | 124 |
| Cuadro 7  | Cambios producidos en concepción de madre en participantes del Hospital de Nogales después de haber participado en BNS  | 125 |
| Cuadro 8  | Cambios experimentados en su identidad tras el embarazo en participantes del centro de salud "LM"                       | 126 |
| Cuadro 9  | Cambios experimentados en su identidad tras el embarazo en participantes del Hospital de Nogales                        | 127 |
| Cuadro 10 | Cambios producidos en la identidad de las participantes al centro de salud "LM" después de haber ingresado al BNS       | 128 |
| Cuadro 11 | Cambios producidos en la identidad de las participantes del Hospital de Nogales después de haber ingresado al BNS       | 129 |



## Introducción

Eva, la dadora de vida, cuyo significado en hebreo es *la madre de los vivientes*, es asociada a una serie de significados a partir de su capacidad reproductiva. Relata el pasaje bíblico, que Eva, al ser engañada por la serpiente, come el fruto prohibido del árbol del bien y del mal, dando a probar a Adán, su pareja. Dios, ante la desobediencia los expulsa del paraíso, imponiéndoles un castigo: ella tendrá embarazos y partos doloroso, mientras que Adán trabajará para proveer de alimento a su familia (Génesis 2:16–17). A partir de esta asignación de funciones, vistas algunas veces como un “mandato divino” de dar a luz, se recrean imágenes estereotipadas de las cualidades de la mujer por el hecho de poder dar vida.

El programa *Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses* (En adelante también se nombrara como BNS), promueve entre sus participantes la transmisión de un video titulado *Con Luz propia*, por medio del cual se explican las etapas del embarazo y los cuidados en la salud. En la narración del video, es recurrente la mención de la capacidad que tiene las mujeres de generar luz emanada de su vientre, un mensaje que puede ser doblemente interpretado si tomamos en cuenta que las mujeres “dan a luz” en el momento del parto, convirtiéndose en creadoras de luz de vida; es decir, las mujeres pueden brillar “con luz propia”. Basados en estos antecedentes de una luz propia de las Evas, se ha titulado a esta investigación *La Luz de Eva*.

Para la realización del estudio de una política de salud materno-infantil, es necesario partir de marcos conceptuales que permiten determinar la condición social de la mujer, la inequidad en la salud, las desigualdades de género, la reproducción de estereotipos y las relaciones de poder gestadas desde la toma de decisiones gubernamentales, como factores que influyen en la conformaciones de determinados conceptos, los cuales son desprendidos y reproducidos en los discursos institucionales.

Las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres, han determinado socialmente la asignación de distintos comportamientos, actividades y cualidades propias de cada sexo. Produciéndose de aquí, la especialización y división del trabajo y enmarcando el papel reproductivo en la mujer y el productivo en el hombre. La

determinación de funciones tiene repercusiones en la conformación de las relaciones sociales y en las relaciones de poder.

Entendemos por género, a la construcción sociocultural, de las actividades, conductas y cualidades, atribuidas a las personas a partir de su sexo (Beauvoir, 1993; Scott, 2003 y Lamas, 2002). Daniel Cazes, señala que la “organización genérica es la estructuración social de la sexualidad y está conformada por sujetos, relaciones, instituciones y acciones sociales” (Cazes, 1998: 48); de esa forma, la maternidad<sup>1</sup> es producto de un discurso colectivo, determinado a partir de la capacidad biológica de la mujeres, impregnándoles serie de de atributos, cualidades y estereotipos al convertirse en madre. Igualmente, Michael Foucault (Foucault, 1979), señala que el control y poder ejercido sobre los cuerpos, es resultado de los saberes construidos en los mismos; saberes, que son traducidos en discursos considerados y adoptados como verdaderos, y que logran repercutir e influir en la construcción de identidades de los sujetos y sus relaciones sociales. En este contexto, la maternidad, es producto de una construcción social, impregnada de “saberes”, creencias, reglas, expectativas y atribuciones del hacer y no hacer, al ser madre, y que son reproducidos en la conformación de discursos de las instituciones sociales.

Desde la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en el año de 1994, se planteo la necesidad de impulsar programas, acciones y estrategias que fomentarian una participación equitativa de hombres y mujeres en los procesos reproductivos, con el objetivo de generar responsabilidades familiares compartidas en el trabajo doméstico y en el cuidado de los niños, y logrando de esta forma una transformación en los roles de género (Szasz, 2003). A su vez, con el fin de disminuir los índices de riesgos en la maternidad, se promueve la creación programas integrales de salud reproductiva, en los que se incluía los de salud materno-infantil y planificación familiar, al considerarse que éste último tendría mayor alcance y relevancia en la vida de las familias participantes.

De igual forma, en la IV Conferencia Internacional de la Mujer, realizada en Pekín en 1995, se reconoce la desigualdad existente entre hombres y mujeres, como un

---

<sup>1</sup> Marcela Lagarde define a la maternidad como la reproducción social y cultural, en donde las mujeres crean, cuidan, generan y revitalizan directa y permanente durante toda la vida, a los otros. (Lagarde, 1990, 248).

obstáculo trascendental para alcanzar un mejor estado en la salud (Berinstáin, 2001). Por lo que México, en conjunto con otros países, adquiere el compromiso de lograr una igualdad social a través de sus políticas gubernamentales, promoviendo la atención de la salud en la mujer no sólo en el ámbito reproductivo, sino en todas las etapas de su vida. Conjuntamente, se incorpora un nuevo modelo de desarrollo para el diseño de las políticas, llamado Género en el Desarrollo (GED), el cual plantea la necesidad de mejorar las condiciones inequitativas de vida, a través de mecanismos que contribuyan a la transformación de las relaciones de poder.

A pesar de las políticas dirigidas a brindar mayor seguridad social a los denominados problemas de la mujer, como lo son las complicaciones con el embarazo, parto y puerperio, este problema aún constituyen la quinta causa de muerte en mujeres mexicanas, particularmente entre los 20 y 24 años de edad<sup>2</sup>; considerando a esta problemática como uno de los principales indicadores de pobreza en los países y regiones del mundo (Gómez, 1994). Pero la mortalidad materna e infantil no sólo refleja la pobreza, sino también la condición de subordinación que ocupan las mujeres en la sociedad, lo cual representa riesgos en la salud de las personas (Gómez, 1994).

Aunque el Estado de Sonora, en comparación con los demás Estados de la República Mexicana, no se caracteriza por presentar altos índices de mortalidad materna e infantil (Castro y Salazar, 2000), en el Estado, si se han retomado diferentes programas federales para combatir y disminuir la mortalidad en este grupo, sin embargo, los resultados han sido mínimos, en año 2000 se presentaron 19 muertes maternas, mientras que en el 2004 fueron 18<sup>3</sup>, la persistencia de ésta problemática orilla a cuestionar la desigualdad de acceso a la salud de su población. A la vez, la mitad de las muertes prenatales proviene de padres o madres que no son derechohabientes a alguna institución de salud, dificultando el control prenatal y un parto seguro y representando por ende, un mayor número de población vulnerable a embarazos de alto riesgo.

La actual administración del gobierno del Estado de Sonora, implementa políticas enfocadas a promover la igualdad de oportunidades<sup>4</sup>, garantizando un acceso equitativo a

---

<sup>2</sup> INEGI XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

<sup>3</sup> Datos obtenidos de registros de Secretaría de Salud del Estado de Sonora. Abril 2005.

<sup>4</sup> En el año 2004 se crearon programas como "Todos contra el dengue" y "Patio limpio y cuidando el agua almacenada". En el 2005, se inauguraron El Hospital de la Mujer en Hermosillo y Obregón.

la salud en la población sonoreense; de igual forma con el fin de proteger financieramente a quien lo requiera, se diseña un programa enfocado a disminuir la morbilidad materna e infantil denominándolo *Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses*. Dicho programa tiene como objetivo brindar atención gratuita a todas las embarazadas sonorenses y a los hijos de éstas, que no se encuentren afiliadas a alguna institución de salud.

El abordaje de la perspectiva de género en el análisis de las políticas públicas es reciente. La experiencia de realizar un análisis a un programa de gobierno como lo es *Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses*, ofrece la posibilidad de adentrarnos a conocer más allá de los costos y beneficios derivados de su aplicación, y de los avances en cuanto a objetivos y eficiencia de sus acciones; la verdadera riqueza de la incursión de éste enfoque en el análisis, es que nos permite descubrir de qué manera la toma de decisiones e implementación de programas institucionales contribuyen a la disminución de inequidad social, ocasionada por las interacción de los roles asignados tanto a mujeres como a hombres.

Es así como un programa de esta naturaleza, dirigido a disminuir la inequidad en la salud, motiva a realizar algunos cuestionamientos: ¿cuáles fueron las perspectivas bajo las cuales se creó este programa de salud materno-infantil?, ¿de qué forma se promueve la igualdad a través del programa?, ¿Cuál es la repercusión del programa en la transformación de las relaciones de género? ¿De qué manera se modifican los estereotipos de género socialmente asignados a las personas? ¿La implementación de *Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses* contribuye a la eliminación de inequidades entre hombres y mujeres?.

Planteando como hipótesis la siguiente: el programa *Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses* no contribuye a la equidad en la salud de hombres y mujeres, debido a que la perspectiva de sus acciones, reproducen estereotipos construidos culturalmente. En este sentido, basados en las preguntas anteriormente expuestas, es oportuno cuestionar en qué medida ha contribuido este programa social a disminuir las inequidades entre la población.

El objetivo general del presente trabajo, es conocer a través de un análisis con perspectiva de género, de qué forma el programa *Bienvenida a todos los Nuevos*

*Sonorenses*, contribuye a la eliminación de inequidad en la salud de la población sonorense. Dentro de los objetivos particulares se encuentran:

- Analizar a través de un enfoque de género, el funcionamiento del programa *Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses*, en Hermosillo y Nogales, durante el período 2004-2005.
- Investigar de qué forma se promueve la equidad de género en una política institucional de salud materno-infantil, como lo es el programa *Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses*.
- Comprobar si las estrategias y líneas de acción del programa corresponden a los objetivos de equidad de género propuesto inicialmente.
- Conocer de qué manera el programa *Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses*, contribuye a la transformación de las relaciones desiguales de género.
- Determinar, si la participación en el programa *Bienvenida a todos lo Nuevos Sonorenses*, reproduce estereotipos asignados a cada uno de los sexos a partir de su capacidad reproductiva.

El análisis en el que se basará este trabajo será de tipo integral (Dunn, 1997), lo cual significa por un lado, determinar cuáles fueron las circunstancias que motivaron la implementación de una policía pública como lo es *Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses* (análisis retrospectivo); y por el otro, producir información generada de su aplicación que permita informarnos acerca de las repercusiones que ha tenido (análisis prospectivo).

La inclusión de la perspectiva de género en el análisis de las políticas públicas, permitirá conocer el contexto en el que se desenvuelven las relaciones entre hombres y mujeres, teniendo como referencia, el papel impuesto socialmente para cada uno de ellos; de ésta forma, se amplía la visión de la constitución genérica de los sujetos sociales para la determinación de problemas en las agendas públicas y las decisiones tomadas en las misma.

En resumen, el estudio pretende conocer la repercusión de la implantación del programa en la equidad de género en la salud de la población sonoreense. Los ejes de análisis utilizados, provendrán de las acciones y estrategias desarrollados por el propio programa como los son: el club de embarazadas, planificación familiar, participación de la pareja, su marco normativo, el conocimiento del programa y atención a la embarazada y los cambios generados en significados, conductas y estereotipos de la maternidad tras participar en el programa.

Los resultados son agrupados en tres dimensiones de análisis, orientadas a partir de la concepción de equidad en la salud que trata de promover el programa, los cuales son: incorporación de la pareja, equidad en la salud y la construcción política de maternidad.

El trabajo esta dividido en cuatro capítulos. El primero esta compuesto de dos objetivos, el primero, conocer de qué manera el análisis de una policía pública a partir de una perspectiva de género, permite conocer las estrategias y acciones utilizadas para combatir las inequidades en la salud materno-infantil; el segundo, edificar conceptos que expliquen la influencia de las políticas públicas en la construcción de los roles de género

El segundo capítulo, es orientado a realizar un análisis prospectivo que muestre los argumentos por los cuales se decidió implementar el programa *Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses*. A su vez, se exploran las diferentes perspectivas de la salud materno-infantil y salud de la mujer utilizadas en la aplicación de las políticas.

A fin de conocer los avances en la mortalidad materna e infantil, se elaboraron tablas con índices del comportamiento de esta problemática a nivel federal y estatal; se elaboró un recuento descriptivo de la normatividad referente a las políticas de la salud materna e infantil.

En el tercer capítulo, se lleva a cabo una indagación de las políticas de salud reproductiva y un breve recuento de sus programas emitidos. Se describen y analizan los programas estatales tendientes a disminuir la mortalidad materna e infantil, hasta llegar al que ocupa este trabajo; continuando con una descripción del programa *Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses*, sus metas, objetivos, procedimientos, derechos y obligaciones establecidos para el ingreso y permanencia de las beneficiarias, así como las líneas de acción que desarrolla. Cabe aclarar, que el capítulo sólo es evocado a realizar

una descripción del programa BNS; y será hasta el siguiente apartado en donde se adentrara en su análisis.

El capítulo cuatro, ofrece los resultados de los datos obtenidos de la aplicación de técnicas e instrumentos de investigación, permitiendo desarrollar los ejes de análisis para cada municipio, de esta forma la estructuración del capítulo estará guiada a partir de estos ejes, planteándose los resultados de municipio. A su vez, retomando el objetivo principal propuesto por el programa: la equidad, se plantearan tres dimensiones de de análisis para el estudio de éste concepto: incorporación de la pareja, capacitando para la equidad y políticas públicas de maternidad.

Por ultimo, se concluye con algunas reflexiones sobre la contribución del programa *Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses*, en la construcción de la equidad en la salud. Se plantea que puede generarse una influencia de las políticas públicas en la transformación de las relaciones de género; finalizando con algunas recomendaciones de mejora al BNS, así como a los distintos programas tendientes a promover una equidad social.

## Metodología

El programa *Bienvenida a los Nuevos Sonorenses* es aplicado en cada uno de los municipios del Estado. El presente trabajo, se realizó en servicios de salud de Hermosillo y Nogales; la elección fue motivada por dos factores: 1) por las características socioculturales y geográficas del lugar y 2) por el breve período con el que se contaba para la aplicación del trabajo de campo.

Para el caso de Hermosillo, la elección estuvo regida por ser el municipio con más habitantes en el Estado, implicando un mayor número de población sin seguridad social y por ende más población beneficiaria. De igual manera, se contempló la agilidad en la proporción de datos, al situarse en este mismo lugar la jefatura de la jurisdicción<sup>5</sup> a la que se adscribe el municipio.

El trabajo de campo fue aplicado en un centro de salud urbano al que denominaremos "LM", siendo el primer centro de salud a nivel estatal en el que se implementó el programa<sup>6</sup>, contando con el mayor número de participantes inscritas en el municipio, permitiendo conocer de que forma se ha implementado el programa.

Se eligió trabajar con un municipio como Nogales, debido a las características *sui generis* que brinda su condición geográfica. La frontera ofrece composiciones y matices socioculturales en su población (comportamientos, actividades y relaciones sociales de género), que motivan a las autoridades de salud a implementar estrategias y acciones específicas para las diferentes problemáticas del lugar. La composición de sus habitantes inmigrados de diferentes Estados del país, refleja la conformación de las relaciones de género entre la población, siendo muchas veces perneadas por las actividades que lleva acabo la propia institución de salud y viceversa. El trabajo de campo se realizó en un

---

<sup>5</sup> La división jurisdiccional de la salud en el Estado de Sonora se encuentra conformadas de la siguiente forma: Jurisdicción I con cabecera en Hermosillo, está compuesta por Aconchi, Aribechi, Bacadehuachi, Bacanora, Baviácora, Carbó, La Colorada, Cumpas, Divisaderos, Granados, Huasábas, Huépac, Mazatán, Moctezuma, Nacori Chico, Nacori de García, Onavas, Opodepe, Rayón, Sahuaripa, San Felipe de Jesús, San Javier, San Miguel de Horcacitas, San Pedro de la Cueva, Soyopa, Suaqui Grande, Tepache, Ures y Villa Hidalgo; Jurisdicción II con cabecera en Caborca, se encuentran adscritos Altar, Atil, Oquitoa, Pitiquito, Puerto Peñasco, San Luis Río Colorado, Sáric, Tubutama y Plutarco Elías Calles; Jurisdicción III con cabecera ubicada en Santa Ana, se encuentran agregadas, Arizpe, Bacoachi, Benjamín Hill, Cananea, Cucurpe, Fronteras, Huachinera, Imuris, Magdalena de Kino, Naco, Nogales, Santa Ana, Santa Cruz y Trincheras; Jurisdicción IV, ubicada en Obregón, se encuentran adscritos, Bácum, Cajeme, Empalme, Guaymas, Quiriego, Yécora y San Ignacio Río Muerto y Jurisdicción V, con cabecera en Navojoa, y adscritos Alamos, Etchojoa, Huatabampo y Benito Juárez.

<sup>6</sup> A partir del 24 de Enero del 2004.

Hospital de segundo nivel del municipio, por ser el único lugar en el que se desarrolla el programa *Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses*.

La aplicación de la perspectiva de género en nuestra investigación, es utilizada con el fin de poder analizar el discurso emitido a nivel institucional en el desarrollo del programa y de qué forma éste, a través de sus diferentes acciones, contribuye a los cambios en las relaciones de género y las inequidades en la salud.

Giandomenico Majone (2003), compara el análisis de la política pública como un trabajo artesanal, pues ninguno puede producirse mecánicamente. La construcción de una pieza artesanal requiere de herramientas específicas que la impiden reproducirse en masa y que al igual que el análisis su “ejecución exitosa depende de un entendimiento claro de las posibilidades y limitaciones de los materiales y herramientas” (Majone, 2003: 354). En este sentido, la selección de técnicas que permitan la obtención de datos son esenciales para lograr los objetivos del presente trabajo, por lo que, se recurrió a herramientas de corte cuantitativo, como el cuestionario y datos estadísticos y en métodos cualitativos, específicamente observación no participante, entrevistas semiestructuradas y grupales.

Como el objetivo de dicho trabajo es indagar de qué forma el programa *Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses* contribuye a la generación de equidad en la salud de las participantes, fue necesario indagar en las repercusiones y experiencias que ha tenido el programa en las mismas, permitiendo conocer de qué forma el discurso institucional recrea significados través de sus acciones

En primer lugar, se recurrió a la elaboración de un cuestionario dividido en cuatro partes: la primera relacionada con datos socioeconómicos conformada con preguntas directas; la segunda referente a la atención y experiencia en el embarazo, empleándose opciones de respuestas dicotómicas o múltiples; de igual forma se utilizaron este tipo de repuestas para la tercera parte, referente al parto y posparto; y la última acerca de los cambios experimentados con respuestas múltiples. Esto posibilitó una mayor obtención de información, facilitando a su vez el procedimiento de análisis.

La aplicación del cuestionario estuvo determinada por la elaboración de una muestra estratificada, dividiendo a la población participante en cada centro de salud en tres muestras para cada una de las etapas y acciones del programa: embarazo, puerperio y

mujeres con hijos de más de cuarenta días de nacidos; posteriormente se utilizó el muestreo aleatorio para determinar el número de cuestionarios a aplicar, retomando la formulación propuesta por Wayne Daniel para la elaboración de la muestra (Daniel, 1988: 173):

$$n = \frac{N p.q. Z^2}{(N-1) d^2 + Z^2 p.q.}$$

Donde:

N= Representa el total de población, en este caso de cada etapa.

Z= 1.96. Nivel de confianza

p= (.5). Variabilidad de la población.

q= (.5) Variabilidad de la población.

d= (0.025). Intervalo de confianza.

En Hermosillo, el centro de salud "LM" se localiza en la zona norte del municipio. Durante el período de 24 de Enero del 2004 hasta el 21 de Abril del 2005, fecha en la que se realizó el trabajo de campo, se encontraban inscritas 517 personas agrupadas de la siguiente forma.: 144 mujeres embarazadas, denominada etapa I; 32 personas en etapa de puerperio, llamada etapa II y 344 con niños de más de 40 días de nacidos, señalada como etapa III. Tras aplicar la formula arriba descrita, se obtuvieron las siguientes muestras estratificadas: 30 personas para la etapa I; 12 para la etapa II; y 32 para etapa III.

Por su parte, debido a la falta de un padrón o listado de las participantes del BNS en Nogales, que proporcionara los datos suficientes para realizar al igual que en Hermosillo una división en etapas del programa, se delimito una muestra de 26 personas de un total de 208 participantes, aplicándose el cuestionario únicamente a mujeres de la etapa I, es decir, sólo a mujeres embarazadas.

Posteriormente, con el fin de conocer de viva voz la experiencia y percepción de las participantes del programa, se utilizó la técnica cualitativa de *entrevista grupal*, permitiendo profundizar en los cambios producidos en ellas. Como señala Manuel Pando y Martha Villaseñor, la entrevista grupal, permite conocer la expresión de los sujetos, pero como "portavoz de las latencias grupales" (Pando y Villaseñor, 1996: 234), es decir, las experiencias con el personal del programa y cambios experimentados con su

participación. En tanto que se observa y analiza el discurso del grupo, no como individuos, sino como una subjetividad conformada colectivamente, en donde “el discurso se hace grupo y, a su vez, hace al grupo” (Araujo y Fernández, 1996: 248).

La selección de las entrevistadas estuvo determinada a partir de la edad y asistencia al club de embarazadas. La mayoría de la población participante en el programa son jóvenes entre 16 y 20 años de edad que no cuentan con la experiencia de un embarazo, lo que representaba diferencias en el discurso de las que ya tienen hijos, por lo que en Hermosillo, se realizaron entrevistas a 3 grupos de mujeres integrados por 6 personas cada uno: el primero, con embarazadas integrantes de la etapa I, con edades entre 16 y 20 años; el segundo, con mujeres de la etapa III, con edades de 16 a 20 años; y un tercer grupo, conformado con mujeres de las etapas I y III, mayores a los 20 años de edad. En cada grupo, asistieron por lo menos dos mujeres que no contaban con las 5 asistencias al club de embarazadas requerida por el programa, de este modo se podría contraponer la información proporcionada por las beneficiarias que si asistieron a todas las pláticas. El programa es dirigido a mujeres de escasos recursos que no se encuentren afiliadas a alguna dependencia de salud y que cuenten con un ingreso inferior a los 3,700 pesos al mes, por lo que la característica socioeconómica no es una variable suficiente para la división de los grupos.

En Nogales, se realizó una entrevista grupal, con 6 personas pertenecientes a la etapa I (sólo embarazadas), con edades entre los 15 a los 27 años de edad. Al asistir en éste municipio a las pláticas de Lactancia materna se detectó la asistencia de padres que acompañaban a sus parejas, por lo que se consideró oportuno realizar entrevistas *semiestructuradas* a estas personas.

En ambos centros, a cada una de las participantes se le aplicó un cuestionario. Debido a que la gran mayoría de las participantes son adolescentes, no fue sencillo una participación más activa de ellas, teniendo que romper la barrera del silencio que muchas llevan a cuestas al presentar un embarazo adolescente, recibiendo algunas veces monosílabos, silencios o risas como respuestas; por lo que se utilizó varias estrategias para lograr una mayor participación, como otorgarles una constancia por su colaboración y la realización de rifas de objetos para las mismas beneficiarias.

Por otro lado, se realizaron *entrevistas semiestructuradas* a los coordinadores del BNS y encargados de su implementación, con el fin de conocer de qué forma se desarrollan las diferentes acciones y estrategias del programa. En Hermosillo, se realizaron 6 entrevistas de este tipo a diversos funcionarios encargados del programa, trabajadoras sociales y responsables del club de embarazadas. Mientras que en Nogales se realizaron 2; una a la coordinadora del programa y a la otra, a la responsable de las pláticas de “Lactancia materna”.

Es importante señalar, que el trabajo de campo es basado en buena parte en la observación no participante, permitiendo contraponer y complementar los datos obtenidos de entrevistas y cuestionarios con los comportamientos y las formas de interactuar de las beneficiarias con el personal de salud, apreciando lo que los datos estadísticos o las entrevistas no nos indican. Freyermuth señala que para el estudio de las relaciones de género, el investigador debe centrarse en “lo que las personas hacen y en las interpretaciones culturales que representan dichas acciones” (Freyermuth, 2000: 52), por lo que la apreciación de cómo se sienten, del comportamiento y desenvolvimiento del grupo de beneficiarias es esencial para comprender lo que no delatan las palabras. La información obtenida por medio de esta fuente, fue recabada a partir de las asistencias a las pláticas y club del programa, en las entrevistas grupales efectuadas a las propias beneficiarias, en las viviendas dónde se aplicaron los cuestionario y en los comportamientos observados en pasillos y salas de espera de las instituciones de salud. Estos datos, serán analizados con el resto de la información generada por el cuestionario y las entrevistas.

No se puede finalizar este apartado sin mencionar las limitaciones que se presentaron en el desarrollo del trabajo, y que por lo tanto influyen de cierta forma en los resultados del mismo. La falta de autorización para la aplicación de trabajo de campo, en un Hospital de segundo nivel seleccionado inicialmente para la investigación, retrasó el proceso de aplicación de campo impidiendo la realización de un comparativo con alguna unidad de primer nivel, imposibilitando apreciar de qué forma se conduce el programa en las beneficiarias que tiene alto riesgo en el embarazo.

Otra de las limitantes fue la falta de aplicación de 20 cuestionarios de la muestra de hermosillo, ya que algunos domicilios de las beneficiaras seleccionadas eran falsos o

presentaban cambio de residencia. Tampoco se permitió observar las consultas médicas de las beneficiarias del BNS, lo cual podría significar una limitación en el alcance del trabajo, sin embargo no se debe olvidar que al final de cuentas son las propias beneficiarias las más idóneas para conocer la relevancia y trascendencia de ésta política. Por último, el hecho de que BNS sea un programa gratuito, genera en las beneficiarias cierta carga de agradecimiento expresada y percibida en sus respuestas de aceptación de medidas o comportamientos realizados por el personal, por tal motivo se brinda relevancia al método de observación no participante.

Concluimos pues, que la experiencia de incluir el análisis cualitativo en un estudio de una política pública, permite “abrir” los resultados generados en el análisis cuantitativo, utilizando un triangulación en la información generada por el cuestionario, las entrevistas y la observación no participantes.

## CAPÍTULO 1

### Políticas públicas y género.

El presente capítulo tiene como objetivo presentar un marco conceptual de la perspectiva de género, que permita ilustrar la trascendencia de la incursión de este enfoque en el análisis de las políticas públicas, construyendo concepciones que permitan apreciar la constitución de una equidad de género en las políticas.

En primer lugar, se describirá el tipo de análisis utilizado para la realización de esta investigación, abundando sobre la aplicación de la perspectiva de género en las distintas etapas de las políticas públicas. Examinando el aporte del enfoque género en el diseño de modelos de desarrollo que han sido utilizados en diversos países como alternativas en el combate de inequidades existentes, logrando así, detonar un mayor desarrollo en los grupos marginados de la sociedad; posteriormente, se realizará un breve análisis de la evolución de esta perspectiva en México.

Es trascendental señalar las concepciones de las que se parte en el presente trabajo, y de que forma serán utilizadas en el análisis de un programa gubernamental, dirigido a la disminución de la morbilidad materna-infantil, como lo es *Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses*.

Es conveniente realizar una descripción de la utilidad del enfoque de género en las políticas de salud, especificando sus diferentes vertientes. Por lo que a través de señalamientos de diversos autores y las distintas definiciones de equidad en salud, se construirá una definición de equidad de género en la salud como concepción básica para el presente trabajo.

Concluiremos este apartado explicando cuál es el aporte de la perspectiva de género en el análisis de la concepción que social y culturalmente se plantea para la maternidad y cómo a partir de la acepción natural que se tiene de ésta, se han creado determinados modelos y estereotipos institucionales encargados de reproducir y desarrollar las actividades socialmente establecidas al hacerse madre.

El diseño, implementación y análisis de las políticas públicas con un enfoque de género, es un fenómeno aún reciente en nuestro país. A partir de la IV Conferencia Internacional de la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, se plantea dentro de sus

principales objetivos, la necesidad de incluir la perspectiva de género en todas las acciones encaminadas a buscar una equidad social. En México, este enfoque ha emergido a través de acuerdos y tratados internacionales, impulsado por diversos grupos no gubernamentales y de mujeres, centros de investigación y en recientes fechas, Comisiones de equidad y Género en el Senado y Congreso de la Unión, incursionado y evolucionado en sus diseños y fines hasta llegar a ser parte de la agenda pública; debido a ello, se ha incluido este enfoque no sólo en el diseño de las políticas públicas, sino también en recientes fechas, en análisis de proyectos, programas y acciones desprendidas de la toma de decisiones gubernamentales.

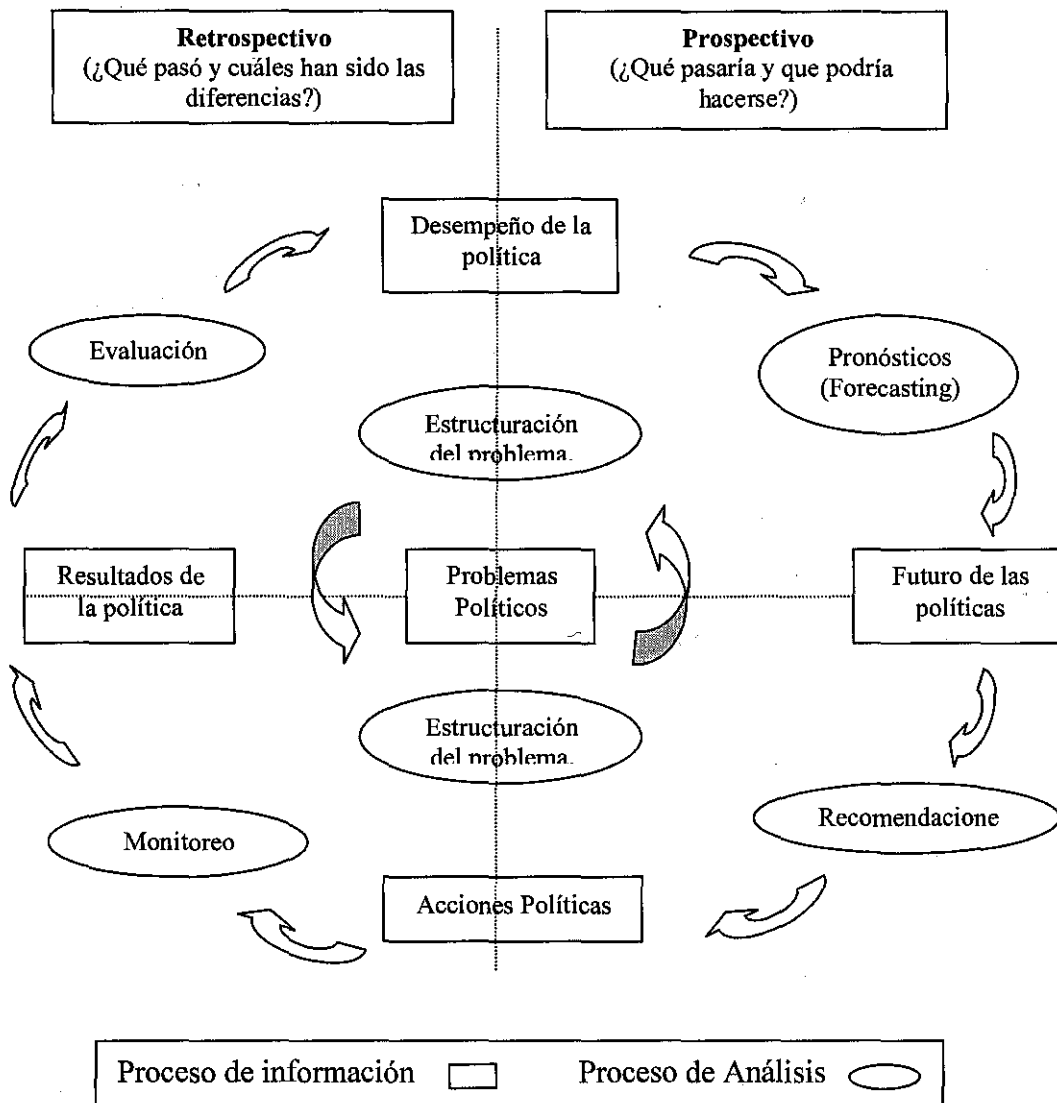
### **1.1- Análisis de políticas públicas.**

Para Douglas Torgerson, el análisis de las políticas públicas “implica presuponer, explícita o implícitamente, una forma particular de relaciones políticas” (Torgerson, 2003: 210). En este caso, dice el autor, el analista debe desarrollar un conocimiento de la sociedad, “analizando el significado de sus palabras, gestos e instituciones que constituyen un modo particular de entendimiento cultural” (Torgerson, 2003: 210), por lo que se puede decir entonces que las relaciones sociales y la construcción de su conocimiento social son en parte resultado de sus políticas públicas.

Existen dos perspectivas en el análisis de las políticas públicas: el análisis retrospectivo y prospectivo. El primero, también llamado posdecisión, es realizado después de haber tomado una decisión respecto de la política a implementar; en tanto que el segundo, denominado predecisión, como el mismo nombre lo señala es el que se realiza antes de elegir entre las diferentes alternativas. Usualmente, el análisis de las políticas ha sido realizado de forma prospectiva, utilizado para la elección de la toma de una decisión. Pero el análisis no debe limitarse a ser practicado sólo antes de la hechura de las políticas, pues es importante mejorar las mismas, descubrir sus fallas y posibles errores con el fin de poder dar solución a nuevas problemáticas y críticas, descubriendo “nuevas implicaciones y poder mejorar su compatibilidad con otras políticas” (Majone, 1992: 351).

William Dunn señala que el análisis prospectivo es una forma de “producción y transformación de información, antes de que las acciones y políticas sean iniciadas y puestas en práctica” (Dunn, 1997: 77); mientras que el análisis retrospectivo, es limitado a la producción y transformación de información después de que las acciones de política han sido tomadas (Dunn, 1997) (Cuadro 1).

**Cuadro 1**  
**Formas de análisis de las**  
**Políticas Públicas.**



Para Dunn, el análisis de las políticas públicas se encuentra en una permanente fase de investigación; y puede ser entendido como un proceso dialéctico que constantemente transforma la información en diferentes alternativas para la solución de un problema, el cual producirá a su vez nueva información que permitirá promover otro análisis para nuevas resoluciones.

El mismo autor agrega una forma más de realizar el análisis de las políticas públicas: el integral. Proponiendo una perspectiva más completa de realizar el análisis al combinar los dos enfoques anteriores; argumentando que este enfoque:

“...no sólo requiere que los analistas unan la exposición retrospectiva y el análisis anticipado, también exige que los analistas continuamente produzcan y transformen la información con el tiempo” (Dunn, 1997: 79).

Dunn menciona, que este tipo de análisis puede contrastarse con evaluaciones retrospectivas y con experimentos de programa de políticas, pero a diferencia de ellos, éste solamente requiere que se completen las fases del ciclo analítico de políticas públicas.

“...el análisis integral incluye todas las ventajas metodológicas del análisis prospectivos y retrospectivo pero ninguna de sus debilidades (...), volviéndose multidisciplinario, iterativo, ilimitado, y continuo” (Dunn, 1997:79)

Por lo anteriormente descrito, señalamos que el enfoque de análisis a seguir en el presente trabajo, será integral; permitiendo describir la problemática prevalente en el Estado, que produjo la creación del programa *Bienvenida a los todos los Nuevos Sonorenses*, y posteriormente enfocarnos al análisis de los efectos que hasta ahora ha producido su implementación.

## **1.2- El género en las políticas públicas.**

El proceso de la toma de decisiones gubernamentales comienza con la elección de una postura. Frecuentemente las mujeres no inciden en esta toma de decisiones, ni en el

El proceso de la toma de decisiones gubernamentales comienza con la elección de una postura. Frecuentemente las mujeres no inciden en esta toma de decisiones, ni en el diseño de las políticas públicas, por no considerarlas parte del ámbito público. Tras los movimientos sociales que buscaban ampliación y replanteamientos en las esferas de la vida social, se empezó a considerar esa otra parte de la población en el diseño e implementación de diversas decisiones en las agendas públicas: las mujeres.

Lo anterior provocó una redefinición de los límites entre lo público<sup>7</sup> y lo privado; resultado principalmente del reconocimiento e inclusión en la agenda de temas (como la salud y derechos reproductivos) que con anterioridad eran marginados por considerarse del espacio privado. Surge así, la emergencia de actores y grupos políticos, agrupaciones y organizaciones, generalmente de mujeres, que planteaban discursos alternativos con el fin de ser incluidos en las agendas democráticas, pues las políticas públicas, tal y como menciona Mercedes Barquet son:

“...el espacio que permite y reclama nuevas formas de participación social y nuevas vías de interlocución entre los poderes del Estado y las organizaciones civiles, interlocución que en ciertos casos encuentra una vía de institucionalidad por medio de mecanismos formales” (Barquet: 2002:365).

A partir de los diversos movimientos sociales, en especial del feminista, se han abiertos espacios para la incorporación de diferentes demandas, cuyos objetivos son la transformación de las relaciones sociales, que ponen en evidencia las condiciones “inequitativas de las relaciones de género” (Butler, 2001), y como a “partir de estas identidades diferenciadas se construyen las representaciones genéricas en contextos específicos” (Freyermuth, 2000:50). Produciendo inequidades sociales que afecta a las mujeres y a otros grupos sociales.

Este discurso ha incidido en la elaboración de la agenda pública, repercutiendo en la implementación de políticas públicas enfocadas primordialmente al combate de la inequidad social.

---

<sup>7</sup> El campo de interacciones e interpelaciones en el que los ciudadanos individuales, por sí mismos o por los voceros de sus organizaciones, hacen política y hacen las políticas (Aguilar, 1992:28).

ello de la concepción de nuestra realidad social, la cual erige las identidades de las personas y marca “pautas” para futuras construcciones.

Entendemos por género, una construcción cultural y social, que asigna funciones específicas, normas, conductas y atributos a las personas, a partir de las diferencias de los cuerpos (Beauvoir, 1993; Scott, 2003; Lamas, 2002 y Pollack, 2000). Por su parte, la historiadora Joan W. Scott, señala que:

“...el género pasa a ser una forma de denotar las “construcciones culturales”, la creación totalmente social de ideas sobre los roles apropiados para mujeres y hombres (...) es, según esta definición, una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexual...” (Scott, 2003:270).

Es decir, los papeles de hombre y mujer, son características socialmente construidas, ya dadas mucho antes del nacimiento, y que son asignadas según el sexo.

“...la identidad sexual se conforma mediante la reacción individual ante la diferencia sexual, mientras que la identidad de género está condicionada tanto históricamente como por la ubicación que la familia y el entorno le dan a una persona a partir de la simbolización cultural de la diferencia sexual: el género” (Lamas, 2003:350)

La identidad de género, es entendida como la experiencia subjetiva de pertenecer a un determinado género (femenino o masculino), incluyendo las ideas, actitudes, comportamientos, deberes y prohibiciones de los que significa pertenecer o no él (Ortiz-Hernández, 2004). De esta forma, a cada sexo se le impone un rol de género específico, determinado las conductas, expresiones y hacerse de las personas.

En este sentido, también la historiadora Jill K. Conway *et al.*, han señalado que lo que convierte el estudio de género en algo verdaderamente trascendental e importante, es el enfoque que se presenta al analizar lo que realmente sucede en el interior de los sistemas sociales y culturales. Los sistemas de género, no representan papeles biológicamente asignados por ser niño o niña, “sino más bien son un medio de conceptualización cultural, organización social” (Conway, Bourque y Scout, 2003:32) y reglamentado de los usos del cuerpo.

conceptualización cultural, organización social” (Conway, Bourque y Scout, 2003:32) y reglamentado de los usos del cuerpo.

Se puede decir entonces, que es a partir de la división sexual, que se construyen las diferencias entre uno y otro género, repercutiendo en la forma en que se crean las relaciones sociales de poder y subordinación, estableciéndose estereotipos, roles, identidades y modelos sociales para cada sexo.

La perspectiva de género, no basa su estudio exclusivamente en mujeres y sus procesos de subordinación, sino más bien, en las formas de relación e interacción entre hombres y mujeres; reconociendo la diversidad de géneros y la existencia de mujeres y hombres como un “principio esencial en la construcción de una humanidad diversa y democrática” (Lagarde, 1997:13). La antropóloga Marta Lamas, define esta perspectiva como una “interpretación social de lo biológico” (Lamas, 2003:111). Es por ello, que el enfoque de género permite analizar las posibilidades vitales entre los miembros de la sociedad, en el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, “al igual que las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre hombres y mujeres” (Lamas, 2002: 38), así como también los conflictos institucionales y cotidianos que deben encarar.

Cada sociedad es diferente, y cada una de ellas establece diferentes maneras de concebir a los géneros, por lo que la visión que se tenga de estos, forma parte de su identidad. Es decir, *no es lo mismo* “el sexo biológico que la identidad asignada o adquirida” (Lamas, 2002:33), la cual es obtenida por medio de la interacción social, pues como alude María Freyermuth “la pertenencia a un sexo determina socialmente una manera de concebirse, sentirse y pensar” (Freyermuth, 2000:52); podemos decir entonces, que la adquisición de la identidad de género se asume mediante un proceso colectivo y social.

En esta composición nos encontramos con diferencias biológicas pero también con una marcada división cultural de la vida, en esferas masculinas y femeninas, y que al incluir el enfoque de género, no sólo se transforma la visión en que se presentan ciertos temas, problemas y la manera de analizarlos, sino también es otra manera o enfoque de observar la vida social (Tarrés, 1998); siendo utilizado tanto para analizar el rol sociocultural en el que están inmersos hombres y mujeres, así como también para cuestionar las funciones productivas y reproductivas asumidas a éstos, entendiendo por

recurso económico; y por las segundas, la responsabilidad de procreación, crianza de los hijos y tareas domésticas.

Scott, anteriormente citada, propone en su definición de género dos vertientes analíticas: por un lado, lo plantea como un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas a partir de las diferencias sexuales, y por el otro, como una forma primaria de relaciones significantes de poder (Scott, 2003). A partir de esta explicación, Lamas concluye que el género ayudará a interpretar las representaciones culturales que se le atribuyen a la diferencia sexual (Lamas, 2003), así como a comprender las conexiones de las formas de interacción humana. Por su parte, María Jesús Izquierdo señala que mediante el uso de este concepto se puede diferenciar las características en las que se desarrollan las relaciones sociales y cómo éstas van construyendo las identidades de los individuos (Izquierdo, 1998: 48).

El género es considerado como una construcción analítica (Pollack, 2002), la cual, se sustenta en la forma en que interactúan los roles de hombres y mujeres en la sociedad y cómo éstas son traducidas en relaciones de poder, que repercuten en ventajas o desventajas sociales. Lo anterior, permite explicar la diferencia entre ambos géneros femenino o masculino y retomar lo señalado por Lamas, de que los estudios antropológicos demuestran que las mujeres son agentes con la misma importancia que los varones en la acciones sociales y políticas (Lamas, 2002); sin embargo, en lo que respecta al status femenino, se observan siempre una constante en diferentes culturas: “la subordinación política de las mujeres como grupo- género- a los hombres” (Gerbilsky, 1995:12).

El género plantea una forma de entender o visualizar cuestiones fundamentales de la organización social, económica y política –como el sistema de parentesco y el matrimonio-, permitiendo delimitar con mayor precisión “cómo es que la diferencia sexual se transforma en desigualdad a partir de las relaciones de poder” (Lamas, 2002: 38).

Así, muchos países, incluyendo México, han encontrado en esta perspectiva un “instrumento de análisis” para conocer las condiciones de vida de las mujeres en relación a la de los hombres, es decir, en “los procesos sociales y por ende, en los procesos de desarrollo” (De la Cruz, 1998:17). Identificándose y promoviendo oportunidades para el

desarrollo” (De la Cruz, 1998:17). Identificándose y promoviendo oportunidades para el beneficio de la población en general y partiendo de este enfoque para la implementación y análisis de políticas, proyectos y programas de desarrollo (De la Cruz, 1998).

Al igual que otras disciplinas de las ciencias sociales, las políticas públicas se han visto permeadas por la influencia del género, Barquet define las políticas públicas como:

“...un instrumento privilegiado para la transformación de inequidades y reflejan la medida en la que el estado se responsabiliza y asume a su vez, un compromiso inclusivo de la diversidad de su población” (Barquet, 2002:365).

Allí radica la importancia de introducir la perspectiva de género en el análisis de políticas públicas, pues al construir socialmente al género, se establecen diferencias, traducidas en desigualdades sociales en todos los aspectos de la vida de hombres y mujeres. La inclusión de este enfoque en el análisis, contribuirá a comprender y ampliar la visión de las problemáticas sociales.

Retomemos el título del libro de *La bella (in)diferencia* de Lamas y Saal, como una referencia de que la diferencia entre los sexos, no es sólo psíquica sino también social y política. En el artículo a cargo de Frida Saal, incluido en ésta obra, se plantea la interrogante de la posible existencia de una diferencia sexual sin que ella provenga de una problemática política, concluyendo que si bien la diferencia psicoanalítica tiene disposiciones propias, ésta, se encuentra inmersa en lo social, originando consecuencias políticas, es decir, no puede desligarse del ámbito político (Lamas *et al.*, 1998). Es por ello, que incluir la perspectiva de género en este análisis, permitirá conocer la ingerencia de las políticas públicas en la conformación y transformación de las relaciones sociales.

La utilización de este enfoque, considera las diferentes necesidades, intereses y especificidades de hombre y mujeres, no sólo desde el punto de vista biológico, sino también lo que cada sociedad le atribuye y espera a su vez de los dos sexos, radicando aquí la importancia de esta perspectiva, al considerar en la formulación de políticas, programas y acciones que permitirán una mayor equidad en la distribución de los beneficios otorgadas en ellos.

Podemos concluir este apartado, señalando que el concepto y la perspectiva de género, permite conocer el contexto en el que se encuentran las mujeres y hombres en el interior de su familia, su comunidad y la relación con las instituciones sociales, provocando que el análisis de las políticas no se limiten a indicadores y datos fríos que pasan por alto la complejidad de las relaciones sociales; por lo que, el presente trabajo será realizado bajo el análisis de la perspectiva de género.

### **1.2.1.- Los paradigmas del enfoque de género y las políticas públicas en México.**

Para entender el desarrollo de las políticas públicas y el género en México, así como en el resto de los países latinoamericanos, en el siguiente apartado realizaremos un breve análisis acerca de las perspectivas utilizadas en las políticas públicas del país.

La incorporación de la perspectiva de género en el diseño, implementación, evaluación y análisis de las políticas públicas es un tema novedoso; generalmente el género de los hombres y mujeres no forma parte de los argumentos en las tomas de decisiones públicas.

Las políticas dirigidas a mujeres suelen confundirse con éste concepto. Antes de presentarse las demandas feministas, se consideraba a la mujer fuera del ámbito político, perteneciente exclusivamente a la esfera privada, y por ende, carente de poder para influir en la toma de decisiones gubernamentales y en las direcciones de la aplicación de las mismas, por ser esta de espacio netamente público. Por lo que es importante conocer el desarrollo de los diferentes paradigmas de género en el proceso de las políticas públicas.

El tema de la mujer como un elemento esencial para los modelos de desarrollo, surge a principios de los 50s, cuando se gesta la importancia de resaltar su papel reproductivo y familiar como motor esencial de la sociedad, por lo que se implementan las políticas denominadas de *bienestar* (Barquet, 2002).

Pero no es sino hasta los años 70, con el movimiento de mujeres, que se comienza a considerar la “conveniencia” y la inclusión de las mismas, como factor clave en el proceso de desarrollo, reconociéndolas como las más pobres entre los pobres; esta nueva estrategia de desarrollo que plantea lograr efectos *antipobreza*, realza la importancia del

papel de las mujeres en proyectos específicos de producción, poniéndolas como centro y solución de los problemas económicos, al beneficiar a sus familias y comunidades (Barquet: 2002). Pero ninguno de estos enfoques incluía la participación de la mujer más allá de su papel reproductivo en el tradicional binomio madre-hijo, ni les otorgaba un papel activo en el hacer de políticas y de política.

Se plantea entonces el enfoque de mujeres en el desarrollo, conocido como Mujeres en el Desarrollo (MED), el cual tenía por objetivo “integrar” a las mujeres como un eje central en el proceso de desarrollo, buscando a su vez, combatir la pobreza, lograr eficiencia en la producción y bienestar social, al cuestionar la división sexual del trabajo. Pero las críticas efectuadas a este modelo, retomadas por Barquet (Barquet, 2002), son dirigidas a que únicamente se enfocan a la inclusión de mujeres en los modelos de desarrollo, con el fin de aumentar la productividad e ingresos de las mismas –como productoras de manualidades, cocinas económicas y otras actividades informales-, disminuyendo las altas tasas de fecundidad, pero sin cuestionar las raíces de las desigualdades de género, étnicas, de clase, de educación y religión. Es decir, se da una integración, más no un cambio a fondo en las relaciones de poder existentes.

A partir de la década de los 90s, con la incorporación del discurso conocido como liberalismo social, el Estado replantea las estrategias necesarias para el desarrollo, de tal forma que se pudiera conjuntar el crecimiento con una distribución equitativa de la riqueza, impulsando por un lado, la participación de la iniciativa privada y por el otro, la focalización en políticas sociales.

Ante el fracaso de estas políticas nace un nuevo enfoque, el cual no sólo se basa en la incorporación de mujeres, sino también en cuestionamientos de las relaciones de poder que se dan entre los géneros. Surge así el denominado Género en el Desarrollo (GED), el cual cuestiona el modelo de desarrollo existente y predominante en el mundo, incursionando en las políticas dirigidas a fomentar el desarrollo humano de las personas, para poder combatir la pobreza y provocar una mayor equidad económica y social entre la población, es decir, se empieza entonces a manejar el concepto de políticas de *equidad* (Barquet, 2002, Cazés, 1998).

El enfoque del GED no sólo demanda un cambio en las desigualdades existentes entre hombres y mujeres, sino de todo el resto de la sociedad; establece además

necesidades de equidad, autonomía, justicia y libertad para todos. Se reconstruye de esta forma el concepto de desarrollo, en el cual se tiene como prioridad el bienestar de mujeres y hombres sin ninguna distinción. A su vez, busca avanzar en la eliminación de estructuras, económicas, sociales, culturales y políticas que establecen disparidad en las relaciones de poder entre los géneros. Para lograr el cambio que plantea este modelo, se parte del reconocimiento de la relación subordinada de las mujeres en situaciones específicas, en las cuales se toman en cuenta aspectos culturales y sociales (De la Cruz: 1998).

Añade De la Cruz, que al incluir este enfoque, se deja de analizar aisladamente a las mujeres, pues constituye parte integrante de las relaciones de género, compuestas por un conjunto total de comunidades regidas con instituciones establecidas.

La perspectiva del GED, realiza un fuerte cuestionamiento al enfoque de MED, pues a diferencia de éste último, el nuevo modelo propone un desarrollo humano, sostenible y equitativo que contribuye a superar las desigualdades estructurales (De la Cruz, 1998). Por lo que el enfoque del GED se basa en la consideración tanto de mujeres como de hombres para la identificación, diseño y ejecución de sus propios proyectos sociales.

Bajo este enfoque, se han empezado a respaldar nuevos programas sociales, como el que se analiza en el presente trabajo, integrando este modelo, desde los primeros pasos del diseño del proyecto, cuyo objetivo es combatir la inequidad de género existente en la población, brindando respaldo y atención a la salud de familias de escasos recursos. Es decir, identifica y señala las necesidades que contribuyan a mejorar las condiciones de vida de hombres y mujeres, por lo que podemos entender al enfoque del GED, como una alternativa para mejorar las condiciones inequitativas de las mujeres en relación con los hombres, de manera que se transforme al mismo tiempo, a la sociedad en general (De la Cruz, 1998).

Se han incorporado diferentes estrategias a las políticas públicas que contribuyen al bienestar y desarrollo social; pero el problema de las diferentes concepciones teóricas y metodológicas del bienestar en las sociedades, derivan de la definición de desarrollo. Amartya Sen, define el desarrollo como el proceso de “expansión de las libertades reales que disfrutan los individuos” (Sen, 2000:19). Señalando la relevancia de la inclusión del

un aumento de poder para hablar de una agencia<sup>8</sup> en la población, que beneficie al bienestar y aumento de capital humano que se aspira en un desarrollo colectivo.

El desarrollo exige la eliminación de las principales fuentes represoras de libertad: la pobreza y la tiranía, la escasez de oportunidades económicas y privaciones sociales sistemáticas, falta de servicios públicos así como el exceso de Estado represivo. La privación de capacidades elementales, es traducida en una mortalidad prematura, mortalidad materna<sup>9</sup>, grados significativos de desnutrición, analfabetismo etc. Las oportunidades sociales se refieren a los sistemas de educación, sanidad, salud. etc., que tiene la sociedad y que influyen en la libertad fundamental del individuo para vivir mejor (Sen, 2000).

Estas “oportunidades” de las que habla Sen, han sido retomadas en el diseño del Plan Nacional de Desarrollo, en donde el detonante de atención es el fortalecimiento de grupos marginados de la población con el fin de contribuir en el proceso de desarrollo económico y social., creando una serie de programas en sus políticas sociales dentro de los cuales se reconoce la igualdad de derechos que permitan un amplio desarrollo social.

En suma, la implementación del enfoque del GED en la hechura de las políticas públicas, es una herramienta que puede contribuir a la transformación entre las relaciones de poder a partir de acciones dirigidas a fomentar el desarrollo humano, eliminando desigualdades económicas, sociales y políticas al producir una mayor equidad social.

México, tras haber vivido bajo un régimen carente de implementación de políticas que incorporaran una participación ciudadana, vivió una reestructuración a mediados de los años 80s que permitió el redimensionamiento del aparato estatal, basándose en una “incorporación de política y políticas racionales” (Aguilar, 1992: 15), las cuales facilitaron una apertura hacia el diseño y aplicación de políticas públicas.

---

<sup>8</sup> El concepto de agencia que define Sen, es entendido como la capacidad de la persona que actúa y provoca cambios, cuyos logros pueden juzgarse en función de sus propios valores y adjetivos (Sen, 2000:35).

<sup>9</sup> Entendemos por muerte materna “la que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación del mismo, independientemente de la duración y lugar del embarazo, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales”. Norma Oficial NOM-007-SSA2-1993. *Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio al recién nacido*. Secretaria de Salud.

A la par con este cambio y regeneración en la manera de hacer política en el país, se empiezan a gestar discursos alternativos que poco a poco comienzan a tener peso y relevancia en la elaboración de la agenda pública, un ejemplo de esto es el caso de los planteamientos feministas.

En México, en las últimas tres décadas se ha incursionado paulatinamente el enfoque de género, aunque se asociaba este concepto con los problemas relacionados con las mujeres, por lo que las políticas y acciones que planteados en los planes nacionales de desarrollo incorporaban a las mujeres como una estrategia para lograr el desarrollo económico del país.

Pero el camino no ha sido fácil. Es necesario señalar que éste ha podido ser realizado gracias a los diferentes grupos y procesos que ha impulsado el feminismo en nuestro país. A principios de los 70s, tras el movimiento de 1968, se empezaron a gestar diferentes grupos de mujeres que buscaban eliminar la desigualdad sociales y transformar las relaciones entre los géneros (Bartra *et al*, 2000).

En el libro *Feminismo en México, ayer y hoy*, de Bartra, Fernández y Lau, se analiza la trayectoria del feminismo y su incursión en la elaboración de la agenda pública y la transformación en los espacios de poder. Las autoras dividen la historia feminista en tres períodos o etapas; la primera de 1970 a 1982, denominada “organización, establecimiento y lucha”; la segunda en los 80s, llamada “estancamiento y despegue”; y la tercera en los 90s, nombrada como “de alianzas y conversiones” (Bartra *et al*, 2000:15). En dicho documento, se narra el labrar de diferentes grupos y asociaciones de mujeres y hombres, que han contribuido a la inclusión de las mujeres no sólo para dirigir políticas hacia ellas, sino también para hacer políticas. Las trincheras de la lucha han sido diversas, desde asociaciones civiles, organismos no gubernamentales, partidos políticos, centro de investigaciones, universidades y en recientes fechas, instituciones políticas.

La primera incursión de estos grupos a nivel internacional se dio en 1975 con la Conferencia del Año Internacional de la Mujer, pero no fue sino hasta cinco años después que nuestro país se comprometió a implementar políticas que contribuyeran en el cambio del papel asignado tradicionalmente a la mujer; desde entonces los planes de desarrollo, programas, estrategias y acciones considera la integración de las mujeres en

el proceso de desarrollo; creándose entonces en 1980 el Programa Nacional de Integración de la Mujer en el Desarrollo (PRONAM) (Bartra *et al.*, 2000).

A partir del señalamiento realizado por diversos organismos internacionales como la OCDE y CEPAL, México ha dirigido su política social en acciones que fomenten el desarrollo humano de las personas, partiendo de la base de que para llegar a una consolidación democrática y política, es necesario generar una estabilidad social que produzca a largo plazo mayor desarrollo económico.

Generalmente se ha considerado la igualdad de oportunidad como una estrategia dirigida exclusivamente a mujeres, pero este criterio ha evolucionando al grado de ser considerado vital par la construcción de sociedades con participación equilibrada (De la Cruz, 1998), introduciendo la perspectiva de género como una “herramienta” clave tanto para la identificación de los problemas sociales como en las políticas aplicadas a la solución de los mismos.

En resumen, en México, se han incorporado medidas específicas que contemplan el principio de equidad social, promoviendo la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en todas sus políticas, programas y proyectos, los cuales tienen como fin contribuir al desarrollo humano de las personas, combatir la pobreza, contribuir a la equidad y detonar de esta forma, el crecimiento económico del país.

### **1.3.- Equidad de género en las políticas de salud.**

Los sistemas de salud poseen diferentes enfoques para la atención de hombres y mujeres: por sus necesidades de atención, por los riesgos asociados con las actividades masculinas y femeninas y por las desigualdades en acceso a servicios de salud. Así, las diferencias del sexo, traen como consecuencia desigualdades en el acceso de la salud, debido a los factores culturales o sociales que ponen en desventaja a determinados miembros de la sociedad, por lo que esta problemática puede verse agravada por la forma en que se implementan las políticas, programas y acciones de salud. Si bien, las diferencias biológicas nos ayudan a comprender los procesos de la salud-enfermedad de los hombres y mujeres, los factores sociales, culturales y las posiciones de desventaja o

ventaja en que se encuentran éstos, también repercuten en su salud y son determinantes para la formulación de programas y políticas, como en el caso del programa BNS.

Es necesario diferenciar los dos tipos de enfoques que envuelven el estudio de la salud desde una perspectiva de género. Por un lado, tenemos el *enfoque de las necesidades de salud de hombres y mujeres*; y por el otro, *el enfoque de la desigualdad por género* (Pollack, 2002). En este último se sustenta este trabajo, analizando al sistema de salud y su impacto entre los hombres y mujeres, el cual se explica tanto por diferencias biológicas como de género, y que, por lo general, no han sido incluidas en los programas y políticas, fortaleciendo los servicios a mujeres y centrando su atención en la necesidad de su participación en el proceso de planificación familiar (Pollack, 2002). En este caso, la mujer es vista como un grupo especial de beneficiarias, por lo que la atención brindada generalmente es enfocada a las necesidades como madre, reproduciendo su papel e ignorándose otras formas de desigualdad por género que afectan su morbilidad.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud definen el concepto de inequidad como “las desigualdades que son innecesarias, evitables e injustas” (Gómez, 2002:454); el concepto es comprendido como una connotación apegada a los principios de justicia social. Es decir, la inequidad es un problema que puede ser evitable.

De esta forma, la equidad en la salud es comprendida como “la eliminación de disparidades evitables en la salud y sus determinantes entre grupos humanos con diferentes grados de privilegio social” (Gómez, 2002:454). Entonces hablamos de la existencia de la equidad en la salud, si se tiene una igualdad de oportunidades para poder acceder a los servicios de salud, sin discriminaciones de raza, etnia o condición social y género.

Molly Pollack, define a la equidad en los sistemas de salud como la igualdad de oportunidades para todos de lograr su máximo potencial en salud, sin desventajas en razón de su raza, género, etnia o condición socioeconómica (Pollack, 2002). Señalando además, que un sistema de salud será equitativo si “tanto mujeres como hombres, tienen un acceso igualitario a los recursos públicos de la salud, de acuerdo a sus necesidades y no sólo de su sexo o posición socioeconómica” (Pollack, 2002: 19).

El concepto de equidad de género en salud, va más allá de realizar un análisis de las tasas desiguales de morbilidad entre hombres y mujeres, sino en la eliminación de diferencias en las oportunidades de disfrutar de salud y de no enfermar o morir por causas prevenibles o evitables.

A partir del concepto de género anteriormente desarrollado, podemos considerar para este trabajo, la presencia de equidad de género si las diferencias existentes en el acceso a recursos dependen de las necesidades de cada individuo y su contexto socioeconómico individual y no de roles o atributos asignados según sus rasgos biológicos.

#### **1.4.- Saber(se) madre: la construcción social de la maternidad.**

La maternidad está presente tanto en los discursos religiosos como científicos. Desde estas perspectivas es presentada como una causa natural, definitiva e inmutable a partir de la cual se determina la división sexual del trabajo y la separación de la vida social en pública y privada (Cazés, 1998).

Mercedes Palencia señala que la maternidad surge cuando aparece el concepto de infancia y la relación madre-hijo, así la maternidad se especializa cada vez más debido a los discursos pedagógicos de los cuidados requeridos por los hijos desde su nacimiento, por lo que comienzan a gestar los centros de *estimulación temprana*, los cuales contienen acciones de intervención para contribuir en el desarrollo de los niños y niñas (Palencia, 2001).

La responsabilidad de la maternidad en las mujeres continúa siendo uno de los elementos esenciales de la división del trabajo y de la especialización, Nancy Chodorow, lo señala como “la generación de formas precisas de poder laboral” (Chodorow, 1984: 26).

Por su parte, el sociólogo Bryan Turner, sostiene que los seres humanos no aprenden el mundo natural tan sólo como algo dado, pues “la naturaleza se encuentra siempre medida por la cultura” (Turner: 1989:58). Es decir, la sociedad delinea los contenidos y los deberes de los individuos dependiendo de su sexo, dando como resultado un mandato cultural, también llamado *desideratum* (Cazés, 1998), el cual está

conformado por los deseos e imposiciones sociales de que las personas sean y actúen de determinada manera, de tal forma, que los sujetos genéricos hagan suyos dichas formas de conducta y los roles de género, así como las instituciones producidas por los mismos.

De esta manera, se acentúa la necesidad de interrogar la errónea creencia de que la maternidad es un hecho natural y hasta necesario, sino mas bien, es producto de una opresión sexual, en donde, para muchos, es un tema que ni siquiera merece reflexión, por lo que generalmente las paternidades son enajenadas. Un ejemplo de esto son los estudios demográficos, donde no se toman en cuenta elementos tales como la edad y la salud reproductiva de los hombres, su tasa de paternidad etc. (Szasz, 2003).

La maternidad es un proceso subjetivo construido colectivamente a través de un orden simbólico socialmente establecido de las funciones naturales de la mujer, por la simple asociación con el alumbramiento, la lactancia y crianza de los hijos.

Berger y Luckman exponen la formación del *yo*, es decir de la identidad de los individuos, a través de dos procesos: el proceso genético y el proceso social. Señalando que al primero como la constitución biológica del hombre, la cual sólo proporciona los límites exteriores de la productividad humana, mientras que el otro, es producto de procesos y relaciones sociales. De esta forma, la construcción de la identidad como la identidad materna, es influida por significados e interacciones con el ambiente (Berger y Luckman, 2001). En este sentido, Marcela Lagarde entiende a la maternidad como:

“...el conjunto de hechos de la reproducción social y cultural, por medio del cual las mujeres crean y cuidan, generan y revitalizan, de manera personal, directa y permanente durante toda la vida, a los otros, en su sobrevivencia cotidiana y en la muerte” (Lagarde, 1990:248).

Es decir, la construcción de la maternidad no es un fenómeno exclusivo de un proceso biológico, las funciones, las responsabilidades y los sentimientos atribuidos a las madres, son características adquiridas y reproducidas por medio de las relaciones sociales, conformando de esta manera la identidad señalada por Berger y Luckman, que hacen a la mujer *ser* al hacerse madre. Por su parte Cristina Palomar afirma que la construcción de la maternidad:

“...supone la generación de una serie de mandatos relativos al ejercicio de la maternidad encarnados en los sujetos y en las instituciones, y reproducidos en los discursos, las imágenes y las representaciones que producen, de esta manera, un complejo imaginario maternal...” (Palomar, 2004: 16).

La teoría de género ha establecido que detrás del manejo ideológico de la maternidad como estado ideal de las mujeres, se ocultan procesos ambivalentes y contradictorios que la hacen conflictiva, y que no son originados por dificultades personales de las mujeres, sino por la esencia de la organización genérica que conforma la propia sociedad.

Desde el enfoque de género, la maternidad además de tener una base biológica, es un hecho social, cuyas determinaciones, condiciones y circunstancias son de índole cultural e histórica, y por lo tanto, transformables. En este sentido, el análisis de las políticas públicas desde esta perspectiva, ayuda a conocer de su implementación contribuye en la transformación en las relaciones entre los géneros y los roles asignados a cada uno.

#### **1.4.1. El tipo de Eva: estereotipos femeninos.**

La conformación de la estructura social<sup>10</sup> esta ideada de tal forma, que coloca a la mujer en una situación de desigualdad en todos los aspectos de la vida social. La aparición de la propiedad privada trajo consigo una fuerte división del trabajo, ubicando al hombre como el proveedor al “ganarse el pan” y a la mujer como reproductora, responsable del cuidado de la casa y de los hijos. Para Maria Jesús Izquierdo, es así como se empiezan a establecer actividades propias para cada uno de los sexos, pues al igual que Eva, la mujer bíblica, la simbólica, la abnegada, cautiva, sumisa pero a la vez la pecadora, traidora, y por lo tanto condenada, es relegada a asumir su papel de creadora de vida.

Pierre Bourdieu afirma en *La dominación masculina*, que la división sexual del trabajo no es determinada por las necesidades de reproducción biológica, sino que es una

---

<sup>10</sup> Entendemos por estructura social a la conformación de posiciones que ocupan las personas en las relaciones sociales a partir de la división de trabajo (Izquierdo, 1998:54).

construcción arbitraria de lo biológico, de las costumbres y las funciones atribuidas al cuerpo femenino y masculino, los cuales sirven para respaldar el fundamento “natural” de la división sexual y la división sexual del trabajo (Bourdieu, 2000). A su vez, Lobata y Thorne, señalan que los roles sexuales<sup>11</sup> y las relaciones que los rodean, son influenciados por la asignación del género sobre una determinada persona (Lobata y Thorne, 1999:103). Por lo que, las diferentes actividades otorgadas a cada sexo establecen los comportamientos y características de los individuos en una sociedad específica, en la cual los géneros ideados para cada uno impregnan los roles que se desarrollaran en la misma.

“La selección de los roles apropiados para hombres o mujeres se basa en la imagen cultural del conjunto ideal o normal de características necesarias para desempeñar ese rol, en la disposición del círculo social...” (Lobata y Thorne, 1999:106).

En el caso de la maternidad, los diferentes roles asignados a la mujer a partir de su papel reproductivo en la sociedad –como cuidado del los hijos, la salud de éstos y el cuidado del hogar- , y por ende las actividades a desarrollar, son marcos diseñados como un “círculo vicioso”, en donde estas actividades propias de la mujer son reproducidas por los demás miembros de sociedad.

La reproducción de los roles sociales son productos de procesos organizativos, Joan Acker plantea en su estudio referente a las organizaciones y su dotación de género, que “la construcción implícita de una forma de pensar no es simplemente un error, sino que forma parte de los procesos de organización” (Acker, 2000: 138). La autora afirma, que los procesos de género tanto sexuales como emocionales, son resultado de los procedimientos generados y controlados por las organizaciones, manteniendo y reproduciendo “la estratificación de género” (Acker, 2000: 136).

En este mismo sentido, Maria Jesús Izquierdo, argumenta en su libro *Aguantando el tipo*, cómo la situación de las mujeres es basada en la desigualdad, y ésta es reproducida en diversos ámbitos, como el educativo, familiar, medios de comunicación,

---

<sup>11</sup> Es el comportamiento sociales culturalmente aprendido en los individuos de una sociedad a partir de las restricciones de lo femenino y lo masculino (Lobata y Thorne, 1999: 105)

participación política y sindical. Señala a su vez, que la división del trabajo ha provocado tres problemas fuertemente relacionados entre sí, los cuales son (Izquierdo, 1998) :

*Especialización:* Consistente en realizar actividades distintas y complementarias a las que realizan los hombres. La primera forma de especialización es manifestada en las relaciones sexuales, sólo en este caso se habla de una relación de complementariedad, el resto de las especializaciones son producto de las relaciones sociales.

*Segregación:* Referida a la separación entre personas en base a alguna característica o condición

*Discriminación:* Tiene dos fases. La primera, se establecen criterios para diferenciar o identificar a diversos colectivos en base a alguna diferencia generalmente visible; segunda, una vez que se establece el grupo se determina el modo en que este tendrá lugar.

Cabe aclarar que estos dos últimos mecanismos de su clasificación, son resultados de la especialización ocasionada por las luchas de poder entre hombres y mujeres. La autora también hace énfasis en la repercusión de estas desigualdades en las relaciones sociales en su conjunto, por lo que de alguna forma éstas también afectan a hombres y mujeres creándose varios tipos de desigualdades:

*La desigualdad entre los sexos:* Muestra la discriminación existente entre mujeres en relación a los hombres; tratando de explicar la situación de la mujeres a partir de la posición del hombre. Es decir, las diferentes actividades destinadas a uno y otro a partir de su sexo. Este tipo de desigualdad origina tres niveles de expresión del género: estereotipos, modelos y posiciones sociales. La autora aclara, que en la práctica es difícil encontrar en forma separada e individual a las primeras dos, pero para la facilitación de conceptos, definiremos a los tres según la autora (Izquierdo, 1998):

*Los estereotipos:* Conocidos como construcciones irreflexiva que prejuzgan las cualidades que tienen las mujeres y los hombres, pueden ser dominantes en la sociedad, debido a su repetición.

*Los modelos:* Son los patrones de conducta destinados al desempeño de cada una de las actividades sociales que se integran en las personas y que llevan incorporados estímulos y castigos para disuadir todo intento de trasgresión.

*Las posiciones sociales:* Son los lugares que se pueden ocupar dado el modo como está estructurada la sociedad, este posicionamiento está condicionado por el origen de clase, sexo, edad, etc.

*La desigualdad en función de los géneros:* Se da cuando una actividad tiene carácter de género, es decir, las personas independientemente cual sea su sexo, son tratados a partir de las funciones atribuidas y construidas socialmente, es decir valorar como masculinas las actividades realizadas por hombres y feminizar las hechas por mujeres.

*La división de la sociedad en clases de género:* La división sexual del trabajo, alcanza tales repercusiones que afectan las estructuras sociales, dividiéndola a su vez en géneros. Por lo que en todos los elementos de la sociedad, se encuentra dividida por uno y otro sexo.

Este establecimiento de actividades a partir de factores biológicos -y hasta asociaciones mitológicas- exclusivos para las madres, reproduce estereotipos asignados a las mujeres que tienen hijos(as), “inculcados y reforzados en las personas, mediante el proceso de socialización y sus productos son la identidad y el rol de género” (Ortiz-Hernández, 2004). Por su parte, Palomar enumera una serie de estereotipos impregnados en la maternidad: en primer lugar se encuentra, la idealización de la maternidad y su instinto materno, adjudicando una serie de virtudes como los son: la paciencia, tolerancia, capacidad de consuelo, de sanar, de cuidar, de atender y proteger; a partir del cumplimiento de estas virtudes se conforma el segundo estereotipo: las “buenas” y “las malas” madres (Palomar, 2004), construyendo su identidad y rol al hacerse y ser para “otros” (Lagarde, 1990)

Es por ello que la posición de las mujeres, sus actividades, limitaciones y posibilidades de vida, varían en cada cultura; lo que se mantiene constante es la diferencia entre lo considerado masculino y femenino (Lamas, 2003:108). La división hecha a partir de diferencias anatómicas, presupone formas determinadas de sentir, actuar y de ser de los sexos. En las sociedades patriarcales, los cuidados, la alimentación, la higiene, salud y educación de los hijos e hijas, es un asunto exclusivo de madres, de “las Evas”.

Lamas, menciona que no existen comportamientos o características de personalidad exclusiva de un sexo. Ambos comparten rasgos y conductas humanas:

“Casi todas, si no es que todas, las interpretaciones sobre el origen de la opresión de la mujer la ubicaban en la expresión máxima de la diferencia biológica: la maternidad” (Lamas, 2003:105).

Según Lamas, la anatomía femenina marca un destino limitado en sus vidas: ser madres. Porque en base a su composición biológica se ocupa un lugar específico en la sociedad, debido al discurso predominantemente patriarcal en el que se desenvuelve.

La asociación natural que se da a la mujer con la crianza, lactancia, el cuidado de los hijos y el requerimiento de cuidados especiales de los mismos y del resto de su familia, ha puesto en debate la acuñación del concepto de *maternazgo*, el cual es asociado con las relaciones sociales y materiales cotidianas que logran la reproducción, así como las tareas domésticas mencionadas e implicadas en la crianza y ejercicio maternal. Lamas realiza una distinción entre maternidad y maternazgo, refiriéndose a esta última como una experiencia no necesariamente femenina influida por el sentido de la responsabilidad, el vínculo emocional, la crianza y cuidado de los hijos, que no son desprendidos de causas biológicas sino más bien son asociados con la mujeres (Lamas en Ávila: 2004).

Por su parte, West y Zimmerman, en su artículo *Haciendo Género*, tratan de demostrar la presencia de género a partir de la interacción de la dramatización de un texto escrito socialmente, construido de la “idealización cultural de la naturaleza femenina y masculina” (West y Zimmerman, 1999:117), y de esta forma verse como “natural”, cuando en realidad es un producto social.

“...no existe una ética en este sentido para las mujeres, como universo simbólico de referencia, sino únicamente se tiene atribuciones estereotipadas de una forma de ser femenina que se nos impone” (Palencia, 2001: 204).

Palencia señala a la maternidad desde un punto de vista subjetivo, en donde su conformación corresponde a un orden simbólico/colectivo que es condicionado socialmente, tendiente a ser expresado universalmente y por lo tanto generalizado para todas las mujeres (Palencia, 2001). Esta práctica subjetiva y colectiva, suele ir acompañada de discursos y símbolos sociales, que son reproducidos por instituciones y estructuras que no conciben a la maternidad como una cuestión de género.

El filósofo Michael Foucault menciona que la presencia del control y el ejercicio de poder sobre el cuerpo, ha sido posible gracias a la producción y construcción de “saberes” a partir de este.

“...el individuo no es lo dado sobre lo que se ejerce y se aferra al poder. El individuo, con sus características, su identidad, en su hilvanado consigo mismo, es el producto de una relación que se ejerce sobre los cuerpos, las multiplicidades, los movimientos, los deseos, las fuerzas...” (Foucault, 1979:120).

Foucault señala que el poder utilizado en un momento determinado puede volverse “ventajoso y políticamente útil” (Foucault, 1979:146). En una sociedad formada por relaciones de poder, son determinantes los discursos de verdad que la conforman. El autor entiende por discurso como “un conjunto donde puede determinarse la dispersión del sujeto y su discontinuidad consigo mismo” (Foucault, 1983: 90), basándose en un conjunto de relaciones caracterizadas por una práctica discursiva, y formada en un “campo de regularidad para diversas posiciones de subjetividades” (Foucault, 1983: 90). De esa manera, el discurso de poder penetra y se transmite ejerciendo dominios al interior de la sociedad:

“...lo que pertenece a una formación discursiva y lo que permite delimitar los conceptos, es la manera en que esos diferentes elementos se hallan en relación los unos con los otros (...). Éste haz de relaciones es lo que constituye un sistema de formación conceptual” (Foucault, 1983: 97).

En este caso, el poder referido a los “saberes” del cuerpo femenino parte de la base de su capacidad reproductiva, construyendo significados, actividades y saberes propios de la naturaleza de la mujer.

Pero como habíamos mencionado, la concepción de la maternidad es resultado de los procesos sociales –dígase lenguaje o prácticas-, de tal forma que puede ser transformable. El proceso de transformación es esencial en la implementación de las políticas, “el lenguaje es central porque posibilita la aparición de nuevos significados y la transformación de los ya existentes” (Berger y Luckman, 2001), por lo que el discurso emitido por las instituciones de salud, a través de sus políticas y/o programas, pueden

influir en la conformación y reafirmación de los roles de género, pues como señala Incháustegui, las políticas públicas son;

“...[son capaces de] alteran muchas veces las estructuras domésticas al traducirse en cambios de poder de ciertas instituciones gubernamentales a otras, o al introducir reacomodos y reasignación de responsabilidades entre distintos actores del gobierno, actores, privados, actores sociales racionales, nivel de gobierno e incluso actores internacionales y externos” (Incháustegui, 1999:96) (entre corchetes son mías).

Es decir, la creación de políticas públicas, puede estar seguida de cambios en los procesos sociales, repercutiendo en una transformación de las normas, actos y “el sentir” de una sociedad. Es así, como a partir de la propia anatomía femenina se designan socialmente sus papeles y actividades en las relaciones sociales y por ende, como lo señala Izquierdo, se especializa a los sexos, estereotipando roles y su propia identidad, al prejuzgar su capacidad “propiamente natural”.

Por lo que el enfoque del GED busca generar políticas de salud, que no se limiten a brindar un apoyo financiero y de seguridad social, sino que coadyuven en la equidad de las relaciones entre hombres y mujeres en la sociedad. De esta forma, las políticas públicas tiene el poder a través de sus discursos, de perpetuar o generar cambios en las relaciones inequitativas de las relaciones sociales.

## CAPITULO II

### **Muerte Materno-infantil: inequidad en la salud pública.**

El presente capítulo tiene como objetivo explicar uno de los problemas más latentes las inequidades imperantes en diferentes sociedades, las cuales son respuesta de falta de condiciones culturales, sociales, tecnológicas, educacionales y económicas en las que se encuentran los países del mundo: la muerte materna e infantil. A pesar de las diversas políticas que se han dirigido para erradicar esta problemática, hoy en día continua representando uno de las principales causas de muerte en el mundo.

En México, las políticas públicas enfocadas a disminuir esta problemática presentan diferentes vertientes; algunos programas se dirigen a la salud exclusivamente del niño, en otros casos a la relación binomio madre-hijo. Por tal motivo, con el fin de realizar un análisis integral al programa BNS, es importante señalar cuales han sido las diferentes concepciones incluidas en las políticas dirigidas a combatir la mortalidad materna e infantil.

Por lo que en primer lugar, se describen algunas definiciones esenciales de la salud reproductiva, salud materna y salud materno-infantil. A su vez, se desarrolla a través de índices estadísticos, la situación nacional y estatal en cuanto a mortalidad por esta causa, sin pasar por alto el contexto internacional pues las acciones nacionales y por tanto estatales para erradicarla, han sido permeadas por resoluciones y acuerdos mundiales en los que México ha sido signatario.

Por ultimo, se exponen los diferentes marcos jurídicos internacionales, nacionales y estatales que dan pauta a las diferentes políticas dirigidas a la protección de salud y al control de la morbimortalidad infantil.

#### **2.1.- Salud Reproductiva**

Las políticas públicas dirigidas a la atención de la salud reproductiva, han sido diseñadas para erradicar problemáticas diversas en las distintas áreas de la salud, como el

control de la fecundidad y la mortalidad materna e infantil. De esta forma, se establecieron políticas como el control del crecimiento de la población, que premitía a su vez, la disminución de la mortalidad materna e infantil, hasta llegar a promover mejores servicios de salud integral (Rico *et al.*, 2003: 182).

Al principio de los 70s la salud reproductiva era exclusivamente asociada con problemas de control natal, sin tomar en cuenta los derechos de los usuarios de los servicios de salud. A partir de la Conferencia sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo en 1994 y la IV Conferencia de la Mujer de 1995 en Pekín, se han puesto en realce los derechos reproductivos, porque las políticas dirigidas hasta entonces, agravaban a estos (Rico *et al.*, 2003). A raíz de estas conferencias internacionales, se estableció una visión diferente de la mujer y su relación con la salud, la cual había sido utilizada como único medio para la planificación familiar y la responsabilidad de salud de los hijos, comenzándose a utilizar el concepto de derechos humanos y reproductivos y estableciendo a su vez, que la salud reproductiva incluiría todos los temas del aparato reproductivo (Rico *et al.*, 2003).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), entiende por salud: “al estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, a su vez, define a la salud reproductiva “como el estado de completo bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida” (OMS, 2005). Según esta institución, la estructuración del concepto implica la posibilidad de que las personas tengan una vida sexual satisfactoria y segura, gozando de plena libertad de decisión respecto a cuando y cuantos hijos tener<sup>12</sup>, lo que hace incluir también, el derecho de hombres y mujeres de estar informados y contar con acceso a métodos de control de fertilidad que sean seguros, eficaces, accesibles y aceptables, reconociendo el derecho del que gozan las mujeres a un embarazo y parto de forma segura.

Por otro lado, es oportuno mencionar, la existencia de un fuerte debate entre las organizaciones civiles sobre los derechos sexuales dentro de los temas de salud

---

<sup>12</sup> Cabe aclarar, que estos derechos fueron incorporados a la normatividad mexicana en el año 1974.

reproductiva, incluso, se han llegado a denominar *salud y derechos sexuales*<sup>13</sup> y *reproductivos*, a pesar de que en las instancias gubernamentales internacionales, como la OMS, se mantenga exclusivamente *salud reproductiva*. Pero como señala Ivonne Szasz, el verdadero objetivo de la definición del concepto es crear condiciones que permitan brindar mayor equidad en la sociedad:

“... una de las implicaciones centrales del enfoque de la salud reproductiva consiste en privilegiar la igualdad y equidad de género como un principio básico y dominante (...) que orienta los esfuerzos y las acciones conducentes a empoderar a las mujeres para que sean sujetos activos de sus decisiones centrales de su propia vida y familia. Modificando así condiciones de subordinación social.” (Szasz, 2003: 39).

Es posible que al analizarse detenidamente la manera en que se han desarrollado las políticas de salud reproductiva, podamos observar cómo ha ido cambiando la concepción de la mujer en el ámbito de la salud<sup>14</sup>, pero por no ser propiamente el objetivo de este trabajo, nos enfocaremos a desarrollar solamente dos, esencialmente útiles para nuestro análisis: salud de la mujer y salud materno-infantil.

### **2.1.1.- Salud de la Mujer**

Los estudios de la mujer y su salud, tradicionalmente han girado alrededor de su condición reproductiva, por este motivo, suele “confundirse o utilizar como sinónimo la salud reproductiva con la salud de la mujer” (Leslie *et al.*, 2001), olvidando que la condición en la salud y la mujer, va más allá de su etapa reproductiva. El estado de salud de las mujeres está relacionado con las desigualdades sociales, al ser un claro reflejo de varios factores culturales, sociales y económicos, en los cuales, los roles de género asignados, marcan concepciones y repercusiones diferentes de la salud en la mujer.

---

<sup>13</sup> Los derechos sexuales, son enfocados a garantizar la libre elección de todas las personas de decidir el momento lugar y con quién desean tener relaciones sexuales. Este tipo de derecho es enfocado a disfrutar el placer sexual.

<sup>14</sup> Véase Rico, Blanca *et al.*, (2003): “Salud reproductiva y políticas públicas: avances y asignaturas pendientes”, en Bronfman, Mario y Denman, Catalina (Coord.). Salud reproductiva. Temas y debates. Instituto Nacional de Salud Pública. México..

Si bien la salud reproductiva y la salud de la mujer se “basan en contextos demográficos similares” (Leslie *et al.*, 2001), la salud obstetricia y ginecológica han dejado de ser consideradas como las únicas necesidades de la mujer en materia de salud, pues estas continúan con otro tipo de trastornos al rebasar su edad fértil y reproductiva. En este sentido el estudio de Leslie, Rubin-Kurtzman y Goldini, señala que la salud de la mujer:

“...incluye mayor interés en las necesidades en materia de salud, que van más allá de los años reproductivos, porque incluye las muchas condiciones de salud que son más comunes o más graves en las mujeres, principalmente debido a las diferencias entre los papeles masculinos y femeninos, y se centra en la esfera de las políticas y en factores socioeconómicos amplios que diferencian en las experiencias de los hombres y de las mujeres en el ámbito de la salud” (Leslie *et al.*, 2001: 189).

Por lo que es importante reconocer la forma de participación de la mujer en la sociedad, para poder determinar las relaciones que a partir de ella se forman, y conducen su posición dentro del ámbito de la salud, tomando en cuenta no sólo su capacidad reproductiva, sino las consideraciones los aspectos socioculturales y económicos que envuelven toda su vida.

Mucho antes de los acuerdos internacionales de El Cairo en 1994 y Pekin en 1995, se empezó<sup>15</sup> a impulsar políticas dirigidas a mujeres, más allá de su proceso reproductivo o del cuidado de la salud de los hijos (Langer y Lozano, 1998). Los movimientos de mujeres han puesto a la luz pública el derecho a recibir una atención en la salud, no sólo la requerida durante el embarazo, parto y puerperio, tras estos, se ha incluido problemas de salud enmarcados dentro del ámbito de salud reproductiva, como es la posibilidad de utilizar un método anticonceptivo, seguro y eficiente, así como la satisfacción de su vida sexual y libre de enfermedades. También se ha reconocido la importancia de la salud fuera de su etapa reproductiva, como lo es la hipertensión, diabetes, enfermedades del corazón y mentales, depresión, periodo de climaterio etc. La salud de la mujer no sólo reconoce la distinciones biológicas respecto a los hombres, sino sus roles, los cuales son

---

<sup>15</sup> A partir de las iniciativas hechas por las Naciones Unidas en 1976, de nombrar a partir de ese año la década de la Mujer

determinados social y culturalmente. Podemos decir entonces, que el concepto de salud de la mujer ha tratado de extenderse a todas las etapas de su vida. La siguiente cita de Gómez, nos permite precisar mejor el planteamiento:

“... la mujer, en cualquier edad, tiende a experimentar menores tasas de mortalidad que el hombre, pero está sujeta a una mayor morbilidad que el varón; ésta mayor morbilidad se expresa en una incidencia más alta de trastornos agudos, en una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no mortales, y en niveles más elevados de discapacidad en el corto y largo plazo” (Gómez, 1994:15).

En conclusión, la salud de la mujer no debe ser dirigida al cuidado y vigilancia de una sola etapa de su vida, ni mucho menos segregarse a partir de la capacidad reproductiva, más bien deben incluirse acciones y estrategias que promuevan una vida saludable a lo largo de su vida.

### **2.1.2.- Salud materno-infantil.**

La diferencia en la salud en grupos de distintos niveles socioeconómicos es marcada por las diversas inequidades sociales y las consecuencias de estas; tal es el caso de la mortalidad materna y el acceso a servicios de atención a la salud reproductiva (Langer y Lozano, 1998). La mortalidad materna e infantil, es una consecuencia no sólo de las condiciones de pobreza en las que se envuelven diferentes sociedades, sumergidas en bajos niveles de desarrollo económico, sino también, es un claro reflejo de la posición de subordinación que ocupa la mujer en la sociedad, ya que son traducidas en riesgos biológicos en la maternidad.

La condición de la mujer y la salud infantil están estrechamente relacionadas con la posición social y económica en la que se desarrolla su vida, por tal motivo es considerada como una de los principales indicadores del bienestar en el que se encuentra una población. La OMS, reconoce la existencia de una notable relación entre la mortalidad materna y el estatus social, la educación y la modalidad de participación económica de las mujeres:

“...la pertenencia a una determinada clase social, es un factor importante para la pérdida de la salud de los individuos, y por consecuencia fatal, la muerte” (Elu, 1993: 15).

Respuesta a ello, han sido los acuerdos tomados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en el año 1995 en El Cairo, en donde se especifica que los programas de planificación familiar deben tener cambios significativos, proponiéndose la integración de los programas materno-infantil a los de planificación familiar, pues al hacerlo, estos últimos puede tener mayor aceptación (Martínez y Leal, 2000), y mejorar la salud materno-infantil.

A partir de 1987, año en que inicio el programa internacional de Mortalidad Sin Riesgo, se ha tratado de reducir la morbilidad y mortalidad materna, tomado como una medida precautoria de muerte en niños menores de cinco años. Esta iniciativa reconoce la atención obstétrica universal y de buena calidad, como un derecho del que gozan todas las mujeres, pero también como una obligación por parte de los servicios de salud. A pesar de ello, la seguridad que pueda brindar esta iniciativa pierde su relevancia, “al continuar conceptualizando el problema como exclusivo de las mujeres que están o quieren estar embarazadas, dejando de lado otros temas reproductivos de las mismas” (Langer y Lozano: 1998: 45).

La atención en la salud materno-infantil, es considerada como un servicio básico de salud y comprende: la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio; la atención del niños y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación; la atención de la integración y del bienestar familiar; y la atención preescolar y escolar en los centros educativos<sup>16</sup>.

Como ya se menciona, debido a las características y roles sociales impuestos a la mujer, es sumamente difícil desprender la salud materno-infantil del tema de la salud de la mujer, porque las políticas dirigidas a disminuir los riesgos en la salud o mortalidad infantil, han sido asociadas con políticas dirigidas exclusivamente a la salud de las mujeres. El término de salud materno-infantil incluye todos los problemas de la mujer relacionados con el embarazo, parto y puerperio y la salud del niño, pues a través del

---

<sup>16</sup> Ley de Salud del Estado de Sonora, publicada el 22 de Julio de 1992 en el Boletín Oficial del Estado.

factor biológico que tiene la madre, se impone su *ser o rol* destinado a la crianza y cuidado de los hijos.

## **2.2- Muerte materno-infantil.**

Como muchos autores señalan (Elu, 1993; Freyermuth, 2000 y Bronfman, 1998), el problema de la mortalidad materna es mucho más que un problema de salud pública; el cual puede ser tomado como una simple variable demográfica o un índice de pobreza de un país o región. Este problema, es un reflejo de la vida de las mujeres y el lugar que ocupan ellas en la sociedad, a partir de su rol de madres.

A continuación, como parte del análisis integral es conocer la problemática que aqueja la iniciativa del programa BNS, se expondrán algunos índices cuantitativos de la mortalidad en madres y niños.

### **2.2.1. Antecedentes internacionales.**

La permanencia de casos de muertes relacionadas con complicaciones en el embarazo, parto, puerperio o en los primeros años de vida del niño, es un signo de alarma y una muestra latente de la inequidad existente, en diversas partes del mundo. Cerca de 585 000 mujeres mueren cada año por alguna de estas causas, de las cuales solo el 1% ocurren en países desarrollados, mientras que el resto ocurren en países en vías de desarrollo, aunque se ha demostrado, que estas muertes pueden ser prevenibles y hasta evitarse si existieran los recursos, servicios y conocimientos suficientes.

Pero a pesar de los numerosos recursos destinados a eliminarla o disminuirla, los índices de esta problemática han descendido paulatinamente, por lo que la situación es aún un problema persistente. Por ejemplo, según estudios realizados por la OPS, una mujer que es nacida en un país en vías de desarrollo tiene 18 veces más probabilidades de morir por un trastorno relacionado al embarazo, que la que vive en un país industrializado como Canadá, Inglaterra y Estados Unidos<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> Boletín de prensa 21 de Julio del 2003 Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgo en México.

La muerte materna constituye una de las primeras cinco causas de muerte y discapacidad entre las mujeres de 15 a 49 años de edad<sup>18</sup> en el mundo. Tres de las cinco principales causas de muertes maternas vividas que se presentan pueden ser prevenibles e inevitables, como las hemorragias, infecciones y abortos en condiciones de riesgo<sup>19</sup>.

**Tabla 1.**  
**Causas de mortalidad materna en el mundo**

| Causa                           | Porcentaje |
|---------------------------------|------------|
| Hemorragia grave                | 25         |
| Causas indirectas               | 20         |
| Infecciones                     | 15         |
| Aborto en condiciones de riesgo | 13         |
| Eclampsia                       | 12         |
| Parto obstruido                 | 8          |
| Otras causas directas           | 7          |

Fuente: Organización Mundial de la Salud.2005

El problema de la mortalidad materna-infantil es que en algunos países no se cuenta con conocimientos básicos de la salud, higiene y nutrición entre su población. América Latina es un ejemplo de lo anterior, en donde la mayoría de la población no cuenta con servicios de salud ni acceso a métodos anticonceptivos, y en algunos casos los lugares en que si se cuenta con la atención a la salud, ésta es deficiente en cuanto a la calidad del servicio que se brinda.

### **2.2.2.- Muerte materno-infantil en México.**

México cuenta con una población de 97 487 412 de habitantes, de las cuales, el 50.72% son mujeres. En el año 2000, 55 555 788 personas no se encontraban inscritas a algún servicio de salud, es decir, sólo 40.1% de la población total contaba con seguridad social en este ámbito.

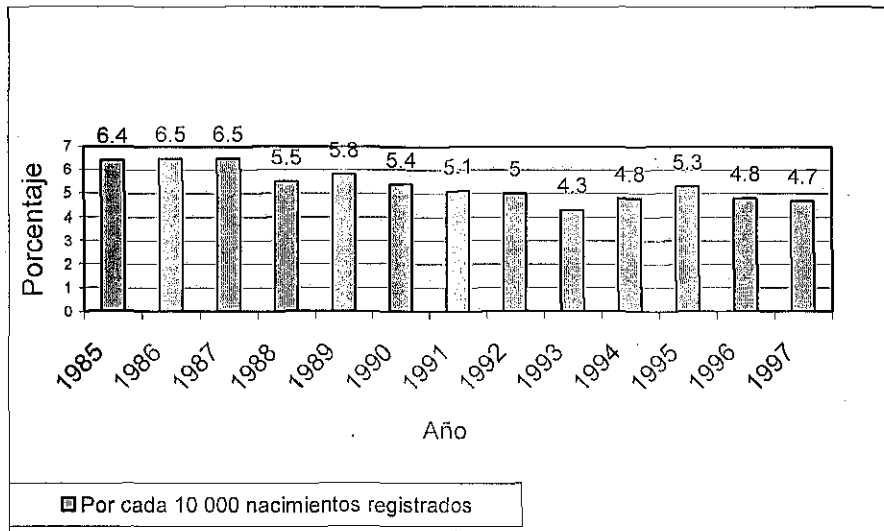
<sup>18</sup> Organización Panamericana de la salud.

<sup>19</sup> Organización Mundial de la salud.

Más de la mitad de la población usuaria a los servicios de seguridad social en el año 2000 fueron mujeres (51.5%)<sup>20</sup>, debido a su capacidad reproductiva y mayor atención a los centros de salud. El embarazo, parto y puerperio son considerados el principal caso de morbilidad hospitalaria en nuestro país con un 33.9% de la atención recibida, seguido de otras dos consecuencias del embarazo, como lo son las afecciones obstétricas directas y los partos únicos espontáneo<sup>21</sup>.

Desde hace varias décadas, las políticas a la salud de la mujer han ido enfocadas a combatir los grandes índices de mortalidad materna, apoyándose en diferentes programas y acciones que ayuden a lograrlo. Debido a la falta de continuidad de los programas y evolución de los mismos; la tasa de mortalidad materna ha disminuido 1 índice por década aproximadamente, como lo veremos en la siguiente tabla<sup>22</sup>:

**Gráfica 1**  
**Muerte materna en México 1985-1997**



Fuente: CONAPO. 2005

En el año 2000 se presentaron cerca de 1,310 muertes de este tipo en México, mientras que en el 2001 fueron alrededor 1, 253<sup>23</sup>; siendo las principales causas los

<sup>20</sup> En todos los Estado de la República Mexicana el porcentaje de mujeres usuaria de los servicios de salud es superior al 50%, a excepción de Baja California Sur.

<sup>21</sup> CONAPO. 2005. <http://www.conapo.gob.mx>

<sup>22</sup> CONAPO. 2005. <http://www.conapo.gob.mx>

<sup>23</sup> CONAPO. 2005. <http://www.conapo.gob.mx>

edemas, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio con un 37.30% y en segundo lugar, las hemorragias en embarazo, parto y posparto con 20.80% (Tabla 2).

**Tabla 2**  
**Principales causas de muerte materna en México**

| Causa  | 1991** | 2000  | 2001  |
|--|--------|-------|-------|
| Edema proteinuria y trastornos hipertensivos en embarazo, parto y puerperio. | 24.5   | 35.60 | 37.30 |
| Hemorragia en embarazo y parto   | 23.2   | 19.50 | 20.80 |
| Causas obstétricas directas  | --     | 17.80 | 19.40 |
| Causas obstétricas indirectas  | --     | 10.80 | 8.5   |
| Complicaciones del puerperio   | --     | 8.20  | 7.20  |
| Aborto   | 4.6    | 6.8   | 5.4   |
| Infección del aparato urinario   | --     | .80   | .80   |
| Parto Obstruido  | 18.3   | .50   | .60   |

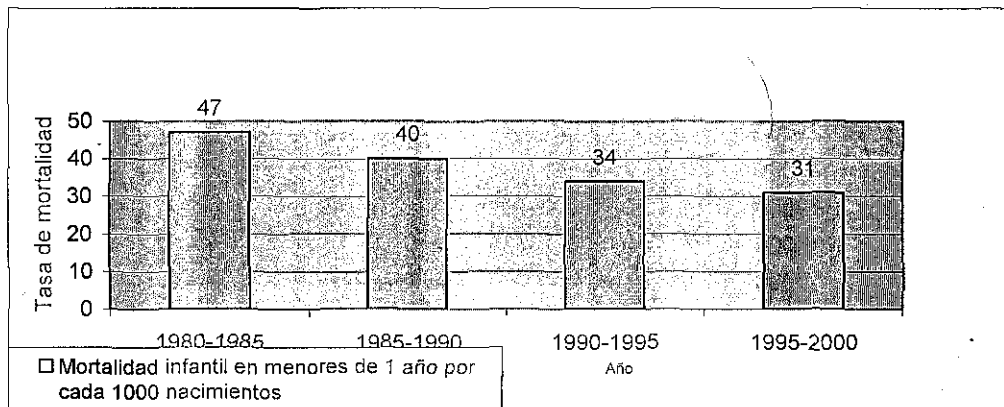
Fuente: CONAPO.2005

La mortalidad infantil ha disminuido casi el 50% en la última década, en 1990 se presentaban 65'497 muertes a este grupo y en el 2003 33,355, principalmente durante el período perinatal<sup>24</sup>. En México, la tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año es de 24.9, mientras que en los menores de 5 años es de 34.4 (Gráficos 2 y 3).

\*\* Datos tomados de Freyermuth, Graciela y Jiménez, Victoria (2000). "Retos y acciones en torno a la muerte materna en los Altos de Chiapas. De las preparatorias del Cairo hasta Beijing", en Damián, Gisela Espinosa (Coor.) *Compromisos y realidades de la salud reproductiva en México. Una mirada a la situación nacional y a cuatro estados*. UAM-X. México.

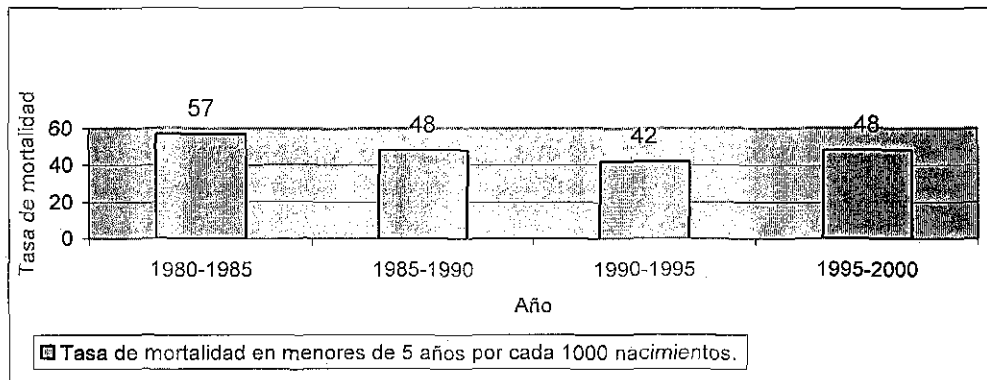
<sup>24</sup> INEGI. XII Censo de población y vivienda 2000. Estadísticas de Mortalidad.

**Gráfica 2**  
**Mortalidad infantil en menores de 1 año**



Fuente: CONAPO.2005

**Gráfica 3**  
**Mortalidad infantil en menores de 5 años.**

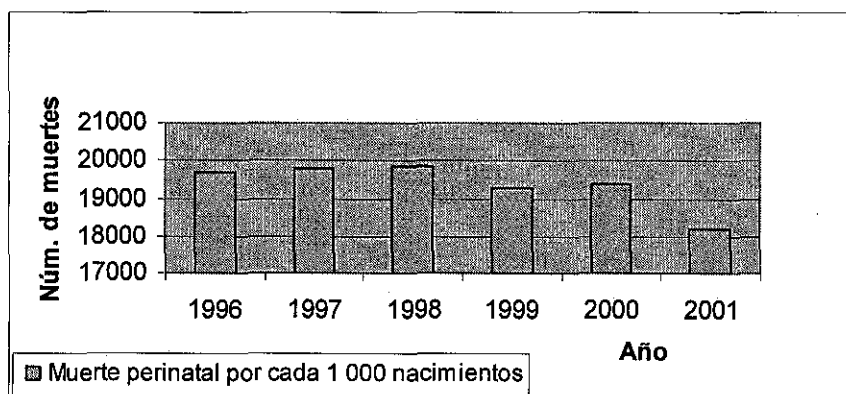


Fuente: INEGI. 2005

Un problema preocupante en el sector salud de nuestro país son las muertes ocurridas en el período perinatal, la mayoría de estas muertes ocurren en la primera semana de vida de los menores, la mitad tan sólo en el primer día y el resto en los siguientes seis días; siendo las principales causas de muerte las enfermedades de la madre como la hipertensión e infecciones, placenta previa o un parto podálico<sup>25</sup>. En la siguiente gráfica (Gráfica 4), se muestra la tendencia de mortalidad en menores durante la etapa perinatal:

**Gráfica 4**  
**Muerte Perinatal en México (1996-2001)**

<sup>25</sup> Programa Nacional de Salud Pública 2001-2006.



Fuente: INEGI. 2005.

El tema del rezago en la salud, se hace presente en el Plan Nacional de salud 2001-2006, creándose una serie de acciones encaminadas a combatir el rezago existente en este ámbito, garantizando un arranque parejo en a la vida de los recién nacidos, al mejorar la salud y nutrición en la población, controlando la tuberculosis, las enfermedades transmitidas por dengue, paludismo y disminuir los casos de cáncer cérvico-uterino.

En el siguiente capítulo, realizaremos una descripción más detallada del programa emanado por ésta acción *Arranque parejo en la vida*, y de la cual gran parte se desprende el programa BNS.

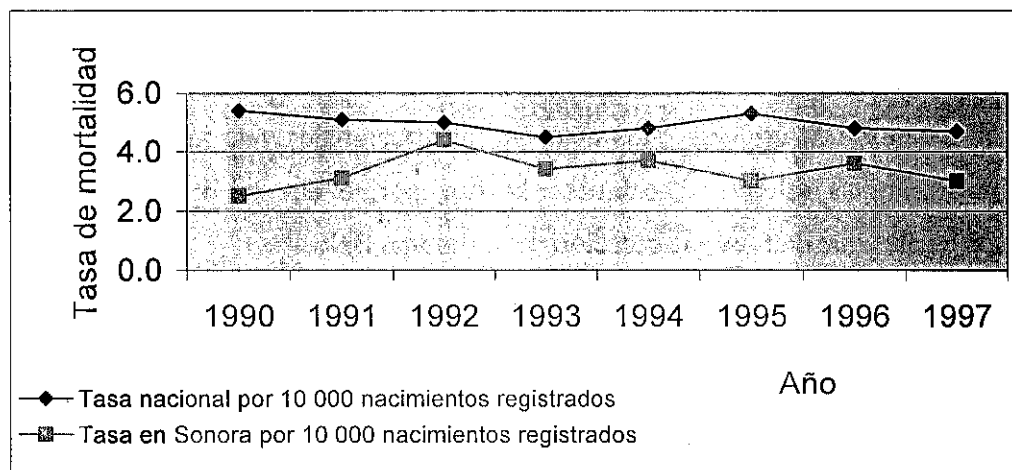
### 2.2.3.- Muerte materno-infantil en Sonora.

Tras señalar en el apartado anterior, las dimensiones del problema de la muerte materno-infantil en México, es oportuno señalar que en el caso del Estado de Sonora a pesar de haberse implementando diversos programas federales como el hospital amigo y lactancia materna, la presencia de casos de muerte materna e infantil se siguen presentado sin una disminución estadísticamente considerable.

La falta de cobertura, eficiencia y calidad en los servicios públicos son constantes en las zonas de los diferentes municipios del Estado. Cerca del 48% de la población carece de servicios de seguridad social, lo que vuelve más agudos los problemas de salud y las desigualdades existentes entre la población, si se toma en cuenta que el 51% de las muertes fetales provienen de madres que no son derechohabientes a ninguna institución

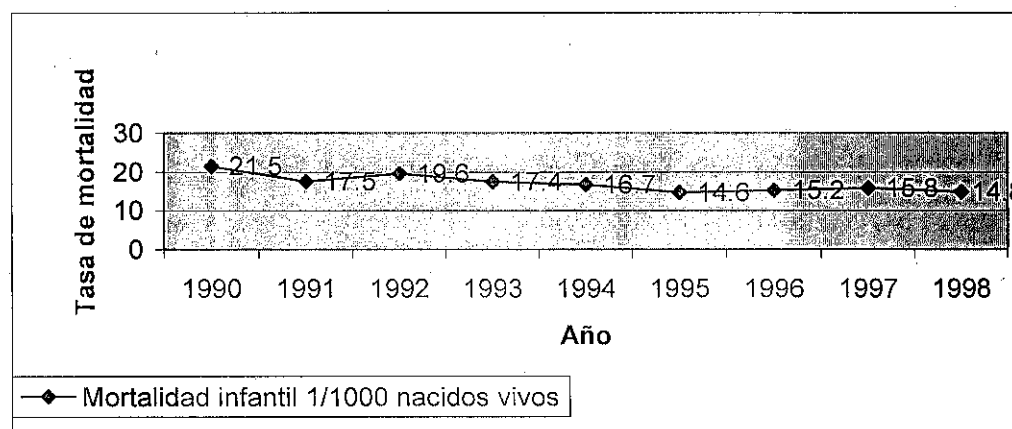
de salud, estos datos son factores que contribuyen a explicar los embarazos de alto riesgo, pues en 1997 se realizaban 1,707 consultas de embarazos de este tipo, aumentando a 4,318 consultas en el año 2000<sup>26</sup>. Según datos del INEGI, la tasa de mortalidad materna en 1997 ascendía a 3.0, inferior a la tasa normal en el país la cual es de 4.7 (Gráfica 5).

**Gráfica 5**  
**Mortalidad Materna en Sonora.**



Fuente: INEGI. Estadísticas vitales. Cuaderno núm. 4 Sonora.2001

**Gráfica 6**  
**Tasa de mortalidad en menores de un año de 1990-1999**



Fuente: INEGI. Estadísticas vitales. Cuaderno núm. 4 Sonora.2001

<sup>26</sup> INEGI. XII Censo de población y vivienda 2000. Sonora

El grafico anterior (gráfica 6) muestra la poca variabilidad presentada en los índices de mortalidad en menores de un año. Según datos del INEGI, el 63.8% de estas muertes ocurre en el primer mes de vida, el resto en la primera semana o en los siguientes doce meses.

### **2.3.- Marcos Jurídicos**

Las normas jurídicas y los acuerdos internacionales, son marcos indispensables para delinear las diferentes acciones públicas, por lo que es importante señalar los marcos legales que dan pie a la creación del programa BNS.

En los siguientes apartados, se describirán los lineamientos jurídicos internacionales, nacionales y estatales que rigen el programa analizado en este trabajo, y será hasta el último capítulo dónde se analizará el marco legal del mismo.

#### **2.3.1.- Marcos jurídico internacional.**

El siglo XX significó la apertura a nuevos espacios hacia la mujer. Desde los reconocimientos de sus derechos políticos -como el voto-, la comunidad internacional, alentada por los cambios y movimientos sociales, ha llevado la tarea acuerdos internacionales que permitan realizar acciones tendientes a combatir la desigualdad social y discriminación de que han sufrido las mujeres dentro de la sociedad (SRE-UNIFEM-PNUD, 2004).

En la *Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo* realizada en El Cairo en año de 1994, se desarrollaron temas referentes al mejoramiento de las condiciones de la mujer. En dicho evento participaron la mayoría de los países latinoamericanos, incluyendo México, se puntualizó la necesidad de una participación igual de hombres y mujeres en aspectos productivos y reproductivos, impulsando programas que incidan en generar responsabilidades compartidas en la planificación familiar, labores domésticos y crianza de los hijos, planteándose a su vez, la creación de mecanismos para representación equitativa de las mujeres en los procesos políticos. A partir de esto, se promueven políticas tendientes a impulsar el desarrollo de la mujer, a través de la

educación, aptitudes, y empleo, realzando la importancia de eliminar la pobreza, analfabetismo y malas condiciones de salud.

Como ya se mencionó, en esta conferencia se definió por vez primera, el concepto de salud reproductiva, cuyo objetivo es asegurar el acceso a la información, brindar servicios accesibles y aceptables para todos los usuarios, trazándose como meta para el año 2015, una atención a la salud para todas las personas. Se planteo los propósitos de los programas de planificación familiar, los cuales permitirían a las personas decidir libre y responsablemente, el número y espaciamiento de sus hijos, recibiendo información y métodos necesarios para lograrlo y evitar embarazos no deseados, de alto riesgo, morbilidad y la mortalidad(SRE-UNIFEM-PNUD, 2004).

A su vez, se retomaron los temas de la salud, morbilidad y mortalidad, estableciendo como objetivo aumento en la accesibilidad, disponibilidad y aceptación de servicios de salud, así como el compromiso de aumentar la calidad y años de vida saludable en la población. De igual manera, se señalan como objetivos la promoción de la salud de mujeres y la maternidad sin riesgo para romper con las diferencias existentes entre los países desarrollados y los de vías en desarrollo.

Los países participantes acordaron establecer atención primaria en la salud, especialmente en atención de maternidad, como estrategia central para la reducción de la morbilidad y mortalidad, impartiendo educación sobre la maternidad sin riesgo, cuidados prenatales y nutrición materna. Se estableció que los programas encaminados a reducir la mortalidad materna deberían proporcionar información y servicios de salud reproductiva y planificación familiar, con el fin de reducir los embarazos de alto riesgo (SRE-UNIFEM-PNUD, 2004).

Estos reconocimientos establecen que la salud no sólo significa la ausencia de enfermedad o dolencias, sino un estado pleno de bienestar físico, mental y social, el cual no depende exclusivamente de factores biológico sino del contexto social, político y económico, por lo que se acordó fomentar el acceso a la salud de la mujer durante toda su vida, brindando atención, información y servicios adecuados, de bajo costo y de buena calidad.

### **2.3.2.- Marco jurídico nacional.**

La máxima normatividad de los Estados Unidos Mexicanos, su constitución política, señala en su primer artículo las garantías de que gozan todos los individuos de su sociedad, los cuales sólo podrán ser restringidos en los términos que en ella misma se señalen. Se establece la prohibición a cualquier tipo de discriminación, ya sea por origen étnico o nacional, de género, edad, capacidad diferente, condición social, salud, condición religiosa o cualquier otra que transgredía la dignidad humana y perjudique sus derechos o libertades.

El mismo ordenamiento en su artículo cuarto, reformado en 1974<sup>27</sup>, establece y reconoce la igualdad ante la ley entre el varón y la mujer, estableciendo el derecho que cada uno de ellos tiene de contar con protección en salud. El mismo artículo, es encargado de externar el derecho con el que cuenta toda persona de decidir de manera libre, informada y responsablemente, el número de hijos, así como el espaciamiento o intervalo que se tenga entre cada uno de ellos.

Esta misma serie de garantías, son enfocadas a los niños y niñas, al tenerse que satisfacer sus necesidades de alimentación, salud y educación.

Las disposiciones anteriores, quedan establecidas en las diferentes leyes que promueven la atención en la salud como la Ley General de Salud<sup>28</sup> y la Ley General de Población<sup>29</sup>. La primera reconoce la salud materno infantil como un tema prioritario, por lo que recomienda atención a la mujer en el embarazo, parto y puerperio, la atención al niño y vigilancia en su crecimiento, así como la prevención de muerte o enfermedad en cualquiera de estos grupos, a su vez, reconoce los beneficios que tiene la población de la protección social en la salud, por lo que gozarán de ellas, aquellas personas que no sean derechohabientes a seguridad social. Por su parte La Ley General de Población establece los lineamientos para incidir en el volumen y estructura de la dinámica poblacional, también incluye la necesidad de promover medidas para la disminución de la mortalidad.

El artículo 14 y 20 de la Reglamentación de la Ley General de Población<sup>30</sup>, determina que los programas enfocados a la planificación familiar serán exclusivamente indicativos, por lo que se limitara a proporcionar información y orientación si así lo

---

<sup>27</sup> Publicado el 31 de diciembre en el Diario Oficial de la Federación.

<sup>28</sup> Publicada en Diario oficial del

<sup>29</sup> Publicada en Diario oficial el 7 de Enero de 1974. Última reforma 4 de Enero de 1999.

<sup>30</sup> Publicado en Diario oficial el 14 de Abril del 2000.

requieren los usuarios, sin influir ni imponer una decisión de elección en el método anticonceptivo. Estos servicios deberán estar dirigidos a la par con los programas de salud reproductiva, y ambos deberán ser proporcionados de manera gratuita e integrar una perspectiva de género en su elaboración.

Continuando con la descripción legal, la norma oficial de *atención durante el embarazo, parto y puerperio al recién nacido*<sup>31</sup>, se encarga de establecer los criterios y procedimientos de la prestación de servicios para la atención de la mujer durante todas las etapas de su embarazo, así como a los nacidos de estos.

En ella se señala que la atención brindada a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido, deberá ser de calidad y con calidez, entendiendo por la primera “una secuencia de actividades que relacionan al prestador de servicios con el usuario (oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así como de los resultados)”, mientras que por la segunda se entiende “el trato cordial, atento y con información que se proporciona al usuario del servicio”<sup>32</sup>.

Esta normatividad recomienda índices para la atención, en los hospitales de segundo nivel se recomienda un 15% de cesáreas en la atención y 20% del tercer nivel en relación con el total de nacimientos, fomentando y protegiendo también la lactancia, atención en el recién nacido y la etapa de puerperio. Además, se asientan los lineamientos para que las instituciones y unidades establezcan programas de salud materno-infantil, como el programa BNS, los cuales son:

- Brindar mayor relevancia a la mujer y madre al autocuidado de la salud personal y familiar.
- Explicar los beneficios de su control prenatal.
- Brindarles una orientación nutricional y alimentaria en conjunto con la higiene de los alimentos.
- Orientación a la madre acerca del uso de medicamentos durante embarazo y lactancia. Explicación acerca de la ventaja de la lactancia materna, cuidados durante el embarazo y puerperio, en conjunto con sus signos de alarma.

---

<sup>31</sup> Norma NOM-007-SSA2-1993, publicada el 6 de Enero de 1995 en el Diario Oficial de la Federación.

<sup>32</sup> Ídem.

- Signos de inicio de parto.
- Cuidados al recién nacidos y cuidados en la atención.
- Importancia de vigilancia nutricional del crecimiento y desarrollo en diferentes etapas.
- Prevención y control de enfermedades diarreicas, enfermedades agudas de vías respiratorias.
- Esquemas de vacunación.
- Planificación familiar e información de los métodos.
- Prevención del retraso mental por hipotiroidismo congénito.
- Prevención de bajo peso al nacer.
- Información sobre los cambios físicos y emocionales de la embarazada.
- Importancia de participación de pareja y/o familia durante el proceso grávido- puerperal.

La descripción anterior, permitirá apreciar de qué forma son retomados en el diseño de programas de salud materno-infantil federales y estatales.

Continuando con el desarrollo del marco normativo federal que permite la creación del programa BNS, se expondrá los planteamientos del Plan Nacional de Desarrollo (PND) para el ejercicio 2001-2006. El gobierno federal con el fin de poder realizar un diagnóstico de la equidad social en la población, reconoce la necesidad de crear una cultura de género para poder establecer diferencias, condiciones y prioridades entre la población femenina y masculina; realzando los principales problemas que aquejan en las diferencias entre los géneros, como son; las desigualdades en temas laborales, la poca presencia de mujeres en puestos públicos, los bajos niveles de escolaridad en mujeres, los aumentos en los niveles de violencia intrafamiliar y los embarazos adolescentes.

El PND, designa el tema de la salud, como uno de los pilares del desarrollo de México, pues sin este, no se podrán dar los avances, bienestar, ni seguridad de la población; reconociendo la deuda que aún esta pendiente en temas como mortalidad infantil, esperanza de vida y alcance y calidad en la atención de la salud. De esta forma, el PND, propone una política de desarrollo social y humano, plasmada en los objetivos,

estrategias y programas sectoriales que rigen tres rectores principales: los niveles de bienestar de los mexicanos, equidad en los programas e igualdad en las oportunidades y por último, dotar de capacidad e iniciativa en los ciudadanos.

A partir de estos tres ejes, se planea impulsar el desarrollo humano de las personas, planteándosele los siguientes retos: 1.-Eleva el nivel de salud de la población y reducir las desigualdades, 2.- Garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, 3.- Ofrecer protección financiera en materia de salud á todos los mexicanos, apoyando de manera prioritaria el financiamiento público y 4.- Fortalecer el sistema de salud.

En conjunto, estos ejes son retomados en los objetivos del *Programa Nacional de Salud*, siendo estos: fomento a la equidad, mejora en la calidad de los servicios y brindar mayor protección financiera en los servicios de la población; sólo de esta forma se podrá hablar de una democratización en los servicios de salud

El Programa Nacional de Salud para el año 2001-2006, presenta acciones de salud reproductiva dirigidas exclusivamente a poblaciones o sectores menos desarrollados en el país, en los cuales, los anteriores programas no arrojaron los resultados previstos o sencillamente, no fueron debidamente aplicados. Es así que en esta ocasión el sistema de salud reproductiva ha incluido al programa de planificación familiar y atención a la salud de la mujer en diferentes etapas de su vida, dando como resultado cuatro programas: salud reproductiva, programas de cáncer cervicouterino y de mama, y el programa Arranque parejo en la vida, del cual se desprende el programa a analizar en el presente trabajo y del cual hablaremos en el capítulo siguiente.

### **- 2.3.3.- Marco jurídico Estatal.**

Las entidades federales deben contar con un Plan de desarrollo propio, que garantice la creación de programas y políticas para el desarrollo, económico, social y cultural de su población. En el caso de Sonora, se establece en el artículo 25-D de la Constitución para el Estado de Sonora, que los programas diseñados deberán apearse a las disposiciones de los programas de la administración pública federal.

La Ley de Salud<sup>33</sup> de Sonora reconoce la responsabilidad del gobierno del Estado, en la programación, organización, operación, supervisión y evaluación de los servicios de atención médica, materno-infantil y prestación de servicios de planificación familiar entre otros. A partir del 7 de julio del 2003, se adicionaron los programas contra el alcoholismo y tabaquismo y la asignación de órganos, tejidos y cédulas para transplantes humanos.

. Esta Ley también establece que las autoridades tanto sanitarias, como educativas y laborales apoyaran y dirigirán programas para padres promoviendo la atención materno-infantil, las actividades que puedan poner en peligro la salud física y mental de los menores y las embarazadas, y demás que incluyan la protección y cuidado de la salud materno-infantil.

La planificación familiar, es incluida como prioridad en esta ley; en donde los jóvenes y adolescentes, juegan un papel importante al reconocerse la necesidad de información y orientación educativa en este tema. De igual modo, se recomiendan estas actividades entre madres y padres, señalando la conveniencia del espaciamiento y reducción de los embarazos, siendo entonces oportuna y eficaz el conocimiento de los métodos anticonceptivos.

Es así como las diversas normatividades descritas en el presente capítulo, dan el marco suficiente para poder adentrarnos a la descripción del programa que pretendemos analizar.

---

<sup>33</sup> Publicada el 22 de Julio de 1992 en el Boletín Oficial del Estado.

### Capítulo III

#### Programa *Bienvenida a todos los nuevos Sonorenses*

Después de haber descrito en los apartados anteriores, el marco teórico y la problemática de la mortalidad materna e infantil en nuestro país y estado, en este capítulo describiremos la política pública a analizar: el programa *Bienvenida a todos los nuevos Sonorenses*.

Una de las deudas de justicia social pendientes a lo largo de los últimos años son las constantes muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio, así como las muertes en recién nacidos y niños menores de 5 años. El Programa Nacional de Salud del período 2001-2006, promueve diferentes acciones estratégicas para lograr establecer una equidad en materia de salud, tanto en la atención, calidad y financiamientos de los servicios de salud para todos.

La salud en la población es un factor primordial para el desarrollo humano de las personas, por tal motivo es menester del gobierno idear condiciones que contribuyan en este desarrollo, creando oportunidades para brindar una igualdad desde el momento que se nace, es decir desde que se inicia la vida. Se crea entonces, el programa federal *Arranque parejo en la vida*, dirigido a brindar de forma gratuita atención prenatal, parto, posparto y cuidado del desarrollo del niño durante los dos primeros años de vida, con el fin de evitar muertes maternas e infantiles. Por su parte, en el Estado de Sonora se crea el programa *Bienvenida a todos los nuevos Sonorenses*, programa encaminado a disminuir la morbimortalidad materno-infantil, cuyas líneas de acción son, embarazo saludable, parto y puerperio sano y niño o niña sanos.

Por lo que en el presente capítulo, se describirán los diferentes paradigmas utilizados por el sistema de salud mexicano para el diseño de sus políticas, cómo ha sido su desarrollo y de qué forma se han ido involucrando a diferentes actores en el discurso. Se realizará un breve recuento de los programas de salud reproductiva implementados en el país, su incursión en la agenda pública y los distintos programas dirigidos a la población

Por otra parte se expondrá un recorrido por los diferentes planes de gobiernos y programas de salud estatal para conocer la forma en que se han ido contemplando en

ellos el tema de la mortalidad materna e infantil, así como las diferentes estrategias utilizadas para la disminución de este problema. Posteriormente, basándonos en las reglas de operación de la política a analizar, se describirán los objetivos, metas, modo de operación, derechos, obligaciones y causas de suspensión que enmarca el programa BNS. Se desarrollara las principales estrategias que retoma el programa con el fin de alcanzar sus objetivos planteados, pues es en ellos en dónde plantean y transmiten las directrices y discurso de las políticas publica.

Por ultimo, con el fin de profundizar en la trascendencia del programa se analizará cuáles son los aportes, propuestas y diferencias que platea el programa BNS, respecto a otros programas de atención gratuita federal o estatal.

### **3.1.- Líneas de atención de programas de salud reproductiva.**

A partir de la creación del Consejo Nacional de Población CONAPO en el año 1974, se empiezan a desarrollan en el país políticas destinadas al control del crecimiento poblacional, trazándose diversas metas e involucrando diferentes actores en cada uno de los programas.

Los primeros programas fueron destinados al control de la natalidad, planteando como objetivo el aumento de la distribución de anticonceptivos y centrando sus políticas de planificación familiar en la población femenina, de esa forma se tendría el control del crecimiento demográfico (Rico, *et al.*, 2003).

Los altos índices de mortalidad infantil orillaron a las instituciones de salud pública a crear programas dirigidos a combatir esta problemática, basándose en la preparación de madres y parteras para mejorar los cuidados de la salud de los pequeños desde el momento de su nacimiento, aumentándose también las aplicaciones de vacunas y distribución de sueros orales contra la deshidratación. Pero a pesar de llevarse acabo estas estrategias, se continuaba presentando la problemática de morbimortalidad en el parto y primeros años de vida, fue entonces que se comienza a incluir en la dirección de las políticas la inclusión de la madre, yendo más allá del problema de la mortalidad infantil y comenzando con la protección de la salud del niño mucha antes de su nacimiento; la madre empieza a jugar un factor trascendental para la toma de decisiones y diseño de las

políticas públicas, se toma como una variable de intervención para la sobrevivencia de los hijos, a la vez que se reducían las complicaciones del embarazo y el riesgo de su propia salud. Naciendo en 1987 en el país la incursión de las políticas binomiales materno-infantil (Langer y Lozano, 1998)

La relevancia de nuevos problemas de salud hicieron evidente la necesidad de focalizar acciones diferentes hasta las que ese momento se utilizaban para combatir la mortalidad materna e infantil, ampliándose los programas integrales de salud e incorporándose el concepto de salud reproductiva en los mismo, extendiendo los alcances de sus políticas a otros actores como lo son hombres, adolescentes y las mujeres que ya no están en edad reproductiva. Se comenzó a atender la calidad de los servicios e incluyeron estrategias de empoderamiento personal, promoción de la educación sexual y la creación de más programas existenciales.

### **3.1.1.- Antecedentes de programas nacionales de Salud Reproductiva.**

Hace treinta años, en nuestro país, el tema de la salud reproductiva era limitado al cuidado de la salud natal. La inclusión de políticas poblacionales y de salud comienza a ser un tema recurrente en el país a partir de la década de los 70s, al publicarse la primera Ley General de Población en 1974. Ese mismo año, se crea el Consejo Nacional de Población (CONAPO), organismo encargado de regir la política demográfica del país. A partir de ese momento, en cada entidad se empezaron a gestar diferentes programas encaminados a la planificación del crecimiento social y demográfico, siendo una oportunidad para las instituciones de influir en las decisiones y actos futuros de los individuos beneficiarios, diseñando por vez primera un plan nacional que se enfocara en estrategias para el control, cuidado y promoción de la planificación familiar, concretado en el Plan Nacional de Planificación Familiar 1977-1982.

Este tipo de políticas fueron dirigidas a controlar las altas tasas de natalidad, orientándose solamente en las condiciones reproductivas de las mujeres como potenciales usuarias de métodos anticonceptivos (Rico *et al*, 2003), pero estas implementaciones, trastocaban las condiciones éticas y derechos de las mujeres y hombres. Como ya mencionamos, tras las transformaciones mundiales, en torno a los derechos reproductivos

en las políticas de salud y la falta de directrices en otras problemáticas distintas a la salud maternos infantil, se empieza a modificar la perspectiva en la salud reproductiva en México, viendo a la mujer no sólo como eje rector de la planificación familiar y única responsable de la salud de sus hijos, sino extendiéndose para toda la población – adolescentes, mujeres que no se encuentran en edad reproductiva- e incorporándose derechos humanos y reproductivos (Bronfman y Gómez, 1998).

A partir de la conferencia internacional de población y desarrollo celebrada en El Cairo en 1994 se crea el Programa de salud reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000, el cual sustituye a los programas de planificación familiar e incluían el concepto de salud reproductiva. De la misma manera, se empieza a incorporar la perspectiva de género.

Una de las características más sobresalientes de la incursión de la salud reproductiva en los programas nacionales fue la ampliación de la responsabilidad de la salud reproductiva en el varón, promoviendo mayor educación, información e inclusión en los diferentes programas. Se creó el Programa Nacional de Atención al Cáncer Cérvico-uterino y de Mama, combatiendo una problemática de salud pública diferente aLMuerte prenatal.

Pero a pesar de las reformas constitucionales, específicamente al artículo cuarto, y de la incursión de diferentes enfoques para combatir los rezagos existentes en salud entre la población, las políticas públicas continúan tomando como eje rector a la mujer a partir de su función reproductiva.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006, plantea tres retos: promover equidad, calidad y protección financiera, buscando combatir la desigualdad existente en las condiciones de salud de la población, mejorando las condiciones de salud de sus miembros, a través de un trato digno y garantizando un respaldo financiero para que nadie deje de gozar de esta garantía individual. El Programa Nacional de Salud reproductiva 2001-2006, como una deuda de justicia social, plantea varias estrategias que contribuyen a alcanzar la protección en la salud para toda la población, señalando la necesidad de una democratización en materia de salud.

La democratización en la salud implica: en primer lugar, crear condiciones para que toda la población acceda a servicios sociales sin detenerse en la capacidad que se

tenga para poseer los pagos; en segundo lugar, los programas de salud van dirigidos a incluir la participación de los ciudadanos en todos los niveles de las políticas, desde empezar a hacerlos parte de las responsabilidades de su estado de salud y el de su familia, hasta la participación en el diseño de la agenda; por último, esta democratización significa desarrollar un sistema de calidad y respeto a las necesidades y expectativas del ciudadano.

Uno de los objetivos fundamentales del programa de salud reproductiva es disminuir los rezagos existentes entre las diferentes áreas del país, incrementando la información y educación, para que la población tenga mayor conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, dirigiendo sus acciones a diversos grupos como lo son adolescentes, indígenas, discapacitados y poblaciones rurales y urbanas marginadas. Por lo que, continua dándose mayor participación al varón en el cuidado de la salud reproductiva. A diferencia de otros programas, en esta ocasión el Programa Nacional de Salud no incluye a la salud materna infantil en el programa de salud reproductiva, separándolo en un programa especial que ataca directamente este problema de salud pública, sin que ello signifique que se dejará de estar en coordinación con el resto de los programas. De esta forma, el gobierno federal deja claro el interés de crear condiciones para eliminar la mortalidad materno-infantil, estableciendo un programa específico como lo es *Arranque Parejo en la vida*, cuya descripción trataremos a continuación, y en el cual son basadas muchas de las acciones promovidas por el programa *Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses*.

### **3.1.2.- Programa *Arranque parejo en la vida*.**

El programa Nacional de Salud 2001-2006 pone énfasis en problemas que atañen a la población infantil y mujeres, planteando la necesidad de aumentar la información, el acceso y calidad de los servicios de salud<sup>34</sup>, con el objetivo de crear acciones encaminadas a mejorar la salud reproductiva de la población femenina y la salud de los niños del país, diseñando para ello el programa *Arranque Parejo en la Vida*.

---

<sup>34</sup> Programa de acción "Arranque Parejo la Vida". Secretaría de Salud. <http://www.salud.gob.mx>

Dicho programa busca contribuir a elevar las condiciones de equidad en la salud de la población, creando acciones dirigidas a mejorar la atención prenatal, que permitan un parto sin complicaciones, asegurando un crecimiento en un plano de igualdad de condiciones en el desarrollo de niño y niñas, desde su nacimiento hasta los dos años de vida.

Para obtener mayores resultados, el programa se apoya en diferentes áreas de salud que trabajan a nivel interinstitucional, como lo son, la salud reproductiva, promoción a la salud, salud de la infancia y la adolescencia, vigilancia epidemiológica entre otras.

Se divide en 4 componentes sustantivos, los cuales son:

- Embarazo saludable
- Parto y puerperio seguros
- Recién nacido sano
- Niños y niñas bien desarrollados.

Estos componentes están apoyados por otros cuatro componentes estratégicos:

- Desarrollo humano
- Red social y participación comunitaria
- Monitoreo y evaluación.
- Fortalecer la estructura de los servicios.
- 

El programa diseña una red de servicios para garantizar un embarazo, parto y puerperio saludable, la cual está compuesta por servicios de salud y de apoyo social, que al operar conjuntamente agilizan los servicios de referencia y contrarreferencia de las usuarias.

### **3.2.- Programas Estatales de combate a la mortalidad materna-infantil.**

Como se analizó en el capítulo anterior, el Estado de Sonora en comparación con otros estados de la República, no es caracterizado por situarse en índices alarmantes en problemas de salud reproductiva, debido a su condición geográfica, por ser un Estado fronterizo y un medio de paso hacia los Estados Unidos, ha hecho que en los últimos años

se incrementen los niveles de población flotante en algunos municipios fronterizos como lo son Nogales, Agua Prieta y San Luis Río Colorado, trayendo como consecuencias repercusiones en las políticas poblacionales y sobre todo de salud reproductiva para el Estado, que si bien no muestran indicadores alarmantes, si son signos de una problemática latente que merece ser cuidada y tratada para la colocación en la agenda pública.

En los últimos sexenios estatales, en coordinación con los diferentes programas desarrollados en el ámbito federal, se han orientado acciones tendientes a disminuir la morbimortalidad tanto materna como infantil, retomando programas federales como Hospital amigo del niño y la madre y talleres de estimulación temprana, en los cuales se promueva el cuidado y protección de de la salud de los hijos, específicamente en la prevención de enfermedades intestinales y diarreicas,

En la revisión de planes estatales de desarrollo de los períodos comprendidos de los últimos años (1986-2006), la problemática de la muerte infantil ha sido un tema constante, no así el de la muerte materna. Sin embargo, las políticas dirigidas al cuidado de la salud del niño en el Estado de Sonora, generalmente han seguido líneas de acciones o programas implementados por el gobierno federal, sobre todo, han continuado con las políticas bimoniales madre-hijos tendientes a combatir las altas tasas de mortalidad materno-infantil.

En el período comprendido de 1986-1992 se promovió la regionalización y reforzamiento de unidades de segundo nivel para la atención a la población abierta, a su vez, se abrieron centros de desarrollos infantiles que atendieran el progreso integral de niños de 0 a 6 años.

Durante el período de 1992-1997, se planteó la necesidad de fortalecer la atención a la salud materno-infantil. En este sexenio se “reconoce a la mujer como agente de cambio por su papel protagónico”<sup>35</sup>, por lo que se promovió una participación más equitativa en el desarrollo económico, impulsando con respaldo de CONAPO y el Fondo de Población de la Organización de Naciones Unidas, el proyecto *Apoyo a la descentralización de la política de distribución espacial de la población*, el cual ejercía

---

<sup>35</sup> VI Informe de Gobierno. 1997. Manlio Fabio Beltrones Rivera. Secretaría de Gobierno del Estado de Sonora..

acciones de planificación familiar. Dicho proyecto, sólo fue implementado en Guanajuato y en Sonora. Así mismo, se ejercieron medidas orientadas a la capacitación de la población sobre el mejoramiento de enfermos y reconocimientos de signos de alarma, dando cabida al programa *Prevención y control de enfermedades diarreicas y Programas de atención y mejoramiento nutricional 1992-1997*, dirigidos a la atención y protección de menores de 5 años. A su vez, a partir de 1995 se concentra en un Hospital de segundo nivel, la atención gineco-obstétrica y pediátrica, cuyo servicio es brindado de forma gratuita o de bajo costo según el estrato socioeconómico de los pacientes.

En los años comprendidos de 1998-2003, el Programa Estatal de Salud Asistencia y Seguridad Social, promovió al mismo tiempo, programas enfocados a la salud de los menores y la madre: *Programa de atención a la salud del niño*, enfocándose en la supervivencia, protección y desarrollo de los menores de 5 años; y retomando el programa federal *Hospital amigo del niño y la madre*, el cual tenía como fin, la promoción de la lactancia materna y el autocuidado en la salud. También se establece a nivel estatal el *Programa de prevención y Control de Cáncer Cervicouterino*<sup>36</sup>.

En esa misma administración, se inauguran los Centros de asistencia de desarrollo infantil (CADIS), ofreciendo servicios de educación, psicología, asistencia médica, nutrición y estimulación temprana, cuyo objetivo era buscar contribuir en el desarrollo de los niños. En dichos centros, se implementó el programa *Club salud del niño*, para promover la estimulación infantil en menores de 3 a 5 años.

Por su parte, la actual administración, comprendida del período 2003-2009, a partir de su acción de gobierno encaminada a la igualdad de oportunidades, corresponsabilidad y cohesión social/Desarrollo social, se ha comprometido a garantizar un acceso equitativo a la salud, diseñando un programa tendiente a disminuir la morbimortalidad materno e infantil, brindando a la población las posibilidades de un embarazo y nacimiento sano, teniendo como resultado la creación del programa: *Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses*.

### **3.2.1.- Programa Estatal *Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses*.**

---

<sup>36</sup> VI Informe de Gobierno. 2003. Lic. Armando López Nogales. Secretaría de Gobierno del Estado de Sonora.

Dentro de los compromisos adquiridos por el gobierno estatal en el período 2003-2009, se encuentra el abatimiento de la inequidad en la población y el fomento a la calidad de los servicios de salud; para lograrlo, hace referencia a la necesidad de protección financiera de la población sonorense que así lo requiera. Gestando programas que permitan alcanzar estos objetivos, en especial al referente del solvento económico ya que al prestar más servicios de atención a la salud en la población carente de seguridad social, se promoverá mayor equidad en la población

Es por ello, que ante el aumento de los embarazos de alto riesgo<sup>37</sup> y la falta de recursos por parte de las madres para solventar un embarazo y parto sano y éxito, el gobierno del Estado ideó estrategias encaminadas a combatir los rezagos económicos y sociales entre mujeres gestantes y la salud de las mismas, a través de acciones dirigidas a brindar atención gratuita a todas las sonorenses embarazadas, promoviendo el control en etapas prenatales, del parto, puerperio y atención del recién nacido hasta sus dos años de edad. Por lo que, comprometidos con una mayor cobertura de la atención a la salud, mejor calidad de esta, y el fortalecimiento de la seguridad y asistencia social, el programa Estatal de Salud de Mediano Plazo 2003-2006<sup>38</sup>, ha ideado el programa *Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses*.

### **Objetivo del programa.**

El objetivo de crear este programa surge como iniciativa del gobierno del Estado de Sonora, sustituyendo al programa Arranque parejo en la vida, programa implementado por el ejecutivo federal partir del año 2000 en 22 Estados<sup>39</sup> de la república mexicana caracterizados por presentar índices de extrema pobreza. El objetivo del programa BNS tiene como objetivo disminuir la morbilidad y mortalidad materna e infantil mediante la atención gratuita de la mujer embarazada y de sus recién nacidos.

---

<sup>37</sup> En 1997 se realizaban 1707 consultas por embarazo de este tipo, aumentando a 4318 consultas en el año 2000 INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

<sup>38</sup> Dicha propuesta fue planteada desde la campaña electoral del Lic. Eduardo Bours Castelo.

<sup>39</sup> Ubicados en su mayoría en el centro y sur del país.

### **Población objetivo.**

El programa esta dirigido a mujeres embarazadas que no sean derechohabientes de un institución de seguridad social, que residan en localidades rurales, semi-urbanas y urbanas del Estado de Sonora, así como a los hijos e hijas de estas hasta los dos años de edad. Por tal motivo, el programa busca tener una cobertura en los 72 municipios del Estado de Sonora, con especial atención en los de alta marginación o que cuenten con población indígena.

### **Modo de operación del programa.**

Las beneficiarias deberán mostrar su Clave Única de Registro de Población (CURP), auxiliando en su trámite en caso de no tenerla; posteriormente se procederá a llenar un formato de registro informándoles acerca de la importancia del control prenatal, el número de consultas que recibirá ella y su hijo o hija, la periodicidad de las mismas, las fechas de consulta y los lugares donde puede recibir la atención.

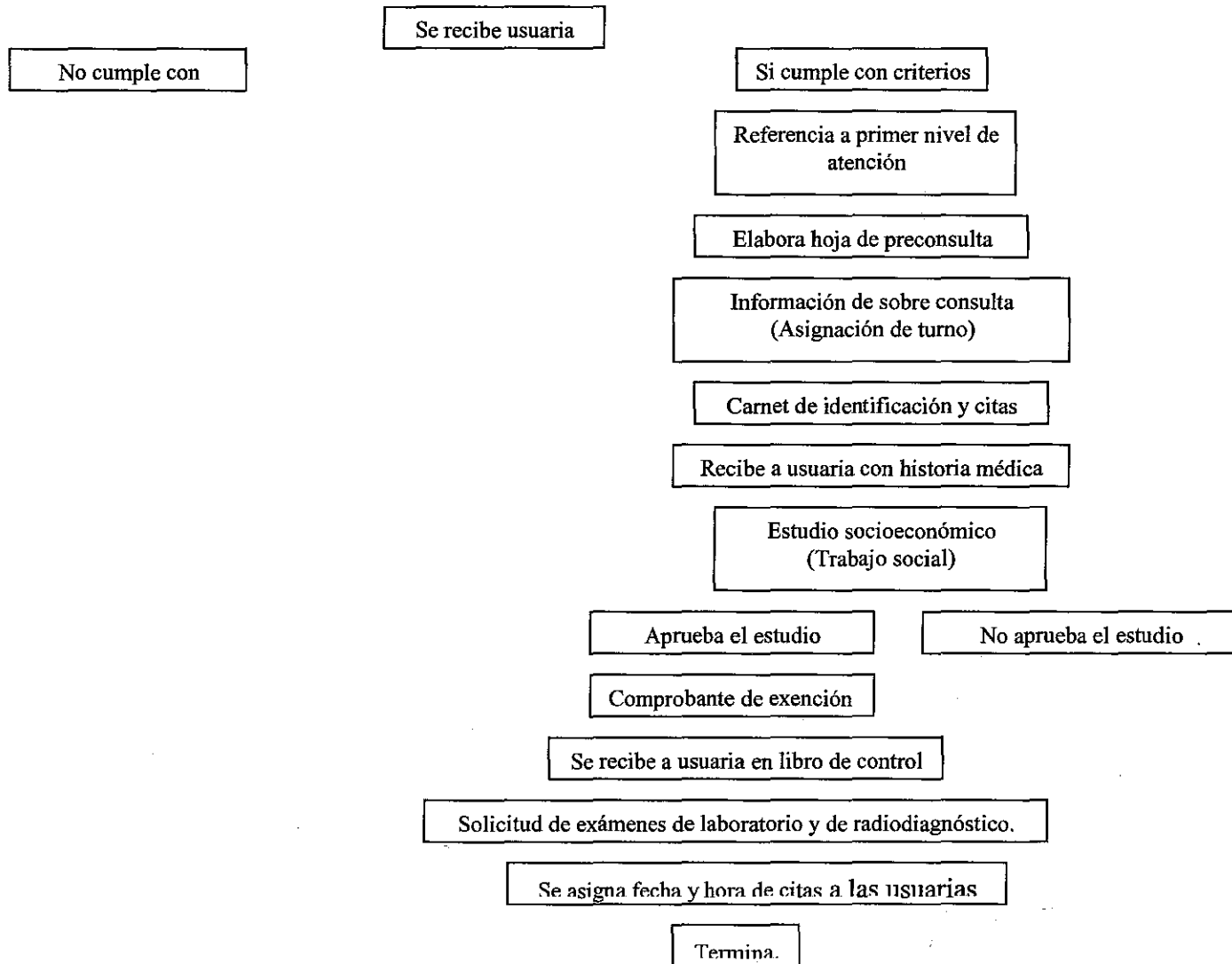
Para poder determinar el ingreso al programa, se aplicará un estudio que permita conocer su condición económica y determinar la necesidad de la utilización del servicio, siendo necesario algunas veces la realización de una visita domiciliaria para la verificación de la información. Posteriormente se procederá a capturar y procesar la información asignándoseles un número de folio para su expediente.

La evaluación de la selección será individual, en donde los datos socioeconómicos se analizan a través de un sistema de puntaje que permitirá clasificar en un nivel socioeconómico a las aspirantes; una vez obtenido el resultado del estudio socioeconómico se unirán a los criterios de selección de beneficiarias que marca el propio programa, los cuales son:

- 1) Residir en las regiones de cobertura del programa.
- 2) Estar bajo una participación voluntaria para ingresar.
- 3) Contar con un ingreso menor a los 3,569.00 pesos mensuales.
- 4) Carecer de servicios de seguridad social.
- 5) Que el intervalo intergenésico sea igual o mayor a 24 meses.

6) Firmar la carta en la cual se comprometa a asistir oportunamente a las citas.

### Modo de operación de ingreso al programa.



## **Metas programadas.**

El programa BNS se propuso como meta para el año 2004 la incorporación de 6,480 mujeres embarazadas aproximadamente, de las cuales se otorgarían a su vez, 32,400 consultas de control prenatal y 12,960 consultas en el puerperio; así como 64,800 consultas para la vigilancia del crecimiento, cuidado y desarrollo de los menores de dos años nacidos dentro del programa e incluyendo 6,480 odontológicas.

Las metas propuestas para el año 2004, son las únicas planteados en los lineamientos que rigen en el BNS, por tal motivo, su análisis será retomado en el siguiente capítulo.

## **Derechos, obligaciones y causas de suspensión de las beneficiarias.**

Una vez aprobado el ingreso de la participantes en el programa, se le proporciona una carta con sus derechos y obligaciones, así como los casos de suspensión al servicio. Los derechos comprenden<sup>40</sup>:

- Acceso igualitario a la atención: en la cual se reciba una atención sin discriminación, sin demora y considerando una atención a discapacitados y al adulto mayor.
- Trato digno y atención de calidad: Esta deberá de ser a cargo de personal calificado, brindando una atención cortés, amable, mediante un lenguaje comprensible, con derecho a la privacidad.
- Medicamentos: Recibir el 100% de los medicamentos prescritos que sean incluidos en el paquete de salud que otorga el programa.
- Información y Orientación sobre el servicio: Tendrá derecho a solicitar información comprensible, oportuna y veraz, acerca del tipo de prestaciones ofrecidas por el programa, así como de los trámites y horarios de los mismos. Tienen derecho también, a presentar quejas y sugerencias.

---

<sup>40</sup> Reglas de Operación del programa “Bienvenida a todos los Sonorenses”

Por su parte las beneficiarias adoptan una serie de obligaciones, desde el momento que se incorporan al programa, como lo son<sup>41</sup>:

- Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Informarse acerca del funcionamiento de los diferentes establecimientos, de los procedimientos de consulta y de quejas.
- Solicitar atención en el establecimiento de salud que corresponda, acorde con las necesidades de salud.
- Colaborar con el equipo de salud, informando verazmente y con exactitud sobre sus antecedentes, necesidades y problemas de salud.
- Informarse sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.
- Cumplir con las prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que haya aceptado someterse.
- Acudir a un mínimo de cinco consultas prenatales y a dos consultas para el control del puerperio.
- Completar el esquema de vacunación correspondiente.
- Pertenecer al club de embarazadas.
- Acudir a cuando menos a cinco sesiones académicas.
- Acudir a consulta para evaluación odontológica.

La obligación es aceptada a través de una carta compromiso que es presentada a la beneficiaria al momento de ingresar al programa, y deberá ser firmada por las mismas, explicándoseles de antemano que de no cumplirla podrán ser suspendida o cancelada su participación, imposibilitándolas para participar en el programa nuevamente.

Dicho servicio y prestaciones del programa serán suspendidos temporalmente cuando<sup>42</sup>:

- La usuaria no acuda a dos citas consecutivamente-
- Cuando una usuaria se incorpore a alguna institución de seguridad social estatal o federal.

---

<sup>41</sup> ídem.

<sup>42</sup> ídem.

La cancelación de los beneficios del programa ocurrirá cuando<sup>43</sup>:

- Cuando el asegurado realice acciones en perjuicio de los propósitos que persigue el programa y afecte a los intereses de terceros.
- Cuando haga mal uso de su identificación como beneficiaria del programa.
- Cuando proporcione información falsa sobre su nivel de ingreso en el estudio socioeconómico.

### **Desarrollo de cobertura.**

La selección de los municipios incorporados al programa, fue hecha debido a su: 1) capacidad para ofrecer los servicios; 2) grandes concentraciones urbanas y semi-urbanas; 3) existencia de grupos que se beneficien de programas sociales del gobierno federal y 4) alta cobertura de seguridad social, en conclusión, los lugares en donde se cuente con mayor población e infraestructura para brindar el servicio. Sin embargo, el programa BNS si es implementado en todos los Centros de Salud de los municipios del Estado. Apegados a las normas oficiales de salud en el Estado, la atención médica es dividida en 5 jurisdicciones que distribuyen los principales municipios de Sonora: Hermosillo, Caborca, Santa Ana, Cd. Obregón y Navojoa.

Cada jurisdicción cuenta con una cabecera municipal, la cual se coordina con otras unidades de salud a través del sistema de referencia y contrarreferencia. El objetivo de la creación de este sistema, es funcionar como un enlace e integrar la prestación de los servicios por niveles de atención, sustentándolo en un manual de referencia y contrarreferencia del paciente, cuyo procedimiento consistirá, en un envío de pacientes a las unidades resolutivas en forma oportuna y correcta, de acuerdo a su problema o procedimiento denominado *referencia*, pero una vez atendido por el motivo enviado en la referencia, será enviado de nueva cuenta a su centro de salud adscrito con el fin de que se realice el control y seguimiento adecuado, llamando a éste procedimientos *contrarreferencia*.

---

<sup>43</sup> ídem.

### **3.3.3.- Por el bien de Eva: acciones promovidas por el programa *Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses*.**

El programa BNS, retoma algunas de las estrategias diseñadas a nivel federal, utilizadas también en el programa *Arranque parejo en la Vida*. A su vez, ha acogido otros programas existentes y creados por administraciones anteriores, como lo son; el club de embarazadas, taller de estimulación temprana y el de lactancia materna, con el fin de encaminarlos en su conjunto hacia la disminución y control morbilidad y mortalidad materno-infantiles. A continuación describiremos las principales actividades que se han incorporado en el programa. Las acciones que se expondrán son retomadas de lo expuesto en las reglas operativas del propio programa y de folletos y/o trípticos proporcionados a las beneficiarias, a excepción del club de embarazo y el video *Con luz propia*, en el cuales además de recurrir a las fuentes anteriormente expuestas, se basó en datos obtenidos por la observación no participante realizada en el desarrollo del programa.

#### **Atención Perinatal.**

Para que un control prenatal sea exitoso debe llevarse desde el inicio del embarazo, lo cual permitirá una detección oportuna de problemas en embarazos de alto riesgo, protegiendo la salud del niño y madre. De esta forma, se busca que la atención prenatal sea:

*Oportuna:* El cuidado del embarazo, debe de iniciarse a partir del primer trimestre. En este caso el programa del BNS, sólo otorgará atención prenatal a las mujeres que cumplan con los requisitos anteriormente señalados y no cuenten con más de 12 semanas de gestación (tres meses); también puede ingresarse desde el momento en que se tenga la sospecha de embarazo, permitiendo garantizar al sistema de salud la observación del desarrollo de un embarazo sano o en su defecto detectar cualquier tipo de problema o riesgo que se pueda presentar. Cabe aclarar, que en lo primeros meses del programa se permitió el ingreso de mujeres que no contarán con este requisito, debido a que se pretendía la incorporación de un gran número de beneficiarias.

*Periódico:* El número de citas para el control prenatal, pueden variar según cada embarazo, aumentando en los de alto riesgo a un mínimo de cinco consultas. Se distribuirán de la siguiente forma:

Primera: en el primer trimestre.

Segunda: Entre 18 y 20 semanas de gestación.

Tercera: Alrededor de la semana 24 de gestación.

Cuarta: Alrededor de la semana 32 de gestación.

Quinta: Alrededor de la semana 36.

*Completo:* las acciones encaminadas a lograr un control prenatal total deberán estar dirigidas a fomentar, proteger, recuperar y rehabilitar a la salud. Para la atención prenatal el programa BNS esta obligado a desarrollar las siguientes acciones, apegadas a las normatividades anteriormente escritas.

Elaborar historial clínico perinatal, con el fin de identificar los riesgos.

Identificar signos y síntomas de alarma.

Medir y registrar peso y talla, así como presión arterial.

Valorar el riesgo obstétrico.

Valorar el crecimiento uterino y estado de salud del feto.

Realizar examen general de orina, desde el primer control así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36 de gestación.

Acudir cuando menos a una consulta acompañada de su pareja (esposo)

Detección del virus de inmunodeficiencia humana VIH.

Prescribir medicamentos solo en caso necesario, así como hierro y ácido fólico.

Orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones económicas y sociales de la embarazada.

Capacitación en la lactancia materna y sus beneficios.

Atención a parto según norma establecida

Promoción y orientación en planificación familiar.

Capacitación en estimulación temprana e ingreso del recién nacido a consulta del niño sano.

Otorgar dos consultas para la atención del puerperio. La primera al concluir la primera semana, la segunda al término del primer mes.

Educación para prevención de enfermedades bucales.

*Extenso:* Entre más persona integradas a los controles prenatales, menor serán las tasas de morbimortalidad materna y perinatal.

### **Club de embarazadas.**

El club de embarazada surge a mediados de los 90s con los discursos de fomento a la lactancia materna, implementándose como una estrategia previa al programa BNS, cuyo fin es orientar a las embarazadas en el cuidado y prevención de su salud durante el desarrollo de éste.

Según se indica en un folleto proporcionado e las unidades de salud información, “el club de embarazadas está conformado por personas embarazadas, en donde se les imparten pláticas, videos y se aclaran dudas, te ayudan a que estés preparada antes y después del embarazo, además de que es gratuito”<sup>44</sup>.

Dicho folleto es proporcionado por el mismo personal de salud a las madres que acuden a los diferentes centros de atención, en el cual se incluye la descripción del programa, sus objetivos, horarios, temas y personal encargado de impartirlo, incluyendo en su contenido la siguiente leyenda:

“Porque no hay personita más importante para ti que tu bebé, demuéstraselo preparándote previamente con amor y cuidados, lo que le brindará una vida de calidad”

La asistencia al club es voluntaria para cualquier persona, siempre y cuando esté embarazada; pero con la inclusión de éste al programa de BNS se ha vuelto obligatorio para las participantes del mismo, teniendo que asistir a 5 pláticas como mínimo.

Generalmente, el club está conformado por una coordinadora y una enfermera con especialidad materno-infantil, encargada de impartir las platicas del club. Para la exposición de los temas se invita a personal diverso, entre los que se encuentran

---

<sup>44</sup> Tríptico proporcionado por la Secretaría de Salud y Hospital Infantil del Estado de Sonora. Denominado “Club de embarazadas”.

enfermeras, médicos, psicólogos y trabajadoras sociales. Los temas están relacionados principalmente con el cuidado de la salud durante el embarazo como son: salud reproductiva, embarazo, estimulación temprana, embarazo y sexualidad, trabajo de parto y puerperio, lactancia materna, nutrición en embarazo y lactancia, atención del recién nacido, métodos anticonceptivos, detección oportuna de cáncer cervicouterino y de mama.

### **Video *Con Luz Propia*.**

Como parte del programa federal de salud reproductiva, el programa BNS retoma el video titulado *Con Luz Propia*; el cual tiene como fin brindar información a las mujeres de todo lo concerniente al desarrollo de su embarazo. En un tiempo aproximado de dos horas y media, el video retoma diversas temáticas en torno al embarazo, desde la manera de planearlo hasta las condiciones propicias para un desarrollo exitoso. La transmisión del video es dividido en dos sesiones, impartándose tres módulos en cada una, es decir un total de seis módulos, los cuales son:

*Módulo I.- Primero Piénselo:* Este modulo es orientado a la información necesaria antes del embarazo, haciendo señalamientos referentes a la planeación del mismo, la toma de decisión en conjunto con su pareja, así como el tipo de vida que se desea dar a la familia.

*Módulo II.- Mientras esperas:* Hace referencia todas las etapas vividas durante el embarazo, específicamente a todos los cuidados que se deben de mantenerse en esta etapa, por lo que se hace una especifica mención a la importancia del control prenatal para la salud del niño(a) y de la propia madre; cuenta también, con una sección dedicada a los mitos relacionados con este, así como explicación a las mujeres y su pareja de los cambios físicos y de sensibilidad que pueda experimentar la mujer. A su vez, hace realce al apoyo y ventajas del involucramiento de la pareja. Se da una explicación de la realización de ejercicio profilácticos y su importancia para facilitar el trabajo de parto, recomendándose también la ubicación donde se realizará el nacimiento.

*Módulo III.- Dar a luz:* En esta etapa, se da toda la explicación relacionada con el nacimiento del niño(a); desde la ropa idónea para llevar al hospital, hasta la preparación de la pañalera. También se contemplan los cuidados y la forma de desarrollo de un parto

con ayuda de una partera, los utensilios idóneos para este proceso, así como la higiene requerida en los mismos, sin olvidar la contemplación de asistencia médica en caso de alguna emergencia.

*Módulo IV.- Anhelos cumplidos:* La explicación del periodo conocido como “la cuarentena” también es contemplado en este video; en la cual se expone el cuidado de la salud durante esta etapa, la alimentación recomendada para una pronta recuperación, la lactancia materna, la depresión posparto, la curación de las heridas quirúrgicas, cuidados generales y los dirigidos al bebé.

*Módulo V.- Vida nueva:* En este antepenúltimo módulo va dirigido exclusivamente al recién nacido y la adaptación con su entorno. Especificando los cuidados desde su nacimiento hasta sus primeros 28 días y como prevenir muertes maternas. Se realiza explicación sobre la higiene que requiere el bebé, desde como bañarlo, curación del ombligo, tiempo de vacunación y los beneficios de la leche materna no sólo para el niño, si no también para la madre, se dan también, recomendaciones acerca de la postura idónea para la lactancia, así como la lesiones ocasionadas por esta.

*Módulo VI.- Platicar con su pareja:* El último modulo trata el tema de Planificación Familiar. Aquí se recomienda la planeación del número de hijos para crear mejores condiciones de vida de la familia y como puede afectar a esta un embarazo no deseado. Se toca el tema del intervalo necesario entre un hijo y otro, en donde el tiempo recomendado –aproximadamente dos años-, no es dado por capricho del médico, sino por representar un problema de salud.

Por otro lado, se realiza una explicación acerca de los diferentes métodos anticonceptivos, utilizados en hombres y mujeres, tanto permanentes como temporales, señalándoles las ventajas y desventajas de utilizar cada uno, así como sus usos y excepciones en caso de encontrarse amamantando a su hijo. El módulo hace un especial énfasis en la participación de la pareja en el cuidado de la salud y la planificación familiar, resaltando la importancia de platicar en todo momento con ella.

## **Planificación familiar.**

Las acciones y programas de salud materno-infantiles han implementado políticas de planificación familiar, por lo que este programa no es la excepción.

Uno de los criterios de selección para el ingreso al programa, es que el intervalo intergenésico sea igual o mayor a los 24 meses, cabe aclarar que este punto sólo es mencionado como un criterio para la selección, y no se especifica si será tomado en cuenta para si se desea ingresar o un compromiso para su permanencia, sin embargo, aunque no se enumera ni se especifica dentro de las obligaciones señaladas para las participantes, las mujeres beneficiarias que deseen volver a participar en el programa, tendrán que apearse a lo estipulado en ese criterio de selección y no embarazarse en este período para poder aspirar ingresar nuevamente al programa.

La planificación familiar es un tema recurrente en el embarazo de las participantes, tanto en el club, donde se les imparte una plática dedicada especialmente a este tema, como la en la consulta de elección del método anticonceptivo, efectuada durante el embarazo y en donde el médico recomienda a la embarazada la asistencia de sus pareja para la selección del método. El anticonceptivo es proporcionado sin costo alguno.

### **Estimulación Temprana.**

La estimulación temprana para el desarrollo de los niños y niñas, es una estrategia que se ha venido gestando desde hace varios años, como son la creación de diferentes grupos y club dirigidos al cuidado y desarrollo del niño sano. En Sonora en el año 1998 se crea el *Centro de Asistencia de Desarrollo Infantil (CADIS)*, un programa impulsado por la Secretaría de Salud Pública y la Secretaría de Educación y Cultura, en el que se incluían una serie de actividades para el desarrollo de la salud del niño sano, impartiendo temas referentes a la salud y al estímulo sicomotriz y de estimulación temprana para niños. Por lo que el programa BNS, retoma de este Centro y del *Club Salud del niño*, las temáticas y contenido necesario para fortalecer el desarrollo físico, mental y emocional del niño.

Esta no es una actividad obligatoria del programa, pero no deja de recomendarse la asistencia, existiendo una participación de padres en este taller, por lo que consideramos necesario contemplarla como un elemento para el análisis de este trabajo.

### **3.4.- *Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses: innovaciones y expectativas.***

El programa BNS, surge como iniciativa del gobierno del Estado de Sonora, para brindar protección y una equidad en la salud su población. En los últimos años en el Estado de Sonora se han implementados diferentes programas y acciones encaminadas a lograr una disminución en la morbimortalidad infantil, incorporándose para ello, programas federales o acciones tendientes resguardar la salud infantil.

*Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses*, retoma todas estas acciones ya planteadas y las agrupa en un programa de atención gratuita a embarazadas de escasos recursos. El BNS, a diferencia de los servicios gratuitos que brindan Hospitales de segundo nivel, tiene la posibilidad de enfocarse directamente en el control de embarazos y en la salud materna e infantil de estos grupos, brindando mayor atención en el desarrollo del período prenatal y perinatal, de igual forma, el programa compromete a la participante al cumplimiento de 5 consultas de control prenatal y la obligatoriedad en la asistencia a las pláticas prenatales contribuyendo a disminuir los riesgo de morbilidad o mortalidad en los mismos. Este tal vez sea el argumento más importante para la prevalecía de esta política, habría que ver su impacto generado en la salud a partir de la disminución de los índices de mortalidad tras su aplicación, y la contribución en las transformaciones de los roles de género que genera en las participantes, cuyo tema es abordado en este trabajo.

A diferencia del programa *Arranque parejo en la vida* el BNS no retoma los denominados componentes estratégicos, como la especificación de una red de servicios de salud, ni medidas concretas para fomentar e impulsar más el desarrollo humano de las personas. Por otro lado, ante una falta de partida específica en el presupuesto, tampoco se fortalece la estructura de los servicios de salud con el fin de ofrecer más servicios específicos a las participantes en el programa.

Por lo que, haría falta la realización de una evolución que permita conocer cuales han sido los avances presentados en la disminución de la morbilidad materna e infantil para poder determinar si el programa BNS puede dejar de ser considerado como una programa coyuntural.

## CAPITULO IV

### Análisis del programa

Este último capítulo tiene como objetivo, desarrollar el análisis del programa *Bienvenida a Todos los Nuevos Sonorense* basado en un enfoque de género que permita conocer cuáles han sido las contribuciones a la disminución de inequidad en la salud y las transformaciones producidas en las relaciones de género.

Como se aclaró en el apartado metodológico, la aplicación del trabajo se desarrolla en dos centros de salud ubicados en distintos municipios. Cada uno implementa el programa tomando en cuenta las capacidades y alcances de su infraestructura, así como las características socioculturales de su población. Por tal motivo, se consideró oportuno dividir este capítulo tomando en cuenta los ejes de análisis propuestos: conocimiento del programa y atención a la embarazada, marco normativo, club de embarazada, planificación familiar, participación de la pareja, y cambios en significados, conductas y estereotipos de ser madre y padre; permitiendo analizar los resultados obtenidos de las técnicas cuantitativas y cualitativas a partir de la construcción conceptual abordada en el capítulo uno.

En primer lugar, se adentra en la aplicación del programa en cada municipio; desarrollando una breve descripción del desenvolvimiento en el ámbito de la salud de estos lugares, y de las condiciones socioeconómicas de la población a la que atiende. A pesar de que no es objetivo de la investigación analizar la calidad de la atención del programa, el realizar ciertas indagaciones al respecto permitirá conocer la relación existente entre médico y paciente con el fin de identificar las relaciones de poder que se efectúen entre ellas, a su vez, es oportuno conocer el conocimiento que tienen las beneficiarias del programa, como lo son sus objetivos, metas, derechos y obligaciones, para determinar su participación en las responsabilidades del BNS.

La participación de la pareja en el programa es un tema esencial para la búsqueda de la transformación de los roles de género que plantea la salud de la los hijos. A su vez, a partir de las entrevistas, de la observación no participante y los cuestionarios aplicados

se estudia la percepción de las participantes e impartidoras del “Club de embarazadas” y pláticas de “Lactancia Materna”. Se examinarán las acciones y formas de promover y desarrollar la planificación familiar; por último, nos enfocamos en las repercusiones generadas en las beneficiarias a partir de su participación en el programa, particularmente en tres cambios en conductas, actividades y significados de las participantes como: cambios de significado y conductas de ser madres tras participar en el BNS, cambios generados en su identidad a partir del embarazo y cambios producidos en la identidad de la mujer después de haber ingresado al BNS

Cabe aclarar que no es el objetivo de este trabajo realizar una comparación de la aplicación del programa BNS entre los municipios de Hermosillo y Nogales, sin embargo, con el fin de brindar mayor claridad al análisis, los resultados obtenidos en cada municipio se plantean de forma separada a partir de cada eje, a excepción del de cambios en significados, conductas y estereotipos de ser madre y padre.

Una vez obtenidos los resultados de nuestro trabajo de campo, se elabora una contraposición de las dimensiones del análisis y la construcción teórica, la cual permitirá apreciar en que medida el programa BNS contribuye mejorar la equidad de género.

#### **4.1.- Cobertura, objetivos y metas del programa**

El programa BNS comienza su funcionamiento a partir del 24 de enero del año 2004, incorporando hasta abril del 2005 a 22,030 mujeres de todo el Estado, rebasando casi cuatro veces la meta de 6,480 participantes planteada para ese año. La población con mayor número de beneficiadas son los municipios correspondientes a las jurisdicciones I y IV, con cabecera en Hermosillo y Caborca respectivamente.

En el primer año de funcionamiento del programa<sup>45</sup>, se incorporaron en Hermosillo 5,826 mujeres, mientras que en Nogales se atendieron alrededor de 454; y hasta ese mes, en todo el Estado se habían atendido bajo el programa 6,028 nacimientos.

El gran número de participantes inscritas en el programa fue motivada por el falta de aplicación del criterio de selección de 12 semanas de gestación para ingresar al programa, pues lo que se pretendía era arrancar el programa con el mayor número de

---

<sup>45</sup> Estos datos corresponden del período de enero-noviembre del 2004.

participantes, y beneficiar así a más población. Es importante resaltar que si bien se sobrepasa las metas fijadas para el año 2004, en el manual de operación, no se contemplan metas ni objetivos para alcanzarse a largo plazo.

El los últimos años, la problemática de los embarazos adolescentes ha aumentado considerablemente en el Estado, por tal motivo la mayoría de las beneficiarias oscilan en el grupo de 15 a 19 años de edad; tan sólo en el período de enero-abril de este año se han inscrito en todo el Estado 1,083 mujeres pertenecientes a esta edad<sup>46</sup>.

Ante la falta de un personal administrativo organizado y asignado concretamente al programa, la aplicación de los estudios socioeconómicos para determinar la incorporación de las participantes no ha sido constante ni riguroso. Al acudir a los domicilios de las beneficiarias con el fin de aplicarles el cuestionario de esta investigación, detectamos las diferentes situaciones económicas en las que viven, las cuales son notoriamente desiguales, pues algunas de ellas contaban con más de dos vehículos, casa con más de tres recamaras, más de 3 servicios públicos y en algunas ocasiones antenas de servicio televisivo, por lo que es importante realzar la importancia de la realización de visitas domiciliarias que permitan conocer a fondo la situación y necesidad económica de cada una de las participantes.

#### **4.2.- Marco normativo.**

Toda política pública nace, se reproduce, se transforma y muere, a través de los marcos legales que la le dan vida y la definen. En este sentido, las condiciones normativas son esenciales para reproducir o modificar las prácticas sociales que contribuyen a la construcción de las identidades de los géneros.

El diseño del programa debe, en primer lugar girar ante los intereses de la sociedad, sin contraponerse a lo establecido en la máxima normatividad de nuestro país: la Constitución Política de México. Si bien el programa BNS ha sido creado bajo los lineamientos de las normas de atención a la mujer durante el embarazo y de los servicios de planificación familiar, no existe una normatividad, ni reglamento específico para el

---

<sup>46</sup> Concentrado del Programa Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses. Subsecretaría de Servicios de Salud. Coordinación Estatal de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

funcionamiento del programa, en su caso, el desarrollo del mismo es basado solamente en sus reglas de operaciones, lo que lo vuelve vulnerable en cuanto a su temporalidad, haciendo latente que su permanencia se reduzca a la duración de un sexenio de gobierno, pues no se ha emitido ninguna iniciativa de ley para la regularización del mismo<sup>47</sup>.

La falta de una reglamentación del programa, debilita la posibilidad de alcanzar los objetivos propuestos pues no se especifican las funciones y áreas que deberán desarrollar cada uno de los servidores públicos, ni tampoco la forma en que se llevarán acabo los diferentes actividades – como club de embarazada y estimulación temprana o las propias consultas-, y las responsabilidades de sus encargados, dejándose el desarrollo de las diferentes acciones y actividades al libre albedrío de los mismos. Es importante precisar, que esta omisión de actividades y acciones en el BNS, obliga al personal de salud y administrativo a generar estrategias que promuevan la salud y cuidados de los recién nacidos, como la elaboración de cartas de las embarazadas a sus hijos en el club de embarazadas o la emisión de recomendaciones o platicas, cargadas de ideologías o valores.

Por otro lado, retomando la exposición del capítulo anterior referente al artículo 4to. Constitucional se establece:

“El varón y la mujer son iguales ante la ley (...) Toda persona tiene derecho a la protección en la salud...” (Art. 4º. Constitucional, Párrafo I y III)

La implementación del programa es creado con el fin de garantizar el derecho que tiene todos los mexicanos a la salud, de esta forma el BNS se dirige a esa población carente de esta protección, sin embargo, el mismo programa se contrapone a lo también establecido en este mismo artículo:

“Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.”(Art. 4º. Constitucional, Párrafo II)

---

<sup>47</sup> Hasta el momento en que se realizó esta investigación la secretaría de salud buscaba la certificación del programa a través de ISO-9000.

El criterio de selección especificado en el manual operativo del programa, señala la necesidad de contar con un intervalo intergenésico mínimo de dos años para poder ingresar al programa, limitando y condicionando la posibilidad de recibir nuevamente el servicio, pues si bien el programa no establece como una obligación cumplir con éste período intergenésico por parte de las beneficiarias, si lo contempla como un criterio o requisito para volver a participar en el mismo, coartando de esta forma la libertad de decisión del espaciamiento de sus hijos de las participantes y sus parejas<sup>48</sup>. En los lineamientos del programa no se señala la aplicación de una sanción específica a las beneficiarias que no respeten el intervalo de dos años, simplemente se aplica el criterio de selección que señala la no admisión a mujeres que no cuenten con este tiempo, perdiendo por lo tanto el derecho de reingresar al BNS<sup>49</sup>.

La aplicación de esta condición, envuelve una doble política, por un lado de protección a la salud de la madre y su hijo y por el otro, el control de natalidad, retomando medidas utilizadas por anteriores paradigmas que encuentran en la mujer una herramienta de protección a la salud y a los problemas demográficos.

#### **4.3.- *Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses en Hermosillo***

La ciudad de Hermosillo ubicada al oeste del Estado de Sonora, tiene una población de 737,609 habitantes de los cuales el 50.2% son mujeres. El total de personas que no cuentan con seguridad social asciende a 217,063. El 3% de su población es analfabeta, especialmente el grupo de hombres entre 15 y 24 años de edad. La tasa de mortalidad infantil en el año 2001 fue de 15.7 la misma que existía en 1998<sup>50</sup>, presentándose en su mayoría en madres entre los 15 y 19 años de edad.

---

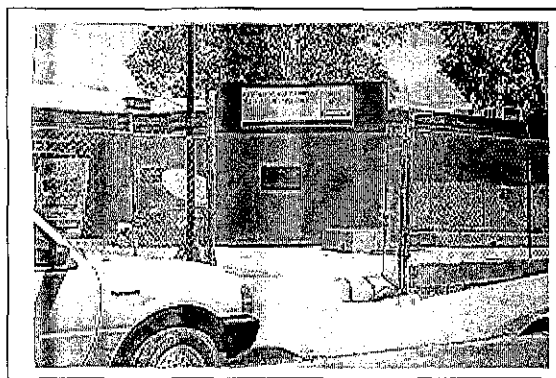
<sup>48</sup> Si bien el programa no establece como causa de suspensión al programa el no cumplimiento de este criterio, en algunas entrevistas realizadas a coordinadoras de programas si se expreso su condicionante para permanecer en el mismo.

<sup>49</sup> Es necesario aclarar, que la aplicación de esta sanción, no restringe la capacidad y derecho de las participantes de poder acceder a los servicios que brindan determinados centros de salud pública, como lo son los Hospitales de segundo nivel en Hermosillo y Nogales, los cuales son lugares especializados en atenciones obstétricas y que presentan programas de descuento para la atención prenatal y parto.

<sup>50</sup> INEGI. XII Censo de población y vivienda. 2000. Sonora

El programa BNS es implementado en los 12<sup>51</sup> centros de salud de Hermosillo. En cada uno se desarrolla de acuerdo con las necesidades de la población, las posibilidades de su infraestructura y la iniciativa de cada responsable del programa. El Hospital Infantil del Estado (HIES), es un caso especial; al igual que en los otros centros de salud, se implementa el programa, pero aparte de ingresar las personas correspondientes a su área jurisdiccional, los diversos centros refieren a las pacientes con embarazo de alto riesgo, así como a las menores de 15 y mayores de 35 años de edad, para tener mayor control y observación de ellas, por considerarse de mayor riesgo.

El Centro de Salud "LM" se encuentra ubicado en la zona norte del municipio, y hasta el mes de abril se encontraban inscritas 517 persona en el programa BNS, su localización esta situada en una de las zonas más marginadas de la localidad. Según se observo en las visitas realizadas, las personas que acuden son mujeres, asistiendo a consultas prenatales o consulta de menores.



#### **4.3.1.- Características socioeconómicas de las participantes en el estudio**

Las edades de las beneficiarias, varían de los 14 años hasta más de 37 años de edad, en su mayoría son adolescentes, por carecer de servicios médicos (Cuadro 1).

---

<sup>51</sup> Lomas de Madrid, SONACER (Sahuaro), Los Naranjos, Carmen Serdán, Emiliano Zapata, Santa Isabel, Eusebio Kino, Primero Hermosillo, Ciudad de los niños, C.A.A.P.S. Dr. Domingo Olivares, Solidaridad

**Cuadro 1**  
**Grupos de edad en participantes**  
**en centro de salud "LM"**

| Grupos de edad | Núm. de beneficiarias |
|----------------|-----------------------|
| 14-19          | 23                    |
| 20-24          | 23                    |
| 25-30          | 3                     |
| 30-37          | 4                     |
| 37 en adelante | 1                     |

Otra variable a manejar en nuestro análisis es el estado civil de las participantes (Cuadro 2). Presentándose de la siguiente forma:

**Cuadro 2**  
**Estado civil en centro de salud "LM"**

| Estado civil  | Número de beneficiarias |
|---------------|-------------------------|
| Unión libre   | 20                      |
| Casada        | 12                      |
| Soltera       | 19                      |
| No especifico | 3                       |

El cuadro anterior indica que 32 personas de la muestra cuentan con pareja, pero son 28 las que viven con ella, las otras cuatro trabajan fuera de la ciudad.

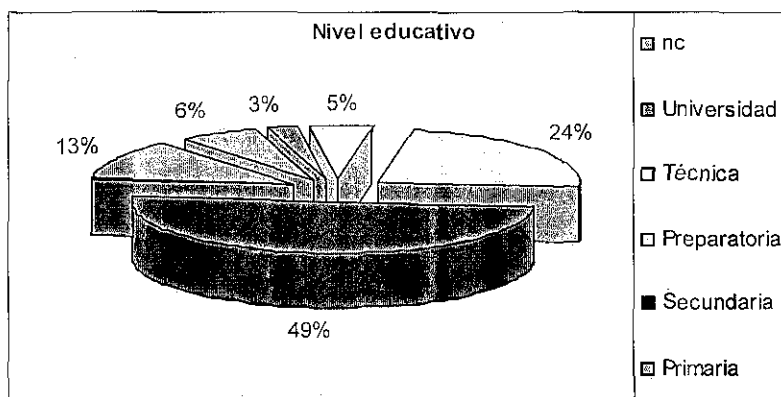
Entre las condiciones socioeconómicas, se presentaron 6 participantes que afirmaron en el cuestionario percibir algún ingreso propio, todos ellos menores a los 500 pesos a la semana. El ingreso principal del hogar es aportado en su mayoría por el esposo, seguido del padre (Cuadro 3):

**Cuadro 3**  
**Persona que aportan el mayor**  
**Ingreso en centro de salud "LM"**

| Persona que aporta mayor ingreso | Número de beneficiarias |
|----------------------------------|-------------------------|
| Esposo                           | 24                      |
| Madre                            | 7                       |
| Padre o padrastro                | 17                      |
| Suegro                           | 1                       |
| Otros                            | 1                       |
| Nadie                            | 2                       |
| No contesto                      | 0                       |

En cuanto a la ocupación, 2 de las beneficiarias de la muestra señalaron ser estudiantes, 4 empleadas y el resto dedicarse al hogar, existiendo una discrepancia entre las 6 mujeres que afirman percibir un ingreso propio y las 4 que afirman ser empleadas. El promedio de hijos con el que cuentan las participantes es de 1.6. En cuanto a los grados de estudios, el 83% de las mujeres cuenta con estudios de secundaria.

**Gráfica 7**  
**Nivel educativo en Centro de salud “LM”**



En entrevista realizada a la Coordinadora Estatal de Trabajadoras Sociales de la Secretaría de Salud del Estado de Sonora, declaró que las participantes que ingresaban en el programa son mujeres y/o parejas de hombres que no trabajaban, por lo que no cuentan con seguro médico para la atención del parto.

“...automáticamente si esta trabajando tiene derecho a un servicio medico, seguro social, ISSTE, ISSTESON...”  
(Coordinadora Estatal de Trabajo Social. Secretaría de Servicios a la Salud de Sonora, 2005).

El anterior comentario, denota una falta de reconocimiento del público al que es dirigido el programa, pues no todos los trabajadores que reciben algún ingreso, se encuentran inscritos a algún servicio de salud de seguridad social.

#### **4.4.- Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses en Nogales.**

El municipio fronterizo de Nogales está ubicado al norte del Estado de Sonora. Cuenta con una población total de 159,789 habitantes, de los cuales el 49.0% de su población son mujeres<sup>52</sup>. Si bien este municipio presenta 1.9% de analfabetismo en su población, sólo el 18% de cuenta con la primaria completa, existiendo una gran deserción escolar debido a los problemas relacionados con adicciones, embarazos adolescentes e inmigración a los Estado Unidos de América. Las principales fuentes de empleo que se generan en Nogales, son las ubicadas en el sector terciario, tales como las industrias manufactureras, eléctrica agua y construcción, las cuales muchas veces no brindan las protecciones mínimas en materia de salud<sup>53</sup>.

El 49.8% del total de personas derechohabiente a servicios de seguridad son mujeres<sup>54</sup>; de la misma forma, cerca del 30% de la población entre 15 a 19 años de edad no cuentan con el respaldo de servicios de salud, al igual que el 27% de las personas de 20 a 24 años. La suma de estos dos grupos de edad, representan la mayoría de la población que se encuentra desprotegida de los servicios de alguna institución de salud, agudizando la problemática debido a la edad reproductiva en la que se encuentran<sup>55</sup>.

En el municipio de Nogales, la implementación del programa *Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses* es realizada únicamente en un Hospital de segundo nivel. Según los informes de la jurisdicción sanitaria III el programa comenzó su funcionamiento, el 9 de enero del 2004 y hasta el mes de diciembre de ese año se registraron 208 mujeres; de enero a abril de este año 2005 se han inscrito 103 personas, representando la mitad del total de las participantes del año pasado.

De acuerdo a lo descrito anteriormente en nuestra metodología, se aplicaron 26 cuestionarios solamente para las participantes de la etapa I del programa, es decir mujeres que se encuentran embarazadas.

---

<sup>52</sup> La cual ha descendido notoriamente en los últimos 20 años, pues en 1980 las mujeres representaban el 51.1% de su población total, mientras que para el año 1990 era de 49.6%. INEGI. *Sonora XIII Censo de población y vivienda 2000. Tabulado básico Tomo I.*

<sup>53</sup> Entrevista a Coordinadora del programa *Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses* en Nogales. Abril, 2005.

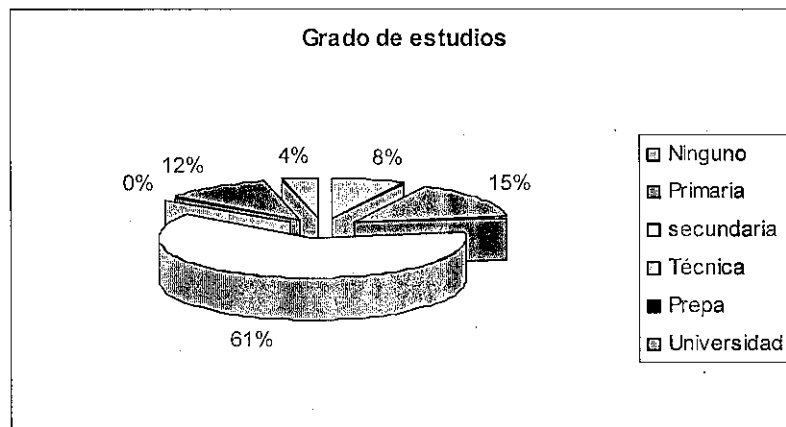
<sup>54</sup> INEGI. *Sonora XIII Censo de población y vivienda 2000. Tabulado básico Tomo II.*

<sup>55</sup> En Nogales, el número de embarazos en menores de 15 años, no ha disminuido significativamente en los últimos 10 años. Presentándose 7 embarazos en 1990 y 6 en el año 2000. A su vez, en el grupo de 15 a 19 años de edad se presentaron 599 embarazos en 1990 y 596 en el 2000. INEGI. *Sonora XIII Censo de población y vivienda 2000. Tabulado básico Tomo II.*

#### 4.4.1.- Características socioeconómicas de las participantes en el estudio.

En este municipio la muestra con la que se trabajó estuvo compuesta por 12 mujeres solteras, 7 que viven en unión libre, 4 casadas y 3 no contestaron. Cabe aclarar, que si bien son 11 las personas las que afirman tener pareja 9 viven con ella. Por su parte, el 61% de las beneficiarias se encuentra entre los 15 y 19 años de edad; el 35% entre 20 a 25 años; y el resto es de 30 años en adelante. Los niveles y grados de estudios concluidos se mostraron de la forma siguiente (Gráfica 8), presentándose 2 personas que no sabían leer ni escribir:

**Gráfica 8**  
**Nivel de estudios de participantes del Hospital de Nogales**



Más de la mitad de la población total de la muestra contestó dedicarse al hogar, el 7% trabaja - a pesar de que fue solamente una la quien afirmó contar con ingresos propios-, mientras que un 15 % continúa estudiando. En la mayoría de los casos, es la madre de la participante, quien aporta el ingreso principal de la casa, seguido del padre y posteriormente la pareja. Al 61% de nuestra muestra se le practicó el estudio socioeconómico.

El promedio de hijos es de 0.8, es decir, un gran número de las participantes son madres primerizas. El 67% de la muestra son mujeres foráneas que no cuentan con el apoyo y respaldo de una familia.



#### **4.5.- Conocimiento del programa y atención a embarazadas.**

Para profundizar más acerca de la capacidad de respuesta e involucramiento de la población participante en el programa, es trascendental conocer hasta qué punto son conocidos los objetivos, derechos y obligaciones del programa. En cierta medida, el programa basa sus acciones en la reciprocidad y coparticipación de responsabilidad en las beneficiarias con el fin de lograr un embarazo saludable y exitoso.

En Hermosillo, más del 88% de las mujeres que contestaron el cuestionario afirmó conocer el objetivo del programa, debido a la responsabilidad en la salud que busca compartir el programa con las participantes, realizándose un constante énfasis en los cuidados del embarazo y los riesgos de la mortalidad materno e infantil; más del 90% reconoció conocer los derechos generados de su participación y un 85% sabe cuales son sus obligaciones, sin embargo solamente el 69% conoce las causas de suspensión y un 33% sabe donde acudir para la interposición de una queja. Permitiendo apreciar, que a pesar de que las beneficiarias afirman conocer sus derechos al participar en el programa, su conocimiento se reducen a saber que el programa es gratuito, pues de la información proporcionada en las entrevistas grupales, al cuestionarles acerca de esta pregunta se hacia referencia a la falta medicamentos los cuales son gratuitos. Existe una carencia de información de derechos referentes al derecho de las pacientes a la calidad de la atención; por otro lado, a pesar de saber cual es el objetivo del programa, no están al tanto de cómo pueden perder los beneficios del programa, lo cual puede ser un indicio de la poca asistencias de las pláticas del club, pues el no cumplimiento o 5 asistencias a estas, amerita la suspensión de participación.

En cuanto a la atención, el 22% de la muestra afirmó haber recibido un trato negativo a lo largo de todo el programa, los argumentos más frecuentes que señalaron en el cuestionario fueron en primer lugar, por estar embarazada, posteriormente, por participar en el programa, y finalmente debido a su edad. La mitad de las mujeres que ya dieron a luz, afirman en el cuestionario que la atención en el parto fue muy buena, contra sólo una que sintió un trato negativo en su atención debido a su edad.

En el municipio de Nogales casi el 80% de las participantes a las que se les aplicó el cuestionario, conocen los objetivos buscados por el programa, así como sus derechos y

obligaciones, pero es un 54% las que conocen las causas de suspensión y es el 41% las que conocen la forma y el lugar donde puede interponer una queja.

La relación médico-paciente se desarrolla de la siguiente forma: el 30% de las participantes a las que se les aplicó el cuestionario, acostumbran a preguntar acerca de los riesgos de someterse a algún tratamiento o procedimiento médico, y es un poco más de la mitad de la muestra las que saben que tiene derecho a pedir una segunda opinión.

En cuanto a la atención recibida, el 70% de las encuestadas afirmó haber recibido asesoría del funcionamiento del BNS y al 34% se les ha proporcionado la información solicitada; en este mismo sentido, un 62% externó que las indicaciones del médico eran claras y entendibles. Ninguna persona señaló sentir *siempre* un trato negativo por parte del personal de la institución o encargado del programa, pero el 20% respondió que si lo ha sentido *algunas veces*; las respuestas más frecuentes fueron: por ser jóvenes, por no estar casada y por participar en el programa BNS. Por su parte las entrevistadas señalaron lo siguiente:

“Sí, a mí el doctor me trata bien, sí es bien lindo en el aspecto de cómo tratarme y explicarme ahí, porque yo soy muy preguntona también...” (27 años, Casada, originaria de Etchojoa, Sonora. Hospital de Nogales.).

“Pues yo la primera vez, pues como te diré, como venía con mi mamá pues me atendieron bien, y la segunda vez, pues no, no fue muy explicativo, me dijo salió bien, pero pues sólo eso dice, o sea no sé como salí y pues le pregunté y se enojó un poquito, pero nada más (19 años, Soltera, originaria de Obregón, Sonora. Hospital de Nogales).”

El factor edad, es percibido entre las beneficiarias como una causa determinante para la atención que se le brinda en el programa, específicamente con los médicos, al reconocer una distinción en el trato. Si bien existe una orientación e información hacia las beneficiarias por parte del personal del salud, ésta se encuentra determinada por la relación saber-poder que impera en el personal médico al ser poseedor de conocimiento, pues como se observa, existe una barrera y justificación de enojos o molestias que puedan presentar los médicos si se les cuestiona, tal como se desprende de la anterior entrevista

“...no sé como salí y pues le pregunté y se enojó un poquito...”, por lo que no se atreven a preguntar a los encargados de salud más allá de lo que se les informa e indica, limitándose a acatar las instrucciones y explicaciones. Foucault, señala que los discursos reconocidos como verdaderos, crean relaciones de poder, en este caso el personal de salud, incorpora en los cuerpos de las participantes, discursos traducidos en conocimientos y saberes, que hacen legitimar y legitiman su autoridad desprendida del control-poder que ejerce sobre los pacientes. Esta aceptación del conocimiento como verdadera, genera un respeto y aceptación tacita de recomendaciones, explicaciones y demás que emita el personal de salud, produciendo cambios e influencia en los comportamientos de las madres.

Conjuntamente, según datos obtenidos de los cuestionarios, entre las beneficiarias existe una percepción de discriminación en el desarrollo del programa por parte del personal de salud, principalmente en consultas, más por participar en el programa que por estar embarazadas. Sin embargo, reconocen que existe una buena atención en el parto, lo cual puede ser asociado con el agradecimiento expresado hacia el programa por ser un servicio gratuito.

Al realizar las entrevistas grupales, se detecto una confusión entre las participantes por no saber si se encontraban inscritas dentro del BNS o del Seguro Popular<sup>56</sup>, pues ambos ofrecen el servicio obstétrico gratuito; a partir de este desconocimientos se generan faltas de información de las obligaciones que tienen las usuarias y los servicios a los que tiene acceso, así como de las causas de suspensión o cancelas del servicio, repercutiendo todo ello directamente el éxito de su implementación. Si bien es cierto que existe un alto porcentaje de conocimiento de los derechos que brinda el programa, éste solamente se refiere a la gratuidad del mismo.

#### **4.6.- Participación de la pareja.**

Con el fin de poder considerar de qué forma y en qué medida se combate la inequidad por medio del programa BNS, es indispensable analizar el papel y la

---

<sup>56</sup> Programa federal que brinda protección de servicios de salud a las personas que no son derechohabientes a servicios de seguridad social. Se brinda totalmente gratuito dependiendo del resultado del estudio socioeconómico.

participación de las parejas y/o padres de los hijos de las embarazadas; también es esencial conocer cuáles son los mecanismos que desarrolla el programa para una mayor integración de estos en la salud de la familia y los hijos.

El programa BNS como una de las obligación del control prenatal, la asistencia cuando menos una vez de la pareja a consultas, sin embargo un buen número de las participantes en el programa son solteras y no se especifican en el manual de operaciones estrategias para transmitir información referente a la participación de la pareja, a pesar de que no se tenga, por lo que es el propio personal de salud el encargado de desarrollarlas.

Si bien el video *Con Luz Propia* dirige temas al papel, responsabilidades y ventajas del involucramiento de la pareja en el embarazo, cuidado de los hijos, y su participación y apoyo en la planificación familiar en pareja, en el caso de Hermosillo este sólo es proyectado a las embarazadas y en Nogales no cuentan con este material<sup>57</sup>.

En el centro de salud de Hermosillo "LM", del total de mujeres que participaron en la aplicación del cuestionario, el 33.3% respondió haber asistido en el transcurso de su embarazo al menos una vez a consulta con su pareja o padre del hijo(a), presentándose más frecuentemente (45%) en mujeres que viven en unión libre, el cual es un porcentaje relativamente más alto al de las casadas, el cual es de 41%. En el caso de las embarazadas solteras, el 15% de ellas son acompañadas por los padres de su hijo(a). En si, el promedio de asistencia de los padres que acompañan a las mujeres es de 2.3 consultas por embarazo.

En las diferentes visitas que realizamos al centro de salud observamos una afluencia de padres en los pasillos y áreas comunes de la unidad, pero en el club de embarazadas de ese mismo centro no hubo en las tres pláticas en las que asistimos, ni una sola asistencia de los padres, sin embargo, se constató la presencia de algunos de ellos que esperaban a las madres en el pasillo. Izquierdo define a la especialización como la realización de ciertas actividades a partir de las diferencias sexuales, de esta forma, se aprecia una detonación por parte de los padres, de dejar y esperar que las mujeres se preparen en las cosas de las madres pues son ellas las que deberán de especializarse en lo que por naturaleza le indica su papel reproductivo (Izquierdo, 1998:24). Refirmando de

---

<sup>57</sup> Según información proporcionada por el personal de salud, no a todas las unidades médicas se les ha proporcionado este video.

esta forma, una presencia de roles de género perpetuados socialmente en hombre y mujeres, y realizando, como afirman Lobata y Thorne (1999), lo que cada uno debe desempeñar según la imagen culturalmente impuesta.

En este sentido, se consideró oportuno conocer de qué forma el programa incide en la transformación de roles de género, por lo que al preguntar a la encargada del club y responsable del programa BNS en el centro "LM", acerca de la participación de los padres y la contemplación de su obligatoriedad en el programa nos informó:

"No es obligatorio, pero si se le hace ver que es importante, es muy poco el padre que se acerca, si han venido, pero se pudieran contar, y de hecho nosotros, pues ya viendo que son ellas solitas las que acuden, bueno, les decimos que lo que aquí están aprendiendo, lo platiquen, en sus casas, con su pareja, que la platiquen con sus madres, con sus amigas, con quien sea que la información que reciben aquí no se queden con ellas solas, que la transmitan" (Enfermera materno-infantil, Centro "LM". Abril 2005).

"Pues siempre estamos recordándolo en el programa, si vienen sola pues vayan y platiquen con ellos, sobre todo se me viene a la mente la plática de...depresión posparto y se les dice, platiquen con ellos de esto, que es casi probable que les pase, entonces es muy importante que lo platiquen, que ellos sepan que esto es normal, que no se enojen (...) entonces eso se les hace mucho énfasis, que las apapachen de esa forma les decimos que incorporen al padre (...). De hecho el embarazo no es de ellas nada más, el embarazo es de dos, se les hace mucho hincapié, de hecho en las sesiones de ejercicios había muchos papas que participaban con las mamás". (Coordinadora de programa, Enfermera materno-infantil, Centro "LM". Abril 2005).

Se reconoce en primer lugar, una ausencia de la obligatoriedad que genere mayor participación del padre, pasando por alto lo marcado por el propio programa de asistir cuando menos una vez a consulta acompañada de su pareja. Por otro lado, si se aprecia un énfasis en la invitación para la incorporación de éste, limitándose a reforzar la transmisión de lo aprendido en el club, una transmisión dirigida preferentemente al sexo femenino, como madre de la embarazada, amigas etc.

La falta de una contemplación de la pareja en el programa e iniciativa del propio personal de salud, es producto de los comportamientos y actividades asignadas

culturalmente a mujeres y a hombres, Bourdieu menciona, que esta asignación no es determinada por las necesidades reproductivas de cada sexo, sino por una perpetuación de costumbres y funciones que respaldan la división sexual del trabajo (Bourdieu, 2000). De esta forma, el personal de las instituciones de salud, expresan la asignación cultural de roles, reproduciendo el discurso transmitido a las participantes del programa. Con lo anterior se detecta, que el programa no contempló desde su diseño estrategias que permitieran que el personal de salud, entienda a la maternidad y paternidad a partir de constitución genérica, dificultando un cambio en el discurso que transmita el programa; tal y como señalan las respuestas más frecuentes de los entrevistas grupales realizadas en el centro de salud de Hermosillo que al preguntarles de que forma se trata de incorporar al padre en las pláticas y en el club, responden lo siguiente:

**Cuadro 4**  
**Percepción de incorporación de padres en pláticas o club.**

| <b>Grupo</b> | <b>Respuestas frecuentes.</b>   | <b>Etapas o estratificación de la muestra.</b> |
|--------------|---------------------------------|--|
| Grupo I      | No nos dicen nada de la pareja. | Etapas I                                       |
|              | No dicen que podamos traerlo    | Etapas I                                       |
| Grupo II     | Hasta ahorita no han dicho nada | Etapas III                                     |
|              | Está bien, si platican de él.   | Etapas III                                     |
| Grupo III    | También te dicen del papá.      | Etapas I y III.                                |
|              | Sí lo mencionan                 | Etapas I y III                                 |

Posteriormente, al cuestionar a estos mismos grupos si consideraban necesario que el programa involucrará más a sus parejas comentaron:

“Sí, sí es importante, pero por ejemplo el mío no puede venir porque trabaja” (20 años. Casada. Grupo I.).

“Pues sí, por que ni en el mundo lo hace, y si te preguntan es para regañarte” (18 años. Unión libre. Grupo II)

A diferencia de las que señalan:

“Pues no porque, pues mi mamá es la que siempre ha estado conmigo...” (19 años. Soltera. Grupo III).

“No, ¿para qué? No hace falta. Así estamos bien.” (20 años. Casada. Grupo II)

Del análisis desprendido del cuadro 4 y los comentarios hechos en las entrevistas grupales, se observa la existencia de dos perspectivas en sus respuestas, la primera, es la existencia de un interés por tratar de incluir a la pareja en actividades del programa, pero se reconoce su imposibilidad debido a que los horarios del club, talleres y consultas, son impartidos en horarios de trabajo de las parejas, generalmente de 8 de la mañana a 3 de la tarde. Del total de las 28 mujeres que vive con su pareja, el 33% respondió no hacerlo bajo el argumento de coincidir con horarios de trabajo.

La aceptación del horario por parte de las entrevistadas es producto de la institucionalización en la asignación social y económica de las funciones de la madre y padre efectuada también en el programa BNS, pues mientras el esposo o pareja ocupa su tiempo en funciones de trabajo, las madres al no contar con un trabajo fuera de casa, le corresponde la tutela de la salud de los hijos; lo que sustentaría lo señalado por Lamas (2003) e Izquierdo (1998), ésta última menciona que la división del trabajo a partir de los papeles reproductivos repercute en la repartición desigual de tareas, y especialización de funciones vinculadas al trabajo dentro de casa y por tanto de cuidados y atención de hijos y familia, acrecentando las desigualdad en función de los géneros a la que también hace referencia la autora.

La segunda perspectiva de las respuestas que señalan “No hace falta...” o “No, ¿para que? (...) mi mamá es la que siempre ha estado conmigo...”, establecen una distinción y reafirmación de las actividades culturalmente aceptadas del labor que desempeña la mujer al ser madre.

Continuando con las entrevistas grupales realizadas en Hermosillo, al plantearles a las mujeres que sí han sido acompañadas por su pareja como se sienten con la presencia de ellos, respondieron:

**Cuadro 5**  
**Percepción de cambios experimentados al incursionar la pareja**

| <b>Grupo</b> | <b>Respuestas más frecuentes</b>  | <b>Etapas</b>  |
|--------------|---|----------------|
| Grupo I      | Más cómodas   | Etapa I        |
|              | Más seguras   |                |
| Grupo II     | Un poco más segura de que él supiera todo cómo va el niño.                | Etapa III      |
|              | Pues igual, pero bien de que él médico le explicara como iba el embarazo. |                |
| Grupo III    | Igual   | Etapa I y III. |

La mayoría de las mujeres que son acompañadas por sus parejas, encuentran mayor seguridad al involucrarse ellos también en el embarazo. Según los cuestionarios aplicados, el 63% de mujeres solteras acuden sin que nadie las acompañe a las consultas, el 60% de las mujeres que viven en unión libre y el 58% de las casadas también lo hacen, comprobando que no existe una relación significativa entre tener o no pareja y la asistencia sola a los centros de salud. Generalmente las solteras son acompañadas por un miembro de su familia, ya sea madre o hermana, a diferencia de las casadas o que viven en unión libre que acuden con sus hijos o solas en el caso de las primerizas. Estos datos, aunados con el establecimiento del horario, que anteriormente analizamos, y con las pocas iniciativas hechas por el programa para lograr mayor participación de las parejas, comprueba que el embarazo, es un asunto exclusivo de las mujeres no importando si se cuenta o no con pareja, y no sólo de las embarazadas, sino de las madres de éstas, es decir, las mujeres *per se*, responden al llamado “desideratum o mandato cultural” (Cazés, 1999: 86), de las actividades naturales de su sexo.

En Nogales, de las 11 personas que cuentan con pareja 4 han sido acompañadas, al menos una vez en ellas. Por su parte, el 16% de las mujeres solteras si son acompañadas a las consultas por los padres de sus hijos(as), aunque este grupo continúa siendo el que más veces solas asiste a lo largo del programa. Generalmente los padres que no acuden a consultas, son personas que se encuentran trabajando.

Al cuestionarles en la entrevista grupal cuáles eran sus opiniones respecto a la participación de sus parejas en el programa, señalaron:

“... a las consultas sí viene, y pues me siento a gusto, protegida y pues si tengo preguntas y pues el se mete y pregunta (23 años. Unión libre, originaria de Los Mochis Sinaloa. Hospital de Nogales).

“...pues es que casi no veo hombres pues por eso me da cosa que venga” (19 años, Soltera originaria de Obregón Sonora. Hospital de Nogales).

“Sí viene pero se queda afuera (...) pero sí, sí me trae pero siempre se queda afuera” (19 años, Unión libre originaria de Obregón, Sonora. Hospital de Nogales.)

“...mi esposo me dice ahí te voy a ir a tirar a las pláticas aquellas, no me gustan y le digo, pues si te debería de gustar porque es nuestro bebe, a mi me importa mi hijo como a ti, no nomás es hacérmelo (risas)” (27 años, Casada originaria de Etchojoa, Sonora. Hospital de Nogales).

Berger y Luckman (2001) contemplan la conformación del *yo* a través de dos procesos: el genético y el social; en este caso la formación de la identidad y de la atribución de las funciones de mujeres como madres, y de hombres como padres, es producto de una socialización afianzada por actividades culturalmente determinadas y aceptadas, al no haber otros padres que asistan o participen en consultas o pláticas. Radicando aquí la importancia de implementar programas que sean encaminados a transformar la asignación de funciones y por lo tanto, de los roles de géneros reafirmados por el procesos de socialización.

Al igual que en Hermosillo, en éste municipio se denota como las parejas no sienten como suyas las tareas y cuidados que se presentan en el embarazo y vida de los hijos, al no entrar a las pláticas o consultas y permanecer o “acompañar” hasta la parte de afuera del hospital, debido a que como madre es la mujer a la que se responsabiliza en atender y aprender todo lo referente al embarazo.

Es decir, existe una separación de los actos socialmente aceptados, de lo que se debe de hacer como hombre o como mujer, con lo cual se conformando y reafirmando la identidad de los individuos,



producto de un proceso social, validado por las instituciones sociales como lo es un programa público. El promedio de consultas a las que suelen acompañar los padres en el Hospital de Nogales es de 4.4 consultas por embarazo, lo que representa casi el doble al realizado en Hermosillo y aunque no es objetivo de este trabajo realizar un comparativo entre estos dos municipios, si es importante señalar cuales son los factores que motivan este aumento de participación.

En la asistencia a las pláticas de “Lactancia Materna” en el Hospital de Nogales, se observó la presencia de un gran número de hombres, en su mayoría adolescentes, por lo que se cuestionó a los mismos acerca de los motivos que impulsaban su asistencia, respondiendo algunas veces que ellos y sus parejas vivían solos y que nadie más podía acompañar a su mujer al Hospital; en otros casos respondían que sus parejas presentaban embarazos de alto riesgo y no podían dejarlas andar solas pues al no ser originarios de esa ciudad, no se contaba con familiares o amigos que las acompañaran teniendo que pedir permiso en los trabajos o solicitar cambios de turnos para poder asistir a pláticas y consultas, es así como la pareja se ve en la necesidad de inmiscuirse más en el embarazo, es decir, no es una asistencia voluntaria, sino es la misma ausencia de apoyos familiares lo que expone a los hombres a su participación.

Tomando en cuenta el interés de la asistencia e incorporación de las parejas expresado en las entrevistas hechas a las beneficiarias, es importante entonces profundizar acerca de cuáles son las estrategias que se llevan a cabo el programa en este Hospital para lograr una mayor inclusión y participación de los padres.

“...no, pues no tiene, sólo se les habla de cuestiones del embarazo, de la lactancia, se les habla de ellos sólo en planificación familiar (Encargada de impartir pláticas de Lactancia materna en Hospital de Nogales, Abril 2005)

La asignación a la madre como especialista de los cuidados y salud de los hijos, ocupa un papel central en el discurso del personal de salud, al limitarse a mencionar la importancia de explicar a los padres de los cambios y proceso del embarazo, no evidencia una estrategia definida por parte del personal de salud que trate de modificar e incluir en el papel de los padres en la salud de los hijos. Esta falta de directrices es producto no sólo

de una ausencia de conocimiento y capacitación al personal de salud de los objetivos buscado en el programa, sino de la misma concepción de maternidad y paternidad del que parte el BNS y de las propias acepciones genéricas con las que cuenta el personal de salud.

En resumen, la figura y papel del padre que emite el programa BNS, sólo hace referencia a la importancia de la participación y responsabilidad de los padres en la salud de los hijos, es decir, el espacio construido para el padre es limitado a mencionarse en pláticas, videos o consultas, sin manejar una atención directa a estos, por lo que no existe un verdadero interés en romper con el rol socialmente impuesto de la figura, actividades y responsabilidades del padre.

#### **4.7.- Club de embarazada.**

Una de las técnicas de recopilación de datos fue la observación. El análisis de la información sobre club de embarazadas es basado particularmente con esta técnica, reforzándose a su vez, por las entrevistas grupales a beneficiarias, las semiestructuradas a los servidores públicos y los resultados de los cuestionarios aplicados.

La dinámica del club es desarrollada de diferentes maneras según las características del centro de salud y de las personas que lo imparten. En el caso de Hermosillo, asistimos en dos lugares en donde se desarrolla: un Hospital de segundo nivel y el centro de salud "LM".

En el primer lugar, se asistió a 3 pláticas, con un promedio de asistencia de 30 mujeres, de las pláticas desprendidas entre ellas, se denotó una camarería existente entre las mismas, pues algunas se preguntan por sus embarazos o su situación de su estado civil. Se detecto la presencia de algunos hombres, en su mayoría adolescentes, los cuales permanecían callados y cerca de la puerta. Algunas mujeres asistieron con sus hijos, por lo que la enfermera encargada del club, les recomendó dejar a sus hijos en el cuidado de alguien más, para que no la distrajeran e interrumpieran la plática. La manera de dirigirse de la responsable del club a las participantes es como "señoras" a pesar de que la mayoría son adolescentes e incluso algunas menores a los 15 años de edad. Los temas desarrollados fueron: significado de la salud, en el cual se hizo mención de los cuidados

del embarazo y de la familia; el concepto de familia, dónde se identificaba el tipo de familia al que pertenecía cada asistente; y el de violencia familiar, emitiendo recomendaciones para no gestar y reproducir violencia entre los ejemplos de la expositora se mencionó:

“el marido llega y ustedes todavía con la pijama puesta y sin comida”  
(Dra. Encargada de emitir tema de violencia intrafamiliar, Hospital de segundo nivel en Hermosillo. Abril 2005).

Las personas asistentes al club permanecían callados, visiblemente distraídos, y fue la misma expositora quien empezó a dirigir preguntas entre las asistentes, obteniendo respuestas cortantes y mesuradas.

En el Centro de Salud “LM”, se asistieron a tres pláticas. El promedio de asistencia al club es de 27 mujeres. No hubo asistencia de hombres. Sólo dos madres fueron acompañadas por sus hijos. Las embarazadas contaban con mayor edad que las asistentes al club del hospital de segundo nivel, esto debido a los embarazos con alto riesgo y de menores de edad que se atienden en ese lugar. Las temáticas desarrolladas en el club fueron: micronutrientes, en la cual se especifico los alimentos aptos y no recomendables el desarrollo del embarazo y la importancia de las vitaminas en esta etapa; la segunda plática se transformó en un terapia denominada transgeneracional, el objetivo era crear una reflexión y análisis de las experiencias familiares, especialmente en la relación hija-madre-abuela, y como las mujeres transmiten aprendizajes y apoyo de generación en generación. La dinámica fue a través de relajamiento e introspección acompañada con música de fondo, mientras la responsable de la terapia hablaba del poder de apoyo de las mujeres en las familias, acudiendo a la imagen de la madre, expresando: “toma nuestra mano, nos cuida y la pone en su corazón”, trayendo a colación las imágenes de las abuelas y bisabuelas con quienes nos “recargamos” y “apoyamos”, de esta forma, argumenta la expositora, nos preparamos para darle la bienvenida al bebe. Se aprecio que en el desarrollo de la terapia algunas de las asistentes lloraban, mientras la expositora seguía hablando del apoyo de la madre. A su vez, se realizó un ejercicio con las asistentes, pero no hubo mucha respuesta por parte de las embarazadas, pues le argumentaban que no le entendían y respondían con risas ante las preguntas de la expositora; en la tercera plática se expuso el tema: cartillas de salud, vacunación y

semana nacional de salud. La plática se trató la relevancia de la aplicación de vacunas en el embarazo -como la del tétano-, así como también se comentó acerca de las edades de vacunación en los recién nacido. Se señaló los lugares a donde acudir para su aplicación y se platicó también, de la importancia de la cartilla de vacunación como una información vital en la salud de los hijos.

Cabe aclarar que en las tres pláticas a las que se asistió en este Centro de Salud se hizo recomendaciones a las asistentes de tramitar la cartilla de la mujer. Se indicaba que el programa BNS proporcionaba gratuitamente la realización del papanicolao, señalándoles que no existe ningún riesgo para el niño ni para las propias madres. También se les recordaba la asistencia con el dentista, explicándole el proceso de descalcificación que genera el embarazo afectando a dientes y huesos, así como la importancia de consumir ácido fólico.

Por otro lado, en el Hospital de Nogales, como ya se había mencionado, no se contempla el desarrollo de un club de embarazo ni un taller de estimulación temprana. En su lugar, desde hace varios años, se llevan acabo en el hospital, pláticas de lactancia materna adhiriéndose al programa BNS. Tradicionalmente existía un espacio determinado para la impartición de las pláticas, pero debido a una remodelación en el nosocomio, actualmente y durante el tiempo de la práctica de campo de esta investigación, se efectuaron en los pasillos del hospital, presentándose bullicios y circulación de gente y personal de salud. En éste municipio, a diferencia de las unidades médicas de Hermosillo, se resaltó la presencia de un gran número de padres en las consultas, especialmente de parejas jóvenes, así como mayor asistencia de mujeres con sus hijos.

Las temáticas que se desarrollaron fueron: lactancia materna, alimentación en el embarazo y métodos anticonceptivos. Resaltando la importancia del cuidado y atención de la propia salud, para que a partir de ésta se pueda prestar salud a los demás, enfatizando la relevancia de la lactancia para el fortalecimiento y mejor calidad en la salud de los hijos. Se explica también los alimentos recomendados para una lactancia duradera y de qué forma ésta beneficia a los bebes; a su vez, se recomiendan vitaminas y alimentos para compensar la descalcificación y descompensación ocasionada por el embarazo. En el último tema, se hizo alusión a los métodos anticonceptivos, y a pesar de

la presencia masculina en las pláticas, no se abundó mucho en su participación, más bien se profundizó en los métodos idóneos para las mujeres lactantes.

Michael Foucault, argumentaba como los discursos o “saberes” adoptados como verdaderos, permiten en un momento dado, crear y ejercer relaciones de poder sobre los cuerpos, contribuyendo a la construcción de identidades y conformación de los órdenes sociales (Foucault, 1979:120). Es a través de los discursos de poder que se van ideando concepciones como la maternidad y las funciones y/o actividades que se desprenden de ella; en el caso del BNS la relación existente entre médico-paciente o entre expertos con saber-conocimiento y participantes, forja una relación desigual en cuanto al saber-poder ejercido por el personal de salud en relación a los pacientes, de tal forma que la forma de conducirse del primero, es determinante en la conformación de los papeles que se espera del último.

La forma de dirigirse a las participantes como señoras, en un grupo compuesto principalmente por adolescentes, conlleva la imposición de asignación de funciones y actos culturalmente determinados a una etapa de la vida en una mujer, creando en ellas un sentido de responsabilidad y madurez al cambiar su etapa de vida y empezar a ser señoras. Por otro lado, a las pláticas que se asistió, se detectó poca iniciativa por parte del personal, para generar mayor participación de las asistentes, pues el grupo permanecía callado en el momento de interacción, las respuestas, cortantes y mesuradas indican que las pláticas son sobrellevadas como una imposición tendiente a conseguir la asistencia requerida para permanecer en el BNS. Las temáticas que se desarrollan en las pláticas son variadas, pero son sólo 5 asistencias obligatorias para las participantes, por lo que muchas de ellas no logran asistir a las pláticas en las cuales no se tiene suficiente conocimiento o interés. A pesar de ello, la asistencia que se presenta en las pláticas es buena, debido a que su cumplimiento es básico para la atención gratuita de su parto, sin embargo, las medidas adecuadas para llevar el registro de asistencia se limita a plasmar la firma de la encargada del club en el Carnet, sin que exista un sello, o base de datos que permita su verificación; tampoco existe un sistema que facilita a las participantes conocer todos impartidos en los club o pláticas, ya que sólo se asiste a 5 pláticas.

Los mensajes dirigidos en las pláticas, como en el caso de la recomendación para no generar violencia “*el marido llega y ustedes todavía con la pijama y sin comida*” o en

las referentes al apoyo de las mujeres de la familia, se encuentran cargados de prácticas y estereotipos sociales impuestos a las mujeres y a su capacidad para ser madre, en las que como mencionaba Mercedes Palencia, se especializa más el trabajo de la maternidad debido a los discursos de especialistas referentes al cuidado que requieren los hijos por parte de la madre, responsabilizándoles las cuestiones referentes al hogar o a los hijos por el hecho de ser mujeres (Palencia, 200:24). De igual forma, se continúa utilizando el discurso de la madre como un medio para garantizar una buena salud en los menores.

La participación de los varones en este caso es mínima, y a pesar de contar con la asistencia de ellos, especialmente en el caso de Nogales, no se emiten ni dirigen pláticas o recomendaciones tendientes a modificar los roles de género.

#### **4.7.1.- Percepción del personal encargado del “Club de embarazadas” y “Lactancia Materna”**

El conocimiento que posee el personal encargado del “Club de embarazadas” o pláticas de “Lactancia Materna”, respecto a los objetivos planteados por los mismos, es un factor básico para lograr las metas propuestas con su implementación. Al respecto la encargada del club de embarazadas del Hospital de segundo nivel en Hermosillo, comenta:

“...el objetivo es orientar a las pacientes de todo lo que es el embarazo, su desarrollo, informarlas prepáralas para que ellas cuando vengán a tener a su bebe, sepan a lo que se van a enfrentar...” (Encargada de impartir el “Club de embarazadas” en el Hospital de segundo de Hermosillo. Abril de 2005).

El argumento a la anterior pregunta, continuo de la siguiente forma:

“...dar una mejor atención a las pacientes, y la atención no nada más es tratarla bien sino que ellas reciban la orientación y capa....capacitarlas en saber que es realmente un embarazo, en lo que consiste, en todo su desarrollo...desde el primer mes, hasta las 40 o 38 semanas que llega a su termino (...) (Encargada de impartir el “Club de embarazadas” en el Hospital de segundo de Hermosillo. Abril de 2005).

Al realizar este mismo cuestionamiento a la responsable del club de embarazadas del centro de salud “LM” y de las pláticas de lactancia materna en el Hospital de Nogales<sup>58</sup>, respondieron:

“El principal objetivo es abatir el 100% la mortalidad materna e infantil, se habían estado presentado bastantes muertes en las embarazadas, debido al desconocimiento del servicio que se brinda, o sea, nosotros en los centros de salud, si, pero a partir, de que inicio este programa ha disminuido mucho, mucho la mortalidad, cada vez son menos las mujeres que se mueren y los niños igual, debido a que la información que se dan pues si les esta sirviendo, se cuidan mucho más que lo antes se cuidan y hacen cosas que les sirven para, tener un parto feliz” (Encargada de club de embarazadas en Centro “LM”, Enfermera materno-infantil,. Abril 2005).

“...se habían estado presentando muchas enfermedades en los niños: diarreicas, respiratorias, etc., por eso la idea de retomar las pláticas de lactancia materna (...) se pretende fomentar la lactancia materna para evitar algunas muertes infantiles...” (Encargada de impartir pláticas de lactancia materna en Hospital Nogales, Abril 2005)

Cabe aclarar, que en el caso del HIES se cuenta con una persona coordinadora del club de embarazadas y una enfermera encargada de impartirlo; en el caso del centro “LM”, la coordinadora del programa es la misma persona que imparte el club de embarazada y el taller de estimulación temprana, contando además, con una especialidad en materno-infantil. Estas referencias, son determinantes para conocer la dirección de ambas respuestas, ya que una especifica cómo se da una atención al orientar, informar y preparar a las beneficiarias, y la otra externa la importancia de la información proporcionada en el club para disminuir la mortalidad infantil, es decir, existe una conciencia de que lo transmitido e informado en el club, “sirve” para capacitar y preparar a la mujer ante lo desconocido, ilustrándolas de los saberes y cuidados necesarios en el embarazo y parto con el fin de evitar muertes maternas e infantiles; es así, como a nivel

---

<sup>58</sup> En Nogales, el club de embarazadas no es denominado específicamente con ese nombre, a pesar de que sean diversos los temas que se desarrollan en el mismo y no específicamente los de lactancia infantil, denominándose como pláticas de “Lactancia materna”; por lo que al aplicar nuestros cuestionarios tuvimos que realizar un cambio en donde hablamos del club, por el que dijera lactancia materna.

institucional, a partir de lo reconocido como natural en las mujeres: su maternidad, edifica a través de la enseñanza y capacitación, las imágenes socialmente establecidas de la maternidad (Palomar, 2004:16), consolidando la delimitación de los trabajos al hacerse madre (Izquierdo, 1998 y Bourdieu, 2000).

En el caso de Nogales, las prácticas que se desarrollan en Hospital, presentan algunas diferencias desde la concepción del objetivo que se pretende con su implementación, hasta el discurso que desarrolla el personal. Cristina Palomar (2004), expone una serie de estereotipos atribuidos a las mujeres cuando son madres, en el cual se idealiza el instinto materno que poseen las mujeres a partir de su capacidad biológica, otorgando el calificativo de buenas o malas madres según la calidad del desempeño de las actividades asignadas, como: sanar, cuidar, proteger, alimentar y amamantar a los hijos(as). Marta Lamas (Lamas en Ávila, 2004), acuñe esta asignación de cualidades propias en las madres como *maternazgo*, en donde es la misma carga social la que impone estas labores. A partir de la importancia de la leche materna como promotor de la salud infantil, se continúa viendo a la madre como el eje esencial en el combate de la mortalidad infantil, por lo que se responsabiliza y se crea, con el cumplimiento de esta actividad (amamantar), el calificativo de “buena” madre.

#### **4.7.2.- Percepción entre participantes.**

En Hermosillo, del total de los cuestionarios aplicados, 22 (40%) mujeres contestaron haber faltado al menos una vez al taller o club de embarazadas. La mayoría por enfermedad de ellas o sus hijos, 4 no sabían de la existencia del club explicando que ingresaron al programa cuando faltaban días u horas para el parto; mientras que otras 2 manifestaron no contar con dinero para el transporte, el 80% asociaron el ser madre con una “una gran responsabilidad”. El promedio de asistencias cada jueves al club de embarazadas es de 33.9<sup>59</sup> mujeres.

Al preguntar a las mujeres su opinión acerca del club de embarazadas, respondieron:

---

<sup>59</sup> Dato obtenido del reporte de relatorias de la encargada del club de embarazada.

“No, pues yo, que he aprendido mucho porque había muchas cosas que no sabía yo lo que tenía que comer y pues aquí nos dicen porque tienes que comértelo, pues como que te sientes más preparada al menos a mí, pues porque es el primero. Y aunque siempre tienes a tu mamá, de todas maneras necesitas alguien que te diga, necesitas a alguien que te diga pues algo más” (21 años. Grupo I).

“Si, si te saca del apuro.” (33 años. Grupo II).

“Si (...) te enseñan muchas cosas del parto y todo eso...” (19 años. Grupo II)

“Ahí te dicen todo lo que te va a pasar” (18 años. Grupo II).

Si!, sirve si, aprendes más cosas, y pues si, estamos más preparadas (20 años. Grupo I)

La percepción que tiene las asistentes al club de embarazadas es buena, porque reconocen que las ayuda a aprender más del embarazo, reciben una preparación de los saberes adecuados para la nueva responsabilidad que conlleva la maternidad. Por otra parte, es significativo rescatar, el reconocimiento e importancia de las figuras jerárquicas y poseedoras de conocimiento especializado en el embarazo y la maternidad que las participantes encuentran en el personal de salud, al limitar la información proporcionada por la experiencia de las madres de éstas y preferir la adquirida y enseñada por el personal médico. Este reconocimiento-poder es aceptado por las participantes y beneficiarias del programa, repercutiendo en la subjetividad de las mujeres respecto a la importancia de las actividades y roles específico de la madre, encontrando en el saber de los expertos, argumentos legítimos que validan y consolidan la información (Foucault, 1979 y 1983) proporcionada de lo que es ser madre.

Por otro lado, hubo participantes que al hacerles éste mismo cuestionamiento respondieron:

“No pues muy bien, porque muchas veces no tenemos dinero, ya ves que nos ayuda muy bien, ahora con la ida de tener al bebe. (17 años, Grupo I).

“...sí estoy de acuerdo porque nos ayudaron mucho durante el embarazo y pues hasta ahorita todavía” (20 años, Grupo I)

Estas respuestas a una pregunta dirigida sobre la opinión del club, permiten reafirmar la existencia de un agradecimiento entre las beneficiarias, sobre todo adolescentes, por la creación de un programa que brinda atención gratuita, reconociendo a su vez, que el club les proporciona el conocimiento y ayuda para la etapa del embarazo y parto

Cuando se inició el programa BNS, se admitieron mujeres que estaban en los últimos días del embarazo, por lo que no asistieron a éstas pláticas, sin embargo en las entrevistas grupales, si se apreció en ellas un apoyo a las respuestas de aceptación del club que emitía el resto del grupo, al igual cuando se les pregunta la opinión respecto al programa; ésta aprobación puede ser producto del agradecimiento que tienen éstas mujeres en el programa, debido a una rápida admisión, solución y atención gratuita que recibieron en sus partos

Es así, como el 78.5% de las mujeres que ya dieron a luz respondieron haber puesto en práctica algo de lo aprendido en el club de embarazadas. Lo que explicaría la expresión de asombro de diferentes participantes al afirmar la aceptación del club



Entre las participantes de Nogales, el 19% de las mujeres que contestaron el cuestionario, afirmaron haber faltado por lo menos una vez a las pláticas de lactancia materna, la mayoría de las veces por estar enferma; el 80% de éstas no respondieron a la pregunta del significado de madre. A la mitad si se le tomó en cuenta para la elección del horario de las pláticas. La percepción del club o pláticas entre las entrevistadas fue de la forma siguiente:

“Yo pienso que sí esta bien, porque tanto uno como si es primeriza o secundiza (sic) como vea uno, dice uno que ya aprendió pero no, entre más pasa uno quiere saber más y hay más dudas, siempre hay cosas nuevas que aprender...” (27 años, originaria de Etchojoa, Sonora. Hospital de Nogales).

“Sí, sí sirve, yo que soy primeriza, y pues en tu casa no te dicen todo lo que vas a hacer y pues hay cosas que no me imaginaba” (15 años, soltera, originaria de Obregón, Sonora. Hospital de Nogales).

Continuando con el municipio de Nogales, el 73% de las mujeres afirman haber transmitido la información adquirida en éstas pláticas, el 10% lo plática con sus parejas, aunque es con la madre con quien generalmente lo comenta, debido a la experiencia y conocimiento natural que tiene la madre respecto al hijo(a) (Lagarde, 1990: 248). Cuando se les pregunta si han puesto en práctica lo aprendido o transmitido en el club, nos contestaron:

“Sí, he puesto en practica algunas cosas como lo de los pezones”...  
(Dulce, 23 años, unión libre, originaria de Los Mochis Sinaloa, Hospital de Nogales)

Las beneficiarias perciben estas pláticas como una fuente de conocimientos y solución de sus dudas referentes al embarazo, recordemos que un gran número de asistentes a este centro de salud, están carentes de familias y figuras maternas, por tal motivo, la información proporcionada es considerada buena y oportuna. De igual forma, se reconoce que nunca un conocimiento o experiencia será suficiente por lo que nunca se deja de aprender.

“...tanto si están enfermo o no, y pues más porque somos primerizos, y pues incluso cuando parí la tuve sola él estaba acá trabajando, y pues si es un miedo, pero uno aprende a enseñarse a hacer mama” (27 años, casada, originaria de Etchojoa, Sonora. Hospital de Nogales ).

El autoaprendizaje es parte del proceso subjetivo de ser mujer y madre, construyéndose determinados roles al considerar que las mujeres conocen “instintivamente” las necesidades del hijo(a) como una condición natural otorgada por su capacidad reproductiva y que al presentarse la etapa de la maternidad, se desarrolla

conjunta e instintivamente el conocimiento del cuidado de los hijos(as), permitiendo llevar a cabo ciertas prácticas y reflejar determinadas actitudes de la mujer-mamá, a través de las cuales y en cumplimiento de estos “haceres” es que se llega a ser madre. Es decir, esta autoenseñanza, es una respuesta a los discursos e imágenes construidas, tomados como naturales y verdaderos (Foucault, 1979: 90) que señala que las mujeres, al hacerse madre deben cumplir con la crianza y el cuidado los “otros” (Lagarde, 1990:249), con el fin de efectuar las expectativas, modelos y estereotipos, que giran alrededor de las madres para poder ser merecedoras de lo que Palomar señala como “buenas” madres.,

#### **4.8.-.- Planificación familiar.**

Como ya se ha comentado el BNS establece en sus criterios de selección para el ingreso y reingreso un espaciamiento de mínimo de dos años entre cada hijo, por lo que entre los temas de capacitación se ha incluido la planificación familiar, siendo éste uno de los ejes de análisis de la investigación con el fin de conocer la práctica de los métodos anticonceptivos, así como la información proporcionada a las participantes y sus parejas por parte de la institución de salud. Las preguntas relacionadas con este punto, sólo fueron contestadas por las personas que ya dieron a luz, por lo que no se cuenta con la información del municipio de Nogales donde sólo participaron beneficiarias embarazadas

En el caso del centro de salud “LM”, del total de personas de la muestra que ya han tenido su bebe, es decir las que se encuentran en la etapa II y III, fueron 12 quienes afirmaron estar utilizando algún método anticonceptivo (43%), aunque han sido 8 las que siempre los han recibido gratuitamente. La elección del método estuvo a cargo en un 60% por ellas, el 29% fue elegido por el médico y 11% por su pareja. Un 35% afirmó haber recibido asesoría por parte del médico respecto a este tema, así como indicación de las ventajas y desventajas de utilizar determinado método. Un 15% de ellas recibió la sugerencia por parte del médico de invitar a su pareja a la consulta de planificación familiar.

En el caso de las participantes que viven con su pareja, el 25% utiliza algún método, de los cuales el 14% es el hombre quien lo utiliza. De las mujeres que no viven

con sus parejas, 5 afirmaron estar usando algún método anticonceptivo, es decir el 19%, pero ninguna afirmó que fueran sus parejas las que lo utilizaran.

Según información de la propia encargada del club, existe muy poca participación masculina, sobre todo respecto a este tema, por lo que al preguntarle de que forma se trata de incorporar a los padres en las pláticas de planificación familiar nos comento:

“No, es que es muy difícil saber trabajar con los hombres, por lo general están trabajando, el horario no se presta, pero la información que se da si, si hablamos del preservativo, de la vasectomía (...). Pero, pues ya es cuestión de género porque ellos son machos, son machistas y dicen -¿no, como me voy a operar?-. No le hace que dures una semana en cama, yo no me opero, opérate tú, o ya voy a dejar de ser hombre o ya la relación no va hacer la misma, o sea, ellos siempre piensan en ellos.”  
(Enfermera materno-infantil, Centro “LM”. Abril 2005).

A pesar de que existe un reconocimiento por parte del personal del salud, de que en el tema de planificación familiar – como en otros-, se enfrentan a costumbres y formas de pensar basados en una construcción genérica, en donde este tema es una responsabilidad exclusiva de las mujeres, no detectando ni en los lineamientos del programa, ni en las acciones del propio personal de salud, medidas de incorporación que contribuyan a modificar este posicionamiento de género. Tampoco se cuenta con estrategias concretas y explícitas para que la pareja asista o despertar el interés de que asista a las asesorías de elección del método, limitándose a hacer mención de ella en las pláticas de club de embarazadas o lactancia materna.

En Nogales, a pesar de que las participantes no contestaron la parte del cuestionario referente a este tema, en las pláticas de “Lactancia Materna” si se pudo observar la exposición del tema referente a la planificación familiar, y a pesar de la gran asistencia de padres y/o parejas no se profundizó en la responsabilidad y participación tanto de hombre como mujer en cuanto al uso de métodos anticonceptivos, mostrando una falta de iniciativa en la dinámica para que ellos también se sientan copartícipes del embarazo. Lo anterior es un claro reflejo de la influencia que se tiene en las instituciones y el personal de salud pública de las asignaciones, características y comportamientos de los hombres y mujeres en la sociedad y la asignación de determinados actos o funciones

en cada uno de ellos (Lobata y Thorne, 1999: 103) a partir de su capacidad reproductiva. Se continúa utilizando el modelo de dirigir la planificación familiar sólo a las mujeres, dificultando de esta forma la obtención de una mayor equidad en este aspecto.

La percepción del intervalo de espaciamiento de los embarazos, requerido para poder volver a participar en el programa, es una estrategia de planificación familiar aceptada entre las y los participantes.

“Si es que esta bien!. Que hasta que tengamos como cuatro años, vamos a volver a encargar. (Cecilia 19 años. Grupo II)

La mayoría de las entrevistadas estuvieron de acuerdo con este requisito, con excepción de tres personas que dijeron no conocer este compromiso. Según los resultados del cuestionario, la mayoría de las mujeres no sabe si podrá respetar el periodo establecido, máxime si tomamos en cuenta que menos de una tercera parte de las mujeres que cuentan con pareja estable utilizan algún método de prevención de embarazos. Desafortunadamente, el programa no cuenta con suficiente tiempo para poder analizar el impacto de esta estrategia, pero si para poder apreciar las casi nulas dinámicas para cambiar la perspectiva de la responsabilidad de la planificación familiar, repercutiendo en las escasas medidas que contribuyen a lograr un cambio de perspectiva en las políticas de salud, y la construcción de equidad, específicamente en la participación de decisiones colectivas de la pareja, como lo es la planificación familiar. Molly Pollack (2002), menciona que los sistemas de salud son equitativos, cuando los problemas de salud pública se resuelven de acuerdo a las necesidades de cada individuo, no sólo en razón de su sexo y el dirigir las políticas de planificación familiar a un determinado sexo debido a su capacidad reproductiva es una muestra de la falta de ello. A su vez, Elsa Gómez (2002), señala que la existencia de equidad en la salud, es posible cuando la igualdad entre los diferentes grupos sociales era posible, en este caso, el diseño e implementación de BNS, sólo se limita en brindar atención gratuita a la población más desprotegida y vulnerable, sin propiciar cambios en las condiciones de igualdad entre hombres y mujeres que permitan una mayor equidad y desarrollo social.

#### **4.9.- Cambios de significados, conducta y estereotipos de ser madre y padre.**

Para poder apreciar la influencia que ha generado el programa BNS en la vida de las beneficiarias, es necesario profundizar si se han experimentado cambios en su forma de pensar, de sentir, actuar, y en qué medida y de qué manera han influido estos en las transformaciones de su significado de ser madre y mujer. Por tal motivo, este apartado será dividido en tres tipos de cambios presentado en las mujeres al momento de ingresar al BNS: a) cambios significado y conductas de ser madre tras ingresar al BNS, b) cambios en la identidad de la mujer ocasionada por el embarazo c) cambios en la identidad como mujer tras su participación en el BNS. Para lograrlo se realizara una triangulación entre los datos obtenidos de las entrevistas grupales y el cuestionario.

#### **a) Cambios producidos en significados y conductas de ser madre tras su ingreso al BNS**

En primer lugar se expondrán extractos de las entrevistas grupales realizadas tanto en Hermosillo como en Nogales, en las cuales se analizará el discurso expresado en cada uno de ellas, complementándolo con las entrevistas realizadas al personal de salud. Para comprender los cambios presentados en el significado de la maternidad, es necesario conocer cuál es la concepción de madre que tiene las propias beneficiarias expuestas en el cuestionario y realizar una descripción de las transformaciones presentadas en las beneficiarias de ambos Centros de Salud.

Las pláticas impartidas en el club de embarazadas y/o de lactancia, son dirigidas exclusivamente a temas referentes a la maternidad y la salud, por lo que es pertinente conocer y analizar el modelo y estereotipos de madre y padre que considera el programa BNS y la forma en que éste, en la búsqueda de una equidad en la conformación de las relaciones de poder, crea condiciones de cambio en las relaciones de género, como una manera de repercutir en la desigualdad social. Al cuestionar al personal de salud de ambos municipios cual es el significado específico de madre que plantea el programa BNS:

“...es un vínculo amoroso, algo que ellas toman muy apecho, de hecho unas de las actividades que se les pide, es que escriban una

carta a su bebe, entonces, eso causa una ternura enorme y se emocionan...de hecho me toco leer una de esas cartas y hacían que se me estremeciera el corazón, unas cosas preciosas ponen ahí, algunas tristes a veces, de mucho gusto y pues el concepto de la maternidad es bueno, es grande” (Enfermera materno-infantil, Centro “LM”. Abril 2005).

A diferencia del propio significado con el que ella cuenta:

“Para mi es algo muy especial y yo pienso que, por ese concepto que tengo estoy aquí, y por ejemplo, cuando yo hablo con las embarazadas las veo como mis hijas de esa manera yo siento que me represento en la mamá de ellas, y también se acercan a mi con una confianza...y eso es bueno! Quiere decir que esta dando resultados, porque viene oye (...) esto y esto...entonces yo pienso que la concepción de la madre pues es algo especial que a veces ni se puede explicar” (Enfermera materno-infantil, Centro “LM”. Abril 2005).

Conjuntamente, se entrevistó a la personal encargada del programa en Nogales, acerca de la concepción de madre y padre que establece el programa, respondió que no conocer ninguna definición por parte del programa, sin embargo al preguntarle que significaban para ella estos conceptos, respondió:

“[Ser madre] encierra muchas cosas, es mucha responsabilidad, cuidarse para tener un hijo sano, debe de haber un cuidado, no nada mas es parirlo y ya, desde los primeros meses, que las vacunas, su desarrollo total que crezca el niño, no nada mas darle de comer y cambiarlo, es mucha responsabilidad (...) ser padre también es mucha, pero no la llevan, no, no la llevan, por eso debemos ser mas inteligentes y planificar más bien nuestra familia, porque podemos tener 4 o 5 hijos y pues tenemos que trabajar, atender a los niños, ese [padre] llega de trabajar y que nadie lo moleste” (Encargada de impartir platicas de lactancia materna en Hospital de Nogales, Abril 2005).

La orientación emitida por los discursos institucionales, como lo es el programa BNS, determinan las actitudes y aptitudes que deben de realizar las beneficiarias al ser madres, contribuyendo a la conformación y edificación de las identidades y roles sociales de las participantes del programa. Luis Ortiz-Hernández, expone que el proceso de socialización, es determinante para la conformación de las identidades y roles de género

(Ortiz-Hernández, 2004: 169), en este mismo sentido, Joan Acker, afirma que los procesos emocionales son también controlados y reproducidos por organizaciones y *estructuras* sociales, manteniendo de esta forma la división de genérica de la vida social (Acker, 2000); por lo que, a través del discurso emitido por expertos, las recomendaciones, la asignación de una serie de labores, las responsabilidades, y cargas emocionales, son tomados por las usuarias como verdaderos (Foucault, 1979) haciéndolas legítimas al autoconfirmarlas y aceptarlas, permitiendo redefinir el concepto de maternidad; reproduciendo, estereotipos socialmente impuestos a las mujeres que son producto de las desigualdades existente entre los géneros (Izquierdo, 1998 ) y reafirmando con ello, las inequidades imperante en los mismos.

Por otro lado, es importante conocer cual es el papel que ellas consideran que juegan dentro de la crianza de los hijos:

“Te cambia la vida. Ya no puedes hacer lo que hacías antes... tienes que ver por ellos, tienes que trabajar (Hermosillo, grupo II)

El papel más importante, la responsabilidad y todo (Hermosillo, grupo III)

“el papel más importante que es el de velar, cuidar y darles todo lo necesario no sólo en lo económico si no en la salud, no sólo del niño si no de una, porque si no, no pues no le puedes dar nada al niño” (27 años, casada, originaria de Etchojoa, Sonora. Hospital de Nogales.).

“uno como mamá se siente que es la principal, por que es la máquina de tu casa, de tu esposo, de todo” (23 años, unión libre, originaria de Los Mochis, Sinaloa. Hospital de Nogales)

“pues ver por él, cuidarlos y el del padre también” (19 años, casada, originaria de Nogales, Sonora. Hospital de Nogales)

Al reconocerse como una pieza básica de la constitución y construcción familiar, de lo que Cristina Palomar denomina “mandatos asociados con el ser madre” (Palomar, 2004: 16) se arroja en ellas la responsabilidad de cuidar, velar y proteger a su familia, resultado de las cualidades y actividades culturales asignadas colectivamente a la mujer a partir de su papel reproductivo, pues como bien lo señala Lamas (Lamas, 2003:

105), la maternidad es el principal origen de la opresión hacia la mujer. De esta forma, el “imaginario maternal”, se construye culturalmente a través de discursos, instituciones e imágenes, induciendo a la mujer a dejar de realizar ciertas actividades y “dar” lo necesario a hijo(as) y familia, contribuyendo a la redefinición de su propia identidad para embonar con los modelos aceptados de lo que es ser madre (Lagarde, 1990).

De igual manera, al cuestionar a las entrevistadas como es tratado el papel de la madre dentro del programa y sus actividades respondieron:

“Pues en las pláticas, si te dicen que tu obligación es cuidar a tus hijos como mamá, y pues de mi niña [su anterior embarazo] nunca me dieron pláticas... pero pues uno aprende” (27 años, casada, originaria de Etchojoa, Sonora. Hospital de Nogales).

“...las muchachas que trabajan aquí, me dicen que debo de estar bien, pues por el niño, y que debo de venir también a las pláticas...” (19 años, soltera, originaria de Nogales, Son. Hospital de Nogales).

En las anteriores declaraciones se aprecia un discurso basado en la adquisición de nuevos deberes y actividades. Como ya se había mencionado, la jerarquización del poder-saber ejercido por el personal de salud, y la emisión de su discurso, es visto a través de una relación de subordinación, respetando y acatando las recomendaciones hechas por los expertos y volviéndose un factor determinante para la constitución de la identidad y roles de género (Ortiz-Hernández, 2004: 169).

Las recomendaciones y hasta funciones obligatorias que deben de cumplir las mujeres, es muestra de las prácticas colectivas y reproducciones institucionales, de estereotipos y modelo de una buena madre (Palencia, 2001). Por lo que las indicaciones, pláticas, consejos y demás conocimiento expuestos por el personal de salud hacia las participantes del programa, son, parafraseando a lo señalado por Foucault, “los discursos de verdad” (Foucault, 1979:146), determinando e influyendo en la definición de lo que es hacerse madre, y éstas al reconocer la importancia de asistir al club y poner en práctica lo aprendido allí, confirman los discursos dados por los expertos. Es así como las participantes, autoafirman el conocimiento expuesto por los médicos y demás personal del programa, reproduciendo a la vez, las relaciones desiguales de poder.

Al preguntarles a las entrevistadas de ambos municipios, si sentían algún cambio des pues de haber asistido a las pláticas o talleres en lo que para ellas significaba ser madres, respondieron:

“...sí, porque muchas veces, no piensas que los detalles más insignificante son importantes y pues te enseñan los síntomas de alerta y pues les pongo más atención...” (Nogales, 18 años.).

“Pues, yo sí, yo digo que cambie, diferente, porque pues ahora ya no puedo andar correteando ni nada porque ya tengo un hijo” (Hermosillo, grupo I).

“Bueno, pero eso es que cambio tu forma de verla vida, bueno cambio tu concepto de ser mujer vaya” (Hermosillo, grupo I)

“No he cambiado, pues es igual que mi otro hijo” (Hermosillo, grupo II)

En suma, en ambos centros de salud las beneficiarias han experimentado cambios respecto a su significado de madre. Los más significativos en mujeres solteras, entre 20 y 24 años de edad. Haciéndolas sentir más preparadas, más responsables y seguras.

En primer lugar, se prepara y capacita a la mujer para atender la salud del embarazo y los cuidados requeridos por los hijos(as), previniendo de esta manera la mobimortalidad materna e infantil; el programa BNS continua basándose en modelos de madre socialmente construidos, por medio del personal de salud, se van marcando el papel de las mujeres como madres, sus deberes y la importancia que tiene el cumplirlo para la aprobación social, transmitiendo estereotipos tradicionales en la cual se delega en ella la responsabiliza de la vida de los hijos, no sólo en aspectos de salud, sino en toda su crianza. Cristina Palomar afirma que la construcción del la maternidad es producto de una serie de asignaciones que socialmente son impuestas al ejercicio de la maternidad (Palomar, 2004: 16), en este caso, a través de la conformación de una política pública, se emiten discursos, que permiten recrear como verdaderos determinadas formas de actuar de los individuos, basándose en modelos y estereotipos asignados según el sexo de cada persona, generando de ésta forma lo que Izquierdo denomina desigualdad entre los sexos (Izquierdo, 1998), al perpetuarse una función y actividad en la mujer a partir de su capacidad reproductiva.

Es interesante también apreciar de qué forma las mujeres se van autoenseñando, sin dejar de reconocer la necesidad de continuar aprendiendo a *hacerse* madres, reconociendo una necesidad de preparación y capacitación. Contribuyendo a la evolución y cambio en la etapa de mujer a madre, la cual según discurso legitimado y aceptado, genera responsabilidades y obligaciones al velar y entregarse a otros.

En Hermosillo, al describir el significado de madre, en más del 80% de los cuestionarios analizados, se mencionaba la palabra “muchacha responsabilidad”, “algo que significa mucho” y “algo muy bonito”. Apreciándose expresiones calificativas, asociadas con cambios en sus formas de vida (muchacha responsabilidad), y con el desarrollo afectivo (lo es todo, significa mucho); se asocia el concepto de madre con la adquisición de una serie de actividades y labores por el resto de sus vidas.

En este mismo Centro de Salud el 81% de las encuestadas respondieron afirmativamente a la pregunta referente a experimentación de un cambio en la concepción de madre después de haber ingresado y participado en las consultas y pláticas del programa; el 50% de ellas definen el significado ser madre como “muchacha responsabilidad”, el resto expresó “ser lo más bonito” o no tener palabras para describirlo. Los cambios que se presentaron fueron de la siguiente forma (Cuadro 6):

**Cuadro 6**

**Cambios producidos en concepción de madre en participantes del centro de salud “LM” después de haber participado en BNS**

| Tipo de cambio   | Número de beneficiarias | Observaciones   |
|------------------|-------------------------|---|
| Más segura       | 14                      | En su mayoría grupo de edad entre 20-24 años y en unión libre             |
| Más responsable  | 15                      | En su mayoría solteras entre grupos de edad de 14 a 19 y de 20 a 24 años. |
| Más preparada    | 13                      | En su mayoría solteras de 14 a 19 años de edad.                           |
| Más capacitada   | 4                       | Mujeres casadas y solteras, de 20-24 años de edad.                        |
| Más angustiada   | ---                     | ---   |
| Menos sola       | 1                       | Grupo de 15-19 años. Soltera  |
| Menos segura     | 0                       | ---   |
| Menos preparada  | 0                       | ---   |
| Menos capacitada | 0                       | ---   |
| Menos angustiada | 0                       | ---   |
| Más sola         | 0                       | ---   |

En el caso de Nogales, el 42% del total de la muestra no contestó esta pregunta, debido a que en este Centro de Salud existe una gran participación de adolescentes, lo que tal vez es una condición para tener dificultades para expresar una concepción precisa de los que para ellas significa ser madre. El 23% lo relaciona con “una gran responsabilidad” y el resto con frases como “lo más bello del mundo, un orgullo”.

El 63% de las beneficiarias que contestaron el cuestionario en este municipio, afirmaron haber presentado cambios en su concepción de ser madres después de haber participado en el programa. Un 35% de ellas no contestaron la pregunta del significado de ser madre, otro 35% de ellas mencionaron significar “un orgullo”, “una felicidad” o un “lo es todo”; el resto señaló que ser “una responsabilidad muy grande”. Por lo general, estos cambios son experimentados principalmente en el grupo de edad de 14 a 19 años, así como en casadas y solteras. Los cambios se presentan de la siguiente forma:

**Cuadro 7**  
**Cambios producidos en concepción de madre en participantes del Hospital de Nogales después de haber participado en BNS**

| Tipo de cambio   | Número de beneficiarias | Observaciones  |
|------------------|-------------------------|--|
| Más segura       | 6                       | Grupo mayoritario de edad entre 14-19 años. En su mayoría solteras |
| Más responsable  | 6                       | Grupo mayoritario de edad entre 14-19 años. En su mayoría solteras |
| Más preparada    | 1                       | Grupo de edad entre 15-19 años de edad. solteras.                  |
| Más capacitada   | 1                       | Grupo de edad entre 15-19 años, soltera                            |
| Menos angustiada | 0                       | ---  |
| Más sola         | 0                       | ---  |
| Menos segura     | 0                       |  |
| Menos preparada  | 1                       | Grupo de edad entre 14-19 años, Unión libre                        |
| Menos capacitada | 0                       |  |
| Menos angustiada | 0                       |  |
| Más sola         | 1                       | Grupo de edad entre 14-19 años. No especifico estado civil.        |

#### **b) Cambios producidos en su identidad debido al embarazo**

Con el fin de conocer las repercusiones subjetivas (como temores, seguridades, inseguridades, responsabilidades etc.), que genera un embarazo en la mujer, es

importante conocer en qué casos y de qué forma las participantes en la muestra, sienten diferentes como mujeres al presentarse un embarazo.

En Hermosillo el 85% de las participantes en el cuestionario afirmaron sentirse distintas; la gran mayoría de ellas, expresó el significado de ser madre como: “lo más maravilloso” (mayoritariamente), “mucho responsabilidad”, “una gran satisfacción”, “una gran alegría” y “una nueva etapa”. Presentándose los cambios de la siguiente forma:

**Cuadro 8**  
**Cambios experimentados en su identidad tras el embarazo en participantes del centro de salud “LM”**

| Tipo de cambio      | Número de beneficiarias | Observaciones  |
|---------------------|-------------------------|--|
| Más maduras         | 24                      | Mayoritariamente grupo de edad I y II de edad. Estado civil unión libre. |
| Más responsable     | 12                      | La mayoría del grupo de edad I y II de edad. Estado civil casadas        |
| Más independiente   | 6                       | La mayoría del grupo de edad II. Estado civil casadas.                   |
| Más segura          | 2                       | Grupo de edad I y II. Todas de unión libre                               |
| Con más confianza   | 2                       | Grupos de edad I y V, casada y unión libre.                              |
| Menos madura        | 0                       | ---  |
| Menos responsable   | 0                       | ---  |
| Menos independiente | 0                       | ---  |
| Menos segura        | 0                       | ---  |
| Menos confianza     | 0                       | ---  |

La mayoría expreso haber experimentado algún cambio, especialmente entre las adolescentes, haciéndolas sentir más adultas por tener más responsabilidades, y tener a otros a cargo de ellas (Lagarde, 1990). Las participantes al reconocerse como más maduras, aceptan que su transformación a otra etapa de su vida, la de ser madre, implica una serie de satisfacciones o relaciones afectivas que la hacen sentirse realizadas al cumplir con las expectativas esperadas por la sociedad al ser mujer: su maternidad (Palencia, 2001). Por otro lado el relacionar este tipo de cambio con la asociación del concepto de madre como “algo maravilloso o una gran satisfacción”, puede explicar la etapa del embarazo con el cumplimiento de reglas socialmente impuestas en la mujer con: ser madre.

En Nogales un 57% afirmó sentir una diferencia. Casi la mitad de las que experimentaron este tipo de cambio no contestaron la pregunta del significado de madre, las que si lo

hicieron expresaron con más frecuencia ser “es algo con lo cual uno tiene que madurar y ser responsable”, “lo mejor que te puede pasar”, “una responsabilidad muy grande” y “cuidar a tu hijo toda tu vida y protegerlo”. La mayoría son mujeres que viven en unión libre y perteneciente al grupo entre 14 y 19 años de edad. Los tipos de cambios presentados se resumen en la siguiente cuadro (Cuadro 9)

**Cuadro 9**  
**Cambios experimentados en su identidad tras el embarazo en**  
**participantes del Hospital de Nogales**

| Tipo de cambio      | Número de beneficiarias | Observaciones  |
|---------------------|-------------------------|--|
| Más maduras         | 6                       | Mayoritariamente grupo de edad I. Estado civil solteras.                   |
| Más responsable     | 4                       | La mayoría del grupo de edad II. Estado civil casadas                      |
| Más independiente   | 2                       | Pertenecientes al grupo de edad I y II. Estado civil casada y unión libre. |
| Más segura          | 0                       |  |
| Con más confianza   | 2                       | Grupos de edad I casada y unión libre.                                     |
| Menos madura        | 0                       | ---  |
| Menos responsable   | 0                       | ---  |
| Menos independiente | 0                       | ---  |
| Menos segura        | 0                       | ---  |
| Menos confianza     | 1                       | Grupo de edad I, unión libre   |

La poca participación de las beneficiarias en contestar el significado de madre, puede ser asociado con el hecho de que la mayoría de las participantes en el programa BNS de este municipio son adolescentes, generalmente son embarazos no planeados, dificultando así la posibilidad de expresión e imperando el silencio. Al mismo tiempo, se relaciona el embarazo como una forma de maduración, que obliga a las mujeres a realizar determinadas conductas y actividades acorde con la imagen maternal que la sociedad ha edificado (Palomar, 2004)

El embarazo es asociado con la transición de una etapa a otra en la vida de las mujeres, experimentando una maduración al convertirse en mujer-madre-adulta, repercutiendo en lo mencionado por Lagarde de que la mujer llega a ser al hacerse madre. Redefiniendo su identidad (Lagarde, 1990) al adquirir un serie de características y roles que la acreditan como mujer madura. La asociación de la palabra maternidad con la satisfacción, especialmente en mujeres de 20 a 25 años de edad, es un reflejo de la

repercusión que ha tenido el discurso de la división sexual del trabajo (Bourdieu, 2000) en la estructura social, en la cual la mujer se limita a cumplir con el labor impuesto por su capacidad reproductiva.

**c) Cambios en su identidad como mujer después de haber participado en el BNS**

La importancia de conocer la manera en que el programa BNS contribuye en la vida de las mujeres, no sólo capacitando o preparándola para desarrollar su papel como madres, sino en la manera en que repercute su implementación en la transformación de las relaciones establecidas como relaciones desiguales de poder, orilló adentrarnos a conocer si las participantes sentían diferencia como mujeres después de haber ingresado al programa. En la muestra del centro de salud “LM” en Hermosillo, el 70% de las participantes afirmó haber experimentado éste cambio, presentándose ésta forma:

**Cuadro 10**  
**Cambios producidos en la identidad de las participantes al centro de salud “LM” después de haber ingresado al BNS**

| Tipo de cambio                           | Número de beneficiarias | Observaciones  |
|--|-------------------------|--|
| Más capacitada para ser madre            | 17                      | Mayoritariamente grupo de edad I y II de edad. Estado civil casadas. |
| Menos miedos para enfrentar la vida      | 6                       | La mayoría del grupo de edad I. Estado civil unión libre.            |
| Más preparada para tus hijos             | 7                       | La mayoría del grupo de edad II y IV. Estado civil solteras.         |
| Más conciente de tus responsabilidades   | 8                       | Grupos de edad I. Estado civil solteras.                             |
| Más segura para poder decidir en tu vida | 0                       | ---  |
| Más independiente en tus decisiones.     | 0                       | ---  |

El 36%, en su mayoría las beneficiarias que contestaron afirmativamente a este cuestionamiento, asocia el ser madre con “una gran o mucha responsabilidad”, “una satisfacción muy grande” y “algo muy bonito”. Es decir, la política del BNS, se enfoca principalmente en preparar y capacitar en cuestiones de salud con el objetivo de disminuir los índices de embarazos de alto riesgo y desarrollo saludable de los niños(as); enfocando sus direcciones en las madres a través del binomio madre-hijo y reproduciendo, como afirmaba Bourdieu (2000), funciones atribuidas a los cuerpos

(masculino y femenino) a partir de su capacidad reproductiva, lo cual permite mantener una división sexual del trabajo. Proyectándose en las beneficiarias, que la maternidad genera nuevas responsabilidades y formas de conducta determinantes para ubicarse en otra etapa de la mujer: ser madre.

Bajo este mismo cuestionamiento en Nogales, el 65% de la muestra contestó afirmativamente. El 29% de estas mujeres no contestó que significaba para ellas ser madres, ninguna de las mujeres casadas contestaron a esta pregunta, sin embargo, todas las mujeres que viven en unión libre si lo hicieron, aunque generalmente se menciona la palabra “responsabilidad”, más bien todas se evocaron a describirlo y calificarlo como “lo más hermoso del mundo”. Los cambios, se presentaron de la siguiente forma:

**Cuadro 11**  
**Cambios producidos en la identidad de las participantes del Hospital de Nogales después de haber ingresado al BNS**

| Tipo de cambio                           | Número de beneficiarias | Observaciones   |
|--|-------------------------|---|
| Más capacitada para ser madre            | 7                       | Mayoritariamente del grupo de edad I. Estado civil casadas y solteras.                    |
| Menos miedos para enfrentar la vida      | 3                       | La mayoría del grupo de edad I. Estado civil unión libre. No hubo ninguna soltera         |
| Más preparada para tus hijos             | 4                       | La mayoría del grupo de edad I. Estado civil unión libre y casadas. Hubo sólo una soltera |
| Más conciente de tus responsabilidades   | 1                       | Grupos de edad I. Estado civil casada.  |
| Más segura para poder decidir en tu vida | 0                       | ----  |
| Más independiente en tus decisiones.     | 1                       | Grupo de edad I, estado civil casada.   |

Las acciones encaminadas en el programa repercuten mayoritariamente en las mujeres como tenedoras de las responsabilidades del embarazo, contribuyendo en la capacitación del trabajo en el cuidado de sus hijos. Capacitando a casadas, preparando y contribuyendo en eliminar los temores en las mujeres solteras y en unión libre.

En este punto es importante precisar de qué forma ven las beneficiarias al programa BNS, por lo que se les preguntó que significó para ellas poder participar en el mismo:

“No pues si, al principio cuando no sabia del programa, pensaba ¿Cómo lo voy a tener yo solo? Y pues ya cuando me dijeron de

programa, pues ya me quede como más tranquila” (Hermosillo, grupo I).

“...el programa me ayudó porque pude terminar la preparatoria, pues porque mi mamá es la del dinero y pues se calmaron un poco las cosas en mi casa, ya mi mamá no trabaja tiempo extra” (Nora, 18 años).

“...me siento bien, a gusto, tranquila, y pues más porque uno que esta sola y venir aquí me anima, me desenfada” (Karina, 19 años. Obregón, Sonora).

El programa si bien genera tranquilidad económica y seguridad social a las participantes y sus familias, se denota también en ella, el influjo que el programa a generado en ellas en la concepción de madre, particularmente entre las mujeres solteras, capacitándolas y preparándolas para las funciones propias de una madre y asociando el hacerse madres como un orgullo, una gran felicidad.

En las Hermosillenses, el 57% de la muestra ha experimentado los tres cambios anteriormente descritos, mientras que en Nogales fue el 42%. En éste mismo municipio el 38% de la muestra afirmaron sentirse diferentes como mujer después del embarazo y haber cambiado su concepción de madre a partir de su ingreso al programa, mientras que en Hermosillo se presento un sólo caso con estas características.

Las participantes que afirmaron haber faltado más de una vez al club de embarazadas experimentan cambios interesantes: en Hermosillo, en el 45% ha cambiado su concepción de madre desde el ingreso al programa, de los cuales el 27% se siente más segura y un 22% más preparada para el embarazo y el cuidado de los hijos. El 40% ha sentido cambios como mujer, principalmente más capacitadas para su futuros hijos (33%). Por su parte en Nogales, el 20% afirmó haber sufrido cambios en la concepción de madre y un 60% como mujer. Si realizamos un comparativo del análisis de estas beneficiarias, con las descripciones anteriormente expuestas, podemos observar como existe una mayor proporción en los cambios presentados en las mujeres que si asisten con mayor frecuencia al programa, lo cual denota una influencia trascendental de la política pública del BNS.

Las beneficiarias se sienten más seguras y responsables como madres, reconociéndose poseedoras de un papel clave y primordial para el bien de su familia. Las mujeres que han experimentado un cambio como mujeres por el embarazo, ven en la maternidad una transformación de una etapa de su vida a otra, haciéndolas madurar, pues asocian este proceso biológico con una satisfacción de cumplir con las funciones socialmente impuestas (Lagarde, 19990) a la mujer: la maternidad.

#### **4.10.- Dimensiones de análisis del programa *Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses***

Una vez realizado el anterior análisis, se procederá a efectuar sus resultados con las siguientes dimensiones bajo la concepción de la equidad de género: incorporación de pareja, capacitación para la equidad y políticas públicas de maternidad.

##### **4.10.1- Incorporación y participación de la pareja.**

Los programas de salud reproductiva, impulsados por la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo en El Cairo en 1994, plantean la inclusión de nuevos actores en la dirección de las políticas. La ampliación de acciones y programas que no sean dirigidas exclusivamente a las mujeres como únicas responsables y tenedoras del cuidado de los hijos, ha sido uno de los retos de estas nuevas perspectivas, por lo que la participación de los padres en el proceso reproductivo y en el cuidado y salud de sus familias, es una prioridad en los objetivos de las recientes políticas de salud tendientes a buscar una equidad social.

El fin del análisis de la participación de la pareja en el desarrollo del embarazo, va mucho más allá de si se acompaña o no a las embarazadas; el problema radica en la falta de mecanismos de incorporación y condiciones propicias para modificar esta situación; en donde la información que se da del embarazo y la capacitación del cuidado de la salud de los hijos sea recíproca, logrando un involucramiento de los hombres en aspectos de la salud, provocando un verdadero interés de estos.

En la revisión de las reglas de operación del programa BNS, se identifica la falta de inclusión del padre en la participación del mismo, pues no se establecen, ni fijan estrategias, ni obligaciones para su incorporación y participación en las diversas actividades como consultas, pláticas, talleres o en la misma planificación familiar entre las parejas, por tal motivo, si no existe siquiera una determinación en este aspecto por parte del propio programa, el personal que desarrolla el mismo, ostenta un desconocimiento y falta de capacitación que permitan lograr los objetivos del programa, limitando la visión y actividades para conseguirlo; quedando a menester del centro de salud, de las encargadas(os) de pláticas, talleres y de los mismos médicos, la inclusión, invitación y oportunidad de involucramiento de la pareja en la participación del programa.

La conceptualización que tenga el personal del BNS, encargado de emitir y transmitir los conocimientos y discursos tomados como verdaderos (Foucault, 1979), contribuyen a recrear o modificar las concepciones de los roles y relaciones entre los géneros, determinando así, la constitución de la identidad de cada una de las participantes. El reconocimiento y aceptación que tiene el personal de salud, de que los padres presentan poco interés y participación debido a la escasa disposición de los horarios de trabajo y a que el cuidado de los hijos tradicionalmente le corresponde encarar a la madre, es un indicio del poco conocimiento que se tiene respecto a la problemática de la inequidad de género en la salud, sin embargo, el personal no cuenta con una capacitación influya en el diseño e implementación de herramientas o estrategias que se utilicen en el programa, por el contrario, las prácticas de actividades diferenciadas en función del sexo de cada persona, asociada y legada a la mujer a partir de su capacidad reproductiva, reforzando e inculcando a través del programa BNS la edificación de identidades y roles de género (Ortiz-Hernández, 2004).

Se detecta una participación de padres cuyas parejas presentan embarazos de alto riesgo y no cuentan con el apoyo de alguna conocido o familiar que acompañe, sin embargo al no presentarse la variable de ausencia de familiares se hace notoria la poca presencia y participación del padre en las cuestiones relacionadas con el embarazo y una persistente y clara distinción de lo que es “cosas de mujeres y cosas de hombres” y de las

actividades específicas para cada uno, es decir, parafraseando a Lamas (2003), se continúa presentando una estratificación genérica de las actividades.

Aunque en las entrevistas realizadas al personal de salud, se indicó que si se hace referencia y mención de su participación, en las distintas pláticas observadas para, así como de las respuestas de las beneficiarias en las entrevistas grupales, se observa que no en todas se hace “mención” de la necesidad de la participación del padre en el proceso de desarrollo de los hijos, sus cuidados y la responsabilidad que al igual que ellas tienen, salvo en las pláticas de planificación familiar en donde se expone los tipos de métodos que pueden utilizar. Una muestra de las repercusiones que ha generado la mínima inclusión de la pareja en el BNS es la poca participación en el tema de la participación familiar, pues en el centro de salud analizado en Hermosillo, sólo a un 15% de la muestra se le recomendó invitar a su pareja por la elección del método. Por lo que se puede resumir, tal y como señalan Langer y Lozano (19998), se continúa perpetuando la responsabilidad en la mujer de cuidar, velar y proteger a los hijos, contemplando el problema como exclusivo de ellas por ser de índole reproductivo y por ende del ámbito privado.

#### **4.10.2.- “Club de embarazada” y pláticas de “Lactancia materna”: ¿capacitar para una equidad en la salud?**

La educación en el cuidado de la salud, no es un fenómeno reciente. El reconocimiento de la mujer como un agente en el desarrollo económico, la ubica no sólo como parte de los procesos productivos, sino como eje básico para el bienestar de su familia. A partir de los altos índices de mortalidad infantil, ocurridos los primeros días de vida, y ocasionados principalmente por enfermedades intestinales y por trastornos respiratorios, las instituciones de salud pública idearon programas para promover la salud entre las poblaciones marginadas del país, principalmente para fomentar la salud de los hijos. Estos programas, traducidos en talleres y pláticas, tienen como objetivo la capacitación de las mujeres en el cuidado de la salud de su familia.

El objetivo de incorporar el Club de embarazadas y/o Lactancia Materna dentro de las líneas de acción del programa BNS, es poder transmitir a través de una serie de

pláticas, los conocimientos necesarios para el cuidado del embarazo y de los niños(as), desde la gestación, hasta los primeros años de vida, evitando de esta forma muertes tanto maternas como infantiles. La obligatoriedad en la asistencia al club que señala el programa, deriva de la necesidad de asegurar que cada embarazada cuente con los conocimientos mínimos para un embarazo sano, practicando los cuidados que un recién nacido merece y garantice su calidad de vida.

En base a los resultados de nuestro análisis, se desprende que las pláticas desarrolladas en dentro del club de embarazadas son dirigidas a mujeres, en la cual, se hace referencia a los cuidados de la salud para un embarazo sano, así como las atenciones que merecen los hijos en esta misma materia; de igual manera, se hace énfasis en el papel primordial en éste ámbito, es decir, la mujer es vista como un medio o herramienta de la cual se parte y se dirigen las políticas tendientes a lograr una equidad, a partir de su papel como madre, sin contemplarse técnicas de empoderamiento en ellas como mujeres. De acuerdo con el discurso expresado por el personal encargado de conducir el club de embarazada, se contempla el papel de la mujer no sólo como reproductora sino como productora al reconocer la “capacitación y preparación” que necesitan las participantes, en el cuidado de los hijos como una *labor o trabajo materno*. María Jesús Izquierdo (1998), argumenta que esta separación de actividades laborales es producto de la desigualdad que se presenta entre los sexos, al establecerse a nivel institucional ciertas cualidades que deben de desarrollar tanto hombre como mujeres, repitiendo determinados modos de conducta provocado por la asignación y especialización de funciones, generando una desigualdad entre los géneros. Un trabajo especializado que necesita ser reforzado y orientado a través de la enseñanza e instrucciones para prevenir enfermedades y muertes en su familia, afirmando lo expresado por Nancy Chodorow (1984), que la maternidad es aún en nuestros días un elemento esencial de la división del trabajo. En este caso el programa BNS continúa viendo a la madre como una medio conductor para disminuir la morbimortalidad materna e infantil, basándose para ello en concepción de la maternidad a partir del proceso reproductivo de la mujer, imponiéndoles, como menciona Marcela Lagarde, a partir de su proceso “natural”, una serie de atributos, cualidades e instintos como: “crean y cuidan, generan y revitalizan” (Lagarde, 1990; 248)

La falta de una visualización de la maternidad a través de un enfoque que permita comprenderla como una “construcción cultural” (Lamas, 2003; Chodorow, 1984; Lagarde, 1990 y Palomar, 2004) en la cual es la misma estructuración, y socialización de la sociedad y sus instituciones las que determina y asigna sus funciones, generando una falta de lineamientos por parte del programa BNS que permitan la incorporación del padre en el proceso reproductivo, y orilla a encuadrar el trabajo materno en las mujeres y enfocando en ellas la instrucción y preparación para el cuidado de la salud de los hijos y su familia.

Por lo anterior, es oportuno retomar lo señalado por Mercedes Palencia al precisar la existencia de una constante especialización de la maternidad, debido a el discurso de los cuidados de los hijos, el cual, señala, es retomado desde los centros de estimulación temprana o en este caso el club de embarazadas, en donde, señala la autora, se puede utilizar para ejercer acciones de intervención entre las participantes (Palencia, 2001); basándose en ellas la construcción y mandato culturalmente impuesto en la mujer, como tenedora de atributos y estereotipos que la hacen valedora de desempeñar este trabajo, y poder figurar como dice Cristina Palomar (19994) como una buena o mala madre. En este punto, es entonces importante reconocer la influencia y el papel que desempeña el discurso institucional, para que se continúen interpretando las labores propias de una madre. Como observamos en las entrevistas anteriormente presentadas, se percibe una influencia por parte del programa, en las concepciones que tienen las mujeres de lo que es ser madre, sitiándose más capacitadas y preparadas, para las nuevas responsabilidades que le son atribuidas como cuidar a los hijos y responsabilizarse de su salud, criarlos, amamantarlos, educarlos etc. Asociándose el hacerse madre, con la transformación de vida al adquirir nuevas funciones y actividades que la vuelven una mujer madura y buena al entregarse a los otros.

La información y enseñanzas transmitidas en el club o platicas que incorpora el programa, así como las diversas recomendaciones hechas por en la institución de salud a lo largo del embarazo, son vistas como útiles y necesaria por parte de las embarazadas, tanto primerizas como las que no lo son, argumentando que “sirven” para preparase ante la nueva responsabilidad, término asociado con el significado de ser madre.

El adquirir en el programa BNS mayor conocimiento para cuidar a sus futuros hijos, contribuye a eliminar los temores generados por lo que las beneficiarias mencionan en sus entrevistas como nueva responsabilidad al tener un hijo(a); Joan Acker, señalaba que las acciones tanto sociales como emocionales de hombres y mujeres, son recreaciones de una forma de pensar y actuar de los procesos organizacionales (Acker, 2000). En este caso el programa se limita a recrear imágenes estereotipadas de las labores de una madre, en las cuales se basa en ellas la atención y salud de los e hijo(as) y familia, sin promover mayor ventajas ni estrategias que permitan a las mujeres desarrollarse en otros ámbitos que no sea su labor materna. Esta manifestación y reproducción de modelos y estereotipos basados en la diferenciación en razón de su sexo (Izquierdo, 1998), poco lograr en la disminución y combate de la inequidad existente en la salud, pues no brinda las oportunidades de que estas personas reveindiquen y transformen su condición genérica en sus familias y sociedad.

Debido a la existencia de elementos mínimos que permitan transformar las relaciones inequitativas de poder existente entre los géneros, como la poca inclusión del padre y/o pareja de las beneficiaras en el proceso, en las estrategias, responsabilidades y capacitación en el embarazo y salud de los hijos(as), enfocándose exclusivamente, como Palencia argumenta (2001), en atributos estereotipados universales de las mujeres asociados con una cualidad natural basada en su capacidad reproductiva, difícilmente podemos hablar de un programa que promueva una equidad en la salud de la población femenina. Si bien se logra percibir una estabilidad de presiones económicas que viven las participantes al presentarse el embarazo, se continua determinando los servicios y accesos de las instituciones de salud y las políticas o programas generados en ésta, según los atributos y rasgos biológicos de los hombres y mujeres, entrañada de un discurso culturalmente establecido a partir de las representaciones genéricas del papel de la maternidad (Freyermuth, 2000).

En resumen, el programa genera cambios en la mujer sólo para acentuar su papel en el cuidado de los hijos, pues contribuye a su capacitación y preparación para enfrentar esta etapa, logrando influir en un cambio en ellas después de su participación. Podemos decir entonces, que el BNS no aporta a la concepción de de salud establecida por la OMS,

al definir la salud como el completo bienestar físico, mental y social, privilegiando la igualdad y equidad de género como un principio básico y rector en las vidas de las personas. Y que difícilmente puede incidir en los retos previstos por los programas de salud, al garantizar un trato equitativo que contribuya a democratizar los servicios de salud.

#### **4.10.3.-Maternidad: una mirada desde la construcción de las políticas pública**

En el diseño de una política pública pueden influir varios factores: sociales, económicos, culturales y políticos, que orillan en determinado momento en aplicarse o no. Pero del proceso de la toma de decisión a su implementación, el diseño original de la misma puede verse permeada por la ideología, perspectiva o discurso propio de la institución u organización que la desarrolla.

Recordemos lo establecido por Incháustegui (1996), al mencionar que las políticas tiene la posibilidad de poder alterar o transformar las estructuras domésticas y su asignación en las responsabilidades de lo considerado femenino o masculino, por lo que podemos decir que la política pública analizada en este trabajo, podría contribuir a los cambios puede repercutir en actos y subjetividades de la sociedad y transformar de esta forma la asociación y responsabilidad de la maternidad en la mujer; sirviendo el BNS a su vez, una nueva forma de participación institucional (Barquet, 2002) en la translación de las relaciones inequitativas de las relaciones sociales.

En este caso, el programa BNS, busca la disminución de la mortalidad a través de la incursión de un discurso que realza los atributos, aptitudes y estereotipos impuestos socioculturalmente a las mujeres a partir de su capacidad reproductiva, por lo que al ser madre, se capacita y prepara a la mujer para poder desarrollar un trabajo reproductivo/productivo que contribuya a disminuir la mortalidad no sólo materna sino también la infantil. La mujer-madre continúa siendo la principal responsable de la salud de sus hijos(as), por lo que el programa BNS transmite y proyecta en las subjetividades de las beneficiarias, los modelos estereotipados e idealizados de la maternidad, reconociendo en ellas la cualidad de sanar, cuidar, atender y proteger a los otros, según señala Lagarde (1990). De esta forma, la visión estereotipada de la madre, como

responsable del cuidado de la salud de los hijos, no sólo es una práctica transmitida colectivamente en la sociedad, sino como menciona Palencia (2001), también es construida y generada en las bases institucionales, desarrollada en éste caso en una institución de servicios de salud, dónde se delimitan los aspectos relacionados con la maternidad a partir de referencias genéricas y las asignaciones que se le hacen a uno u otro sexo.

Por su parte, Michael Foucault (1979 y 1983), señala que la generación de relaciones de poder, promotoras de desigualdad social, es el resultado de la interacción entre los individuos en la conformación de su identidad, construyendo saberes o conocimiento que permite ejercer un control en los cuerpos. Éstas relaciones están compuestas por determinados discursos institucionales que logran penetrar y transmitirse en las beneficiarias, perpetuando o modificando las relaciones existentes en ella, por lo que a partir de los conocimientos que posee una institución como lo es la de salud pública, se determina y conforma lo que es propio de hacer como mujer al hacerse madre. Las beneficiarias al llevar a cabo o poner en práctica las recomendaciones y/o conocimiento adquirido en el mismo, reconocen y legitiman el discurso institucional, autoconfirmando de esta manera, el círculo vicioso de la conformación social del sistema de género. En este sentido, es oportuno recordar lo mencionado por Palomar (2004), de que los mandatos impuestos en el ejercicio de la maternidad, generado en éste caso por instituciones de salud a través de una política pública, como el cuidar, velar, amamantar y proteger, reproducen imágenes y representaciones de la maternidad construida socialmente.

En este sentido, el BNS a través de la dirección de sus acciones exclusivamente a mujeres, y observando a ésta como la única responsable del fortalecimiento de la salud de sus hijos, reproduce estereotipos establecidos a partir de la capacidad reproductiva de las mismas, permitiendo legitimar políticas dirigidas a contribuir una equidad en la sociedad a partir de la distinción de funciones de hombres y mujeres.

## Conclusiones

El estudio de las políticas públicas desde una perspectiva como el enfoque de género, permite desentrañar los factores que generan las desigualdades en las relaciones entre hombres y mujeres. A partir de las preguntas que dieron origen a la presente investigación e hipótesis planteada, se plantea el análisis del reconocimiento de la condición social de mujeres y hombres en el ámbito de la salud y las políticas gubernamentales que se han emitido hacia los mismos.

Conocer de que manera la aplicación de una política como lo es el programa *Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses*, contribuye a la disminución de la inequidad en la salud de la población Sonorense, permite profundizar en la constitución genérica que impera en cada uno de los individuos y la repercusión que una política puede generar en los mismos.

La creación del programa BNS, tiene como fin fomentar el desarrollo humano de las personas a partir de la protección financiera del estado de la salud de las embarazadas y sus hijos, disminuyendo los altos índices de morbimortalidad materna e infantil y reduciendo los rezagos y desigualdades sociales al garantizar un respaldo en materia de salud y equidad social.

El resultado de las luchas de diversos grupos sociales en los 70s, entre ellos el feminista, produjo que en 1994 y 1995, tras la realización de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo y la IV Conferencia Internacional de la Mujer, realizada en Pekín, se resaltarán algunos puntos referentes a la salud de la mujer y el derecho de gozar de una maternidad sin riesgos, fomentándose entre otras cosas, programas tendientes a buscar una participación equitativa en los procesos reproductivos tanto de hombres como mujeres. A su vez, se reconoció la desigualdad entre hombres y mujeres como un obstáculo para lograr una salud integral en los mismos; acordándose idear acciones tendientes a generar condiciones equitativas en la vida de los individuos, brindando herramientas que produzcan cambios en las relaciones de poder

Hay que recordar que las políticas que tendientes a lograr una equidad en la salud de hombres y mujeres, son aquella que no se limita en sólo brindar una calidad en la atención, sino también en hacer referencia en las desigualdades de las relaciones entre

hombres y mujeres, por lo que es trascendental que los diseño de las políticas públicas partan de la consideración de las relaciones desiguales entre hombres y mujeres, para contribuir de esta forma, en la transformación de prácticas y representaciones sociales.

La creación de un discurso institucional es esencial para la aceptación y reproducción de las actividades sociales, en este caso, el conocimiento y experiencia reconocido en el personal y en la institución de salud encargada de desarrollar el programa BNS, genera en las participantes, la posibilidad de afirmar y legitimar las actividades socialmente impuestas en las funciones de madre-padre. La relación de poder existente entre médico-beneficiario y el conocimiento que se le reconoce al primero, le brinda la posibilidad de emitir recomendaciones y orientación que son tomadas como verdaderas por las participantes, introyectándose en ellas, las actividades, funciones, comportamientos y sentimientos, es decir en la identidad que el propio programa el indique.

La concepción de la maternidad y las funciones que se desarrollan en el programa, como el cuidar, velar, educar, sacrificar, proteger y alimentar, es resultado de los procesos sociales que asignan determinadas actividades a hombres y mujeres a partir de la capacidad reproductiva, generando con ello, la conformación de su identidad. Pero como construcción social, esta puede ser transformable a través del mismo proceso social del que emana, por lo que las políticas públicas juegan un papel primordial en la transformación de prácticas y significados existentes en la sociedad.

De esta forma, el discurso institucional emitido por el programa BNS tiene la posibilidad, de producir cambios en las relaciones sociales, creando directrices y normas que en un momento dado influyen en la conformación de las identidades de los individuos y del sistema de género.

Retomando la concepción de equidad en la salud planteada en la hipótesis de trabajo, se estudió la repercusión del programa en este ámbito; analizando el discurso institucional que repercute en las transformaciones de las relaciones de género y estableciendo las siguientes dimensiones para el análisis: a) incorporación de la pareja, b) equidad en la salud, y c) la construcción de la maternidad desde las políticas públicas.

Las acciones implementadas por el programa BNS, se encuentran construidas enfatizando la diferenciación en las formas de participación de hombres y mujeres, en la

salud de los hijos, incurriendo desde su normatividad y planeación, en diversas omisiones que imposibilitan una transformación en los roles de género y en la equidad en la salud.

En primer lugar, la creación de una condicionante como lo es el intervalo intergenésico de dos años para participar en el programa, envuelve en si mismo una doble política: por un lado la protección y garantía de una mejor salud del embarazo y por el otro, una medida de control de la natalidad; infringiendo en garantías individuales reconocidas desde 1974 a los ciudadanos mexicanos y traspasando los acuerdos internacionales, en los que se ampliaba el concepto de salud reproductiva como la capacidad de los individuos de poder elegir el número y espaciamiento de sus hijos.

Por otro lado, la composición social y pluricultural presentada en Nogales produce características y significados de la maternidad, cuidado de los hijos y la salud, que deben ser reflejados y tomados en cuenta al momento de diseñarse e implementarse las diferentes acciones y programas de gobierno.

La falta de estrategias que promuevan cambios en las actividades culturalmente asignadas a las figura de padre o madre, es muestra de dos omisiones: en primer lugar, la inclusión de la perspectiva de género en el diseño del programa, que permita apreciar la asignación de responsabilidades socioculturalmente impuesta al hombre y a la mujer y las condiciones de desigualdad imperantes en ella; en segundo lugar, la ausencia de capacitación idónea al personal de salud acerca de los objetivos del programa y de las desigualdades existente entre los géneros, para que en las orientaciones o recomendaciones hechas por el personal encargado de programa no se reproduzcan modelos o estereotipos socialmente impuestos en la madre o padre.

Esta misma carencia de institucionalización de la perspectiva de género en la edificación e implementación del programa BNS, genera la reproducción de estereotipos socialmente impuestos a hombre y mujeres, partiendo de la diferenciación biológica para determinar las funciones en el ámbito de la salud propias de cada sexo. En este sentido, la falta de lineamientos y estrategias tendientes a impulsar la figura paterna dentro del cuidado de la salud en el embarazo e hijos, es un tema pendiente en la conformación del programa, pues si bien en el desarrollo del mismo sí se hace mención a la figura y participación del padre, en el análisis realizado en este punto, se nota una ausencia de acciones específicas que permitan mayor incorporación al padre en pláticas, consultas y

elección del método anticonceptivo. El establecimiento de horarios que no sean flexibles a horarios de trabajo tradicionalmente impuestos, la poca motivación de asistir con su pareja a consultas, talleres y pláticas, la falta de aplicación de las sanciones establecidas en el programa y las omisiones de las medidas recomendadas para una atención perinatal completa y exitosa, como de acudir cuando menos a una consulta acompañada de su pareja (en caso de tenerla), una adecuada orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones socioeconómicas de las embarazadas y una adecuada promoción y orientación de la planificación familiar, es una muestra de la reproducción de figuras estereotipadas del padre, el cual juega un papel mínimo en la salud de la familia.

Como se observa en el análisis de resultados del trabajo, el programa BNS tiende a la capacitación y preparación de las mujeres para poder desarrollar el cuidado y protección en la salud de los hijos y su familia, disminuyendo de ésta forma la mortalidad materna e infantil y resaltando la importancia de cuidado en ellas mismas, para beneficiar la salud de sus hijos. Tras la participación en el programa las beneficiarias encuentran mayor preparación, capacitación, responsabilidad y seguridad para poder cuidar a sus hijos, denotando una reproducción de asignaciones socialmente impuestas a las mujeres al hacerse madres y resaltando en ellas una etapa de maduración y responsabilidad que se genera con un embarazo, traduciéndose en actividades como: alimentar, cuidar, proteger, orientar, y educar a los hijos. El diseño de las políticas de salud reproductiva parte de una perspectiva tendiente a atacar diversos problemas a la vez, incluyendo en un mismo programa políticas de planificación familiar, salud materna-infantil y salud e la mujer. Por lo que, la salud obstétrica continúa siendo una referencia y asociación con salud de la mujer y salud reproductiva.

A continuación se enumeran una serie de recomendaciones que si bien son dirigidas al BNS, pueden ser utilizados para otros programas y políticas sociales destinados a la disminución de inequidad social:

- *Institucionalización del enfoque del género.* Inclusión de la perspectiva de género para la elaboración y aprobación de normatividades (Leyes, reglamentos y programas) de salud, de asistencia social y específicamente de fomento a la salud materna e infantil.

- *Paradigma en materia de salud.* Dejar de crear y aplicar programas tendientes a buscar una equidad en la salud a partir del eje rector de la madre, apartándose de la asociación de salud de la mujer con salud materno-infantil.
- *Responsabilidades compartidas.* Generar mayor estrategias (horarios, pláticas, recomendaciones, talleres y consultas) que permitan incorporar a los hombres en las responsabilidades y prácticas generadas por el embarazo y salud de los hijos.
- *Capacitación.* Capacitar al personal que desarrollará el programa. De objetivos y metas buscados por el programa y de sensibilización de problemáticas generadas por las diferencias de género.
- *Lineamiento operativo.* Mayor realce y atención a medidas de incorporación del programa, específicamente de los estudios socioeconómicos. Permitiendo menos fuga de recursos al brindar protección financiera a quien no lo necesita y enfocándose directamente en otros aspectos que generan desigualdad social.
- *Mayor descentralización.* Planeación de estrategias específicas y adecuadas para cada centro de salud y su población.

La inclusión de la perspectiva de género en el análisis de las políticas públicas, permitirá conocer el contexto en el que se desenvuelven las relaciones entre hombres y mujeres, teniendo como referencia, el papel impuesto socialmente para cada uno de ellos; de ésta forma, se amplía la visión de la constitución genérica de los sujetos sociales, para la determinación de problemas en las agendas públicas, y las decisiones tomadas en las misma.

El modo en que el programa BNS enfoca y promueve la salud materna e infantil, es un claro reflejo de las condiciones y la distinción de la participación de los géneros en el ámbito de la salud. El acentuar el papel preponderante en la mujer, es el resultado de las desigualdades persistentes en nuestra sociedad, producto de prácticas recreadas a partir del aparato gubernamental.

La concepción de la maternidad entendida como una construcción de las relaciones de género, y no vista sólo biológicamente, rodeada de atributos y estereotipos de lo que es natural en las mujeres, contribuirá a diseñar la edificación de políticas

públicas, que generen transformaciones en las relaciones sociales, y de las esferas que actualmente se continúan considerado del ámbito privado, como lo es la maternidad.

Se puede concluir, que el programa BNS, a través de sus acciones y estrategias, así como de sus omisiones, institucionaliza y reproduce la concepción de la maternidad, como un ejercicio exclusivo y natural de la mujer, a partir de su capacidad reproductiva. Pasando por alto la transformación de inequidades entre hombres y mujeres y reproduciendo lo destinado para Eva.

## BIBLIOGRAFIA

- Acker, Joan. (2000). "*Jerarquías, trabajos y cuerpos: una teoría sobre las organizaciones dotadas de género*" en Navarro, Marysa et al. *Cambios sociales, económicos y culturales*. FCE. Los estudios de Mujeres. México.
- Aguilar Villanueva, Luis F. (1992). *El estudio de las políticas públicas*. Estudio introductorio. Porrúa. México.
- Araujo, Gabriel y Fernández, Lidia. (1996). "*La entrevista grupal: herramienta de la metodología cualitativa de investigación*" en Szasz, Verónica y Lerner, Susana (Comp.). *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. COLMEX. México.
- Ávila, Yanina. (2004). *Desarmar el modelo mujer igual a madre* en *Debate Feminista* Vol. 30 Octubre México.
- Barquet, Mercedes. (2002). "*Sobre el género en las políticas públicas: actores y contexto*" en Urrutia, Elena. *Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México: aportes desde diversas disciplinas*. COLMEX. México.
- Bartra, Eli et al. (2000). *Feminismo en México, ayer y hoy*. Molinos de viento. México.
- Beauvoir, Simone de. (1993). *El segundo sexo. La experiencia vivida*. Siglo XX. Buenos Aires.
- Berinstáin Salinas, Laura (2001). "*La salud reproductiva como problema de derechos reproductivos*", en Figueroa, Guillermo y Stern, Claudio (Comp.). *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva. Políticas públicas, marcos normativos y actores sociales*. COLMEX. México
- Berger Peter L. y Luckman Thomas (2001). *La construcción social de la identidad*. Amarrortu editores. Argentina.
- Bourdieu, Pierre (2000). *La dominación masculina*. ANAGRAMA. Barcelona
- Brofman, Mario y Gómez Dantes Héctor (1998). "*La condición de la mujer y la salud infantil*" en Figueroa G. Juan Guillermo (Comp.). *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. COLMEX. México.
- Butler, Judith. (2001). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. PUEG- UNAM. Género y sociedad. Paidós. México.

- Castro V., Ma. del Carmen y Salazar, Gilda. (2000). *Salud reproductiva en Sonora: un estudio exploratorio*. Cuadernos. Serie cuarto creciente núm. 5. El Colegio de Sonora. Sonora.
- Cazés, Daniel (1998). *La perspectiva de Género. Guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos*. CONAPO. México.
- Chodorow, Nancy (1984). *El ejercicio de la maternidad. Psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*. Gedisa. España.
- Conway, Jill K. et al. (2003). "El concepto de género" en Lamas, Marta (Comp.) *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG-UNAM. México.
- Daniel, Wayne W. (1988). *Estadística con aplicaciones a las ciencias sociales y a la educación*. Mc Graw Hill. México.
- De la Cruz, Carmen (1998). *Guía Metodología para integrar la perspectiva de género en proyecto y programas de desarrollo*. Instituto Vasco de la Mujer. España
- Dunn, William N. (1999). *Public policy análisis. An Introduction*. Prentice Hall
- Ehrenreich Barbara y English Deirdre. (1990). *Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres*. Taurus Humanidades. Madrid.
- Elu, Ma. del Carmen (1993). *La luz enterrada: estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala*. FCE. México
- Freyermuth Enciso, María G. (2000). *Morir en Chenalhó. Género etnia y generación. Factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. Tesis Doctoral. UNAM. México.
- Foucault, Michel. (1979). *Microfísica del poder*. La piqueta. España
- (1983). *La arqueología del saber*. Siglo XXI Editores. México
- Gerbilsky S., Ethel Raquel. (1995). "La incidencia del género y el poder en la función educativa de la familia: clase media mexicana urbana" en Hierro, Graciela (Coor.). *Estudios de Género*. Torres Asociados. México.
- Gómez Gómez, Elsa (1994). *La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe. Viejos problemas y nuevos enfoques*. Serie Mujer y Desarrollo No. 17. CEPAL. Santiago.
- <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/7/5687/P5687.xml&xsl=/mujer/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xslt>

- (2002). “*Equidad, género y salud: retos para la acción*” en *Revista Panamericana de Salud Pública*. Año 81, Vol. 11 No. 5/6 pág. 454-461.
- Incháustegui R. Teresa (1999). “*La institucionalización del enfoque de género en las políticas públicas. Apuntes en torno a sus alcances y restricciones*” en *Revista La Ventana*. Núm. 10. Guadalajara.
- Izquierdo, Ma. Jesús (1998). *Aguantando el tipo. Desigualdad social y discriminación salariales*. Diputación de Barcelona. Barcelona
- Lagarde, Marcela (1997). *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Instituto de la Mujer. España.
- (1990). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. UNAM, México.
- Lamas, Marta (Comp.) (2003). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG-UNAM. México.
- (2002). *Cuerpo; diferencia sexual y género*. Taurus. México.
- y Saal, Frida. (1998). *La bella (in)diferencia*. Siglo XXI. México.
- Langer, Ana. (2003). “*Salud sexual y reproductiva: Dónde estamos a casi una década después de El Ciro*”, en Bronfman, Mario y Denman, Catalina. *Salud Reproductiva. Temas y Debates*. INPS. México.
- y Lozano, Rafael (1998). “*Condición de la mujer y salud*” en Figueroa P, Juan Guillermo. *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. COLMEX. México.
- Leslie, Joanne et al. (2001). “*La definición de salud reproductiva en el contexto de la vida de las mujeres*” en Stern, Claudio y Figueroa, Juan Guillermo (Coor.) en *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*. COLMEX. México
- Lobata, Helene y Thorne, Barrie (1999). “*Sobre roles sexuales*” en Lamas, Marta (Comp.). *El Género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG-Porrúa. México.
- Majone, Giandomenico (1992). “*Los usos del análisis de políticas*” en Aguilar, Luis (Comp.). *La hechura de las políticas*. Porrúa. México.

- Martínez S., Carolina y Leal F. Gustavo (2000). *De la planificación familiar a la salud reproductiva. Madurez y retos para la nueva formulación de un programa de la política pública de salud y seguridad social* en *Gestión y Política Pública*, Vol. IX, núm.2 Segundo semestre del 2000. CIDE. México.
- Ortiz-Hernández, Luis (2004). "La opresión de minorías sexuales desde la inequidad de género" en *Política y Cultura*. Núm. 22 UAM-X
- Pando, Manuel y Villaseñor, Martha. (1996). "Modalidades de entrevista grupal en la investigación social" en Szasz, Ivonne y Lerner, Susana. *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. COLMEX. México.
- Palomar, Cristina (2004). "Malas madres": la construcción social de la maternidad en *Debates Feminista* Vol. 30 Octubre 2004
- Palencia Villa, Mercedes (2001). "La maternidad y sus extensiones: el caso de las educadoras", en *Revista La Ventana*. Núm. 13. Pág. 188-210. Universidad de Guadalajara. México.
- Pollack, Molly. (2002). *Equidad de género en el sistema de salud chileno*, serie de Financiamiento del desarrollo N° 123. Santiago; CEPAL. <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/1/11461/P11461.xml&xsl=/ues/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xslt>
- Rico, Blanca *et al.* (2003). "Salud reproductiva y políticas públicas: avances y asignaturas pendientes", en Bronfman, Mario y Denman, Catalina (Coor.). *Salud reproductiva. Temas y debates*. Instituto Nacional de Salud Pública. México.
- Tarrés, Ma. Luisa (Coor.) (1998). *Género y cultura en América Latina*. COLMEX. México
- Torgerson, Douglas. (1992). "Entre el conocimiento y la política: tres caras del análisis de políticas" en Aguilar Villanueva, Luis F. (Comp.). *El estudio de las políticas públicas*. Estudio introductorio. Porrúa. México.
- Turner, Bryan (1989). *El cuerpo y la sociedad*. FCE. México.
- Szasz, Ivonne (2003). "Pensando la salud reproductiva de hombres y mujeres" en Bronfman, Mario y Denman, Catalina (Comp.). *Salud Reproductiva. Temas y Debates*. INPS. México.

- Scott, Joan W. (2003). "El Género: una categoría útil para el análisis histórico" en Lamas, Marta (Comp.). *El Género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG-Porrúa. México.
- Sen, Amartya. (2000). *Libertad y desarrollo*. Planeta. México
- SER-UNIFEM-PNUD (2004). *Compilación seleccionada del Marco Jurídico Nacional e Internacional de la Mujer México*.
- West, Candace y Zimmerman, Don H. (1999). "Haciendo género" en Navarro, Marysa. *et al. (Comp.) Sexualidad, género y roles sexuales*. FCE. Buenos Aires

### **Revisión Legislativa**

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Ley General de Salud. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984.  
<http://www.salud.gob.mx/>

Plan Nacional de Desarrollo (2001). Poder Ejecutivo Federal. Presidencia de la República

Plan Estatal de Desarrollo 1986-1992. Ing. Rodolfo Félix Valdez. Secretaría de Gobierno del Estado de Sonora.

Sexto informe de Gobierno del Gobernador Ing. Rodolfo Félix Valdez. Secretaría de Gobierno del Estado de Sonora.

Plan Estatal de Desarrollo 1992-1997. Lic. Manlio F. Beltrones Rivera. Secretaría de Gobierno del Estado de Sonora.

Primer informe de Gobierno del Gobernador Lic. Manlio F. Beltrones Rivera. Secretaría de Gobierno del Estado de Sonora.

Sexto informe de Gobierno del Gobernador Lic. Manlio F. Beltrones Rivera. Secretaría de Gobierno del Estado de Sonora.

Sexto informe de Gobierno del Gobernador. *Anuario Estadístico* I. Lic. Manlio F. Beltrones Rivera. Secretaría de Gobierno del Estado de Sonora.

Plan Estatal de Desarrollo 1997-2003. Lic. Armando López Nogales. Secretaría de Gobierno del Estado de Sonora.

Primer informe de Gobierno del Lic. Armando López Nogales. Secretaría de Gobierno del Estado de Sonora.

Sexto informe de Gobierno del Lic. Armando López Nogales. Secretaría de Gobierno del Estado de Sonora

Sexto informe de Gobierno. *Anuario Estadístico*. Lic. Armando López Nogales. Secretaría de Gobierno del Estado de Sonora

Plan Estatal de Desarrollo 2003-2009. Ing. Eduardo Bours Castelo. Secretaría de Gobierno del Estado de Sonora.

Primer informe del Trabajo. Ing. Eduardo Bours Castelo. Secretaría de Gobierno del Estado de Sonora.

# **ANEXOS**

**EL COLEGIO DE SONORA**  
**Maestría en Ciencias Sociales**  
**Especialidad Políticas Públicas**

**Cuestionario para mujeres participantes al BNS**  
**Análisis desde la perspectiva de Género**  
**del Programa “Bienvenida a todos los nuevos Sonorenses”**

El presente es un cuestionario que tiene como fin conocer algunos datos relacionados con la atención, promoción y lo que tu piensas del programa “Bienvenida a todos los Nuevos Sonorenses”. Por lo que solicitamos tu cooperación para realizar nuestro trabajo de tesis.

Folio \_\_\_\_\_

**I.- Datos socioeconómicos**

|  |  |
|--|--|
| Nombre:  | Edad:  |
| Estado civil:  | Número de Hijos:      Vive con su pareja:      |
| Etapa o meses de embarazo:                                       | Número de embarazo:                            |
| Escolaridad:   | Religión:      Cuentas con seguro popular:     |
| Ocupación:   | Ingresos propios:                              |
| Quien aporta el ingreso principal de su casa:                    | A cuanto haciende el ingreso total de su casa: |
| Tipo de vivienda: (Propia) (Renta) (Padres) (Suegros) Otro _____ |  |

**II.- Promoción y atención prenatal**

|  |   |
|--|---|
| 1.- Medio por el que se entero del programa  | Radio ( )    T.V. ( )<br>Familiar ( )    Otro _____ |
| 2.- ¿Se le practico estudio para conocer su situación económica?   | Si ( )      No ( )                                  |
| 3.- ¿Tuvo algún tipo de asesoría mientras lo realizaba?  | Si ( )      No ( )                                  |
| 4.- ¿Se le explicó acerca de los objetivos del programa?   | Si ( )      No ( )                                  |
| 5.- ¿Se le explicó acerca de los derechos del programa?  | Si ( )      No ( )                                  |
| 6.- ¿Se le explicó acerca de las obligaciones del programa?  | Si ( )      No ( )                                  |
| 7.- ¿Conoce usted las causas de suspensión del servicio?   | Si ( )      No ( )                                  |
| 8.- ¿Hubo alguna demora en la entrega de su carnet?  | Si ( )      No ( )                                  |
| 9.- ¿Cuánto tiempo?  |   |
| 10.- ¿Ha contado con asesoría del personal del programa a lo largo de todo el desarrollo del mismo?              | Siempre ( )    Algunas veces ( )<br>Nunca ( )       |
| 11.- ¿Cuándo ha solicitado información esta la ha sido proporcionada?  | Siempre ( )    Algunas veces ( )<br>Nunca ( )       |
| 12.- ¿Conoce usted los establecimientos de salud adscritos al programa (Hospitales, centros de salud, Unidades)? | Si ( )      No ( )                                  |

|   |             |                                |
|---|-------------|--------------------------------|
| 13.- ¿Ha acudido a alguno de ellos para alguna consulta?  | Si ( )      | No ( )                         |
| 14.- ¿Por qué motivo lo ha hecho?   |             |                                |
| 15.- ¿Sabe usted a donde acudir en caso de alguna queja respecto al programa?   | Si ( )      | No ( )                         |
| 16.- Se le aplicó exámenes preventivos  | Si ( )      | No ( )                         |
| 17.- Número de citas o consultas programadas a lo largo de todo el embarazo   |             |                                |
| 18.- ¿Ha faltado a alguna consulta?   | Si ( )      | No ( )                         |
| 19.- ¿Por qué motivo lo ha hecho?   |             |                                |
| 20.- ¿Asiste sola a sus consultas?  | Si ( )      | No ( )                         |
| 21.- Ha acudido su pareja a alguna consulta   | Si ( )      | Núm.de veces _____             |
|   | No ( )      |                                |
| 22.- ¿Si no es tu pareja, quién te acompaña?  |             |                                |
| 23.- ¿Que hace tu pareja usualmente a la hora en que tú asistes a consulta o talleres?                                |             |                                |
| 24.- ¿Se ha explicado de forma entendible en sus asesorías y consultas?   | Siempre ( ) | Algunas veces ( )<br>Nunca ( ) |
| 25.- ¿Fueron claras las indicaciones del médico?  | Siempre ( ) | Algunas veces ( )<br>Nunca ( ) |
| 26.- ¿Se le consulto antes de realizarle cualquier análisis?  | Siempre ( ) | Algunas veces ( )<br>Nunca ( ) |
| 27.- ¿Acostumbra a preguntar acerca de los riesgos o procedimientos a los que se somete?                              | Siempre ( ) | Algunas veces ( )<br>Nunca ( ) |
| 28.- ¿Se le ha informado previamente sobre los riesgos de someterse a algún tratamiento?                              | Siempre ( ) | Algunas veces ( )<br>Nunca ( ) |
| 29.- ¿Sabe usted si tiene derecho a una segunda opinión en algún pronostico medico?                                   | Si ( )      | No ( )                         |
| 30.- ¿Se sintió alguna vez agredida por parte del personal?   | Siempre ( ) | Algunas veces ( )<br>Nunca ( ) |
| 31.- ¿Ha sentido algún comportamiento o comentario negativo hacia usted en el desarrollo del programa por?            | Siempre ( ) | Algunas veces ( )<br>Nunca ( ) |
| Si su respuesta fue <i>Siempre o Algunas veces</i> , marque por los que cree usted que pasen (pueden ser mas de uno): |             |                                |
| ( ) Por estar embarazada      ( ) Por no estar casada   |             |                                |
| ( ) Por ser joven                      ( ) Por su religión  |             |                                |
| ( ) Por ser mujer                      ( ) Por estar en el programa   |             |                                |
| ( ) Por su situación económica      Otro _____  |             |                                |
| 32.- ¿Ha faltado a alguno de los talleres o club?   | Si ( )      | No ( )                         |
| 33.- ¿Por qué lo ha hecho?  |             |                                |

|   |                         |                                |
|---|-------------------------|--------------------------------|
| 34.- ¿Se le tomo en cuenta para la elección del horario de los talleres y el club?                              | Si ( )                  | No ( )                         |
| 35.- ¿Llevas una dieta especial?  | Si ( )                  | No ( )                         |
| 36.- ¿Cada que tiempo surtes tu despensa?   | (Diario)<br>(Quincenal) | (semana)<br>(mensual)          |
| 37.- ¿Recibiste la vacuna del tétano?   | Si ( )                  | No ( )                         |
| 38.- ¿Recibió todos los medicamentos expedidos en las recetas?  | Si ( )                  | No ( )<br>Algunas veces ( )    |
| 39.- ¿Te fueron proporcionadas vitaminas?   | Si ( )                  | No ( )                         |
| 40.- ¿Acudió a su cita dental?  | Si ( )                  | No ( )                         |
| 41.- ¿Transmite la información adquirida en talleres, club, pláticas y consultas medicas a su pareja o familia? | Siempre ( )             | Algunas veces ( )<br>Nunca ( ) |
| 42.- ¿Con quien lo platica?   |                         |                                |

**El siguiente apartado, son preguntas dirigidas a las beneficiarias que se encuentran en etapas de puerperio y los dos años siguientes. Si usted aún se encuentra en etapa prenatal, favor de pasar al número IV.**

### III.- Parto y puerperio

|  |   |
|--|---|
| 43.- ¿Cómo fue la atención que recibió durante el parto?   | Muy buena ( )<br>Buena ( )<br>Regular ( )<br>Mala ( )<br>Muy mala ( ) |
| 44.- ¿Se sintió en el momento del parto algún trato negativo hacia usted?<br><br>Si su respuesta fue <i>Sí</i> o <i>Algunas Veces</i> , porque cree que ocurrió:<br><br>( ) Por estar embarazada      ( ) Por no estar casada<br>( ) Por su edad                      ( ) Por su religión<br>( ) Por ser mujer                      ( ) Por estar en el programa<br>( ) Por su situación económica      Otro _____ | Si ( )      No ( )<br>Algunas veces ( )                               |
| 45.- ¿Su parto fue de la forma en que lo había programado el médico?<br><br>Si su respuesta fue <i>Sí</i> , paise a la pregunta 48<br>Si su respuesta fue <i>No</i> continúe<br>¿Porque motivo no ocurrió?   | Si ( )      No ( )  |

|  |             |                                |
|--|-------------|--------------------------------|
|  |             |                                |
| 46.- ¿La consultaron para cambiar la forma de parto, que ya antes habían programada?                                   | Si ( )      | No ( )                         |
| 47.- ¿El Médico le explico su situación?   | Si ( )      | No ( )<br>Algunas veces ( )    |
| 48.- ¿El recién nacido(a) recibió las dosis de vacunación correspondiente?   | Si ( )      | No ( )                         |
| 49.- ¿En la primera semana del parto recibió alguna consulta médica?   | Si ( )      | No ( )                         |
| 50.- ¿Recibió una segunda consulta después del mes del parto?  | Si ( )      | No ( )                         |
| 51.- ¿Continúo asistiendo al club de embarazadas?<br>¿Por que motivo no lo hizo?                                       | Si ( )      | No ( )                         |
| 52.- ¿Asistió a pláticas sobre lactancia materna?  | Si ( )      | No ( )                         |
| 53.- ¿Ha asistido al taller de estimulación temprana?<br>Si su respuesta fue <i>No</i> ¿Por que motivo no lo ha hecho? | Si ( )      | No ( )                         |
| 54.- ¿Ha puesto en práctica lo ensañado en el club o taller?   | Si ( )      | No ( )<br>Algunas veces ( )    |
| 55.- ¿Ha recibido apoyo alimentario para su hijo(a)?   | Si ( )      | No ( )                         |
| 56.- ¿Se ha evaluado el estado nutricional del niño(a)?  | Si ( )      | No ( )                         |
| 57.- ¿Actualmente utiliza algún método anticonceptivo?   | Si ( )      | No ( )                         |
| 58.- ¿Quién lo eligió?<br>Usted ( )      Médico ( )      Pareja ( )  | Otro _____  |                                |
| 59.- ¿El médico le explico de las ventajas y desventajas de usarlo?  | Si ( )      | No ( )                         |
| 60.- ¿Le dieron sin ningún costo los anticonceptivos?  | Siempre ( ) | Algunas veces ( )<br>Nunca ( ) |
| 61.- ¿Le recomendaron en el programa que invitara a su pareja para la cita de elección del método?                     | Si ( )      | No ( )                         |
| 62.- ¿Su pareja utiliza algún método anticonceptivo?   | Si ( )      | No ( )                         |
| 63.- ¿Le consulto para utilizarlo?   | Si ( )      | No ( )                         |
|  |             |                                |

#### IV.- Análisis cualitativo

64.- ¿Qué significa para ti ser madre?

**Gracias por su tiempo.**

65.- ¿Cambio tu concepto de **madre** después de las platicas y talleres del programa? Si ( ) No ( )

Si tu respuesta es *Si*, ¿en que forma? (**Marcar sólo una**), te sientes:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Más segura      | <input type="checkbox"/> Menos insegura    |
| <input type="checkbox"/> Más responsable | <input type="checkbox"/> Menos responsable |
| <input type="checkbox"/> Más preparada   | <input type="checkbox"/> Menos preparada   |
| <input type="checkbox"/> Más capacitada  | <input type="checkbox"/> Menos capacitada  |
| <input type="checkbox"/> Más angustiada  | <input type="checkbox"/> Menos angustiada  |
| <input type="checkbox"/> Más sola        | <input type="checkbox"/> Menos sola        |

66.- ¿Te sientes diferente como **mujer** después del **embarazo**? Si ( ) No ( )

Si tu respuesta es *Si*, ¿en que ha cambiado. Te sientes (**Marcar sólo una**):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Más madura        | <input type="checkbox"/> Menos madura        |
| <input type="checkbox"/> Más Responsable   | <input type="checkbox"/> Menos responsable   |
| <input type="checkbox"/> Más Independiente | <input type="checkbox"/> Menos independiente |
| <input type="checkbox"/> Más Segura        | <input type="checkbox"/> Menos segura        |
| <input type="checkbox"/> Con más confianza | <input type="checkbox"/> Menos confianza     |
- Otro \_\_\_\_\_

67.- ¿Te sientes diferente como **mujer** después de haber **participado en el programa**?

Si ( ) No ( )

Si tu respuesta fue *Si*, ¿en que forma has cambiado?

(**Marcar sólo una**)

- Más capacitada para ser madre.
- Con menos miedos para enfrentar la vida
- Más preparada para tus futuros hijos
- Más conciente de tus responsabilidades.
- Más segura de poder decidir en tu vida
- Más independiente en tus decisión y vida.

68.- ¿En cuanto tiempo planea tener otro embarazo?

69.- ¿Volverá a participar en el programa?

Si ( ) No ( )

70.- ¿De una escala del 0 al 10, como calificaría a el programa?

**Observaciones o comentarios finales:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Cuestionario 2.

### Entrevistas Grupales

- 1.- ¿Qué opinan del club de embarazadas?
- 2.- ¿De que conforma les ayuda en el embarazo?
- 3.- ¿Consideran que contribuye en algo en sus vidas? ¿Por qué?
- 4.- ¿Cómo decidieron ser madres?
- 5.- ¿Para ustedes que significa ser madre?
- 6.- ¿Cuál consideran que es su papel dentro de la crianza de los hijos?
- 7.- ¿A quien tomas de ejemplo para la crianza de tus hijos?
- 8.- ¿Han sentido algún cambio en la concepción de madre después de entrar al programa?
- 9.- ¿El programa dirige temas o platicas a ustedes como mujeres o exclusivamente como madres?
- 10.- ¿De que forma participar en el programa (con el club, pláticas etc.) ha cambiado en algo en sus vidas como mujeres no tanto como madres?
- 11.- ¿Se sienten diferentes como mujeres después del embarazo?
- 12.- ¿Como consideran la participación hacia el padre por parte del programa?
- 13.- ¿Consideran que es necesario que el programa brinde mayor participación a los padres?
- 14.- ¿Acudieron con su pareja a alguna consulta o platica?
- 15.- ¿Cómo se sienten al estar con su pareja?
- 16.- ¿Qué opinión del intervalo de dos años sin ningún embarazo que señala el programa?
- 17.- ¿Platicaron de esta obligación con su pareja?
- 18.- ¿Qué opinó?
- 19.- ¿De alguna manera el estar dentro del programa significo menos presión para ustedes en su vida diaria?
- 20.- ¿Consideran que significo menos presión para sus familiares?

Muchas gracias

### **Cuestionario 3**

#### **Trabajadora social del centro de salud que aplique BNS**

- 1.- ¿Cómo surge el programa?
- 2.- ¿Quién diseña los lineamientos del mismo?
- 3.- ¿Bajo que posturas se diseña?
- 4.- ¿El personal medico cuenta con alguna capacitación especial?
- 5.- ¿Las trabajadoras sociales cuentan con alguna capacitación a parte de los lineamientos que marca el programa?
- 6.- ¿Cuál es la manera de comunicación entre los diferentes responsables de las jurisdicciones del programa?
- 6.- ¿Puede ingresar una mujer que no es Sonorense?
- 7.- ¿Cómo se comprueba la radicación de la beneficiaria y cuanto tiempo tiene que haber radicado en Sonora?
- 8.- ¿De que manera se controla el intervalo Inter-genésico?
- 9.- ¿Existe algún medio de sanción hacia la participante de no cumplir este período?
- 10.- ¿Cuál es el margen de faltas a las citas que puede tener la participante?
- 11.- ¿A que cree que se deba?
- 12.- ¿Para la creación de talleres o del club de que forma se tomo sociocultural y económica de la embarazada?
- 13.- ¿Hubo aspectos que no se pudieron incluir en el programa?
- 14.- ¿De que manera se trata de involucrar a la pareja en el programa?
- 15.- ¿Cuál es la concepción de madre que trata de transmitir el programa?
- 16.- ¿Cuál es la concepción de padre que trata de transmitir el programa?
- 17.- ¿En que consiste el programa de planificación familiar?
- 18.- ¿De que forma se involucra a las parejas a el?
- 19.- ¿Cuáles considera que son las desventajas que planea el programa?

Gracias.

**Cuestionario 4**  
**(Entrevista semiestructurada)**

**Coordinadora del programa en centros de salud**

- 1.- ¿De que manera se promueve el programa?
- 2.- ¿De que manera se capacita la estimulación temprana de los niños y niñas?
- 3.- ¿Cuál es el fin de realizar un club de embarazadas?
- 4.- ¿Cuál es la dinámica del club de embarazadas?
- 5.- ¿Es obligatorio para los dos asistir?
- 6.- ¿Tiene ausentismo este club?
- 7.- ¿Por qué cree que ocurra este fenómeno?
- 8.- ¿Como se deciden los días de actividad del club de embarazadas o talleres?
- 9.- ¿Estas capacitaciones son dirigidas a padres?
- 10.- ¿Cuál es la concepción de madre y padre que se desea impartir en este taller?
- 11.- ¿De que manera se trata de involucrar a la pareja a participar en el programa?
- 12.- ¿El programa de planificación familiar también va dirigido a las parejas de las participantes?
- 13.- ¿La beneficiaria puede escoger el tipo de anticonceptivo a usar?
- 14.- ¿De que forma se aseguran que la mujer le transmite la información de capacitación y salud a su pareja?
- 15.- ¿Cree usted que de alguna manera el programa sirva para combatir la desigualdad social en la población Hermosillense?
- 16.- ¿Cuáles considera que son las ventajas que presenta el programa a la población?
- 17.- ¿Cuáles considera que son las desventajas que presenta el programa?
- 18.- ¿Recibe usted algún tipo de capacitación especial para el desarrollo del programa?
- 19.- ¿Qué tipo de capacitación se promueve para el personal encargado del programa?
- 20.- ¿Reciben ellas un tipo de capacitación especial aparte de los lineamientos marcados por el programa?
- 21.- ¿De que manera se comunica con las distintas jurisdicciones del programa?
- 21.- ¿Cuál es la concepción de madre que trata de transmitir el programa?
- 22.- ¿Cuál es la concepción de padre que trata de transmitir el programa?
- 23.- ¿Cuál es la concepción de madre que usted como persona tiene?
- 24.- ¿Cuál es la concepción de padre que usted personalmente tiene?

**Entrevista Semiestructurada**  
**Encargada de impartir el Club de**  
**Embarazadas y Lactancia materna.**

Aplicado a:  
Enfermera encargada de impartirlo.

- 1.- ¿Con que objetivo es creado el club de embarazada?
- 2.- ¿Cuál es la dinámica del club?
- 3.- ¿Cómo se promueve el club?
- 4.- ¿Qué se pretende con su implementación?
- 5.- ¿Hacia quien va dirigido?
- 6.- ¿Conoce el funcionamiento del programa “Bienvenida a todos los nuevos Sonorenses<sup>1</sup>”?
- 7.- ¿Quiénes pueden participar?
- 8.- ¿Cómo se involucra a la madre en el club?
- 9.- ¿De que manera se incorpora al padre en la dinámica?
- 10.- ¿Cuál es la concepción de madre que trata de impartir el club?
- 11.- ¿Cuál es la concepción de padre que trata de impartir el club?
- 12.- ¿Cómo se establece el horario y días del club?
13. ¿Quién los decide?
- 14.- ¿De que forma se contempla el entorno familiar de la participante para su incorporación en el club?
- 15.- ¿De que manera se aseguran que la mujer transmite la información con su pareja?
- 16.- ¿Recibe algún tipo de capacitación especial para la impartición e las platicas del club?
- 17.- ¿Ha recibido alguna capacitación especial por la incorporación al programa?
- 18.- ¿Cómo considera la incorporación del club en el BNS?
- 19.- ¿De que forma cree que contribuye el club con los objetivos del BNS?
- 20.- ¿Las participantes del BNS reciben una atención directa o grupal?
- 21.- ¿Tiene mecanismos especiales para una mayor incorporación de las beneficiarias del BNS al club?
- 22.- ¿Solicita información previa de las participantes del programa?
- 23.- ¿Se analiza su expediente clínico o socioeconómico?
- 24.- ¿Se cuenta con un control independiente de las participantes del programa?

---

<sup>1</sup> En adelante, para la conducción de la entrevista se le denominara BNS.

- 25.- ¿Cuál es la principal causa de ausentismo al club?
- 26.- ¿Existe excepciones para madres con hijos?
- 27.- ¿Cómo se trabaja con ellas?
- 28.- ¿Cómo es la dinámica del club con beneficiaras que cuentan con horario de empleo a la par del club?
- 27.- ¿Cuál es la concepción personal de la maternidad que usted tiene?
- 28.- ¿Cuál es la concepción personal de la paternidad que usted tiene?