

Catalina A. Denman

MUJERES, MAQUILA Y EMBARAZO

Prácticas de atención de
madres-trabajadoras
en Nogales, Sonora, México



EL COLEGIO
DE SONORA



Catalina A. Denman

Antropóloga de la Universidad de las Américas, con doctorado en Ciencias Sociales por El Colegio de Michoacán, y Maestra en Ciencias Sociales: Estudios Regionales de El Colegio de Sonora. Fue Rectora de El Colegio de Sonora de 2003 a 2008, es profesora investigadora del Centro de Estudios en Salud y Sociedad de El Colegio de Sonora, así como Investigadora Nacional nivel III del Sistema Nacional de Investigadores (SNI). Es Editora para México del *Medical Anthropology Quarterly* y participa en el Consejo Editorial de *región y sociedad*. Ha publicado más de 40 capítulos de libros, artículos científicos y libros. Es asociada fundadora de la Red Fronteriza de Salud y Ambiente, A.C. y de la Asociación Sonorense para la Salud Reproductiva, A.C. y Co-directora del Consorcio Transfronterizo para Investigación y Acción en Género y Salud en la Frontera México Estados Unidos. Más allá del tema más cercano a su corazón que son las formas en que las mujeres trabajadoras cuidan su salud, sus áreas de interés son: el análisis socio-cultural de la salud en los campos de la salud reproductiva, salud fronteriza, participación social en salud, metodología de investigación y epidemiología sociocultural. Quiere mucho a sus dos perros, dos gatos, cuatro hijos, dos nietos y a su marido vago.

MUJERES,
MAQUILA
Y EMBARAZO

Prácticas de atención
de madres-trabajadoras
en Nogales, Sonora, México

Catalina A. Denman

**MUJERES,
MAQUILA
Y EMBARAZO**

Prácticas de atención
de madres-trabajadoras
en Nogales, Sonora, México



305.420972179

D397p

Denman, Catalina A.

Mujeres, maquila y embarazo. Prácticas de atención de madres-trabajadoras de una maquila en Nogales, Sonora, México / Catalina A. Denman .--
Hermosillo, Sonora, México : El Colegio de Sonora, 2008

458 p. : il., fotos y mapas ; 22 cm.--

Tesis (doctorado)—El Colegio de Michoacán, 2001

Incluye referencias bibliográficas, glosario y anexos

ISBN: 968-6755-61-6

1. Embarazo - Aspectos sociales - México - Nogales (Sonora)
2. Maquiladoras - Aspectos sociales - México - Nogales (Sonora)
3. Salud reproductiva - México - Nogales (Sonora) 4. Madres trabajadoras - Aspectos sociales - México - Nogales (Sonora) 5. Mujeres trabajadoras - Salud e higiene - México - Nogales (Sonora)

Rectora de El Colegio de Sonora
Doctora Gabriela Grijalva Monteverde

Director de Publicaciones No Periódicas
Doctor Jesús Armando Haro Encinas

Jefa del Departamento de Difusión Cultural
Licenciada Inés Martínez de Castro N.

Primera reimpresión, 2008

D.R. © 2008 El Colegio de Sonora
Obregón 54, Centro
Hermosillo, Sonora, México
C. P. 83000

ISBN: **968-6755-61-6**

Este texto tiene como referente la tesis doctoral "Prácticas de atención al embarazo de madres-trabajadoras de una maquiladora en Nogales, Sonora, México", 2001, El Colegio de Michoacán, que fue dirigida por la doctora Gail Mummert Fulmer.

Impreso y hecho en México / *Printed and made in Mexico*

A mis queridos padres,
transmisores generosos
de las enseñanzas
básicas de mi vida

A Gerardo: él sabe por qué

A mis hijos con amor:
Ella Marina, Daniel,
Marco Gerardo y
Lara Alejandrina

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	15
OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	21
<i>Justificación del problema de estudio.....</i>	26
<i>Los debates mayores: trabajo femenino y salud.....</i>	30
<i>Trabajo femenino y cambio social.....</i>	32
<i>Empleo femenino e industria maquiladora de exportación.....</i>	35
SALUD DE TRABAJADORAS DE LA MAQUILA.....	47
<i>Breve historia de la investigación sobre maquila y salud... 48</i>	48
Los estudios pioneros.....	48
La denuncia documentada.....	49
La maquila llegó para quedarse.....	50
La investigación sobre problemas específicos.....	52
Síntesis de resultados y nuevos retos.....	54
<i>Salud reproductiva de trabajadoras.....</i>	58
Nociones retomadas desde la antropología médica.....	65
ORGANIZACIÓN DEL TEXTO.....	70
I. DESARROLLO CONCEPTUAL PARA EL ESTUDIO DE LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN AL EMBARAZO DE LA MADRE-TRABAJADORA.....	73
TOMA DE POSICIÓN TEÓRICA Y POLÍTICA.....	73

LOS CONCEPTOS.....	79
<i>Prácticas de atención al embarazo.....</i>	79
<i>Relaciones e identidades de género.....</i>	86
<i>Negociaciones de prácticas de atención.....</i>	92
<i>Salud positiva.....</i>	94
<i>Modelos médicos.....</i>	97
<i>Agencia.....</i>	100
<i>Una reconceptualización de la salud reproductiva.....</i>	101
<i>La salud reproductiva en la antropología médica.....</i>	104
<i>Las condiciones de vida.....</i>	107
II. METODOLOGÍA Y TRABAJO DE CAMPO.....	109
METODOLOGÍA E INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO EMPÍRICO.....	112
<i>Diseño de la investigación.....</i>	115
La selección de la planta maquiladora.....	120
<i>El trabajo de campo y la construcción</i> <i>de una relación con las mujeres.....</i>	121
<i>Articulación de fuentes: etnografía, encuesta, fotos.....</i>	128
<i>Encuesta en la Planta X.....</i>	130
Sobre el diseño de la encuesta.....	131
Gestión y trámites para aplicar la encuesta.....	132
La muestra y la distribución de los cuestionarios.....	133
La recolección.....	134
<i>Los dilemas de la confidencialidad.....</i>	138
<i>Las características de las relaciones personales, sus</i> <i>efectos y las fuentes de información del trabajo de campo...</i>	139
<i>Llegando a Nogales.....</i>	142
<i>Las colonias en donde viven las trabajadoras.....</i>	146
<i>Características de la Planta X.....</i>	151
Visita guiada a la Planta X.....	155
La entrada a la fábrica.....	155

ÍNDICE

III. SER MADRE-TRABAJADORA DE LA MAQUILA.....	165
LAS CONDICIONES DE VIDA DE TRABAJADORES	
DE LA MAQUILA EN NOGALES Y EN LA FRONTERA NORTE.....	165
<i>Condiciones materiales de vida</i>	170
a) Condiciones ambientales.....	170
b) Nivel comunitario.....	175
c) Condiciones familiares.....	180
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA	
Y CONDICIONES DE TRABAJO.....	191
<i>Daños a la salud del trabajo en la maquila</i>	199
<i>Los programas preventivos y de atención</i>	206
<i>Presentación de las mujeres entrevistadas</i>	209
IV. LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN AL EMBARAZO.....	217
BREVES HISTORIAS DE LA SALUD REPRODUCTIVA	
DE LAS TRABAJADORAS ENTREVISTADAS.....	220
LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN AL EMBARAZO..... 224	
PRELUDIO AL EMBARAZO..... 226	
<i>Menstruación</i>	226
<i>Las parejas</i>	230
<i>Las prácticas anticonceptivas</i>	232
LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN AL EMBARAZO POR ETAPAS..... 235	
<i>El reconocimiento del embarazo</i>	236
<i>La etapa del embarazo ya reconocido</i>	247
CLASIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN	
DURANTE EL EMBARAZO.....	253
<i>La auto-atención</i>	257
<i>El uso del IMSS</i>	261
<i>El “control” en el Seguro</i>	262
CODA AL EMBARAZO: PRÁCTICAS DE ATENCIÓN	
DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO.....	271
<i>Las prácticas de atención durante el parto</i>	271
<i>Las prácticas de atención durante el puerperio</i>	276

V. NEGOCIANDO LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN AL EMBARAZO.....	285
LAS MADRES- TRABAJADORAS NEGOCIAN LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN AL EMBARAZO.....	286
<i>La negociación con sus parejas.....</i>	289
<i>La negociación con los padres y familiares.....</i>	299
<i>La negociación con las amistades y conocidos.....</i>	302
<i>Las negociaciones con el personal de mando.....</i>	304
<i>Las negociaciones con el personal médico.....</i>	312
TRABAJAR EMBARAZADA O NO: LA VINCULACIÓN DE CONDICIONES DOMÉSTICAS Y LABORALES.....	318
CONCLUSIONES.....	329
RECAPITULACIÓN DE LOS HALLAZGOS.....	330
LOS RESULTADOS A LA LUZ DE LOS DEBATES MAYORES.....	344
RECOMENDACIONES PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS.....	350
POST SCRIPTUM.....	352
GLOSARIO DE MODISMOS LOCALES USADOS POR MADRES-TRABAJADORAS.....	387
BIBLIOGRAFÍA.....	355
ANEXO I. Matriz de análisis de datos.....	391
ANEXO II. Cuestionario.....	397
ANEXO III. Diseño de muestra.....	401
ANEXO IV. Carta enviada a gerencia.....	405

ÍNDICE

ANEXO V. Carta entregada a los trabajadores.....	409
ANEXO VI. Resumen de las características de las mujeres entrevistadas.....	413
ANEXO VII. Resumen de la historia reproductiva de las mujeres entrevistadas.....	423
ÍNDICE ANALÍTICO.....	433
AGRADECIMIENTOS.....	453

INTRODUCCIÓN

“¡Hasta mañana mami! ¡Hasta mañana m’hijita!” Patricia se limpia las manos en la falda para agacharse a dar un beso y la bendición a Ofelia. Ni es de noche, ni Patricia está acostando a los hijos. Apenas es medio día pero la despedida se debe a que a Ofelia le toca entrar al turno de la tarde en la escuela y no vuelve a ver a su mamá hasta el día siguiente. “Ahí te encargo a tus hermanitos, m’hija”.

La que tiene ganas de acostarse otro rato es Patricia, pues hoy se durmió a las cuatro y media cuando llegó de la fábrica. Luego se levantó a las siete para alistar a los dos hijos que entran a la primaria a las ocho; se metió a la cama un ratito más y luego a correr a terminar de alzar, dejar la comida, conseguir a una vecina que le compre gas, colgar la ropa que dejó remojando ayer, planchar las dos camisas de los uniformes, juntar agua para mañana, comprar las cosas para los tamales que venderá el fin de semana, terminar las orejas de conejo que le pidieron para el festival de primavera en la guardería para los cuates, adelantar los regalitos que anda haciendo para obsequiarles el diez de mayo a sus chavas de la línea, echar una platicada con Elizabeth que desde hace dos días le está diciendo que le urge verla (además Elizabeth prometió convidarle el té aquel a ver si le sirve para quitarle los dolores de cabeza) y todavía pasar a dejar el pago del lote y recordar a su cuñada que no se le olvide darle el jarabe a los niños cuando los acueste. Ah, y si todavía hay chance, a ver si alcanza a

Alicia, para ver si se ponen de acuerdo para ir al baile el sábado. A como se siente los fines de semana, unas chelas le caerán muy bien.

Desde que encementó el cuarto, que hoy es su casa, barre más fácil, pero de todas maneras siente que nunca le alcanza el tiempo. Hoy trae más prisa, pues quiere llegar temprano a la fábrica a ver si alcanza a hablar con el médico de la empresa sobre sus dolores de espalda. Hace varios años que le duele la cintura, era normal, pues estaba segura que era de “la ráquia” que le pusieron para anestisarla en el último parto, y eso siempre duele por un buen rato, pero ahora los dolores son más frecuentes y ya no le sirven los múltiples remedios que ha usado para aliviar el dolor. A lo mejor tiene razón Marina, quien le dice que las sillas esas que tienen en su línea son un atentado contra la espalda. Si llega con tiempo a la fábrica, quien quita y logre ganar una de las mejorcitas. Lo bueno es que desde que Martha la recomendó para la capacitación, ahora es jefa de línea y no tiene que pasarse toda la noche sentada y puede pararse a ratos.

Al principio se le hizo una maravilla trabajar el turno de la noche. Veía más a los hijos, alcanzaba a hacer el quehacer y todavía le sobraba tiempo para hacer tamales, empanadas, vender cosméticos, sodas y hielitos. Con eso y la ayuda de su hermano pudo terminar de construir y ponerle puerta a su casa. Además, en la noche no hay tanta supervisión, ni hay que pelearse tanto por las horas extra, hay chance de tardarse más en las idas al baño y aunque la carrilla entre los compañeros a veces es pesada, nadie se ha metido con ella, así que para qué quejarse.

Luego los chamacos entraron a la escuela y sólo los ve para darles su comida, echarles un empujoncito con la tarea a medio día y encargárselos a su cuñada. Quién sabe cómo, pero ya no le rinde el tiempo como antes y siempre anda como arrastrando la cobija. Dicen que así es, al principio uno no se da cuenta de la falta de sueño, pero con los años como que se va juntando el cansancio, a ver si el doctor le puede recetar unas pastillas.

A Patricia y también a Elizabeth, Marina, Alicia, Martha y a nueve más de sus compañeras de trabajo en una maquiladora de la ciudad fronteriza de Nogales, Sonora, les preguntamos sobre sus vidas, sus familias, el trabajo y principalmente sobre cómo se cuidan cuando están embarazadas. También las interrogamos sobre qué tal les va en el parto y el puerperio a fin de entender mejor las experiencias propias de la atención al embarazo y lo que estas prácticas nos revelan sobre las vidas de las madres-trabajadoras de la maquila en Nogales.

Al principio, cuando Patricia nos¹ contaba su historia, ésta nos parecía realmente extraordinaria. Nos maravillaba, a sus treinta años, su infatigable energía, las ganas que le echaba a todo, su generosidad con su familia, sus amigas, sus compañeras de trabajo, su sonrisa agradable cuando llegábamos de repente “a platicar un ratito”. A lo largo de cuatro años de esas platicadas nos quedó muy claro que su historia iba cambiando por dos razones. Nuestra primera visión, casi idílica de Patricia, se fue modificando conforme construimos con ella una relación de confianza que permitió compartir lo que en un inicio no podía decirnos. Pero también se modificó conforme pasaban los años de trabajo en la maquila y se fueron agotando las energías, acumulando las fatigas y vencién dose el aguante de su cuerpo. El cambio en la relación entre las investigadoras e informantes y los cambios que efectivamente se dieron en el corto tramo de sus vidas que seguimos serán explorados en este trabajo.

También se explicarán con mayor detenimiento los criterios de selección de las informantes. A éstas las hemos dividido en dos grupos. Las primeras cinco mujeres representan madres-trabajadoras con distinto puesto y antigüedad en la fábrica, diversos arreglos familiares y de pareja, diferente número de hijos y número de años viviendo en Nogales. Con ellas se desarrolló una relación más profunda a través de muchos encuentros con las investigadoras, porque representaban esta diversidad en cuanto a los criterios de selección, pero también porque contaban con mayor tiempo y disposición. Con las otras nueve, los encuentros fueron menos

¹ Una parte de este trabajo será redactada en primera persona del plural, especialmente cuando se haga referencia a conversaciones que las informantes tuvieron conmigo y con Gilda Salazar, quien me acompañó en la etapa de trabajo de campo.

y menor la profundización de las entrevistas, pero tratamos los mismos temas. Narramos estas historias como sustento de una investigación científica, sistemática, analítica, descriptiva e interpretativa, pensada desde una posición que respeta la relación con las trabajadoras y entre Gilda y yo, quienes las entrevistamos. Esa interpretación imprime características especiales a la exposición de los resultados de la investigación, pues el reto es dejar claros los puntos de partida y de llegada del análisis interpretativo.

Las historias presentadas en este texto son compartidas por otras madres-trabajadoras de la maquila que también han querido cambiar sus pésimas condiciones de vida y han visto en el trabajo fabril una opción para sacar adelante a sus hijos. Al elegir la maquila, ellas han transformado su salud y su cuidado a lo largo de los años; han experimentado nuevas condiciones de vida, distintas a las vidas rurales que dejaron atrás, y se han convertido por primera vez en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS),² con lo que han moldeado nuevas prácticas de atención a la salud.

La fábrica donde trabajan Patricia, Elizabeth, Marina, Martha, Alicia y sus compañeras es una de las más de 3 700³ maquiladoras que hay en México y que emplean aproximadamente a un millón trescientas mil trabajadoras y trabajadores. En su mayoría, estas obreras viajaron a la frontera desde sus lugares de nacimiento con el propósito de trabajar en alguna de las plantas ubicadas en Nogales; algunas fueron atraídas por los familiares, otras por los camiones que llegaban a reclutarlas, otras porque habían escuchado que ahí siempre había trabajo. Toda su vida habían trabajado en los campos agrícolas donde laboraban sus padres, en la milpa de la familia, en una oficina como afanadoras, o ayudando a la mamá, pero nunca en una fábrica. Por regla general no habían recibido pago por su trabajo ni decidido cómo iban a gastarlo. Desde nuestra

² En adelante IMSS o “el Seguro” como le dicen ellas.

³ Los datos para febrero de 2001 registran 3 717 establecimientos con 1 289 799 personas ocupadas (véase INEGI, Estadísticas de la Industria Maquiladora de Exportación, www.inegi.gob.mx).

perspectiva, el hecho de ganar un salario es lo que más ha cambiado el curso de sus vidas, incluyendo las relaciones que tienen con sus parejas, la atención a los hijos, el intercambio de favores con sus familiares, sus formas de diversión, sus penas y sus prácticas de atención a la salud.

Los datos presentados en este estudio corresponden al periodo comprendido entre 1974-2005, aunque el trabajo de campo y las encuestas a los informantes se realizaron de 1993 a 1997. El tema a investigar fueron las prácticas de atención al embarazo de madres-trabajadoras de la maquila. Este no sólo es uno de los temas más importantes para las mujeres de su edad, y sobre el cual se cuenta predominantemente con la visión biomédica y estadística, además es un campo de la salud en el que se construyen las prácticas de atención que hemos llamado de salud positiva, concepto desarrollado más ampliamente en los capítulos siguientes. Ubicamos las historias personales y familiares de quince mujeres en la fábrica y en Nogales, y las interpretamos a la luz del cúmulo de investigación sobre maquila y prácticas de atención a la salud reproductiva. En menor medida también captamos datos sobre parto y puerperio por estar obviamente ligados al embarazo; el primero, porque resulta la culminación de un largo proceso, y el segundo, porque implica el cierre. Se decidió incluirlos porque ambos revelan prácticas que se distinguen de las prácticas de atención al embarazo: el parto se atiende más por la biomedicina y el puerperio por la medicina tradicional.

El proceso de construcción de las historias de las madres-trabajadoras en este texto se desarrolla en forma de espiral: inicialmente, al contactarlas llevábamos una guía de preguntas y temas a explorar. Conforme respondían, se generaban nuevas interrogantes y se abrían nuevos temas. Algunos de ellos, como la importancia del Seguro como recurso para la salud, se incorporaron a la investigación. Otros temas, como la preocupación acerca de los hijos, se pospusieron para otros estudios. En este proceso en espiral, conforme se establecían relaciones de confianza entre nosotras, los relatos y narraciones de las mujeres se enriquecían, y conforme se enriquecían, contábamos con la posibilidad de identificar fragmentos de sus historias para reorientar las entrevistas hacia el tema central de investigación, sus prácticas de atención.

Consideraremos a la salud como un proceso socio-cultural basado en saberes y prácticas sociales e individuales que se construyen en torno a las capacidades y alcances del cuerpo psico-biológico. Más que tratarla como un estado biomédico que se mide en enfermedades, muertes y tratamientos, consideramos que abarca las prácticas y relaciones sociales del cuidado del cuerpo-mente de los seres humanos. Es decir, la entendemos como un proceso que sintetiza y refleja la manera en que los individuos viven en sociedad. La salud es, diría Haro, “el modo de ir por la vida” (2000, 153).

Trataremos de aportar a la investigación sobre maquila y salud al superar dos de sus limitaciones. Primero, abordaremos a las mujeres trabajadoras de manera holística, sin aislar a la fábrica del resto de las condiciones de vida de las obreras y sin explicar su salud como efecto exclusivo de sus condiciones de trabajo. Por ello, esta investigación estudia a madres-trabajadoras, mujeres que forman parte de un grupo muy numeroso y significativo en la industria de la maquila.⁴ Segundo, no se analizará la atención a la salud como los daños restringidos a evidencias de síntomas y enfermedades. Englobaremos el conjunto de acciones que las mujeres realizan para prevenir, cuidar, tratar y curar su salud.

Las prácticas de atención están en el meollo de una discusión vital de la antropología médica, particularmente interesada en indagar más allá de las explicaciones biomédicas, para entender las prácticas que los grupos sociales ejercen en cuanto al cuidado de su salud. Como veremos, en el caso de las trabajadoras de la maquila las prácticas son particularmente importantes, pues están en plena construcción, dado que es la primera vez que gran parte de ellas cuenta con derechos laborales y acude al Instituto Mexicano de Seguro Social. Sin embargo, el Seguro no constituye el único servicio médico en el cual se atienden, también utilizan otros servicios médicos públicos como los de la Secretaría de Salud o los servicios privados, tanto biomédicos como de la medicina tradicional o

⁴ En la planta estudiada, 75 por ciento de las trabajadoras son madres, mientras que 66 por ciento de los varones son padres (encuesta aplicada en la Planta X, 1996).

de las medicinas alternativas. La combinación de estas prácticas de atención médica se conjuga con la de atención al embarazo más socorrida: la auto-atención. Ésta comprende una amplia gama de prácticas que van desde las acciones cotidianas de prevención y atención hasta el aguantarse y el no hacer nada.

OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Para describir y construir las prácticas de atención al embarazo y, en menor grado, las del parto y puerperio de estas trabajadoras, se ha considerado la relevancia del trabajo femenino en la industria maquiladora de exportación –particularmente en la frontera norte– y se ha tomado en cuenta que casi la totalidad de sus trabajadoras está en edad reproductiva. En Nogales, más de 75 por ciento de las obreras son migrantes con acceso a los servicios del IMSS por primera vez en su vida. Dado que en un primer momento nos interesó registrar e interpretar las voces de las madres-trabajadoras, abordamos la investigación desde la etnografía, lo cual permitió recoger de primera mano las experiencias de un número reducido de personas. Aun cuando la maquila es muy diversa, tanto en tamaño, rama y organización interna, se seleccionó una sola empresa. Así, a pesar de que las mujeres tuvieran distintas historias personales y familiares, compartirían las mismas condiciones laborales. Nuestra hipótesis en el estudio de las prácticas de atención es que las mujeres no son víctimas pasivas de la medicina hegemónica y otras estructuras; sus prácticas forman parte de un tejido de formas de resistencia y adaptación que revela las identidades y relaciones de género que se les han impuesto y que ellas rescatan, rechazan y moldean permanentemente. Por ello, la investigación busca analizar las negociaciones en torno a sus prácticas de atención al embarazo.

Para guiar la investigación se plantearon las siguientes preguntas rectoras:

- 1) ¿Cuáles son las prácticas de atención al embarazo de las madres-trabajadoras de la Planta X de la industria maquiladora de exportación?
- 2) ¿Con quiénes y cómo negocian las mujeres dichas prácticas a la luz de las identidades y relaciones de género?

Para responder se cumplieron los siguientes objetivos principales: a) identificar y describir las prácticas de atención al embarazo de las madres-trabajadoras; b) realizar la descripción para las diferentes etapas del embarazo tanto en el ámbito laboral como el doméstico; y c) identificar los principales actores con quienes las madres-trabajadoras negocian sus prácticas y el sentido de dicha negociación. Los objetivos de importancia secundaria fueron: a) identificar las prácticas de atención al embarazo de madres-trabajadoras, que constituyen prácticas de salud positiva, b) identificar y describir las prácticas de atención al embarazo, parto y puerperio. Dado que la atención al embarazo forma parte de las historias personales de las mujeres entrevistadas, el análisis y la interpretación de los puntos anteriores se contextualiza en el marco no sólo de estas historias, sino del trabajo femenino en la industria maquiladora en la frontera norte y las condiciones locales en Nogales, en las colonias, en sus casas y en la Planta X. En nuestra interpretación argumentamos que las prácticas de atención al embarazo revelan la emergencia de una cultura de salud de la madre-trabajadora.

Se trata de un reto doble relacionado con un problema muy común en la investigación sociocultural. Hace falta construir un problema de investigación que ubique la relevancia de las historias individuales de cada una de las trabajadoras en relación con procesos económico-políticos más amplios; en otras palabras, atender la relación micro/ macro “anichando” los contextos personales en su contexto estructural, esto es, atendiendo el nivel intermedio. Algunos de los autores que han abordado este dilema señalan la necesidad de analizar tanto las estructuras de significados como la estructura social (Menéndez 1997, 241).⁵ Sin

⁵ Otros autores que tratan este tema no sólo para el análisis de la salud-enfermedad-atención son Knorr-Cetina y Cicourel (1981) y Giddens (1981).

embargo, en las experiencias concretas de investigación quedan claras las dificultades intrínsecas a esta integración.

Como veremos en el capítulo 1, la mayor parte de la investigación sobre maquila y salud se ha centrado consistentemente en dos propósitos: 1) describir y evidenciar las condiciones de salud de las obreras, y, en su caso, de obreros de la industria maquiladora, específicamente en la frontera norte de México; y 2) explicar la mayor parte de los daños a la salud como resultado de las condiciones laborales. En consecuencia, la población trabajadora de la maquila ha sido descrita fundamentalmente con la connotación de víctima. Víctimas de una estructura global de explotación, víctimas individuales del hostigamiento y maltrato, víctimas de un gobierno incapaz o no a defenderlas. Además, dichas investigaciones han carecido de un marco que permita concebir a los obreros como trabajadores y madres y padres de familia simultáneamente. Esto es particularmente relevante si se desea entender la salud de los trabajadores y trabajadoras desde el punto de vista del actor.

Para subsanar esta carencia, se decidió construir las prácticas de atención de las trabajadoras mediante entrevistas, conversaciones y observaciones sobre cómo viven y atienden el embarazo, y en segundo lugar, el parto y puerperio. Para ello, observaremos sus vidas de manera integral. Es decir, se abarcará el ámbito de las relaciones laborales y el ámbito de las relaciones domésticas. Nos interesa explorar tanto las condiciones materiales laborales y domésticas, como las relaciones que ellas establecen en torno a sus prácticas de atención al embarazo. El propósito inicial es hacer un inventario de las prácticas para poder dar cuenta de su complejidad y, a través de ellas, comprender el embarazo y su cuidado en la vida de las trabajadoras. Estas prácticas se pueden entender como un abanico de opciones construido por las trabajadoras y otros agentes. No se trata de un menú de opciones prefijadas, sino de un menú en expansión o contracción. En expansión, como cuando acceden por primera vez al IMSS o logran un mayor ingreso —no limitado a la fábrica— que les permite seleccionar servicios en el mercado, o cuando sus redes de apoyo social se consolidan. De manera inversa, el abanico se estrecha cuando los servicios institucionales reducen el número de médicos, de los

medicamentos, la calidad y el horario del servicio, o sus familiares o compañeros de trabajo presionan a la obrera para que acepte o rechace alguna terapia. Incluye prácticas aprendidas desde su infancia y heredadas sobre todo de las mujeres de su familia, así como prácticas que desarrollan por primera vez al vivir en un contexto urbano y de trabajo en la maquila y como derechohabientes de los servicios médicos del IMSS.

Por prácticas de atención⁶ entenderemos no sólo las prácticas de atención prenatal efectuadas en una institución médica, sino además aquellas que responden a la búsqueda de atención de otro tipo de servicios médicos como los de la medicina alternativa (por ejemplo, la homeopatía y la acupuntura) y la etnomedicina⁷ o medicina tradicional. También se construyen las prácticas de auto-atención domésticas y laborales que son tan importantes para el embarazo como la alimentación, la higiene, el vestido, el reposo y el descanso. Éstas se analizarán a la luz de las relaciones con otros familiares y amistades, el personal de mando en la Planta X y el personal médico. La relevancia del estudio no radica exclusivamente en la descripción y análisis de las prácticas como acciones concretas relatadas por las mujeres u observadas por nosotras, aunque dichas descripciones son necesarias. Desde nuestro punto de vista, y discutiremos el tema en el capítulo I, estas prácticas reposan y se representan en los saberes de la salud y son inseparables de las relaciones sociales que permanentemente negocian las mujeres, personajes centrales de esta investigación.

En ese libro nos centraremos en un episodio de la salud reproductiva: el embarazo, término culturalmente aceptado para acotar un tiempo definido más claramente en el propio cuerpo por los procesos biológicos (a partir de la concepción hasta el puerperio). Analizaremos el embarazo desde la vivencia cultural, predominante pero no exclusivamente, reflejada en las voces de las propias mujeres trabajadoras sobre sus prácticas

⁶ Se definen en el capítulo I.

⁷ Etnomedicina debería ser el término adecuado para referirse a la práctica médica de cualquier grupo étnico y pudiera referirse igualmente a la etnomedicina china, anglosajona, etcétera. Por razones de fluidez, en este texto lo utilizamos para referirnos a la medicina tradicional en México.

de atención (Menéndez 1997) en dos ámbitos definidos por la autora: el laboral y el doméstico. Ubicaremos el embarazo como parte de la salud reproductiva que abarca otros momentos centrales en las vidas de las mujeres y que permite explicar, como otros problemas de salud, la negociación de diferentes formas de control sobre sus cuerpos.

La justificación de dichas acotaciones tiene que ver con la definición propia de la salud. Para fines de esta investigación la entenderemos como un proceso integral que cuenta con una base biológica⁸ y sociocultural.⁹ La salud se vive y se construye socio-culturalmente por los sujetos a través de las prácticas de atención médica, de corte aparentemente biológico, pero también cultural, y las prácticas de auto-atención de las mujeres, de corte más claramente cultural,¹⁰ pero también biológico. Ninguna de estas bases, ni la biológica ni la cultural, son completamente visibles para los observadores externos ni para las propias mujeres. Por ello, se requiere la elaboración de indicadores o medidores y construcciones empíricas, intermedias y teóricas que nos permitan reconstruir la lógica o las lógicas en las que se sustentan las prácticas de las mujeres. Para reconstruir¹¹ la racionalidad o la lógica de dichas prácticas,

⁸ En realidad, la etiqueta “biológica” es limitada, puesto que el proceso al que nos referimos abarca cambios biológicos, químicos, fisiológicos, mecánicos, etcétera, que suceden durante el embarazo. Mantenemos el término para fines de sencillez y por tradición.

⁹ Por sociocultural nos referimos a la conjunción de procesos objetivos y subjetivos, al reconocimiento de la participación activa de los sujetos ubicados en la relación permanente de la estructura social y a una estructura de significados.

¹⁰ Merece recalcar que ninguno de los dos procesos, ni el biológico ni el cultural, son excluyentes. Sin embargo, dichas diferencias se encuentran en la base de su racionalidad aparente. De hecho, la lectura de algunos autores nos mostraría la génesis cultural de la misma práctica médica (véase Menéndez 1990; Virchow 1981). En años recientes, la antropóloga que más ha contribuido a evidenciar el carácter “cultural” de las explicaciones biológicas para la salud reproductiva y para el sistema inmunológico es Martin (1987; 1994).

¹¹ Utilizamos reconstrucción en el sentido sugerido por María Moliner (1992, 957): “Completar o reproducir con los restos o datos que se poseen una cosa rota o incompleta o un suceso pasado, ‘con un sólo hueso han reconstruido el esqueleto’”. Con ello queremos decir que no es una reproducción idéntica, sino distinta al objeto original.

dada su complejidad, partimos de una clasificación de procesos fisiológicos asociados con la reproducción biológica: el embarazo, incluyendo la concepción, y el parto, así como el trabajo de parto y el puerperio. La intención es generar una clasificación distinta de prácticas, aquellas que surgen de los relatos de las propias trabajadoras y que son analizadas en este trabajo.

Ubicar a las mujeres como actoras centrales de este proceso de construcción cultural de prácticas requiere la selección de ciertas orientaciones teóricas y aproximaciones metodológicas que permitan reconstruir sus prácticas de atención a la salud. Pero dichas prácticas, no necesariamente explicitadas o conscientes de su parte, reflejan el sentido que ellas deciden dar a sus vidas.

Justificación del problema de estudio

Se ha seleccionado el embarazo por su magnitud y complejidad. Hablamos de la magnitud del evento porque la inmensa mayoría de mujeres trabajadoras en la industria maquiladora está en edad reproductiva.¹² En la planta estudiada, 99.5 por ciento del personal obrero cae dentro de este rango,¹³ es decir, está en posibilidades biológicas y culturales del ejercicio de su reproducción: pueden o no tener relaciones sexuales, embarazarse o no, por referirnos sólo a dos temas de la vida reproductiva.

En 1995, en la planta maquiladora estudiada, 75 por ciento de las trabajadoras tenía hijos; por otra parte, durante dicho año¹⁴ las incapacidades por maternidad constituían 45 por ciento de todas las incapacidades otorgadas por el IMSS a trabajadores de la empresa. Por ende, la salud reproductiva, incluyendo el embarazo y su atención, constituye uno de los

¹² Siguiendo la convención, tomamos como rango de edad reproductiva desde los 13 hasta los 50 años, es decir, el rango aproximado en el que una mujer comienza a menstruar e inicia su ovulación, hasta que deja de menstruar y ovular.

¹³ Cuando nos referimos a los datos de la planta es con base en la encuesta aplicada a trabajadores de la Planta X en agosto de 1996, que se describe con mayor amplitud en el capítulo II y en los anexos 2 al 5.

¹⁴ Datos reportados por el IMSS a la Planta X, 1996.

temas de salud más importantes a estudiar cuando se trata de una población relativamente joven y sana como la población trabajadora de la maquila.

Por otro lado, las investigaciones realizadas sobre población femenina trabajadora de la industria maquiladora de exportación (IME) señalan el riesgo reproductivo como un problema de salud incipientemente estudiado dentro de la salud-enfermedad de las trabajadoras. Hasta el momento, los estudios señalan varias diferencias que apuntan a posibles riesgos reproductivos en la población trabajadora de la maquila como el bajo peso al nacer y prematuridad en comparación con trabajadoras de servicios (Denman 1994), factores de riesgo asociados con problemas en el embarazo (Jasis y Guendelman 1993); prematuridad (Eskenazi, Guendelman y Elkin 1993); problemas durante el embarazo (González Block 1996) o posibles deficiencias en el cuidado prenatal (Ojeda 1995). La exposición a sustancias tóxicas y potencialmente peligrosas es uno de los riesgos de mayor impacto, cuyos efectos en la salud reproductiva han sido ampliamente reportados en la prensa, así como en investigaciones diversas (Kamel y Hoffman 1999).

En cuanto a la complejidad del embarazo,¹⁵ éste —al igual que otros eventos de salud-enfermedad— conjuga un hecho de origen claramente biológico y simultáneamente cultural.¹⁶ En el embarazo se presentan procesos biológicos que implican una modificación física muy evidente y otros cambios menos evidentes del cuerpo y la salud de la mujer. Dichos cambios se reconocen o no, se traducen, se anuncian y se presencian mediante saberes y prácticas culturales originadas en lógicas múltiples, nuevas y añejas y a veces contradictorias, siempre complejas e interrelacionadas de tal manera que, en ocasiones, es necesario utilizar una lupa para desentrañarlas. Esta investigación ofrece un paño para pulir dicha lupa.

¹⁵ Por razones de fluidez en la exposición, se utilizará el concepto de embarazo para referirnos a todo el proceso que inicia con la concepción y que termina con el parto y el puerperio, aunque en el texto se distinguirá de qué fase se está hablando.

¹⁶ Se desea resaltar la obviedad de esta combinación en cuanto al embarazo.

Los cambios en el cuerpo gestor de la mujer son verdaderamente admirables. Durante el embarazo suceden adaptaciones del cuerpo femenino para preparar a la madre para la lactancia y crear el mejor ambiente para el desarrollo fetal. En los meses iniciales, el útero aumenta de tamaño anticipando el futuro crecimiento del feto, el volumen de sangre se duplica para facilitar la circulación de oxígeno y nutrientes de la placenta al feto, el tejido mamario aumenta y se almacenan grasas en preparación para la lactancia. Conforme el embarazo avanza, la placenta aumenta y el líquido amniótico se acumula, protegiendo al feto. Estos cambios suponen un aumento de peso para la madre, tanto por el feto y la placenta, como por las reservas. Los cambios físicos, digestivos, endocrinos, mecánicos, circulatorios y nerviosos, entre otros, se acompañan de cambios emocionales, por lo que pueden surgir sentimientos de impaciencia, aprehensión, miedos, rencores, alegría, sueños bizarros, anhelos y deseos que también responden al ambiente sociocultural en el que vive la mujer.

En cuanto a los aspectos culturales, hay que resaltar dos: en primer lugar, para atender el embarazo, las madres-trabajadoras recurren a diferentes prácticas de auto-atención y de atención médica. Éstas incluyen la práctica médica tradicional, o de etnomedicina, así como aquellas practicadas por las propias mujeres, en ocasiones solas, en ocasiones con el apoyo de alguna familiar, amiga, partera o sobadora. Estas acciones conviven con las prácticas biomédicas hegemónicas unas veces de manera subordinada, otras adaptándose a su conveniencia y otras moldeándose de múltiples y cambiantes maneras, inclusive modificando las propias prácticas biomédicas. Las prácticas “alternativas” se ubican tanto dentro de la práctica médica hegemónica como en la auto-atención.

El segundo elemento cultural tiene que ver con la manera en que la mujer percibe su embarazo y futura maternidad, el momento en el que ella y la sociedad reconocen o desconocen un embarazo. Son construcciones culturales moldeadas por la relación con su pareja, sus papás, sus otros hijos, sus redes familiares y de apoyo, la anticipación o deseo del embarazo, su situación socioeconómica, sus temores y vivencias previas en torno a eventos de salud reproductiva como la menstruación, la sexualidad y el parto.

La forma en que las mujeres “naturalizan” sus problemas de salud es la ilustración más clara de la inseparabilidad entre biología/cultura.¹⁷ Como veremos en este estudio de caso, las referencias que ellas y otros actores hacen a la “normalidad” en sus cuerpos, dolores “normales”, achaques “normales”, constituyen un reconocimiento cultural de procesos biológicos que en otros ámbitos probablemente sean calificados como anormales.

Otra característica del embarazo, que lo distingue de otros eventos de salud-enfermedad entre trabajadoras de la maquila y que contribuye a su complejidad, es su recurrencia. El embarazo puede y suele ser recurrente en la vida de la mujer, y representar distintas experiencias para una sola, dependiendo de sus relaciones de pareja y familiares, del número de hijos que ya tenga, de las condiciones materiales de vida y sobre todo de su propia percepción y capacidad de respuesta acerca del embarazo y la maternidad, entre otras cosas. Estudiar el embarazo en la mujer-trabajadora permite reconstruir junto con ella estas diferentes experiencias, así como distinguir si sus prácticas difieren entre un embarazo y otro, si éstas se han modificado frente al trabajo en una maquiladora y la forma en que lo han hecho.

Finalmente, proponemos que el embarazo representa un evento en la salud-enfermedad de las mujeres que podría considerarse más como parte de la construcción de salud positiva que de enfermedad o daños. Por lo general, las prácticas “curativas” de daños específicos suelen ser más estudiadas en el análisis de la salud-enfermedad. Pretendemos enfocarnos en un ejercicio más global del cuidado de la salud-enfermedad al observar no sólo las prácticas “curativas”, sino también las prácticas de atención que no se centran exclusivamente en la reparación de daños. A diferencia del parto, que se atiende predominantemente en las instituciones de la biomedicina, la atención al embarazo permite identificar las prácticas cotidianas de construcción y mantenimiento de la salud.

¹⁷ En esta investigación nos referimos al tema del embarazo, pero sería importante investigar también la naturalización de otros problemas de salud.

Para entender la justificación del tema de investigación es necesario ubicarlo dentro de los debates mayores que han surgido de la investigación sobre el trabajo femenino, la industria maquiladora de exportación y específicamente la investigación que se ha realizado sobre la salud de trabajadores y trabajadoras de la maquila.

Los debates mayores: trabajo femenino y salud

En México, a mediados del siglo xx, una mínima proporción de las mujeres trabajaba fuera de sus casas. Datos censales para 1950 revelan que 13 por ciento de las mujeres mayores a los 12 años registraban una actividad económica. Sus empleos eran, las más de las veces, considerados “apropiados” de acuerdo con las normas sociales vigentes, como aquellos trabajos “típicos” del sexo femenino (el trabajo de “servicio” y “cuidado” a los demás) y en muchas ocasiones realizados en el sector informal. Durante la última mitad del siglo xx, el aumento en la población femenina económicamente activa ha conformado un perfil distinto de la trabajadora, con repercusiones en muchas dimensiones de la vida social y cultural, incluidas desde luego la salud-enfermedad y su atención. A finales del siglo xx, las mujeres mexicanas representaban cerca de una tercera parte de la población con participación económica (30 por ciento en 1995) (INEGI-STYPS 1997), cifra que aumentó a 37.3 por ciento en 2007 (INEGI 2007). Aunque los empleos se concentran en el área de servicios y también en el sector informal, en ciertas regiones de México como del mundo, el sector industrial exportador contrata una mayor proporción de mujeres que la manufactura tradicional. Este es el caso de la industria maquiladora de exportación en México.

La incorporación masiva de la mujer a los mercados de trabajo es uno de los fenómenos sociales de mayor relevancia de los últimos lustros. Sus repercusiones se han manifestado en la economía, en la política y en la familia. Sin embargo, no se cuenta con suficiente investigación sobre su relación con la salud de la propia trabajadora y con la cultura de salud. Dicha incorporación conlleva varios cambios con consecuencias para la salud-enfermedad como la transformación profunda de estrategias

domésticas y relaciones personales, modificaciones en las tasas demográficas de fecundidad, morbilidad, mortalidad y migración, así como el surgimiento de nuevas problemáticas familiares en cuanto al cuidado y la educación de los hijos, y crea la necesidad de hacer cambios en instituciones como la familia, la escuela, el trabajo. También podemos señalar los efectos en los niveles salariales para todos los trabajadores, las repercusiones en la participación femenina en ámbitos extra-domésticos como el político y el social, hasta las transformaciones en la subjetividad de mujeres y varones. En su texto sobre “Cambio social, transformación de la familia y divergencias del modelo tradicional”, González de la Rocha (1999, 35) remarca, siguiendo a algunos de los principales pensadores contemporáneos de las sociedades de fines del siglo xx como Castells, Giddens, Benería y Roldán y Safa, entre otros, que la “transformación de la condición de las mujeres [es] un rasgo fundamental del cambio estructural que las sociedades de hoy están experimentando”. Un ingrediente de esa condición cambiante es la incorporación de la mujer a los mercados laborales.

Un aspecto de estas transformaciones prácticamente ignoradas por las políticas públicas es el surgimiento de nuevos perfiles de salud-enfermedad y la modificación de prácticas de atención tanto de las propias mujeres como de sus familias. Entre los autores realmente excepcionales que han contribuido al tema de la salud de la mujer trabajadora habría que señalar, para el caso mexicano, a Garduño y Rodríguez (1990), Uribe et al. (1991), Ravelo (1995), Lailson (1990), Lara (1998) y Cedillo (1997). Desde diversas ópticas –algunas antropológicas, otras epidemiológicas– estas analistas se centran fundamentalmente en la problemática de las trabajadoras urbanas, tanto de servicios como de manufactura. Sus principales conclusiones son la descripción de los daños a la salud derivados de esta nueva actividad femenina, que introducen al tema de la salud laboral una serie de daños por exposiciones a nuevos agentes, inclusive aquellos causados por el hostigamiento sexual en el espacio laboral. Surge, además, el cuestionamiento sobre los beneficios y perjuicios para la salud de los hijos de madres-trabajadoras que llevan la carga de la doble o triple jornada (Stern 1996), así como la necesidad de considerar

la salud mental como parte integral de la salud laboral y otras recomendaciones sobre políticas públicas y de orden teórico-metodológico.

Salvo estas excepciones, la bibliografía que circula en los ámbitos de la epidemiología, la antropología y la sociología médica, y la investigación realizada sobre la salud de la trabajadora es sorprendentemente escasa. Son pocos los autores que han reflexionado sobre los cambios en las formas de vivir, enfermar y morir que se derivan de nuevas exposiciones a riesgos, nuevas relaciones personales, sujeción a normas y rutinas distintas de trabajo, la adopción de otras formas de vida, incluyendo muy particularmente modificaciones en el consumo; la intensificación de las jornadas laborales y domésticas; los significados de estos cambios en la vida de las trabajadoras, así como el ejercicio y modificación de las prácticas de atención a la salud.

En otros países se ha avanzado más en la investigación sobre trabajo femenino y salud que en el panorama mexicano. Waldron (1983) revisa tres tipos de relaciones causales entre el empleo femenino y la salud con base en una revisión de la estadística de Estados Unidos de los años sesenta y setenta. Messing (1983) hace un análisis para Canadá mediante la construcción de las inequidades del empleo basadas en una supuesta defensa de la salud. Chavkin (1984) analiza los riesgos para la salud de las mujeres en sus lugares de trabajo y también en la interrelación de los hogares y la comunidad.

Trabajo femenino y cambio social

Si la salud de las trabajadoras ha sido un tema relativamente poco estudiado, no ha sucedido lo mismo con las tendencias e implicaciones del trabajo femenino en América Latina. Una larga lista de científicos sociales ha hecho aportaciones innovadoras al tema para conformar un nuevo campo de estudio que explora la relación entre el trabajo femenino y el cambio social. Desde la antropología, la sociología, la economía y la demografía, estos autores han explicado el trabajo femenino en un contexto holístico que incluye no sólo las transformaciones que surgen en las vidas de las mujeres trabajadoras y los cambios que se presentan

en el ámbito laboral, sino además aquellos que ocurren en el ámbito doméstico y en las relaciones familiares.

En América Latina fueron Teresa Benería y Martha Roldán (1987), en su estudio sobre estrategias femeninas de combinación del trabajo industrial y doméstico, quienes sugirieron la necesidad de analizar las implicaciones del empleo femenino más allá de los terminos de su contribución económica. Insistieron en la obligatoriedad de partir de un marco teórico que permitiera entender las imbricaciones entre género y clase. Estas autoras señalaban que era necesario que las investigaciones rebasaran la división de los ámbitos tradicionales del análisis ocupacional y del análisis de las vidas privadas. Para ellas era fundamental entender el contexto de una situación doméstica cambiante dentro de un entorno global que permea las vidas íntimas de las trabajadoras. Además, su estudio introdujo en el análisis del trabajo el cuestionamiento sobre “lo privado” en un momento en el que esta discusión no tenía el auge que actualmente ha alcanzado en algunas de las disciplinas sociales.

En los años ochenta y noventa aumentó el número de investigaciones sobre el trabajo femenino. Son múltiples las autoras y los autores que han realizado contribuciones significativas sobre los procesos diferenciados de incorporación de la mujer a los mercados de trabajo, que enfatizan sobre todo sus repercusiones y determinaciones en la unidad doméstica (García, Muñoz y de Oliveira 1982; Lailson 1990; Martínez y Rendón 1983). Las investigaciones realizadas por estudiosos como González de la Rocha, Mummert y Cortés y Rubalcava (1994) permiten profundizar en la discusión sobre la acción social de las familias frente a la sobrevivencia. Mientras que González de la Rocha (1986) se ocupa de familias urbanas en la ciudad de Guadalajara y los recursos y conflictos familiares en torno a las repetidas crisis mexicanas, Mummert (1990, 1994, 1995) describe las prácticas laborales y los arreglos domésticos de mujeres de una región rural con altas tasas de emigración de varones. Aunque la población y los sectores económicos difieren de los que aquí tratamos, sus investigaciones constatan un hecho que hemos asumido como punto de partida en este trabajo: las mujeres no se aceptan como víctimas de su situación con los brazos cruzados, en espera de que algo

sucedan. En los casos descritos, ellas han tomado decisiones para cambiar su situación, aun dentro de los estrechos márgenes permitidos por las normas vigentes en sus comunidades y las limitadas opciones económicas, y han buscado ampliar dichos límites con tenacidad y paciencia. Profundizaremos después en este delicado juego de resistencias, conflictos y consensos para entender las prácticas de atención al embarazo en un grupo de madres-trabajadoras de la maquila.

Un tema medular del campo del trabajo femenino y el cambio social tiene que ver con las razones que expresan las mujeres para justificar su actividad laboral. Se asume que entender estas justificaciones facilita la comprensión de las condiciones bajo las que laboran, tema sobresaliente en el análisis del trabajo femenino en la maquila.

La investigación de García y Oliveira (1994) indaga las diferentes nociones sobre el trabajo extra-doméstico que tienen las trabajadoras. Estas autoras construyen tres tipos ideales con base en respuestas a preguntas expresas a mujeres de sectores medios que trabajan de manera extra-doméstica: el trabajo como carrera, el trabajo como actividad complementaria y el trabajo evaluado como necesario para mantener el estatus social. Para los sectores populares urbanos, las autoras construyen los siguientes tipos ideales: el trabajo, considerado útil y satisfactorio; el trabajo, como actividad secundaria a las actividades domésticas, y el trabajo como necesidad para el bienestar y la educación de los hijos.

En cuanto a las mujeres trabajadoras que entrevistamos, el tipo que les corresponde es este último: el trabajo como actividad necesaria para sostener a su familia, el cual caracteriza con acierto a las mujeres que son jefas de familia y a aquellas que tienen relación de pareja inestable. De acuerdo con nuestras entrevistas, las madres-trabajadoras¹⁸ de la maquila inicialmente dijeron que buscaban trabajo en este lugar sobre todo por la ausencia de empleos en sus pueblos de origen. En todos los casos de esta investigación, ellas provenían de áreas rurales donde sus familias se

¹⁸ Es necesario precisar que éste es un subconjunto del grupo de trabajadoras. Se sabe poco acerca de las razones que puedan tener las mujeres que no tienen hijos para buscar trabajo en la maquila, pues no se han distinguido estos casos.

dedican o se dedicaban a la agricultura, ya sea como ejidatarios, jornaleros o pequeños propietarios. Pero conforme avanzábamos en la construcción de la relación con ellas, las entrevistadas abundaban en los motivos que tuvieron para trasladarse y quedarse en Nogales. Se refirieron a la necesidad de contribuir al sostenimiento propio y sobre todo de sus hijos, para dar a sus pequeños más de lo que ellas tuvieron y “dejar protegidas a las hijas mujeres”.¹⁹ Nunca las escuchamos decir que lo hacían para poder estudiar o aprender, siempre ponían a la familia por delante, aunque fuera para explicar que tendrían mayor libertad para negociar con su pareja o aun para abandonarla y, por ende, cuidar mejor a sus hijos. Otras razones las dicen con los ojos, pero se resisten a expresarlas con sus propias palabras. Me refiero a la violencia familiar y de pareja de la que desean escapar, secretos que sólo se revelan con el transcurrir del tiempo y con la profundización de nuestra interrelación.

Empleo femenino e industria maquiladora de exportación

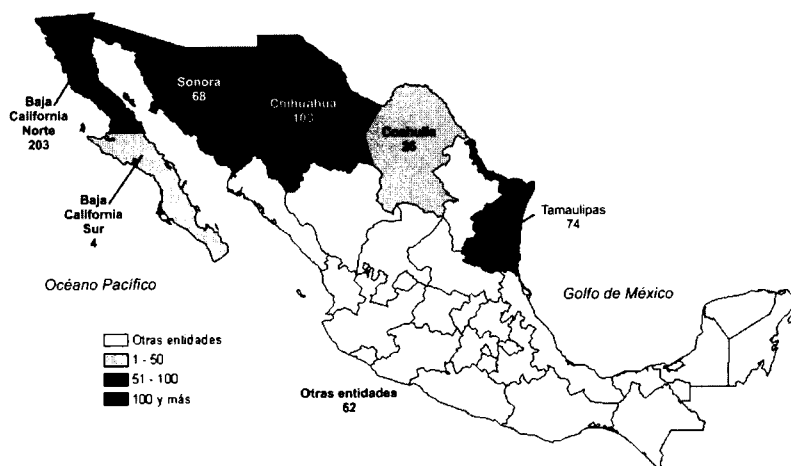
Entender la atención al embarazo de madres-trabajadoras de una planta maquiladora requiere familiarizarse un poco con la historia de esta industrialización, su crecimiento, su peso en la generación de empleos y divisas, así como con las discusiones sobre el empleo femenino en este lugar.

El trabajo femenino en la maquila del norte de México es un ejemplo muy claro del auge del empleo femenino en la industria. La industria maquiladora de exportación (IME), iniciada en México en 1965 bajo el amparo del Programa de Industrialización Fronterizo y con el plan de convertirse rápidamente en industria nacional, ha tomado un curso muy distinto a las expectativas originales. Su concentración inicial en la región de la frontera norte se ilustra en el mapa 1.

¹⁹ Se refieren a las dificultades relativamente mayores para las mujeres en relación con los varones.

Mapa 1

Ubicación de las maquiladoras en México, 1979



Fuente: Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP) e Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI] (1983).

Actualmente es la industria que más ha crecido, en comparación con la manufactura nacional y, aparentemente, es la opción a la que apuestan gobiernos estatales y gobierno nacional en términos de creación de empleos y generación de divisas, sin mencionar, por supuesto, el obvio interés de las empresas multinacionales instaladas en México bajo el régimen fiscal de maquila, de obtener los beneficios de los bajos salarios, entre otras cosas. En Nogales, ciudad fronteriza que se caracterizaba por ser paso importante de comercio entre México y Estados Unidos, la primera fábrica maquiladora se instaló en el año de 1964 (Ramírez 1988). Cinco lustros después se caracteriza como una de las ciudades “más maquilizadas” de la frontera norte, tomando en cuenta la proporción de población dependiente de empleo en la maquila en comparación con otros sectores de la economía local (Lara 1993; De la O y Quintero 2000). En México, de acuerdo con el Banco de Información Económica de INEGI

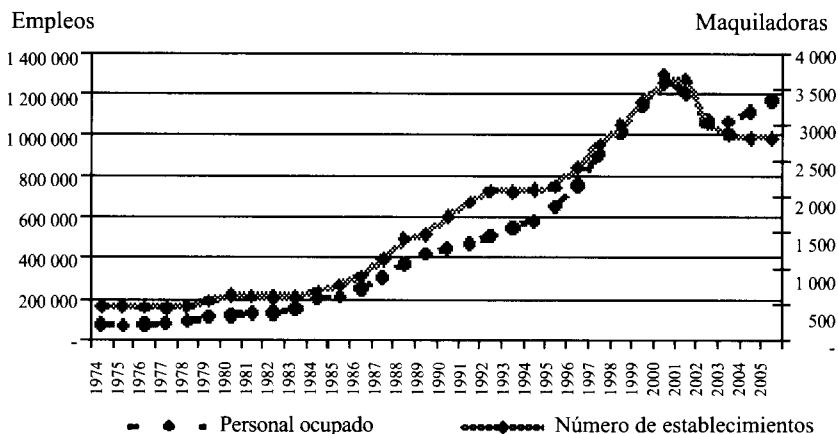
INTRODUCCIÓN

(INEGI 2003), el empleo maquilador representó 63.6 por ciento del total del empleo manufacturero para 2003, en comparación con 36 por ciento que representó en 1996.

La contribución de la industria maquiladora al empleo y a la generación de divisas extranjeras en México es cada vez más preponderante. Como se observa en el cuadro 1 y en la gráfica 1, en 1999 la maquila ocupaba más de un millón de mexicanos. La revisión de los flujos netos de la balanza comercial en 1999 muestra que las exportaciones de maquiladoras (\$13 340 millones de dólares) representó 22.7 por ciento de todas las exportaciones mexicanas, rebasando inclusive a las petroleras (\$9 920 mdd) y las agropecuarias (\$4 145 mdd) (Vázquez Tercero 2000).

Gráfica 1

Número de empresas y empleos de la industria maquiladora de exportación en México 1974-2005



Fuente: INEGI, Estadística de la Industria Maquiladora de Exportación 1974-1982, Estadística de la Industria Maquiladora de Exportación 1979-1989, Estadística de la Industria Maquiladora de Exportación 1989-1993, Estadística de la Industria Maquiladora de Exportación 1990-1995, Estadística de la Industria Maquiladora de Exportación 1995-2000, Estadística de la Industria Maquiladora de Exportación 2006.

Cuadro 1

Número de empresas y empleos de la industria maquiladora de exportación en México, 1974-2005

Año	Número de establecimientos	Personal ocupado
1974	455	75 974
1975	454	67 214
1976	448	74 496
1977	443	78 433
1978	457	90 704
1979	540	111 365
1980	620	119 546
1981	605	130 973
1982	585	127 048
1983	600	150 867
1984	672	199 684
1985	760	211 968
1986	890	249 833
1987	1 125	305 253
1988	1 396	369 489
1989	1 467	418 566
1990	1 703	446 436
1991	1 914	467 352
1992	2 075	505 698
1993	2 069	542 074
1994	2 085	579 422
1995	2 130	648 263
1996	2 411	753 708
1997	2 717	903 528
1998	2 983	1 014 006
1999	3 297	1 140 528
2000	3 590	1 291 232
2001	3 630	1 198 942
2002	3 003	1 071 209
2003	2 860	1 062 105
2004	2 810	1 115 230
2005	2 816	1 166 250

Fuente: INEGI, Estadísticas de la Industria Maquiladora de Exportación 1974-1982; Estadísticas de la Industria Maquiladora de Exportación 1979-1989; Estadísticas de la Industria Maquiladora de Exportación 1989-1993; Estadísticas de la Industria Maquiladora de Exportación 1990-1995; Estadísticas de la Industria Maquiladora de Exportación 1995-2000 y 2006.

Aunque las motivaciones y decisiones familiares y personales impulsan a una mujer a buscar un empleo remunerado extra-doméstico, el trabajo femenino responde además a procesos estructurales, como a la reorientación macro-económica de la producción, los vaivenes del mercado, los ajustes estructurales que limitan el poder de consumo directo e indirecto, la disminución en la oferta de empleos para los varones, la disminución de los servicios básicos ofrecidos por el Estado, aunado al encarecimiento de ciertos productos y servicios ofrecidos en el mercado como la salud y la educación, para mencionar dos servicios fundamentales. Estos ajustes estructurales tienen distintas expresiones de acuerdo con la región y el conjunto poblacional al que nos referimos.

Los procesos de limitación del ingreso para el sostenimiento familiar, la disminución de servicios públicos gratuitos o de bajo costo y el encarecimiento de productos y servicios básicos que se manifiestan a nivel mundial repercuten en aquellas regiones donde se presentan estos ajustes y respuestas. Sin embargo, las condiciones e historias regionales varían, motivo por el cual las respuestas socioculturales se distinguen. Esta diversidad de opciones construidas por las mujeres, pero también impuestas a ellas mismas, merece estudiarse a fin de contar con un panorama heterogéneo y más rico de las distintas implicaciones que la incorporación de la mujer al empleo industrial puede tener en la salud.

Desde sus inicios en 1965 en la frontera norte, la industria maquiladora de exportación fue planteada como una estrategia temporal que paulatinamente se iría convirtiendo en “industria nacional”. Claramente ha sido la estrategia de desarrollo industrial más dinámica. A lo largo de treinta y cinco años, la maquila ha modificado la proporción del empleo femenino, el número y la distribución de los empleos, la organización del proceso productivo, la introducción de tecnologías duras y blandas a dicho proceso de trabajo, así como el origen del capital y los productos mismos del trabajo; cambios que se han acompañado por la creación de instrumentos legales para su promoción (Carrillo et al. 1993; Contreras 2000; Carrillo y Hualde 1996). Por ejemplo, en la maquila ha aumentado la proporción de empleos técnicos en comparación con los empleos obreros, lo cual modifica la relación entre mujeres y varones y la calificación

del trabajo en distintas empresas. Mediante cambios en la normatividad vigente, los apoyos del gobierno mexicano crearon un nuevo papel para la maquila. Definida inicialmente como actividad de ensamble exclusivamente para la exportación, gracias a un importante régimen fiscal e instrumentos jurídicos para promover la industria para la exportación, se convirtió en la fuente de generación de empleos y divisas más importante del último cuarto del siglo xx.

La creciente proporción de hombres en la maquila, en particular a partir de finales de la década de los ochenta, se aprecia en el cuadro 2 y en las gráficas 2 y 3. Aunque se da un aumento absoluto de mujeres, la proporción que éstas representan entre el personal obrero disminuye. Para inicios de 2000, las mujeres obreras constituían todavía más de la mitad del personal obrero. Sin embargo, debido a que la estadística de personal técnico y administrativo no se clasifica por sexo, no es posible determinar directamente la proporción de mujeres en estas categorías. Contreras (2000) indica que los puestos técnicos son ocupados por varones, mientras que la mujer ocupa los de menor calificación.

Es importante destacar que la maquila en México ha seguido una trayectoria dinámica, pero cambiante, en distintas regiones y periodos históricos. Salvo una disminución en su ritmo de crecimiento a finales de la década de los setenta, este sector ha crecido tanto en el número de empresas como en el de empleos. Diversos estudiosos del fenómeno de la maquila señalan que en cada localidad fronteriza ésta posee características propias que la distinguen de otras localidades (De la O y Quintero 2000). Por ejemplo, en Tijuana se concentra actualmente mayor cantidad de empresas nuevas de origen japonés y coreano, pero antes había muchas maquilas pequeñas. En cambio, en Ciudad Juárez se había establecido no sólo el mayor número de empresas maquiladoras, sino que éstas tenían en promedio mayor número de trabajadores.

El nivel de sindicalización también es diferente en cada región y responde, como otras características, a las historias regionales particulares, a los apoyos privados y públicos ofrecidos y a la articulación interna y externa de la propia industria –100 por ciento en Matamoros y 13 por ciento en Ciudad Juárez (Quintero 2000, 113).

MUJERES, MAQUILA Y EMBARAZO

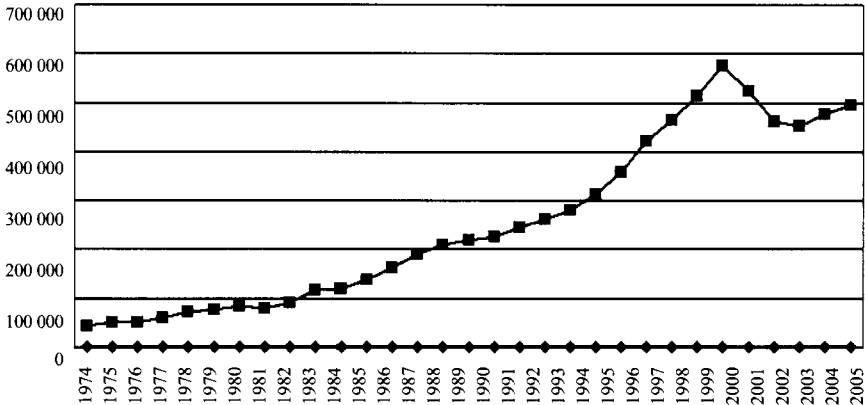
Cuadro 2
México: Personal obrero en la industria maquiladora
de exportación, por sexo, 1975-2005

Año	Mujeres		Hombres		Total
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	
1975	45 275	78.26	12 575	21.74	57 850
1976	50 984	78.84	13 686	21.16	64 670
1977	53 188	78.00	14 999	22.00	68 187
1978	60 365	76.83	18 205	23.17	78 570
1979	73 837	77.06	21981	22.94	95 818
1980	78 880	77.32	23 140	22.68	102 020
1981	85 691	77.42	24 993	22.58	110 684
1982	81 393	77.24	23 990	22.76	105 383
1983	93 274	74.45	32 004	25.55	125 278
1984	117 290	70.87	48 215	29.13	165 505
1985	120 042	69.04	53 832	30.96	173 874
1986	139 082	68.21	64 812	31.79	203 894
1987	164 103	66.00	84 535	34.00	248 638
1988	190 452	63.19	110 927	36.81	301 379
1989	209 756	61.60	130 752	38.40	340 508
1990	219 439	60.89	140 919	39.11	360 358
1991	225 927	60.28	148 900	39.72	374 827
1992	245 608	60.36	161 271	39.64	406 879
1993	261 725	59.52	177 966	40.48	439 691
1994	282 286	59.54	191 817	40.46	474 103
1995	314 172	59.08	217 557	40.92	531 729
1996	359 042	58.23	257 575	41.77	616 617
1997	422 892	57.51	312 457	42.49	735 349
1998	465 656	56.54	357 905	43.46	823 561
1999	514 444	55.74	408 432	44.26	922 876
2000	576 706	55.17	468 695	44.83	1 045 401
2001	524 929	54.84	432 340	45.16	957 269
2002	463 149	54.32	389 435	45.68	852 584
2003	453 767	54.02	386 293	45.98	840 060
2004	476 992	53.82	409 274	46.18	886 266
2005	496 838	53.99	423 395	46.01	920 233

Fuente: INEGI, Estadística de la Industria Maquiladora de Exportación 1974-1982, Estadística de la Industria Maquiladora de Exportación 1979-1989, Estadística de la Industria Maquiladora de Exportación 1989-1993, Estadística de la Industria Maquiladora de Exportación 1990-1995, Estadística de la Industria Maquiladora de Exportación 1995-2000, Estadística de la Industria Maquiladora de Exportación 2006.

Gráfica 2

Evolución del personal obrero en la industria maquiladora de exportación, por sexo 1974-2005 Mujeres



Fuente: INEGI, Estadística de la Industria Maquiladora de Exportación 1974-1982, Estadística de la Industria Maquiladora de Exportación 1979-1989, Estadística de la Industria Maquiladora de Exportación 1989-1993, Estadística de la Industria Maquiladora de Exportación 1990-1995, Estadística de la Industria Maquiladora de Exportación 1995-2000, Estadística de la Industria Maquiladora de Exportación 2006.

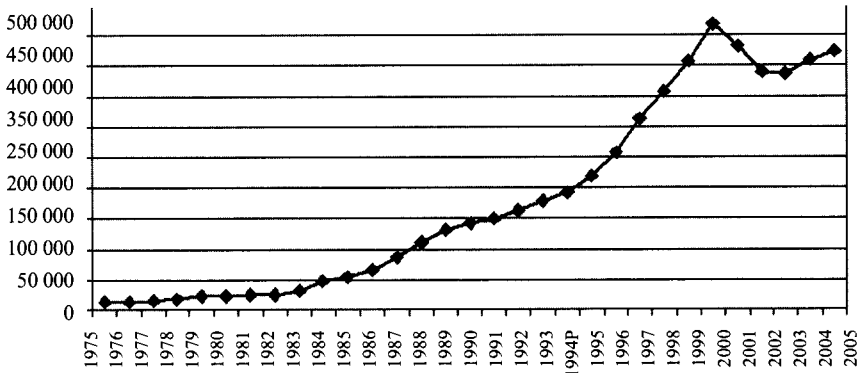
Una constante ha sido que la proporción de mujeres es significativamente mayor que la de trabajadoras asalariadas en la industria nacional. En años recientes han crecido especialmente aquellas empresas dedicadas a la producción de aparatos eléctrico-electrónicos, lo que modifica el perfil del tamaño y la orientación de las maquilas, particularmente en la ciudad de Tijuana.

Pero es necesario distinguir por localidad y además por la trayectoria o historia migratoria de los trabajadores. Ojeda (1999a, 208) ilustra bien esto cuando aboga por la necesidad de entender la diversidad detrás del concepto “mujeres fronterizas”. Por su parte, González Block (1996) distingue migrantes recientes, migrantes establecidas y nativas fronterizas. La frontera norte, amplia región en donde se ubica la localidad que se estudia en este trabajo, ha sido punto de atracción no sólo para migrantes

mexicanos que desean cruzar la frontera, sino también para quienes se establecen ahí para emplearse en la maquila. Los autores mencionados identifican factores que influyen en la decisión de cruzar o no la frontera entre quienes han resuelto sus principales necesidades en materia de un lugar donde vivir y un empleo, y quien recién llega a la región sin ninguna red de apoyo. Como veremos después, estas diferencias son modificadas y modifican la manera en la que las madres-trabajadoras seleccionan, manejan y acuden a los diferentes recursos para atender su salud.

Gráfica 3

Evolución del personal obrero en la industria maquiladora de exportación, por sexo 1974-2005 Hombres



Fuente: INEGI, Estadística de la Industria Maquiladora de Exportación 1974-1982, Estadística de la Industria Maquiladora de Exportación 1979-1989, Estadística de la Industria Maquiladora de Exportación 1989-1993, Estadística de la Industria Maquiladora de Exportación 1990-1995, Estadística de la Industria Maquiladora de Exportación 1995-2000, Estadística de la Industria Maquiladora de Exportación 2006.

Las razones de la preferencia de emplear a mujeres en la industria maquiladora han sido ampliamente discutidas. En primer lugar están los factores aducidos por las empresas contratadoras que se asocian con las supuestas características “propias de su sexo”, por ejemplo, habilidades finas tanto para el trabajo manual así como mayor docilidad para la

sujeción a las normas de trabajo, su disposición a seguir instrucciones, la aceptación de las condiciones de trabajo en la maquila —sobre todo a recibir salarios más bajos—, una menor resistencia a los estándares y niveles de productividad, así como un menor interés en impulsar sindicatos, etcétera. Estas ventajas de la mano de obra femenina son similares a las que mencionan los gerentes de las empresas maquiladoras japonesas en Malasia estudiadas por Ong (1987, 152), en donde se refieren a los atributos biológicos de las mujeres orientales en cuanto a su habilidad manual, mejor visión, la pasividad para aguantar trabajo poco estimulante y su mayor adaptación a las condiciones de las fábricas, incluyendo el menor pago salarial.

La investigación sobre empleo femenino en la maquila ha puesto en tela de juicio este reducido esquema de explicaciones sobre la predominancia femenina, y sugiere que los factores asociados a este análisis deben abarcar además otros temas (Cruz Piñeiro 1993; De la O 1995; Barajas Escamilla y Sotomayor Yalán 1995; López Estrada 1995; Canales Cerón 1995; Carrillo et al. 1993). Algunos de los autores que han trabajado este tema en México se refieren a la mayor permanencia de las mujeres en este trabajo. Por ejemplo, Canales (1995, 161) argumenta que es dicha estabilidad femenina la que conduce a los gerentes de las empresas maquiladoras a contratar un mayor número de mujeres. A partir del análisis de una encuesta (Carrillo y Santibáñez 1993) que permite comparar a trabajadoras con trabajadores en la maquila, Canales (1995) concluye que la mayor estabilidad de las mujeres se debe al ciclo vital, cuyo efecto diferencial se refleja en mayor rotación de los varones solos y mayor propensión a la estabilidad entre las mujeres, particularmente aquéllas que son jefas de familia, mayores de 25 años, con hijos y con más de cinco años de residencia en la ciudad. Lo que sugieren las investigaciones es que las diferencias entre las motivaciones para mantener un empleo maquilador entre hombres y mujeres tienen que ver más con la estructura y ciclo familiar que con las trayectorias laborales.

Algunos autores (Barajas y Rodríguez 1990) sugieren que la mujer obrera sí participa activamente en la reconversión productiva en la maquila, aunque puede considerarse que este proceso se limita a la maqui-

ladora electrónica. Carrillo (1992) señala que la introducción de las nuevas tecnologías en la industria automotriz, como se ha realizado en la frontera norte, incluye una participación significativa de las mujeres.

En otro análisis sobre las condiciones de la vivienda, el acceso a servicios y la rotación de trabajadoras, los hallazgos son paradójicos, pues se reporta que a mayor rotación en el empleo se asocia un menor déficit en la tenencia de la vivienda. Las autoras explican esto cuando comparan a las mujeres jefas de familia con las trabajadoras que son hijas solteras que viven con sus familias. La mayor estabilidad se presenta entre las jefas de familia, independientemente de sus condiciones de vida, lo cual no se presenta entre las hijas de familia, quienes aparentemente no tienen tanta necesidad de mantener el empleo (Barajas y Sotomayor 1995, 211).

Un hecho que diferencia a varones y mujeres en el empleo es el salario. En Nogales, en 1986, el salario promedio a mujeres trabajadoras de la maquila representaba 83 por ciento del salario pagado a trabajadores varones (Denman 1991, 45).

Con estas breves referencias a la literatura, queremos resaltar las diferencias sustanciales entre los trabajadores de la maquila, diferencias que pueden entenderse mejor bajo la óptica de género (Canales 1995; Fernandez-Kelly 1989; Cedillo 1999). Esta óptica permite ubicar el papel central de los sujetos en las historias contadas y en la construcción de las vidas cotidianas del personal trabajador, tanto al interior como fuera de la fábrica. No sólo es relevante que el número de trabajadoras mujeres en la industria maquiladora sea mayor que la de otras industrias, también el hecho de que más de la mitad del personal obrero sea femenino imprime dinámicas radicalmente distintas a las relaciones de trabajo, a las relaciones cotidianas, a las prácticas de salud, así como a las implicaciones para esas familias obreras, incluyendo desde luego a los varones. Esta investigación se centrará en las implicaciones de la cultura de salud de las madres-trabajadoras, y la revisión de las principales investigaciones realizadas sobre el tema de salud en la industria maquiladora de exportación en la frontera norte de México.

SALUD DE TRABAJADORAS DE LA MAQUILA

La salud de trabajadores y trabajadoras de la maquila ha sido tema de estudio de alrededor de dos docenas de investigaciones publicadas fundamentalmente en los años 80 y 90. En otros artículos (Denman 1997, 1998; Cedillo y Denman 2000; Denman, Cedillo y Harlow 2003) hemos propuesto una clasificación de dichas investigaciones en dos grupos: 1) investigaciones sobre la industria maquiladora que incluyen un eje de indagación sobre la salud y 2) las investigaciones específicas sobre las temáticas de salud en la maquila. Las primeras investigaciones fueron pioneras en el campo. De alguna manera introdujeron el tema de la salud en la maquila, además de la importancia de considerar la salud-enfermedad dentro de las investigaciones sociales. Sin embargo, dicha bibliografía hizo poco por conceptualizar la salud-enfermedad y por ende por establecer rubros específicos de observación. Se identifica una serie de problemas de salud asociados tanto a las condiciones específicas de trabajo como a las condiciones más globales de vida.

En contraste, en los estudios específicamente diseñados para estudiar la salud entre la población trabajadora de la maquila se incluyó una discusión conceptual y metodológica en torno a los daños a la salud, sus determinantes y mediciones. Estos estudios se concentraron en la identificación de una patología de origen laboral, incluyendo accidentes de trayecto, de trabajo y enfermedades profesionales. Uno de los temas incluidos en varias de las investigaciones se refiere a los daños con relación a la salud reproductiva, considerando daños en el producto del embarazo (por ejemplo bajo peso al nacer, prematurez y anomalías congénitas), o en las mujeres embarazadas o no embarazadas. Aunque el hostigamiento sexual se mencionaba repetidamente por parte de supervisores en las fábricas, poco se exploraban en estas investigaciones las percepciones de las mujeres sobre su sexualidad, o ámbitos más amplios de la salud reproductiva como sus prácticas de atención, el ejercicio de sus derechos reproductivos, las relaciones de pareja, entre otras.

Breve historia de la investigación sobre maquila y salud

Es posible caracterizar esta investigación dividiéndola en cuatro etapas: los estudios pioneros (Denman 1997), la denuncia documentada, la maquila llegó para quedarse y la investigación sobre problemas específicos. Enseguida haremos un breve resumen de algunos de sus resultados.

Los estudios pioneros

Durante la década de los ochenta se publicó una serie de trabajos de investigación sobre las condiciones de trabajo y de vida de trabajadores y, principalmente, trabajadoras de la maquila en varias ciudades fronterizas (Gambrell 1981; Fernandez-Kelly 1983; Carrillo y Hernández 1985; Iglesias 1985; Arenal 1986). Resultado de investigaciones que se venían realizando desde la década anterior, estos estudios son los pioneros de la investigación sobre salud y seguridad en la maquila.

Basados en encuestas, en entrevistas dirigidas y periodísticas y trabajo etnográfico, estos estudios relatan por primera vez las problemáticas de salud y seguridad entre personal obrero cuando se refieren a “las malas condiciones de trabajo en las maquiladoras como la falta de ventiladores y luz, la excesiva utilización de soldaduras, microscopios y sustancias tóxicas” (Carrillo y Hernández 1985, 137); o los “mareos, dolores de cabeza, cansancio, estornudos, tos; inflamación, dolor e irritación de los ojos; resequedad, irritación, comezón y brotes en la piel; falta de aire al respirar; irregularidades en el ciclo menstrual, irritabilidad e insomnio, entre otros” (Iglesias 1985). Otro tema referido es el de los problemas de salud asociados con las condiciones de vida, como la falta de vivienda adecuada, la ausencia de servicios como agua potable, drenaje y transporte, así como dinámicas familiares conflictivas (Fernandez-Kelly 1983; Iglesias 1985).

Una conclusión similar a la que llegan los estudios que hemos denominado “pioneros” es la importancia de desarrollar “estudios que proporcionen estadísticas de las enfermedades adquiridas por los trabajadores debido a los distintos factores de riesgo”. También señalaron la falta de

información sobre despidos por enfermedad y renunciaciones por agotamiento físico, accidentes, etcétera (Carrillo y Hernández 1985, 65).

La denuncia documentada

Además de estas investigaciones que señalaron entre sus resultados sobre condiciones de vida y de trabajo al tema de la salud, se encuentra otro conjunto de estudios diseñados más concretamente sobre temas de salud y seguridad. Son, por lo menos, dos las características principales de estas investigaciones: 1) son descriptivas y 2) poseen mayor inclinación hacia la teoría y metodología de las ciencias sociales, que las ciencias de la salud. Es a través de las investigaciones pioneras que se detecta un problema de salud en la industria maquiladora. Posteriormente se documentan y se sistematizan estos problemas. Aunque con objetivos diversos, los trabajos de Carrillo y Jasis (1983), Carrillo (1984), Carlesso y Rodríguez (1985), Márquez y Romero (1988) y Torres (1991) en Tijuana, Matamoros y Chihuahua logran construir un amplio listado de daños a la salud entre trabajadores de la maquila (Denman 1997, 176) que incluye tanto síntomas como accidentes y algunas enfermedades y problemas de salud reproductiva. Más allá del inventario, los estudiosos establecen relaciones entre dichos daños y los procesos de trabajo en las plantas que son descritos en ocasiones con gran detalle (Márquez y Romero 1988; Carlesso y Rodríguez 1985).

Una aportación adicional de estos autores es el señalamiento de las múltiples limitantes de orden metodológico, por ejemplo, la dificultad de acceso a registros clínicos o la ausencia de este tipo de registros, la imposibilidad de entrar a las fábricas para tomar medidas específicas de “exposición” y riesgo, y en general el sub-registro de enfermedades y accidentes ocupacionales (en México denominados legalmente “riesgos de trabajo”) por parte de las instituciones responsables, i.e. IMSS y STYPS (Carrillo 1984).

La maquila llegó para quedarse ²⁰

Estos temas son retomados en las siguientes investigaciones: Hovell et al. (1988), Denman (1990a, 1990b), Denman (1991), Eskenazi, Guendelman y Elkin (1993), Guendelman y Jasis (1991), Balcázar et al. (1995), GAO (1993), Cedillo et al. (1997), Moure-Eraso et al. (1994), Moure-Eraso et al. (1997), Ojeda (1995) y González Arroyo et al. (1997), diseñadas con el propósito de contar con mayor precisión sobre el tipo de daño a la salud y/o exposiciones específicas en grupos definidos con mayor claridad. De esta forma, el espectro de posturas ideológicas de los autores se abre incluyendo una mayor diversidad de posiciones sobre la maquila en México. Entre los efectos en la salud se analizan tanto los agudos, relacionados con exposiciones químicas (Moure-Eraso et al. 1997) y condiciones inseguras (por ejemplo las quemaduras y accidentes, entre otros), como los efectos crónicos por exposiciones acumulativas (trastornos músculo-esqueléticos, alteraciones en los ciclos menstruales o bajo peso al nacer), los factores causantes de estrés psicológico (Hovell et al. 1988; Guendelman y Jasis 1993) y el acceso a servicios de capacitación y atención en seguridad y salud.

En cuanto a cuestiones de diseño, en algunas de estas investigaciones se construyen grupos de comparación con mayor definición. Para esto se comparan las trabajadoras de una rama de la maquila con otras (Guendelman y Jasis 1993); trabajadoras de la maquila con amas de casa (Hovell et al. 1988); con trabajadoras de servicios y comercio (Denman 1991) o trabajadoras de diferentes tipos de maquila, mujeres que no trabajan de forma remunerada y quienes desempeñan otro tipo de trabajo (Cedillo et al. 1997).

Los estudios basados en encuestas tienden a utilizar muestras de conveniencia (Guendelman y Jasis 1993), muestras sistemáticas con arranque aleatorio (Denman 1991), o muestras estratificadas (Cedillo et al. 1997) que permiten seleccionar con mayor rigor científico los grupos de estudio y obtener conclusiones más representativas de la población

²⁰ La etiqueta es de Carrillo (1990, 147).

de trabajadores. Confirman en general lo que desde un inicio sospecharon los autores de las primeras investigaciones: la existencia de una patología registrada entre los trabajadores de la maquila que los hace diferentes a otras poblaciones trabajadoras y no trabajadoras de su región.

En el cuadro 3 se presenta una serie de problemas de salud típicos de patología laboral, algunos de los cuales son retomados en investigaciones posteriores, como los de salud reproductiva, los problemas músculo-esqueléticos, los problemas de estrés y otros que no han sido analizados como los referidos a los accidentes.

Cuadro 3

Daños a la salud identificados de las investigaciones sobre maquila y salud en México 1983 – 1997

Daños a la salud
<ul style="list-style-type: none"> • Dermatitis/daños a la piel • Accidentes • Náusea/vómitos/mareos/pérdida de conciencia • Dolores de cabeza/cefaleas • Dolor de espalda/nuca/hombros/cuello/dorsalgia (problemas músculo-esqueléticos) • Problemas de la vista/cansancio/conjuntivitis-alergias • Estrés, tensión nerviosa/neurosis/nerviosismo/trastornos del sueño • Problemas respiratorios/rinofaringitis/alergias • Problemas reproductivos/trastornos menstruales/abortos • Bajo peso al nacer/prematurez/hijos con problemas • Fatiga/cansancio • Hipertensión arterial • Anemia • Daños por hostigamiento sexual • Síndrome ácido péptico

Fuente: tomado de Denman (1997).

La investigación sobre problemas específicos

De los estudios más recientes se puede decir que han tenido mejores diseños y formas de análisis, así como una mayor precisión en las preguntas de investigación y que responden a nuevas temáticas. Esto se ha suscitado por los cambios mismos en la industria maquiladora, en cuanto a su permanencia, continuidad, diversidad y tamaño; así como por el hecho de que sean más factibles ciertos tipos de estudios por la existencia de efectos en la salud a más largo plazo. Se realizan investigaciones que intentan analizar problemas de salud-enfermedad en quienes ya han abandonado el empleo en la maquila. Otra característica de estos estudios que se puede generalizar es que su enfoque es más específico. En todos los casos, estas investigaciones se caracterizan por responder a preguntas más concretas, como: el fenómeno del “trabajador sano” y los motivos para dejar el trabajo (Guendelman et al. 1998); los factores psico-sociales (causantes de estrés) dentro y fuera del lugar de trabajo y la salud psicológica de las trabajadoras (Cedillo 1999); los problemas músculo-esqueléticos y las condiciones de vida y de trabajo; y el manejo de los riesgos químicos en la industria electrónica (Harlow et al. 1999).

Guendelman et al. (1998) utilizan un diseño de estudio de corte prospectivo en trabajadoras que dejaron de laborar en la maquila, metodología aplicada por primera vez en esta población. El estudio está basado en dos plantas electrónicas, una norteamericana y otra japonesa, ubicadas en la ciudad de Tijuana, para investigar la razón por la cual dejaron el empleo y si esta razón estaba asociada con problemas de salud o no. Los autores concluyen que las condiciones que contribuyeron a que las mujeres de la cohorte dejaran el trabajo fueron: una intervención quirúrgica previa a su ingreso al empleo, ser fumadoras y haber regresado a trabajar después de una incapacidad por enfermedad. Por otro lado, las trabajadoras con enfermedades crónicas fueron menos proclives a dejar el empleo. Con respecto a la nacionalidad de la empresa, entre la de origen japonés y la de origen estadounidense, las trabajadoras de la primera tuvieron más alta probabilidad de dejar el trabajo que las de la segunda.

Los problemas músculo-esqueléticos relacionados con el trabajo y las condiciones de vida fueron investigados por Harlow et al. (1999),²¹ quienes condujeron un estudio transversal utilizando un análisis estadístico en el que se compara la prevalencia de estos síntomas en diferentes grupos de mujeres, dependiendo de la ocupación, y se estudia su relación con aspectos de trabajo remunerado como antigüedad y puesto, trabajo doméstico y condiciones sociodemográficas. En este estudio se encontró que los factores tanto sociodemográficos como ocupacionales estaban asociados con la presencia de síntomas músculo-esqueléticos. Entre los síntomas se encuentran: dolor en la espalda baja (30 por ciento), espalda alta (38 por ciento), cuello y hombros (26.4 por ciento), mano y muñeca (18.2 por ciento) y en las piernas (28.3 por ciento). El tener bajo nivel de escolaridad, vivienda deficiente, ser jefa de casa y ser migrante estuvieron asociados cada uno de ellos con uno o varios síntomas músculo-esqueléticos. En general, el trabajar fuera de la casa incrementó el riesgo de presentar este tipo de síntomas. Las trabajadoras de la maquila presentaron un incremento de 40 a 90 por ciento de riesgo para varios de los síntomas, comparadas con las mujeres que no habían trabajado en los treinta meses previos al estudio; y comparadas con mujeres que tenían otro tipo de trabajo remunerado, las trabajadoras de la maquila presentaron un incremento de riesgo para problemas músculo-esqueléticos del 20 por ciento.

Para estudiar los factores psico-sociales (causantes de estrés) dentro y fuera del lugar de trabajo y la salud psicológica de las trabajadoras, Cedillo (1999) utiliza una combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas, principalmente entrevistas semi-estructuradas, recorridos de observación, cuestionarios auto-aplicados y análisis psicométricos y epidemiológicos de los datos. El estudio es de diseño transversal y fue conducido directamente en dos plantas maquiladoras electrónicas. El análisis de las correlaciones de las variables del ámbito de trabajo con las escalas de estrés psicológico mostró que la inseguridad en el empleo, así como

²¹ Debe advertirse que se trata del análisis de la misma base de datos realizado en Tijuana (Cedillo et al. 1997).

las malas relaciones con el supervisor, son factores de malestar psicológico. Al analizar las fuentes del malestar fuera del ámbito laboral se encontró que el “desequilibrio entre responsabilidades dentro y fuera del trabajo”, las “relaciones conflictivas con familiares” y las “relaciones conflictivas con los amigos” eran fuente importante de estrés.

Síntesis de resultados y nuevos retos

Varias lecciones de la investigación realizada hasta el momento sobre salud de trabajadores y trabajadoras de la maquila nos ayudaron a centrar el problema de investigación de este trabajo y delimitar su campo. Destacan la singularidad de la población trabajadora de maquila en comparación con otras poblaciones trabajadoras o no trabajadoras; los ámbitos estudiados, tanto laborales como domésticos; la problematización de la salud de trabajadores de maquila, que le imprime abordajes teóricos y metodológicos distintos, con énfasis en aquellos de la epidemiología ocupacional tradicional basada en aproximaciones estadísticas mediante encuesta. Una limitación de los efectos de salud-enfermedad estudiados es que excluyen de su análisis –salvo las escasas excepciones ya mencionadas– a la salud mental o al estrés, o las consideraciones sobre la salud positiva. Paradójicamente, a pesar de que los modelos de análisis de epidemiología ocupacional han sido desarrollados entre varones, en particular trabajadores de manufactura en países desarrollados, la investigación sobre maquila y salud ha enfatizado el estudio de la población femenina trabajadora, con exclusión de los varones trabajadores en la maquila del análisis de la problemática.

En primer lugar vale remarcar la diferencia entre población trabajadora y no trabajadora, o entre trabajadora de maquila o de servicios y comercio. A veces, estas diferencias estriban en las características propias de la población trabajadora, i.e. de mayor o menor edad, escolaridad o antigüedad, o por diferencias en ingreso, antigüedad y capacitación para el trabajo. Sin embargo, la diversidad de condiciones y de características de los y las trabajadoras apunta a la necesidad de desarrollar programas de atención a la enfermedad y promoción de la salud que tomen

en cuenta estas diferencias. Además, habría que considerar, para el diseño de las investigaciones sobre salud, la necesidad de definir con mayor precisión el tipo de trabajadores del que se está hablando cuando se refiere a otros sectores, como “servicios y comercio”, dado que abarca una amplia gama de empresas, posiciones en el trabajo y condiciones socioeconómicas de sus integrantes. En este gran rubro, generalmente se compara a afanadoras y personal de mantenimiento, así como secretarial y administrativo y personal gerencial y de dirección.

Otro punto importante tiene que ver con las consideraciones sobre las interrelaciones entre el espacio doméstico y el laboral. Los primeros estudios sobre maquila y salud sólo consideraban el espacio doméstico en términos muy generales, como para señalar las deficiencias materiales de la vivienda y la pobreza generalizada, y ocasionalmente cuestiones sobre conflictos familiares. Es sólo hasta más recientemente que se considera la importancia de analizar además el espacio doméstico, sobre todo las relaciones familiares, como un tema que se asocia con la salud de los trabajadores. En el caso de la investigación de Cedillo (1999), es sorprendente el nivel de conflictos familiares provocadores de estrés registrados por las trabajadoras de dos maquiladoras estudiadas en Hermosillo. La autora concluye que la salud de la mujer trabajadora debe estudiarse tanto en su relación con factores de estrés laboral, como extralaboral (Cedillo 1999, 190).

En una investigación realizada en Nogales, Sonora, para conocer el bajo peso al nacer y prematuridad entre hijos de trabajadoras de maquila, de servicios y comercio y de amas de casa, se encontró que los hijos de las amas de casa tenían bajo peso al nacer en proporciones similares, y en ocasiones mayores, que los hijos de trabajadoras de la maquila (Denman 1990a). Ello nos llevó a señalar la necesidad de considerar, además del espacio laboral, el ámbito doméstico como un espacio que debía ser estudiado con relación a la salud de trabajadoras de la maquila. Este es un tema poco estudiado y sobre el cual no existe el cúmulo de modelos y propuestas teóricas y herramientas metodológicas como los que circulan para el análisis de la salud ocupacional. Se hace más difícil la medición de los riesgos y se complejiza el análisis de los efectos.

Una parte de estas dificultades se refiere a la división tradicional entre la esfera de lo *público*, que hemos venido investigando desde las ciencias sociales, y la esfera de lo *privado*, tema que no ha sido considerado hasta hace poco como objeto de la investigación social. Diversas prácticas académicas, en particular de los estudios feministas, han planteado la necesidad de indagar en el ámbito privado, sobre todo para conocer el origen de las desigualdades de las mujeres. Es particularmente M. Rosaldo quien en la década de los setenta se enfoca en la “relativa separación de los dominios domésticos y públicos, el mundo del hogar, la reproducción y el mantenimiento de niños y adultos, y el mundo del trabajo extra-doméstico, el ejercicio de la ciudadanía, la cultura pública y el estado” (Di Leonardo 1991, 13). Conforme avanzaron los estudios, específicamente las investigaciones feministas, se señalaban las ambigüedades y las ironías de esta división tajante. Algunas historiadoras señalaban las dificultades para aplicar esta nueva clasificación; así, por ejemplo, para las empleadas domésticas, el mayor grupo de mujeres trabajadoras en Estados Unidos y la Gran Bretaña de la época victoriana, el hogar y el lugar de trabajo eran instituciones “interpenetradas”, difícilmente separables (Di Leonardo 1991, 16). El reto entonces, al utilizar dicha división, si es útil para el tema a investigar, es el de identificar los fenómenos que se analizan en cada uno: los espacios físicos y las condiciones materiales donde se vive “lo doméstico”, los arreglos familiares, los roles sociales, las relaciones familiares y domésticas, entre otras. Para el caso de las trabajadoras de la maquila, en este trabajo intentamos identificar los fenómenos más relevantes para la atención a su salud que ocurren tanto en los espacios laborales, como en los domésticos.

Difícilmente se puede considerar la investigación de las relaciones entre los ámbitos laborales y domésticos y sus efectos en la salud-enfermedad como parte de una larga tradición académica. Es un tema que recién se ha presentado en la bibliografía y que requiere la construcción de una serie de conceptos y definiciones que permitan ir precisando el objeto de estudio y sus formas de investigación. Una aproximación que puede aportar elementos al respecto es la del trabajo etnográfico, la cual permite acercarse a las trabajadoras para escuchar de manera directa sus

discursos sobre las relaciones entre estos dos ámbitos, para poder describir sus prácticas respectivas a la atención de la salud-enfermedad. Interesa particularmente esta aproximación por permitir reconocer el punto de vista de las mujeres en cuanto a sus prácticas de atención de la salud-enfermedad en la planta maquiladora y en sus hogares. Cobra mayor significado el identificar dichas prácticas como parte de un contexto más amplio en las vidas de las propias mujeres en la maquila, en sus comunidades, en la región. En este trabajo combinaremos este tipo de acercamiento con el análisis de fuentes secundarias, así como con la aplicación de un cuestionario en la Planta X que permitirá ubicar el contexto más amplio de la fábrica. Pero el trabajo etnográfico que no se acote a temas más específicos corre el riesgo de caer en las generalizaciones globalizantes que poco pueden contribuir a definir un nuevo problema de investigación y a proponer análisis útiles para entender dichos problemas. Por este motivo seleccionamos, como se mencionó antes, el tema de la salud reproductiva, en el que se inserta la atención al embarazo.

Salud reproductiva de trabajadoras

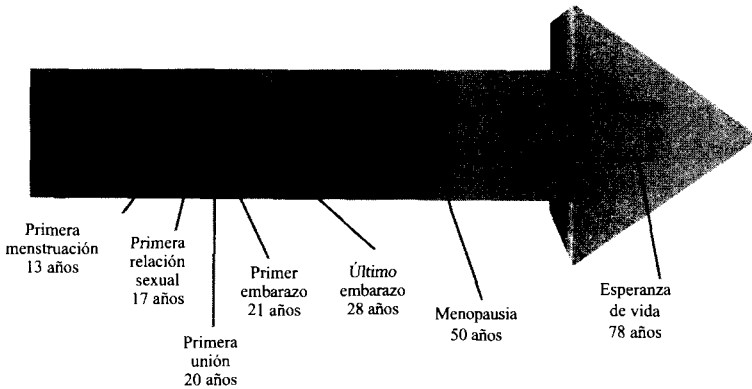
La salud-enfermedad abarca las distintas etapas del ciclo de vida de la persona. Tomando en cuenta que nuestra población de estudio son mujeres trabajadoras, haremos un primer recorte ajustado a las edades del trabajo productivo, que convencionalmente se sitúa entre los 15 y los 65 años de edad. Estas edades abarcan además la edad reproductiva de las mujeres, esto es, el rango de edad entre aproximadamente los 13 años (o edad de la primera menstruación) y los 50 años (edad aproximada en la que la mujer deja de ovular). Por ello, la edad no sólo es un corte de carácter demográfico, sino que además refleja los ciclos de vida de la mujer.

En el diagrama 1 puede observarse que cerca de la mitad de la vida de las mujeres, —alrededor de 41 por ciento— es marcada por diversos eventos asociados con la vida reproductiva activa. Si tomamos en cuenta los eventos de salud posteriores a la menopausia —muchos de ellos asociados con enfermedad y malestares como el cáncer cérvico uterino y el

cáncer mamario— y otros, también relacionados con la salud reproductiva, que tienen que ver con complicaciones derivadas de embarazos y prácticas anticonceptivas como la incontinencia, los vaivenes hormonales y metabólicos, y desde luego un aspecto poco considerado en el estudio de la salud reproductiva como la salud mental, resultará que la salud reproductiva abarca hasta el 83 por ciento de la vida de las mujeres. Esta preponderancia de la reproducción en la vida de las mujeres, marcada por la biología de manera tajante, es aún más poderosa si aludimos a los marcadores culturales. A pesar de que las mujeres no presentamos posibilidades de reproducción hasta los trece años, desde años antes se nos prepara social y culturalmente para cuidar a los demás, para aprender a ser mamás, hecho que se ilustró al principio de esta introducción con el relato de Patricia y su hija Ofelia, quien cuida a sus hermanitos. Siguiendo estos criterios, la reproducción como proceso biológico-cultural abarca y marca casi toda la vida de las mujeres.

Diagrama 1

La salud reproductiva en la vida de las mujeres



Fuente: adaptado de Gertud S. Berkowitz y Janet R. Daling (2000, 81-84). Datos tomados de ENADID 1997 e INEGI 2000.

Estudiar entonces la salud-enfermedad de mujeres trabajadoras en edad reproductiva apunta claramente hacia el análisis de la salud reproductiva. Sin embargo, el tema de las prácticas de atención al embarazo dentro de la salud reproductiva, contiene además un incentivo adicional muy poderoso: en general, la investigación tanto socio-cultural como epidemiológica de la salud ha priorizado el análisis de las causas de enfermedad y muerte y el control de la fecundidad con mucha más frecuencia que el estudio de la salud propiamente dicho o de la salud positiva, como la denominaremos en este texto.²² En gran parte, esto es reflejo de la propia estructura del aparato biomédico de atención que se ha centrado en la atención clínica y curativa, antes que en la preventiva, con la consecuente repercusión en las prácticas de atención de la población. Cada vez se observa una mayor medicalización de la salud, en particular de la salud reproductiva, que la convierte rápidamente en patología y enfermedad y en objeto de tratamiento e intervención médica.²³ Pero este proceso de medicalización ha sido negociado, resignificado y vivido por individuos de carne y hueso, investigadores incluidos, que han reconocido que algunas de las tecnologías biomédicas son “de valor igual o superior a terapias tradicionales” (Lock y Scheper-Hughes 1996, 44).

También responde a la historia del desarrollo del conocimiento sobre salud-enfermedad, que ha privilegiado la construcción de conceptos, indicadores y técnicas sobre la muerte y la enfermedad, más que sobre las distintas manifestaciones de la salud y la vida. Por ende, se ha acumulado gran cantidad de información acerca de cómo y de qué muere y se enferma la población, antes de explicar qué es lo que hacen para no enfermar y no morir. Curiosa vuelta del conocimiento, a la par que se lucha por vivir más, se olvida estudiar justamente cómo se vive mejor. Este vacío en la investigación sobre salud-enfermedad constituye un reto importante para las ciencias sociales que abordan el tema. Dicho reto es

22 Tanto Menéndez (1988) como Haro (2000) y muchos otros han señalado este hecho, y sugieren la necesidad de considerar otros aspectos no patológicos en el estudio de la salud.

23 Uno de los autores más citados en referencia a este hecho es Illich (1976).

desarrollar conceptos y estrategias de investigación que permitan entender las posibles acotaciones y dimensiones de la salud positiva, facilitar su estudio, fomentar su cuidado y las prácticas preventivas respectivas así como sus consecuentes políticas. Nuestra propuesta en esta investigación es identificar las prácticas de atención al embarazo y, entre éstas, explorar el sentido de las prácticas que podemos considerar como de salud positiva. Por limitaciones de diseño, así como por la calidad de la información, no fue posible ahondar más en el desarrollo de este concepto. Sin embargo, decidí mantenerlo pues, aunque nuestras aportaciones sean modestas, estoy convencida de la necesidad de dar un giro a la investigación actual que permita identificar algunas dimensiones de las prácticas orientadas al mantenimiento y la construcción de la salud en el campo de la salud reproductiva.

En el estudio de la salud-enfermedad de la mujer trabajadora, esta necesidad es aún más obvia. En las investigaciones que revisamos, todos los casos (véase capítulo III) enfatizan el análisis de los daños a la salud y de morbilidad por encima de los aspectos de prácticas de atención y de salud positiva. La intención al explorar también este último enfoque implica una delimitación cuidadosa de los problemas a estudiar y la correspondiente metodología. Por ejemplo, si bien consideramos que son las instituciones médicas las que atienden los daños a la salud, como la enfermedad, los accidentes y la muerte, las prácticas de salud positiva tendrían que investigarse primordialmente en otro ámbito, fuera de las instituciones de salud. Ello impone un requisito al diseño de la investigación: que esté centrada en las principales actoras, en este caso las madres-trabajadoras, y no en las instituciones médicas. Requiere además que la estrategia de investigación delimite un tema específico de salud que efectivamente responda a las vidas de las trabajadoras, que para nuestro caso es el embarazo. Para ello podemos partir de la investigación que ya se ha realizado sobre salud de mujeres trabajadoras.

Desde 1985, se han generado algunas investigaciones sobre la salud-enfermedad de mujeres trabajadoras, que abren camino en un bosque poco explorado. Las principales referencias para los países centrales se refieren a investigaciones de corte epidemiológico que analizan las con-

diciones de trabajo y los perfiles de riesgo con miras a entender si existe un mayor riesgo de daños a la salud o no entre la población trabajadora femenina.²⁴ Las contribuciones de una diversidad de autores en estos textos no apuntan a explicaciones de un solo enfoque teórico- metodológico. Al contrario, se sugiere que las explicaciones sobre la salud-enfermedad de las mujeres no se derivarán de un cúmulo de investigación de corte biomédico tradicional. Algunas investigadoras proponen que se requiere de nuevos análisis de la producción y construcción social de la salud y la enfermedad para ir delineando las diferencias y similitudes entre la salud de varones y mujeres, y el análisis de nuevas problemáticas sociales (Fee y Krieger 1994, 7). En cuanto a la salud laboral, algunos de dichos estudios (Waldron 1983) se concentran en la identificación de los efectos negativos del resultado del trabajo femenino extra-doméstico y el tipo de relaciones causales entre el trabajo femenino y la salud. Se señalan los riesgos por exposición a diversos factores como los tóxicos y otras sustancias peligrosas, el hostigamiento sexual, el horario extenso, el trabajo rutinario y mecánico, la mala adecuación de los instrumentos de trabajo, entre otros. Dado el carácter incipiente de este campo –la salud ocupacional de las mujeres– falta una gran cantidad de estudios que profundicen en algunos de los aspectos encontrados para entender sus implicaciones a mediano y largo plazo, las diferencias entre mujeres y varones, y el peso de la carga doméstica, punto que discutiremos a continuación.

La revisión de las investigaciones realizadas hasta el momento sugiere que la mujer trabajadora tiene menos enfermedades incapacitantes y mejor salud mental que el ama de casa (Verbrugge varios años, en Hall 1994). Estos datos coinciden con los resultados encontrados para amas de casa, con hijos de bajo peso al nacer, en comparación con el peso al nacer de hijos de trabajadoras de la maquila en Nogales, Sonora (Denman 1990a). Hall propone que es necesario dar una mayor especificidad al estudio de roles, y ver cómo se construyen socialmente, para investigar

²⁴ Algunas de las referencias en este sentido son los textos compilados por Fee (1982) y Fee y Krieger (1994).

los efectos individuales y combinados de las características del trabajo doméstico y extra-doméstico. Su investigación, realizada en Suecia, muestra cómo surgen nuevos patrones de asociación cuando se analizan también las especificidades del trabajo doméstico, además de las del trabajo extra-doméstico, con relación a los estresores psicosomáticos. Hall concluye que algunos estresores laborales tuvieron efecto distinto en varones que en mujeres, principalmente por las mayores demandas sociales a las mujeres y en condiciones en las que tuvieran poco control y poco apoyo de sus redes sociales (Hall 1994, 131). Hall insiste en su resumen, que no esperaba encontrar una diferencia tan marcada, considerando que Suecia es uno de los países más emancipados. Le sorprende que entre varones y mujeres estas últimas evidencian un mecanismo de acumulación de cargas que funciona como un riesgo adverso para la salud femenina. Para aquellas mujeres que son “esposas y madres”, y dado que realizan la mayor parte del trabajo doméstico, el trabajar alrededor de 20 horas a la semana no parece beneficiar su salud.

En cuanto al estudio de la relación entre salud-enfermedad y trabajo en la maquila, la parte medular de la investigación se ha concentrado en el efecto del trabajo sobre la salud-enfermedad de las mujeres, con más énfasis en los daños que en los posibles beneficios. Esta visión se debe a que la mayor parte de los estudios conciben a las trabajadoras como meras víctimas, no como actoras con agencia. Las investigaciones han revelado un patrón de daños a la salud similares a los perfiles descritos para trabajadores de la manufactura. Es decir que, aparentemente, la salud de trabajadores de la maquila no se diferencia sustancialmente de la salud ocupacional en la industria en general. Así, los principales daños se asocian con problemas de postura y posición que se manifiestan en dolores de espalda, nuca, brazos, piernas; exposición a sustancias tóxicas y potencialmente peligrosas, que se manifiesta en dolores de cabeza, dermatitis, problemas del sistema nervioso, reproductor y endocrino; exposición a instrumentos de trabajo de diseño y protección inadecuados que provocan machucones y otras lastimaduras tan graves como amputaciones; y los daños que causa la presión excesiva por los ritmos y estándares de la producción, más el hostigamiento general y específicamente sexual

contra las trabajadoras, que se traduce en dolores de cabeza, enfermedades de los nervios y estrés en general. Sin duda, éstos daños presentes, sentidos y vividos por las y los trabajadores de la maquila merecen la más urgente atención; son el resultado de modelos de desarrollo que deben ser evaluados a fondo. Sin embargo, su estudio no puede considerarse más que una visión parcial de la salud de trabajadores y trabajadoras si no comprende otros aspectos de la salud-enfermedad como los que se presentan en la vida cotidiana de todos los trabajadores y las formas en las que representan y cuidan su salud.

Es clara la ausencia de un marco interpretativo que considere no sólo las condiciones laborales, sino además las domésticas, para estudiar la salud-enfermedad de la mujer trabajadora, aunque frecuentemente es anunciada como una dimensión de estudio necesaria. Estudiar la salud-enfermedad de la mujer trabajadora sin tomar en cuenta sus condiciones domésticas deja de lado las posibilidades de una comprensión más global del fenómeno. No se podrían entender, por ejemplo, las razones a las que aluden las mujeres para preferir algunos turnos, la ponderación que hacen sobre los distintos riesgos, el uso selectivo de diversos servicios de salud, las negociaciones cotidianas de sus condiciones de trabajo, los efectos positivos y negativos de las responsabilidades domésticas en su salud, y el amplio mosaico de estrategias que implementan para proteger y cuidar su salud frente a nuevas condiciones.

Esta limitación puede derivarse de la tradición de la salud ocupacional de considerar exclusivamente a la población varonil en sus estudios, partiendo de que constituye la mayoría de la población trabajadora. Los parámetros, medidas, técnicas de investigación y conceptos fundamentales de análisis parten del estudio de la industria manufacturera tradicional en los países desarrollados, principalmente en Estados Unidos y Europa. Pero incluso las investigaciones realizadas en México parten también de un marco que generalmente privilegia el ámbito de la producción y no el de la reproducción.²⁵ El énfasis en el estudio de las mujeres

²⁵ Para el caso de la maquila, consultar a Romero, Zubieta y Márquez (1986). Hay que mencionar que sí hay un número reducido de investigaciones que inician el estudio de ámbitos domésticos y extra-domésticos (véase Garduño y Rodríguez 1990).

trabajadoras puede enriquecer estos marcos generales al introducir dimensiones que permitan abarcar una visión más compleja y dinámica de la salud-enfermedad de la población trabajadora. No se descarta que eventualmente estos marcos ampliados sean útiles también para el análisis de la salud-enfermedad de la población varonil trabajadora, que, sin embargo, no es tema de esta investigación.

En cuanto a la segunda limitación, nos referimos a un problema ya mencionado, el hecho de que la investigación se centre en la enfermedad o en los padecimientos, más que en la salud. Si bien es indispensable documentar el tema de la enfermedad y los daños a la salud para las mujeres trabajadoras, sobre todo para atenderse y tratarse oportunamente, también es cierto que el estudio de los beneficios para la construcción y el mantenimiento de la salud, i.e. lo que hemos etiquetado como salud positiva,²⁶ contribuye sin duda a una mayor comprensión de la salud-enfermedad y muy especialmente de las iniciativas tomadas por las mujeres para atenderse. Entendemos por salud positiva las prácticas cotidianas de cuidado de la salud que sirven más para evitar, prevenir y construir condiciones de salud, que para corregir daños y enfermedad. Aclaremos que en el análisis de las condiciones reales resulta evidente que una misma práctica puede servir para reponer y reconstruir la salud en los dos sentidos, dado que no existe una división tajante entre lo positivo (la salud) y lo negativo (la enfermedad), dicotomía muy asociada con las discusiones sobre la conceptualización misma de la salud-enfermedad (Fábrega 1981). Para esta investigación nos limitamos al embarazo, “problema” de salud reproductiva que ha sido cada vez más medicalizado, por lo cual proponemos identificar prácticas de salud positiva.

Prestar atención y entender mejor qué hacen las trabajadoras para cuidar y construir su salud en vez de investigar exclusivamente cómo reparan y curan los daños puede mostrar, con más claridad, los componentes de programas de salud pública, la conceptualización de la salud-enfermedad y su atención, así como las formas en las que se construye y se

²⁶ Salud positiva es desde luego una etiqueta desafortunada pero necesaria para subrayar la importancia de no centrarse en lo patológico.

transforma la cultura de salud en condiciones de reciente acceso a servicios institucionales públicos como el IMSS. Particularmente, permitiría definir algunas de las medidas que se podrían tomar para incentivar y mejorar el cuidado de la salud entre trabajadoras de la maquila. Pero más importante aún tal vez sea el cuestionar los marcos analíticos con los que se han abordado tradicionalmente la salud laboral y la salud reproductiva, para proponer conceptos con mayor grado de correspondencia a los procesos actuales de salud-enfermedad de trabajadoras de la maquila.

Nociones retomadas desde la antropología médica

El estudio sociocultural del embarazo no se remite exclusivamente a las investigaciones recientes sobre salud reproductiva, en donde se conjugan tradiciones disciplinarias de la antropología, la sociología, la sociodemografía, la psicología, la filosofía y la medicina. Paralelo a ello está el gran cúmulo de conocimiento antropológico en torno a las prácticas médicas tradicionales y populares sobre la fecundidad, el embarazo, parto, puerperio y lactancia.²⁷

Los objetivos básicos de estas investigaciones son estudiar los conceptos, creencias y prácticas de la medicina tradicional, la auto-atención y la medicina doméstica frente a los problemas mencionados, y suelen ser estudios realizados en comunidades rurales o suburbanas marginadas entre población indígena y mestiza. Por las características de las orientaciones teóricas y de la población estudiada, en dichos estudios no se consideran las prácticas y creencias de la población trabajadora femenina. Una excepción a esto es el trabajo sobre lactancia y trabajo asalariado de Salas (1995), que parte de una perspectiva de género y analiza el impacto del modelo médico en la promoción y limitación de la lactancia materna entre mujeres trabajadoras.

El énfasis en el enfoque de la etnomedicina y el estudio de problemas de la llamada medicina tradicional dentro de la práctica de la antropología

²⁷ Sólo para el caso de México ver Mellado, Zolla y Castañeda (1989), Zolla y Mellado (1995), Módena (1990), Ortega (1997), Jordan (1993) y Cosminksy (1992).

médica en México es una de las principales características de esta rama, por lo menos hasta la década de los ochenta (Menéndez 1988). Pero a partir de entonces se observa la apertura hacia otros grupos sociales, como los urbanos, y otras problemáticas de salud, incluyendo el análisis de la práctica médica institucional. El estudio de Salas (1995) citado antes es ejemplo de ello, así como los trabajos de Ravelo (1998), Osorio (1994), Ramos Escobedo (1998) y el propio Menéndez (varios años), quien es un fecundo productor de materiales publicados individual y colectivamente en el campo de la antropología médica.

Uno de los varios puntos de convergencia entre los estudios sobre salud reproductiva y de antropología médica se refiere al uso del concepto de las prácticas en relación con el cuidado de la salud. En torno a este concepto aparecen varias intenciones, aquéllas que buscan ubicar a la cultura como producto colectivo de prácticas individuales, y otras que buscan explicar “la génesis, reproducción y transformación de la forma y del significado (...) de cómo un sistema modela la práctica y (...) [cómo] la práctica modela el sistema” (Ortner en Borofsky 1994, 476). Se entiende que en las prácticas podríamos observar el reflejo de la interacción entre las conductas y respuestas individuales y las imposiciones y negociaciones estructurales.

En cuanto al estudio de las prácticas de atención a la salud, para Menéndez y Di Pardo éstas conforman una parte del saber médico, constituido tanto por representaciones como por prácticas. Según estos autores:

el *saber* (...) se refiere a un nivel de abstracción mayor que el de representación y práctica técnicas, a los que, en cierta forma, sintetiza. Este concepto nos remite a la articulación que opera el médico en términos funcionales-intencionales entre el conocimiento científico-técnico aprendido en su proceso formativo universitario; al conocimiento y a las técnicas obtenidas a partir de su trabajo profesional; a las costumbres ocupacionales incorporadas en las instituciones médicas y a la apropiación y resignificación de las representaciones y prácticas sociales medicalizadas (Menéndez y Di Pardo 1996, 58).

Previamente, los autores han señalado que las representaciones se refieren básicamente a la enfermedad, mientras que las prácticas se refieren al enfermo (Menéndez y Di Pardo 1996, 54) o, en el caso de esta investigación, a las madres-trabajadoras.

Dichos saberes pueden responder a diversos modelos de atención a la salud. El primero responde primordialmente al modelo biomédico que Menéndez denomina modelo médico hegemónico (MMH). Otro se refiere al modelo de atención subordinado (MAS) que incluye las prácticas alternativas, tan de moda hoy en día, como la acupuntura, la homeopatía, así como las prácticas surgidas de los grupos culturales, conocidas por otros autores como “tradicionales”, etiqueta rechazada por Menéndez porque no refleja el dinamismo y las transformaciones de dichas prácticas. Ambos modelos siguen muchos de los parámetros de la medicina biomédica en tanto diagnóstico, tratamiento, relación médico-paciente, etcétera (Menéndez y Di Pardo 1996, 59 y ss).

En todo caso, el modelo que se aparta más del modelo biomédico y en donde se ubican algunas de las prácticas que nos interesa investigar en este libro es el modelo de auto-atención (Menéndez varios años), conocido también con ligeros matices como modelo de atención doméstica (Zolla y Mellado 1995). La medicina doméstica se entiende como el “conjunto de conocimientos, recursos y acciones terapéuticos presentes en el hogar, que no trascienden este ámbito como una oferta de servicio” (Zolla y Mellado 1995, 72). En este modelo, las prácticas de las mujeres son fundamentales, pues son quienes culturalmente han sido asignadas para llevar la responsabilidad de la salud familiar. Consideramos que en este modelo de auto-atención pueden encontrarse la mayor parte de las prácticas que se refieren a la salud positiva. Para Menéndez este modelo, que incluye la automedicación, es “estructural a toda sociedad, suponiendo el primer nivel real de atención; está en la base de todos los anteriores y su estructuralidad se basa en las funciones no sólo curativas, sino sobre todo socioeconómicas que cumple para los grupos en que opera” (Ibid, 104). Es justo en la auto-atención en donde creemos encontrar las prácticas de salud positiva que pueden ser entendidas como parte de las acciones dirigidas a la reposición y construcción de salud de los miembros

de la unidad doméstica, incluyendo a la propia mujer, quien se responsabilizará por la alimentación, la higiene, el vestido, la educación y la socialización, así como por la salud y el cuidado de las enfermedades de sus familiares (véase Menéndez 1984).

Nuestro interés personal en el análisis de las prácticas de atención a la salud de trabajadoras de la maquila responde a intereses semejantes a los de antropólogas que han creado ya una importante tradición con sus estudios etnográficos ubicados en contextos más amplios de fenómenos que hoy se definirían como globalización. Nos referimos particularmente a Scheper-Hughes y Lock,²⁸ quienes han contribuido con énfasis en la investigación empírica y de campo, al desarrollo de un cúmulo conceptual y teórico que ha enriquecido a la antropología médica crítica con relación al cuerpo individual, social y político. Con respecto a la salud reproductiva, Lock aclara:

La discusión sobre las actividades reproductivas, en cualquier sociedad, no sólo debe considerar el discurso político y profesional sobre la construcción y manipulación de los cuerpos femeninos individuales, sino que también debe articular el amplio rango de respuestas de mujeres de diversos ámbitos de vida a dicho discurso, a la vez tomando en cuenta el contexto social más amplio en que dichas transacciones suceden (Lock 1998, 209, traducción mía).

ORGANIZACIÓN DEL TEXTO

Esta investigación plasma capítulo por capítulo los procesos, las relaciones y los argumentos que llevan a entender mejor la emergente cultura de salud de las madres-trabajadoras de una planta maquiladora en Nogales. Para llegar a esta conclusión, desde el capítulo I se construyen los con-

²⁸ Cito específicamente a estas dos especialmente por su muy sugerente ensayo, "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology", así como en Scheper-Hughes (1992), Lock (1998) y Lock y Scheper Hughes (1996).

ceptos claves de la investigación y los principales enfoques y campos en los que nos ubicamos (conceptos y disciplinas centrales, como conceptos y enfoques marginales, útiles a la investigación). Nos referiremos a la antropología médica, a las prácticas de atención a la salud, a la salud reproductiva, a la agencia humana, a las identidades y las relaciones de género, a los modelos médicos, a la salud positiva, así como a las condiciones de vida. En dicho capítulo se reconocen los autores y las corrientes de los que nos alimentamos, pero además se proponen las construcciones propias en vista del problema de investigación y de nuestro posicionamiento teórico-político. Identificaremos los conceptos que formaron parte de nuestro punto de partida y aquellos que tuvimos que incorporar obligadas por los resultados preliminares de la investigación, de manera que se explicita la oportunidad que tuvimos de ahondar en cada tema desde el inicio, o de explorarlo apenas someramente hacia el final de la investigación.

El capítulo II contiene la operacionalización de los conceptos mencionados mediante la explicitación de la metodología acorde con nuestra toma de posición teórica. Se describen las distintas actividades del trabajo de campo, particularmente las entrevistas y el acercamiento a las trabajadoras y la encuesta aplicada en la Planta X. Este capítulo explicita y transparenta las preocupaciones, aspiraciones y reflexiones que ha suscitado el compromiso con el trabajo etnográfico, mismas que normalmente quedan silenciadas en los escritos académicos.

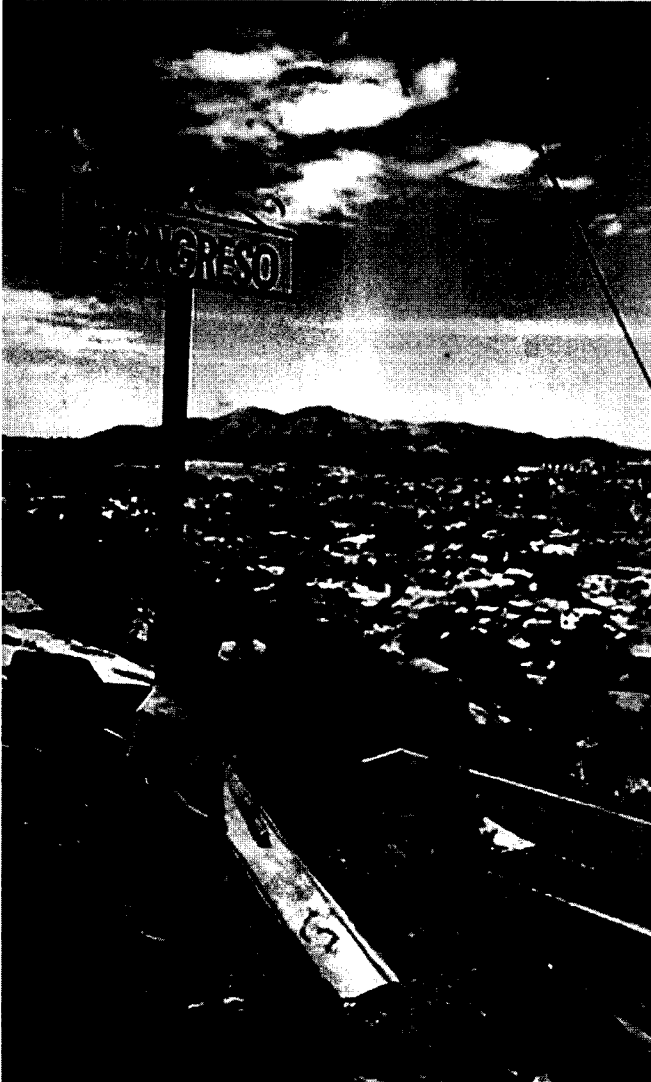
En el capítulo III se describen las condiciones de vida, trabajo y salud entre las mujeres de la maquila. Esta descripción retoma las investigaciones de Nogales y de otras ciudades fronterizas, así como mis propias investigaciones, la observación y el trabajo de campo en esta ciudad, el cual incluye las entrevistas a las mujeres y la encuesta en la Planta X. Se aborda la problemática urbana, comunitaria, ambiental y también familiar, laboral y de migración y se presentan los impactos en la salud descritos en investigaciones previas. Es en este capítulo donde se presenta a las mujeres que son las interlocutoras principales de la investigación, sus historias, sus vidas, y el contexto de Nogales y de la fábrica en donde trabajan.

El capítulo IV es parte medular de este trabajo y responde a la primera pregunta de investigación: ¿Cuáles son las prácticas de atención al embarazo? Su objetivo es describir y clasificar las prácticas de atención al embarazo relatadas por las madres-trabajadoras y que fueron observadas y excavadas en el curso de esta investigación. Se identifican dos clases de prácticas: las médicas y las de auto-atención. Las primeras incluyen la biomedicina pública y privada, así como la medicina tradicional y la medicina alternativa. La auto-atención incluye prácticas de auto-cuidado, auto-atención, aguantar y no hacer nada. En este capítulo se describen las diferentes etapas que constituyen el embarazo.

El capítulo V versa sobre la segunda pregunta de investigación: ¿Con quiénes y cómo se negocian las prácticas de atención al embarazo a la luz de identidades y relaciones de género? Se presenta a los principales actores sociales con quienes se relacionan las trabajadoras en la negociación de sus prácticas de atención al embarazo. Se discuten además las relaciones entre las condiciones cotidianas familiares y fabriles en función del embarazo, relaciones que son influenciadas por sus identidades de género. Aquí se vislumbra una incipiente cultura de la salud de madres-trabajadoras que será tema a retomar en las conclusiones.

En las conclusiones se sintetizan e interpretan los resultados principales. Argumentamos la existencia de una cultura de salud de las trabajadoras de la maquiladora X sobre la base de estos resultados y la manera en la que ésta es moldeada por las relativamente nuevas condiciones de vida y de trabajo. Para ello, utilizamos los resultados sobre prácticas de atención a la salud reproductiva para referirnos al tema más amplio de la negociación y las relaciones entre las madres-trabajadoras y los distintos actores. Esto es lo que nos permite hablar de una cultura de la salud en el sentido que proponen autores como Comaroff y Comaroff (1992) y Lock y Kaufert (1998, 4), quienes reconocen en la negociación entre múltiples fuerzas, la creación cultural.

INTRODUCCIÓN



Panorámica de Nogales

I

DESARROLLO CONCEPTUAL PARA EL ESTUDIO DE LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN AL EMBARAZO DE LA MADRE-TRABAJADORA

En este capítulo precisaremos los conceptos para abordar el problema de investigación, alimentándonos de otras investigaciones sobre maquila y salud, de la sociología y especialmente de la antropología médica y algunos textos de la epidemiología y la salud ocupacional. No todos los conceptos fueron punto de partida, algunos surgieron durante el proceso mismo de la investigación y por lo tanto son trabajados a la luz de los resultados. Este es el caso, por ejemplo, de las identidades y relaciones de género. Se aclarará el posicionamiento teórico metodológico de esta investigación con el debido reconocimiento a la deuda con los autores en cuyas elaboraciones nos hemos basado para construir las prácticas de atención al embarazo de madres-trabajadoras de la maquila. Esta selección teórica responde a mi formación profesional, a las características del problema de estudio y a las condiciones para su investigación que se presentarán en el capítulo II.

TOMA DE POSICIÓN TEÓRICA Y POLÍTICA

Los supuestos y posiciones que constituyen el punto de partida se han ido moldeando y afinando junto con los avances en los distintos proyectos de investigación y de investigación-acción sobre el tema de mujer, maquila y trabajo, sobre atención primaria a la salud y sobre salud

reproductiva,²⁹ principalmente en localidades ubicadas en Sonora y en la frontera norte de México con Estados Unidos. Desde el inicio de la primera investigación sobre bajo peso al nacer (Denman 1991) hasta esta investigación sobre cuidado del embarazo, he transitado, como muchos otros investigadores,³⁰ por caminos sinuosos y de múltiples bifurcaciones.

Este trabajo parte del convencimiento sobre la necesidad de integrar con mucha mayor solidez el punto de vista de los actores (Menéndez 1997), sin perder de vista la importancia del contexto o el entorno, a sabiendas que éste estructura parcialmente las opciones de los actores. A lo largo del camino he aprendido que la antropología puede ser una valiosa disciplina para este acercamiento e integración. Practico la antropología —como diría Scheper-Hughes (1992, 23-30)— con pleno conocimiento de la traducción cultural que se ejerce, consciente de que no soy una página en blanco, y asumo la responsabilidad de los dilemas éticos en la relación entre la investigadora y todos los investigados. En todo caso, aspiro a ser una buena artesana de la antropología, desde donde “luchamos por hacer lo mejor que podemos con los limitados recursos de que disponemos —nuestra habilidad para escuchar y observar cuidadosamente, con empatía y con compasión” (Scheper-Hughes 1992, 28, traducción mía). Y comparto con dicha autora la convicción de que esta artesanía puede producir un instrumento útil para la reflexión crítica y la liberación humana, pues si no fuera así, ¿qué sentido tendría nuestro trabajo?

Para quienes trabajamos el tema de la salud tal vez estos dilemas tengan mayor relevancia, pues muchas veces nuestra materia de trabajo es el sufrimiento humano. Frente a ello, el investigador debe tomar continuamente decisiones sobre su relación con los sujetos que investiga y este proceso no está libre de conflictos. No existe un recetario de

²⁹ Pueden consultarse varios textos de Denman en la bibliografía.

³⁰ Sobre la necesidad de cambios en la problematización de la investigación en torno al tema de maquila véase a Stoddard (1990, 137-167); sobre cuestiones de género y derechos reproductivos a Petchesky (1998, 25); sobre salud reproductiva a Szasz (1995, 25) y Figueroa (1997, 183), entre otros.

normas de procedimiento para este tipo de situaciones, mas sí un principio que intentamos ejercer durante el trabajo de campo y que reconoce las relaciones de poder implícitas en éste. El respeto a todos nuestros informantes se practicó mediante un ejercicio, a veces difícil, de transparencia en la relación. Intentamos ser claras y explícitas en el objetivo de nuestro trabajo, así como en la relación y el propósito de la visita con las diferentes personas a las que entrevistamos. En casi todos los casos dejamos registro escrito, mediante cartas u oficios, sobre la investigación. Abundaremos en estos puntos en el apartado sobre el trabajo de campo.

Dos constataciones, surgidas a lo largo de mi trayectoria como investigadora, dieron origen a esta investigación. Conforme avanzaba en el conocimiento empírico y teórico de la salud de obreros y obreras en la maquila y de la comunidad en la que viven, me dí cuenta cada vez más de la gran amplitud y diversidad de recursos a los que se acude para la obtención de la atención a la salud dentro y fuera de las fábricas. Me esforcé por construir conceptualmente a las trabajadoras como mucho más que meras víctimas de las maquilas y comencé a entenderlas como actoras con poder de decisión sobre sus propias vidas. En esta representación de sus vidas entendí además que una gran parte de lo que hacen para atender su salud ni siquiera ha sido captada, mucho menos estudiada, por la investigación social de la salud-enfermedad: a esto llamamos salud positiva y esta investigación pretende referirse aunque sea parcialmente a este tema.

También se muestra que las mujeres no son víctimas pasivas de su situación, sino que desarrollan estrategias, implementan acciones, se resisten, se adaptan, se acomodan, se pelean, apechugan y muchas veces deciden no hacer nada. Sus recursos no son ilimitados ni su ámbito de acción infinito; mi visión de su agencia no es romanticismo ingenuo. Como se mencionó antes, la metáfora que mejor las describe las coloca frente a un abanico de posibilidades. Este abanico no es estático, se cierra y se abre en diferentes momentos de su historia personal; además posee estructuras, costillas y pivotes que constriñen y moldean sus posibilidades. El abanico fijo, de plumas y adornos multicolores, existía

en las Américas —sobre todo en lo que ahora conocemos como Perú y México— mucho antes de la llegada de los españoles a este hemisferio. Eran símbolos de prestigio bellos y útiles, y además muchas veces eran movidos por unos para beneficio de otros. Después llegó de España el abanico que se desdobra. Ambos abanicos tienen una larguísima historia que no será repasada aquí.³¹ Igual que los abanicos, las mujeres entrevistadas tienen complejas historias arraigadas en procesos y estructuras que moldean sus decisiones y acciones. Algunas de estas estructuras son económico-sociales, cuya mayor manifestación es la propia industria maquiladora de exportación; otras son culturales y su mayor manifestación es la propia maternidad. Por esto, para referirnos a ellas se hablará de madres-trabajadoras. El movimiento del abanico es, además, dinámico, ya que puede afectar de diferentes maneras sus prácticas de salud, como cuando el IMSS reduce los recursos y se deteriora la calidad del servicio y ellas buscan atención en otro lado, ya sea en el Hospital Básico o con médicos privados o los médicos que ejercen la medicina alternativa, o con practicantes de la medicina tradicional.

Este ámbito en el que ellas se mueven, además de contar con los límites mencionados, no se presenta en un vacío aislado del resto de las relaciones sociales, sino que es parte de una red de relaciones de poder. Para describir las formas en que ellas se conducen dentro de dicha red y el pragmatismo con el que se desvuelven (Lock y Kaufert 1998, 11) será necesario aludir a relaciones e identidades de género y a investigaciones provenientes de varias de las ciencias sociales, por ejemplo, las prácticas académico-políticas denominadas feministas (Petchesky 1998, 387-406). Además, no es suficiente depender tan sólo de las narraciones de las trabajadoras pues aunque constituyen la base fundamental de este trabajo, son interpretadas a la luz de otras fuentes de información: la encuesta aplicada en la fábrica, investigaciones previas, revisiones hemerográficas y entrevistas esporádicas a otros actores sociales —como los médicos de varias instituciones, compañeros o gerentes de la fábrica— y desde luego nuestras propias vivencias en Nogales.

³¹ Comunicación personal con The Fan Museum, Greenwich, Londres, 30 mayo de 2001.

Asumimos, con R. Campos, que la antropología médica abarca “a *toda* actividad desplegada alrededor de la salud” (1992, 30), aunque en México se ha centrado hasta hace poco en la etnomedicina. Así, la antropología médica estudiará no sólo los procesos de salud, enfermedad y muerte, sino la multiplicidad de estrategias, sean de la biomedicina, de la etnomedicina, de la medicina alternativa o de la medicina doméstica, que se realizan para atender estos procesos. A diferencia de otras disciplinas que también estudian la salud y la enfermedad y su atención, como la epidemiología y la salud pública, lo que distingue a la antropología médica es su énfasis en el trabajo de campo y en los factores culturales, aunque dicha construcción cultural se ha limitado a algunos factores en detrimento de otros (Menéndez 2000, 163-188). A diferencia de la tradición latinoamericana, esta investigación no se concentrará en los *síndromes culturalmente delimitados* (Menéndez 2000, 164), sino en un proceso amplio de salud constituido por la salud reproductiva, específicamente el embarazo, parto y puerperio, que puede contener, como en el caso de la atención de este último, prácticas específicas originadas en la etnomedicina. La antropología médica cuenta con una variedad de enfoques que analizan problemáticas muy diversas y que se encuentran enraizados en la antropología médica clínica, cultural, ecológica y crítica, por mencionar sólo algunos (Brown 1998).

El posicionamiento teórico asumido en este estudio es el enfoque crítico interpretativo de la antropología médica. Según Lock y Scheper-Hughes (1996, 41-70), la antropología médica se centra en el estudio del cuerpo en su contexto social y cultural, pero a diferencia de la biomedicina “que presupone un sujeto histórico universal, la antropología médica crítica-interpretativa se confronta con cuerpos rebeldes y ‘anárquicos’ –cuerpos que rehusan adaptarse (o someterse) a las categorías supuestamente universales y a los conceptos de enfermedad, malestar y eficacia médica” (1996, 43). La antropología médica entonces no se limita al estudio de sistemas y prácticas médicas alternativas, sino que se plantea entender “la manera en que todo el conocimiento relacionado al cuerpo, la salud y la enfermedad es culturalmente construido, negociado y renegociado en un proceso dinámico a través del tiempo y el espacio”

(Ibid 43). La tarea que las autoras se proponen para la antropología médica de enfoque crítico-interpretativo es múltiple. Involucra el posicionamiento del antropólogo frente a quienes investiga, con cuidado de no excederse en la relativización ni en la diferencia. Esta tarea consiste en describir las concepciones culturales y las narraciones construidas sobre el cuerpo, para luego mostrar los usos sociales, políticos e individuales de dichas concepciones en la práctica. El conocimiento generado por la antropología médica se concibe no de forma autónoma, sino en estrecha relación con las prácticas y el cambio social y político. Vista así, la práctica de la antropología médica permite entender las expresiones de malestar individual como malestares sociales y políticos, y como medios para negociar las relaciones de poder. Desde luego que estos propósitos rebasan los objetivos de este libro, pero permiten una mayor claridad respecto a nuestra posición.

Existe una tensión permanente entre los dos términos con los que Lock y Scheper-Hughes etiquetan el enfoque teórico: crítico-interpretativo. Una versión crítica de la antropología médica (Singer y Baer 1995) no sólo plantea la necesidad de estudiar las distintas etnomedicinas, entre las que se encuentra la biomedicina, como formas de conocimiento y de acción, y como distintas versiones de la realidad (Gaines y Hahn 1985), sino que “central al proyecto de la antropología médica crítica” (Singer 1989, 184) se encuentra el análisis de las fuerzas de la economía política que moldean los contextos de la vida cotidiana. Sin desdeñar su importancia, pero también para superar los análisis fenomenológicos individualizantes, Scheper-Hughes propone un enfoque crítico y reflexivo que luego reetiquetará (Lock y Scheper-Hughes 1996) como crítico-interpretativo para enfatizar la relevancia de la interpretación. De acuerdo con Scheper-Hughes, quienes se ubiquen en esta línea podrán mostrar cómo los términos polisémicos de nervios, susto o estrés pueden mostrar las relaciones entre el orden social y político y el malestar individual (1994, 239). Esta investigación se inscribe explícitamente en este enfoque consciente de estas tensiones, pero también con la convicción de que sacrificar una posición por otra limita la capacidad de explicación. Para resolver en parte esta tensión, consideramos relevante ubicar las historias

personales de las trabajadoras en el contexto más amplio de Nogales y la región fronteriza, así como también reconocer la agencia de las madres-trabajadoras, concepto que se revisará posteriormente. La interpretación que se realiza tanto de los materiales generados en campo como de otras investigaciones, también tiene una historia personal que es compartida en este libro, dado que permite esclarecer a los lectores el contexto en el que nos ubicamos frente al problema de investigación de las prácticas de atención al embarazo.

LOS CONCEPTOS

De acuerdo con las preguntas rectoras de este trabajo, los principales conceptos a construir son: prácticas de atención –partiendo de que éstas son prácticas sociales–, las identidades y relaciones de género, y el concepto de negociaciones. Los conceptos de referencia como salud positiva, modelos médicos, agencia, salud reproductiva y condiciones de vida se presentan a continuación de los conceptos centrales. En un principio ambos tipos de conceptos se desarrollan independientemente, pero en los siguientes capítulos se van articulando en torno al problema de investigación. De la misma manera, las implicaciones metodológicas de esta forma de definir el problema se presentan paso a paso. En la segunda parte del capítulo se aclaran en la medida en la que se profundiza en el estudio en Nogales.

Prácticas de atención al embarazo

Para centrar el estudio de las prácticas de atención y cuidado, principal, pero no exclusivamente en torno al embarazo, y luego al parto y puerperio, debemos presentar la elaboración del concepto de prácticas. En esta sección se intenta responder a las siguientes interrogantes con relación al tema de este trabajo: ¿Qué son las prácticas? ¿Cómo se construyen? ¿Qué nos dicen sobre la salud de las trabajadoras? ¿Cómo se estudian?

En este libro se construyen las prácticas de atención al embarazo con base en una serie de materiales, fundamentalmente los relatos de las madres-trabajadoras, en respuesta a las preguntas sobre cómo se cuidan durante el embarazo, pero también con base en entrevistas a otros informantes y algunas de nuestras observaciones. Esto es, la práctica no se reduce a la acción de una sola mujer, sino que es una construcción basada en los relatos de las catorce mujeres entrevistadas.

Nos referimos a las prácticas para subrayar el interés de centrarnos en las acciones relatadas por las mujeres y en la construcción de las prácticas de atención al embarazo, más que en el análisis del discurso y su simbolismo. Sin embargo, el abordaje metodológico para llegar a dichas prácticas se fundamentó (aunque no exclusivamente) en las entrevistas a las mujeres, i.e. en sus representaciones. Por ello, en sentido estricto debe argumentarse que dichos relatos son representaciones de las prácticas. En los siguientes párrafos se intenta aclarar las distinciones entre representaciones y prácticas y nuestra acepción en este trabajo que, en síntesis, es la siguiente: durante el curso de las entrevistas tratamos de provocar en las mujeres relatos sobre sus experiencias vividas en torno a la atención del embarazo, y con base en dichas representaciones y el material etnográfico, construimos el concepto de prácticas de atención al embarazo.

El estudio de las representaciones se refiere a un mayor nivel de abstracción que el de prácticas. De acuerdo con Jodelet, las representaciones tienen distintas características: representan un objeto, tienen carácter de imagen, son simbólicas, significantes, constructivas y autónomas. Se refieren a “una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. Designan una forma de pensamiento social” (Jodelet 1993, 478).

En una investigación realizada desde la antropología médica en México, Osorio ha definido las representaciones sociales como “un sistema de nociones, creencias, orientaciones y actitudes” (Osorio 1994, 8). Desde nuestro punto de vista, para el tema de la investigación, un análisis de las representaciones sociales se centraría en el análisis

simbólico del discurso, en los significados de los relatos de las mujeres, por ejemplo, en cuanto al “cochiner”, el acto de “sanar” o “aliviarse”, el abrir y cerrar del cuerpo y los tejidos para referirse al parto y al puerperio, y a las creencias que revelan sobre la mujer y su cuerpo. El nivel de realidad que acota para su interpretación remite a una elaboración sobre el sentido y el significado de dicho discurso y los símbolos que encierra y a los que remite. En esta investigación construimos el concepto de prácticas de atención al embarazo con base en las representaciones de las mujeres, pero no realizamos un análisis de dichas representaciones, sino que intentamos centrarnos en lo que ellas *dicen que hacen*, más que en lo *dicen que piensan*.

Se entiende que las prácticas encierran un vocabulario de dimensiones sociales que les dan sentido y que sin dicho vocabulario no existirían (Taylor 1987, 54). Esta interdependencia e indisolubilidad entre el lenguaje y las prácticas es en lo que nos fundamentamos para construir las prácticas de atención al embarazo a partir de los relatos de las mujeres.

Por prácticas entendemos las acciones constituidas socialmente, por lo tanto, son más que un conjunto de acciones individuales, son prácticas sociales, adjetivo cuya aplicación se sobreentenderá en las siguientes referencias que hagamos en este libro. Las prácticas forman los cimientos para el sentido de comunidad, discurso y negociación y sus significados son intersubjetivos (Rabinow y Sullivan 1987, 7). Dicha intersubjetividad hace que dejen de ser individuales para constituirse como una práctica social. Son inseparables de las prácticas del lenguaje que se utiliza para describirlas. Charles Taylor desarrolla la idea respecto a no poder hacer abstracción del lenguaje:

Los significados y las normas implícitas en las prácticas no están sólo en las mentes de los actores, sino que están [allá] en las prácticas mismas, en prácticas que no pueden concebirse como una serie de acciones individuales, puesto que son esencialmente modos de relaciones sociales, de acción mutua (Taylor 1987, 57, traducción mía).

Taylor explica que prefiere el término más vago de práctica en vez de conducta justo porque transmite la importancia de la intersubjetividad de los significados enraizados en una práctica social y no pertenecientes a un individuo u otro. Más que una idea de consenso o de acuerdo social, Taylor se refiere a un significado compartido socialmente.

En tanto se expresan mediante el lenguaje de los sujetos o de los investigadores, las representaciones encierran a las prácticas y las prácticas encierran a las representaciones. Se encuentran indisolublemente imbricadas. La opción de enfatizar representaciones o prácticas es una decisión teórica-metodológica del investigador. Reconocemos la importancia de la investigación sobre las representaciones en torno a las prácticas de atención al embarazo, aunque no elegimos ese camino para este estudio al tomar la decisión de centrarnos en la construcción de las prácticas con base en los relatos de las mujeres.

Algunos investigadores como Menéndez y Di Pardo se refieren a ambos conceptos y sintetizan representaciones y prácticas técnicas en el concepto de *saber* que para el caso del saber médico:

se refiere a un nivel de abstracción mayor [y] remite a la articulación que opera el médico en términos funcionales-intencionales entre el conocimiento científico-técnico aprendido en su proceso formativo universitario; al conocimiento y a las técnicas obtenidas a partir de su trabajo profesional; a las costumbres ocupacionales incorporadas en las instituciones médicas y a la apropiación y resignificación técnica de las representaciones y prácticas sociales medicalizadas. El profesional produce-reproduce un sistema de representaciones que se actualizan en la intervención práctica, la cual no supone una relación de similitud con la representación (1996, 57-58).

Para los autores, los conceptos de representación y práctica técnica son usados “para describir e interpretar los diferentes pasos a través de los cuales los grupos profesionales *piensan* e intervienen en la problemática del alcoholismo” (1996, 57). En esta investigación se hará referencia a las prácticas para reconstruir las *intervenciones* de las madres-trabajadoras

al atender su embarazo. Esta idea de intervención o acción corresponde a la definición aportada por Osorio. El concepto de prácticas sociales se refiere a “[el] conjunto organizado de conductas y acciones, rutinarias o eventuales, que los conjuntos sociales llevan a cabo en distintas esferas de lo social” (Osorio 1994, 8).

Tanto prácticas como representaciones son conceptos que se analizan a través del lenguaje, pero las características de la información para unas y otras puede ser distinta. Por ello, para el análisis de representaciones se requiere generar narraciones de mayor fluidez, esto es, conversaciones más *naturales*, menos dirigidas y construidas.

El proceso de construcción de las prácticas en la presente investigación puede esclarecer esta definición. Para llegar a ellas se elaboró un guión de preguntas para las entrevistas, que fue transformándose a la luz de los relatos de las mujeres. De los relatos de las catorce madres-trabajadoras se construyó una primera matriz de datos que aumentaba conforme se hacía el análisis del conjunto de todos los informantes (incluyendo médicos, parejas, personal de mando de la Planta X y activistas en Nogales). Esta matriz mostró cómo las distintas prácticas se construían de manera colectiva, validando y confrontando las diferentes experiencias de las mujeres en un proceso de intercambio. Nuestro concepto de prácticas no se refiere a la acción individual, aunque se construye sobre las acciones individuales de las madres-trabajadoras y otros informantes. Prácticas se refiere a una construcción elaborada con base en todas las fuentes de investigación. Las prácticas sociales de atención al embarazo construidas en esta investigación son recurrentes, compartidas y no pueden concebirse como acciones individuales porque son “esencialmente modos de relación social, de acción mutua” (Taylor 1987, 57).

Las representaciones de la realidad no son únicas e inmutables, sino que se confrontan unas y otras para organizar relaciones de poder mediante las cuales los grupos luchan por que *su* representación del mundo sea la válida (Núñez 1999, 30). En este trabajo se construye sobre las representaciones de sólo uno de dichos grupos, las madres-trabajadoras.

Centrarnos en las madres-trabajadoras fue una decisión consciente que responde a la ausencia de relatos de estas actoras en la principal literatura sobre maquila y salud, a su posición subordinada como paciente, esposa y trabajadora. La exploración con otros actores permitió confrontar algunas de las prácticas que surgían en el análisis, así como abrir nuevos caminos a averiguar con las propias madres-trabajadoras o para retomar en otras investigaciones.

Durante el curso de la investigación, específicamente durante el trabajo de campo en Nogales, fue posible observar algunas de las prácticas. Al tener la oportunidad de estar tanto en sus casas como en el hospital del Seguro y en la Planta X, observamos algunas de las actividades que las mujeres nos relataban, como sus esperas en el Seguro, su descanso al llegar a sus casas, sus conversaciones con la directora de la guardería o con sus familiares, y pudimos confrontarlas con otros actores sociales como los médicos, el personal de mando en la Planta X o sus familiares, con base en lo cual logramos construir nuestro concepto de prácticas de atención.

Esta forma de entender las prácticas tiene sus implicaciones cuando se pasa a un nivel menos abstracto. Implica que la identificación y la descripción de acciones concretas y repetidas pueden ser localizadas en familias y comunidades a través del lenguaje de la investigadora y las investigadas. Dicha realidad constituye la base para su estudio. En esta investigación se abordan las prácticas de atención al embarazo como parte central de un proceso de la salud reproductiva de las mujeres que abarca otros temas. Se incluye la referencia a algunos de éstos porque permiten contextualizar o aclarar el sentido de algunas acciones. Estos temas son la menstruación y la anticoncepción, así como el parto y puerperio. El enfoque holístico, central a la antropología, es el que permite superar un atomismo excesivo en las construcciones de las prácticas.

Para el caso de la atención al embarazo existen dos grandes tipos de prácticas de atención: de auto-atención y de atención médica. En ambos casos son las mujeres quienes deciden, dentro de un marco delimitado de opciones, a cuál acuden. Las prácticas de auto-atención incluyen todas las acciones mencionadas ya como parte de la salud positiva y de la

medicina doméstica que se realizan para cuidar, mantener y promover la salud, pero también para repararla. Por esto podemos referirnos a dos tipos de prácticas de auto-atención: las orientadas al cuidado de la salud, que son las de auto-cuidado, y las referidas a las “prácticas relativas a los episodios de enfermedad o cualquier tipo de sufrimiento” (Haro 2000, 114).

Algunos autores añaden un tercer tipo: por ejemplo, Haro se refiere a las prácticas de auto-ayuda. Auto-ayuda se refiere a “las iniciativas civiles organizadas en las que rige un carácter autogestionario, institucionalizado al margen de los organismos médicos profesionales y gubernamentales” (Haro 2000, 119). Aunque para algunos problemas de salud la auto-ayuda está muy difundida, por ejemplo el caso de Alcohólicos Anónimos para problemas de adicción, no encontramos grupos de este tipo en Nogales para el caso del cuidado de embarazo, parto y puerperio, por lo que no hemos incluido el concepto en esta investigación.

Una distinción que se desarrollará con más claridad a lo largo del capítulo IV y en las conclusiones se refiere a la diferencia entre *cuidar* y *atender*. Haro dice que el auto-cuidado se refiere al individuo y comprende “las prácticas domésticas cotidianas de promoción de la salud, mientras que auto-atención incluye las conductas activadas en caso de ruptura del bienestar” (Haro 2000, 119). Pero las prácticas de auto-cuidado se refieren también a una distinción entre los actores, esto es, no todos los actores con los que negocian las madres-trabajadoras *cuidan*.

En algunos casos, los relatos de las trabajadoras permiten distinguir esta atención del cuidado en función del actor. El médico siempre les recomienda “que se cuiden”, pero nunca las cuida él; sus esposos a veces las “cuidan”, especialmente cuando necesitan apapacho y afecto, pero por lo general ellas se cuidan a sí mismas. El término “cuidarse” también es empleado por las mujeres para referirse a las prácticas anticonceptivas, sobre todo cuando dicen que “sus esposos las cuidan” mediante el uso del condón o el retiro, o cuando dicen “yo nunca me he cuidado” para explicar que no han utilizado la anticoncepción. Las prácticas de atención al embarazo sólo asumen su significado como parte de una práctica cultural si se analizan las relaciones entre las madres-trabajadoras y

quienes las atienden, quienes las cuidan y con quienes tienen que negociar su propio cuidado y atención. En esta medida podremos ver cómo ellas van moldeando sus prácticas y amplían o reducen sus opciones. Las negociaciones se realizan en un marco de diferencia entre la madre-trabajadora y el otro. La diferenciación de género resultó ser la de mayor relevancia en la construcción cultural de prácticas de atención al embarazo.

Relaciones e identidades de género

Las normas que guían las interrelaciones entre los actores en el terreno del trabajo y la salud son moldeadas por las relaciones e identidades de género, especialmente en el caso de madres-trabajadoras. A primera vista, para esta investigación sobre prácticas de atención al embarazo la inclusión de una óptica de género pudiera parecer poco pertinente, puesto que la diferencia biológica es tal —los hombres no se embarazan— que una teoría de la construcción social de la diferencia aportaría poco. Sin embargo, su relevancia se entiende si se considera que las relaciones de género se construyen no solamente entre varones y mujeres sino también entre mujeres y otras mujeres (Weston 1998), como se revela en las relaciones entre la supervisora y las operadoras; o entre varones, como se presenta entre compañeros de trabajo para “cuidar” a alguna compañera, o entre médicos que deliberan sobre la esterilización de una paciente. Finalmente, las negociaciones de las prácticas de atención al embarazo implican preponderantemente las relaciones entre mujeres y varones, como las de la pareja, la relación médico-paciente, y la relación con los supervisores y gerentes varones.

Además, los estudios de género no sólo buscan explicar una situación de subordinación o desventaja para las mujeres frente a los varones, lo cual no necesariamente debería ser el caso. Para el estudio de la salud, desde el concepto de género se puede “estudiar la forma en que la construcción de las identidades, las desigualdades y las relaciones de género pueden poner en riesgo el bienestar de hombres y mujeres, tanto en los contextos tradicionales como en ámbitos modernos” (Szasz 1999, 109).

Las implicaciones de la construcción de las identidades de género en la salud son múltiples. Según Szasz, destacan “la construcción simbólica del cuerpo, la asignación genérica del concepto de cuidado, la relación entre afirmación de la identidad de género y el comportamiento sexual y las decisiones sobre la reproducción” (1999, 111). Dado que la identidad se manifiesta en el propio cuerpo, la separación entre lo cultural y lo biológico no siempre es aparente. Las formas culturales hegemónicas han naturalizado la identidad femenina muy particularmente en función de la reproducción y la maternidad. En esta investigación entendemos las identidades de género como elaboraciones culturales que construyen maneras de pensar, de sentir y de ser hombre y mujer; y para el caso de mujeres mexicanas, la maternidad juega un papel preponderante en estas identidades. Sin embargo, es preciso aclarar que la identidad materna, o mejor dicho las identidades maternas, no son únicas y como veremos más adelante hay muchas maneras de ser, sentirse y pensarse madre, como la madre sumisa, la madre sacrificada, la madre manipuladora, o la madresposa de Lagarde (1993, 363).

Hochschild ilustra de manera muy clara la imbricación entre lo biológico y lo cultural en relación con las identidades de género. Relata un estudio de personal sobre aeromozos y aeromozas y los efectos del estrés laboral en su salud. Los varones mostraban mayores problemas de salud en relación con las mujeres debido, precisamente, a que ellos no tenían la misma experiencia vital. Ellas habían sido socializadas durante toda la vida para el trabajo de “aeromozas”, es decir para servir, atender, aceptar regaños y críticas. En cambio, los varones reaccionaron a estos hechos con úlceras, molestias gastro-intestinales, dolores de cabeza, entre otros, con mayor frecuencia que las mujeres. A pesar de estar expuestos a los mismos riesgos, varones y mujeres asimilaron biológicamente de manera diferente en función de su socialización y la construcción cultural de ser hombre y ser mujer (Hochschild 1983).

West y Zimmerman argumentan que el género no se refiere a una serie de características, ni a roles, ni a variables, sino que es fundamentalmente producto de hechos sociales constituidos a través de la interacción (1991, 16). Siguiendo a estos autores, no podremos referirnos a una

sola identidad inamovible ni dada, sino a un proceso de interacción que implica el manejo de situaciones y de contextos específicos que constituyen una dinámica integral de órdenes sociales. Al interactuar genéricamente se sostienen, se reproducen y se legitiman los arreglos institucionales en los que están basadas las relaciones y las identidades de género, pero es en la práctica (interactiva) en la que dichas identidades se manifiestan. Esto se observa con mayor claridad al analizar la manera en que las madres-trabajadoras viven su maternidad como un motivo para trabajar, para aguantar los dolores y molestias “normales” del embarazo, o para negociar condiciones especiales en el trabajo o en sus casas.

Es por esto que buscamos construir las prácticas de atención al embarazo de las trabajadoras y luego entender cómo ellas las desarrollan, justifican, aceptan y modifican. En la medida en que estas prácticas interiorizan y reflejan un “deber ser” que se negocia por las madres-trabajadoras, se muestra cómo el ejercicio cotidiano “genérico” (West y Zimmerman 1991) va moldeando sus prácticas y establece los límites de lo permisible, o más pertinente para esta investigación, los límites de la “normalidad”. Autores como West y Zimmerman sostienen que el ejercicio cotidiano de género no se presenta exclusivamente en las relaciones entre personas de sexos o géneros distintos, sino que se refleja en todas las interacciones humanas, en tanto nuestras sociedades están divididas en categorías sexuales “esenciales” que requieren que cada persona se identifique y sea identificado en alguna de ellas (West y Zimmerman 1991, 24). En esta investigación el actuar *genéricamente* está presente en las prácticas de atención de las madres-trabajadoras al negociar con la pareja el uso de la anticoncepción, en la decisión de aceptar un embarazo, al pedirle al supervisor una consideración especial, al plantarse en el Seguro hasta efectuarse la salpingoclasia, o al aguantar dolores y molestias porque son *normales* para las embarazadas.

El análisis del ejercicio cotidiano de género (como una dinámica de orden social) en cuanto a las prácticas de atención al embarazo permitirá ver cómo las mujeres justifican, aceptan o rechazan dolores, molestias, malestares y maltratos como parte del proceso “normal” del embarazo.

Ellas mismas participan en ello, además de los médicos y sus parejas. Es precisamente en la construcción de esta *normalización* que se observa más claramente el proceso hegemónico, al dar por hecho (las madres-trabajadoras) un cierto orden natural, en este caso del embarazo.

En los capítulos IV y V mostraremos cómo se construye esa “normalidad” y cómo las madres-trabajadoras la asumen en sus vidas diarias al tomar decisiones, elegir y rechazar algo en función de sus condiciones particulares y en sus relaciones con su pareja, su madre, compañeras trabajadoras y trabajadores, y con los médicos que las atienden. Al ser un ambiente primordialmente “masculinizado”, el trabajo en la maquila exige que las mujeres se adapten, tanto en lo ergonómico para acomodarse a la altura y medida de los lugares de trabajo, como en los ajustes que tienen que realizar por los horarios, ritmos de trabajo, estilos de organización y relación laboral (Denman y Cedillo 2001). En materia de salud laboral, Messing (1983) se refiere a la división sexual del trabajo y su impacto en la salud de las mujeres. Esta autora rechaza la justificación biológica de dicha división. Ni las mujeres son más débiles, ni más hábiles, ni ocupan empleos menos peligrosos. Ella sostiene que la división permite una explotación tanto de mujeres como de varones, de maneras interdependientes.

En esta investigación no nos referiremos al amplísimo tema de la identidad, sino al más específico y acotado de las identidades de género. De acuerdo con el texto clásico de Joan W. Scott (1986), existen cuatro elementos de género que incluyen: 1) los símbolos y mitos, 2) los conceptos normativos expresados en doctrinas de toda índole, 3) las instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género (como parentesco, familia, mercados de trabajo) y 4) la identidad. Lamas distingue entre la identidad de género, la identidad sexual y la identidad subjetiva:

La identidad de género se construye mediante los procesos simbólicos que en una cultura dan forma al género [...] se manifiesta en el rechazo de un niño a que lo vistan con un vestido, o la manera en que las criaturas se ubican en las sillitas rosas o azules de un jardín

de infantes. Esta identidad es históricamente construida de acuerdo con lo que la cultura considera ‘femenino’ o ‘masculino’ (Lamas 1996, 350).

La autora aclara que “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”. La identidad subjetiva es aquella “que posiciona a las personas en la feminidad o masculinidad, no desde un punto de vista cultural, sino psíquico” (Lamas 1996, 350).

Recuperamos el concepto de identidades de género para hacer referencia a las distintas formas en las que la familia y el entorno construyen la diferencia entre ser mujer y ser hombre. Debe advertirse que esta diferenciación no es definitiva, otorgada en un momento inicial de la vida, sino que se elabora cotidianamente, motivo por el que puede estudiarse en distintos momentos de la vida humana, como lo argumentan West y Zimmerman (1991) al insistir en el ejercicio cotidiano “genérico”. Este trabajo se centrará en una identidad, la de ser madre, que se fusiona con la de ser trabajadora, puesto que en la vida de las mujeres estudiadas no se entiende su identidad de trabajadora sin considerar la de madre.

Esto queda claro al referirnos a los relatos de las mujeres entrevistadas, madres-trabajadoras como les llamamos en este texto, para ilustrar la inseparabilidad y la fusión de sus identidades. En dichos relatos se explica el trabajo en la maquila como una necesidad de “sacar a los hijos adelante”, para que “ellos no tengan que pasar lo que yo pasé” o para “no perder el Seguro” por si hay que llevar a los hijos.

Para hablar de relaciones de género es necesario recurrir a la idea de poder. En esta investigación, las relaciones entre la supervisora y las operadoras, entre el médico del Seguro y las pacientes, o entre las parejas, son relaciones de poder y de género. Para entender las relaciones de poder en el campo de la salud, Lock y Kaufert (1998, 6-7) se refieren al concepto foucaultiano de “bio-poder”. Este tipo de relaciones son establecidas por mujeres pragmáticas para garantizar su sobrevivencia. El

bio-poder se presenta en la regulación de la vida social y se experimenta a través de prácticas concretas rutinarias y corporales que se manifiestan en las familias, las comunidades y otras instituciones. En el ámbito del cuerpo individual, el bio-poder puede entenderse como *empoderador* al proveer un recurso que se utiliza como una defensa contra otras formas de poder. Lo que interesa es identificar cómo las madres-trabajadoras desarrollan diferentes prácticas de atención para cuidar y atender su salud, cómo manipulan las prácticas de atención y cómo negocian con los diferentes actores, sobre todo en su familia, en su trabajo y en las instituciones médicas. Si insistimos en que no concebimos a las trabajadoras como meras víctimas de una explotación, nos obligamos a demostrar su acción mediante palabra y mediante prácticas para identificar cómo construyen en forma sutil sus propios mundos ahí donde ellas aparentemente no tienen el control sobre sus vidas (Lock y Kaufert 1998, 9).

Una de esas formas es el poder que se logra mediante la expresión de una de las identidades que enaltece a la mujer en México: la maternidad. En un estudio sobre derechos reproductivos en tres regiones de México, se muestra que la maternidad no es asumida por las mujeres como opresiva, sino como una experiencia que les permitió sentirse *empoderadas*.³² Asimismo, la maternidad fue la base para tomar decisiones sobre su cuerpo y su salud reproductiva, que no habían podido tomar antes de ser madres. Esta investigación se realizó en tres estados mexicanos, uno de los cuales fue Sonora, incluyendo la ciudad de Nogales, con obreras de la maquila. La maternidad, entonces, es por lo menos un arma de doble filo, puesto que a la vez que permite mayores recursos de negociación a las madres, también las vulnera, y las enfrenta a situaciones de violencia, sacrificio y sumisión. También se reporta que a la vez la maternidad es vivida con placer y satisfacción, y como se mencionó en líneas anteriores, parte del placer del embarazo para estas trabajadoras está vinculado a la identidad femenina más enaltecida en México: la de ser madre.

³² En el texto en inglés la palabra utilizada es “entitled”, que se puede entender como “dignas de recibir y exigir ciertos privilegios” (Ortiz-Ortega et al. 1998, 159).

Dicha experiencia placentera contrasta con la que experimentan algunas mujeres que relatan ser humilladas frecuentemente por los médicos o enfermeras en sus visitas de *control*, en las que reportan ser regañadas. Estas relaciones entre la madre-trabajadora y los actores sociales que constituyen sus referencias cotidianas se construyen continuamente; no conforman una relación ni automática ni dada. En ocasiones, reciben el apapacho y cuidados de parte de sus compañeros de trabajo que las apoyan durante el embarazo y les facilitan las condiciones de trabajo como veremos en los relatos del capítulo v. Para las madres-trabajadoras del presente estudio, la maternidad se señala como la razón primordial por la que están en el trabajo, i.e. para sacar adelante a los hijos; y admiten que muchas dolencias y molestias de salud son aceptadas como “normales” en función de dicha maternidad. Será necesario, entonces, ver cómo la maternidad les provee mayores posibilidades para sobrevivir frente a sus condiciones de vida.

Negociaciones de prácticas de atención

Una negociación se manifiesta en el marco de una relación social, refleja el dinamismo y la agencia de los actores, a la vez que destaca que es un proceso que se manifiesta en una relación de poder, como tal desigual y jerárquica. A diferencia del concepto de toma de decisiones, que refleja una neutralidad, el de negociaciones recoge las relaciones de poder, en tanto se negocia en desigualdad de condiciones con actores que se posicionan frente a ellas, diferenciados por el hecho de ser hombre o mujer, por el hecho de tener estudios o no, o por las diferentes posiciones en el trabajo. Entendemos la negociación como la relación en la que se enfrentan dos actores sociales: las madres-trabajadoras y alguno de los que hemos identificado previamente. En este encuentro, cada uno intenta lograr ciertos objetivos, por ejemplo, resolver sus necesidades de salud, sus molestias, o, en el caso del médico, cumplir con sus metas, entre otras.

En la medida en que partimos de las representaciones de las mujeres sobre sus negociaciones y de que la observación de las mismas fue limi-

tada, su reconstrucción queda trunca. Una limitación de mayor peso es que únicamente exploramos algunos puntos de vista de otros actores, mismos que fueron identificados con base en lo que relataban las mujeres. Por este motivo puede pensarse que queda fuera algún tipo de actor social que no forma parte de los relatos y que no fue mencionado por las madres-trabajadoras.

El concepto de negociaciones no fue un punto de partida de esta investigación, sino que surgió en las entrevistas de las mujeres en torno a las relaciones de género y de poder. El peso que fue adquiriendo nos obligó a construir, con base en los materiales de campo, el concepto que presentamos aquí, el cual privilegia la voz de las madres-trabajadoras, voz que como se ha argumentado ha sido relegada por la visión médica, fabril y masculina dominante, por mencionar sólo tres ámbitos de dominación en los que se realizan las negociaciones.

Aun así, con todo y las limitantes mencionadas, consideramos que incluir el tema de las negociaciones aporta al estudio de las prácticas de atención al embarazo. Una de sus contribuciones es la identificación de los otros actores relevantes mencionados por las mujeres. Nuestra expectativa sería que en el futuro se trabaje en un equipo capaz de diseñar un dispositivo metodológico para captar el punto de vista de cada uno de los actores en las negociaciones de dichas prácticas.

El dinamismo implicado en el concepto de negociaciones se refiere a la ampliación que proponemos al reconocer en las prácticas de las mujeres la posibilidad de tomar alguna iniciativa, asumiendo, aun con todas las limitaciones que pueda tener la madre-trabajadora, acciones para defender su posición en la relación y ejercer el poder. Ejercer su poder al tratar de extender su posición, al tomar iniciativas en la búsqueda del logro de sus objetivos. La negociación toma formas diversas que abarcan no hacer nada, gritar, callar, plantarse en el Seguro, correr al marido o dejarlo. Es claro que hay acciones más extremas que otras y que la madre-trabajadora utiliza sus armas de distinta manera.

Dos armas son centrales en la negociación y proceden de la identidad femenina dual: ser madre y ser trabajadora. En defensa de su identidad, la madre-trabajadora pugna por sus derechos en las negociaciones y

ocasionalmente adquiere fuerza en ellas: su derecho a la anticoncepción, el número de hijos deseado, su derecho al trabajo y su derecho a una atención médica respetuosa, entre otras.

Pero también hay momentos en los que los actores sociales encuentran que sus agendas coinciden. Esta coincidencia puede ejemplificarse con la preocupación de madres-trabajadoras, así como de médicos y esposos, de que los bebés nazcan sanos; sin embargo, no siempre se comparte el camino para lograr este objetivo. En esta bifurcación se encuentra el meollo de las quejas de las madres-trabajadoras respecto al servicio del Seguro. En la Planta X, supervisores y madres-trabajadoras pueden compartir el propósito de que el trabajo salga bien, pero no la misma visión acerca de lo que se necesita para alcanzar este logro. Por ende, las madres-trabajadoras desean un mayor cuidado de su salud, “no levantar pesado”, usar el ascensor si es necesario, mientras que los supervisores quieren “sacar la cuota”. En estos encuentros y desencuentros hacen presencia las negociaciones. Hay que aclarar que, como argumenta Taylor (1987), el proceso de negociación no se refiere al simple intercambio o conversación entre actores, sino que encierra la intención de cada uno, el reconocerse diferentes y en posiciones distintas.

Salud positiva

Para identificar el abanico de opciones al que recurren las trabajadoras para cuidar su salud, se incluirán también las prácticas cotidianas de la salud positiva en referencia al cuidado del embarazo. Como vimos en la introducción (véase cuadro 4), la salud reproductiva abarca alrededor de dos quintas partes de la vida de las mujeres. Es tal vez el campo de la salud que más atención recibe, tanto en consulta médica como en hospitalizaciones, en las prácticas de la etnomedicina y de la medicina doméstica. En el IMSS de Nogales la morbi-mortalidad reproductiva aparece en tres de las diez primeras causas de atención (Denman 1991, 89-94). Por ello no sorprende que los aspectos que más se han estudiado sean los daños a la salud reproductiva, esto es con el estudio sobre la morbi-mortalidad. No obstante, las prácticas cotidianas también merecen mayor

atención. Argumentaremos que existen prácticas cotidianas de construcción y mantenimiento de la salud y que constituyen una parte central de la atención a la salud, y a este tema le pondremos la etiqueta de salud positiva. Dichas prácticas están tan integradas a nuestra vida cotidiana material y afectiva que pueden pasar desapercibidas y resulta difícil aislarlas como prácticas específicas de atención a la salud. Estas prácticas cotidianas son las que se realizan como parte de la construcción y mantenimiento de la salud personal y familiar. Incluyen prácticas de alimentación, de higiene, de descanso y recreación; prácticas conscientemente ejercidas como parte de un “cuidado” de la salud y otras tan imbuidas en la cotidianidad, en la cultura misma de la salud, que debemos excavar para identificarlas. En el caso de la salud reproductiva, tienen que ver con los hábitos de aseo, vida sexual, alimentación y cuidados durante la menstruación; también se refieren al reposo, ayunos o dietas y rituales de celebración durante el embarazo, parto y puerperio; se refieren a las “sobadas” de profesionales o de familiares y a la práctica de platicar con las personas cercanas para compartir y entender mejor sus propias vidas; al ejercicio físico y al movimiento del cuerpo en el baile, en la calle, en la casa, en el sexo y en el trabajo. Es decir, las prácticas reposan en los saberes populares sobre el cuerpo y en las ideas de limpieza y “cochinerío”, de apertura y vulnerabilidad del cuerpo femenino y de prácticas para su aseo y cierre.

Esta etiqueta de salud positiva para referirnos a las prácticas cotidianas no resulta la más afortunada porque puede dar la impresión de que existe una salud negativa y otra positiva. Sin embargo, lo que se desea enfatizar es que la salud es un proceso cultural de construcción diaria en el que se combinan prácticas y saberes. A falta de una mejor etiqueta y por la necesidad de enfatizar un concepto que no se centra en los daños, en la enfermedad y la muerte, se ha optado por ésta.

Salud positiva no implica la existencia de una salud negativa. Nuestro concepto de salud es el de un continuo que está implícito en el proceso de salud-enfermedad. Sin embargo, si se analizan las investigaciones sobre salud-enfermedad, aun aquellas realizadas desde la antropología médica, se encuentra que se ha privilegiado sólo un lado del continuo.

Las investigaciones se han concentrado en la enfermedad y en las respuestas a ella, rara vez en lo que pasa antes de que el individuo enferme o cuando no está enfermo. Elegimos entonces “adjetivar” la salud con el término de *positivo* para resaltar y subrayar la pérdida del concepto integral de salud-enfermedad y la ausencia de análisis sobre prácticas cotidianas de construcción y mantenimiento de la salud.

La necesidad de enfatizar los aspectos de salud en el proceso salud-enfermedad ha sido planteada por otros autores. Argumentando a favor de un nuevo modelo médico, Engel hace un resumen de cómo surgió el actual modelo médico y cómo éste se convirtió en un modelo excluyente y reduccionista. Explica que el actual modelo es reduccionista porque reduce la salud a lo que puede ser explicado de acuerdo con los principios físico-químicos, y excluyente porque cualquier tema que no se ajuste a ello queda excluido de la atención médica (Engel 1981, 592).

Quizá por el dominio del modelo médico en el estudio de la salud, no sorprende que la salud positiva sea poco estudiada en la investigación. Ni la antropología médica, ni la sociología médica, ni la epidemiología prestan mucha atención a las prácticas cotidianas regulares que se llevan a cabo para proteger y promover la salud. La salud pública llama a estas acciones preventivas, puesto que tienen la finalidad de evitar la enfermedad o el daño, pero se ha puesto énfasis en las acciones dirigidas desde el modelo biomédico, como las vacunaciones, los tamizajes de Papanicolaou o tomas de presión para detectar alguna enfermedad. Los enfoques desde la promoción a la salud, como los programas de “Atención primaria de salud” y “Salud para todos en el año 2000” propuestos por la Organización Mundial de la Salud, recuperan muchos de estos conceptos de salud positiva, pero fueron rebasados en la práctica por la medicalización y el énfasis en los daños. Fuera de la mención repetida a los estilos de vida y sus consecuentes riesgos, como los causados por el tabaquismo, el alcoholismo, la vida sedentaria, la modificación de patrones de consumo alimentario y el estrés, existe poca atención al tema que denominamos “la salud positiva”. En esta investigación también pretendemos analizar las prácticas de atención al embarazo, parto y puerperio que pueden considerarse de salud positiva y no sólo las que atienden

episodios de daños o molestias. Como se mencionó en la introducción, debido a limitaciones en el diseño de la investigación no fue posible profundizar en dichas prácticas de salud positiva, pero frente a la ausencia de estudios al respecto y la identificación de algunas prácticas que pueden considerarse de protección a la salud, hemos decidido mantenerlas en esta presentación.

Modelos médicos

Estas prácticas se ubican dentro del amplio marco de los sistemas curativos y asistenciales que pueden definirse de acuerdo con la elaboración que Menéndez ha realizado sobre los modelos médicos.³³ El modelo médico es un concepto más abstracto y generalizante que el de prácticas de atención, y su construcción remite en mayor grado a explicaciones estructurales e históricas que al tema de la agencia y punto de vista de los actores.

De acuerdo con Menéndez y Di Pardo existen tres modelos médicos: 1) el hegemónico, 2) el alternativo y 3) el de auto-atención. A su vez, en el modelo médico hegemónico (MMH) se incluyen tres sub-modelos: a) el modelo médico individual privado, b) el modelo médico corporativo público y c) el modelo corporativo privado. El modelo médico hegemónico se define como:

el conjunto de saberes generados por el desarrollo de la denominada medicina científica, el cual ha ido hegemonizando a los otros saberes desde fines del siglo XVIII hasta lograr identificarse, por lo menos en algunos contextos, como la única forma correcta de diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas de enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como políticos (Menéndez y Di Pardo 1996, 59).

³³ Por modelo dice entender “un instrumento metodológico que supone una construcción propuesta por nosotros a través de determinados rasgos estructurales y cuyo valor es básicamente heurístico” (Menéndez 1992).

Aunque las características del MMH son múltiples y han sido ampliamente desarrolladas por los autores mencionados en éste y otros textos, el modelo médico responde sobre todo a un modelo basado en las explicaciones biomédicas, positivistas, individualistas y en prácticas que privilegian el saber médico, estableciendo relaciones asimétricas entre médicos y pacientes, atendiendo poco a la prevención y en exclusión a otras prácticas de curación (Menéndez y Di Pardo 1996, 60). Otros autores se refieren a este modelo como *biomédico*, término que utilizaremos intercambiamente. La creciente medicalización de la salud reproductiva responde justo a la hegemonía de este modelo y a los procesos mediante los cuales, no sólo las instituciones médicas, se ha convertido a los procesos de salud en problemas biológicos y médicos que requieren de la intervención médica (Lock y Kaufert 1995, 17).

Las prácticas de atención al embarazo –parto y puerperio no responden exclusivamente al modelo biomédico– son, como muchas otras prácticas de atención a la salud, respuestas que se relacionan con otros dos modelos médicos, el modelo médico alternativo subordinado que incluye a la medicina tradicional (también conocida como etnomedicina) y a la medicina alternativa y el modelo de auto-atención. En efecto, a pesar de su creciente medicalización, la salud reproductiva es uno de los campos de la salud que es más atendido a través de la auto-atención y la medicina tradicional.

El modelo médico alternativo subordinado incluye las prácticas reconocidas como “tradicionales”, así como otras prácticas alternativas como la acupuntura o la herbolaria china, que se combinan en uno sobre todo porque se derivan del modelo médico hegemónico y por su subordinación a dicho modelo, con el que tiene en común las funciones de control que cumple. El modelo se caracteriza, entre otras cosas, por una concepción globalizadora de los padecimientos y problemas, una tendencia al pragmatismo, y al igual que el modelo biomédico, por la asimetría entre curador y paciente, así como por una tendencia reciente a mercantilizarse y a complementar el modelo biomédico.³⁴ Los modelos

³⁴ Ver Menéndez (1992, 103-104) para una lista más exhaustiva de los características de este modelo.

como instrumentos de investigación abarcan muchos más elementos que las prácticas, sin embargo, en esta investigación nos referimos sólo a éstas y específicamente a las que forman parte de este modelo: las prácticas tradicionales y las alternativas. Finalmente está el modelo de auto-atención basado:

en el diagnóstico y atención llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas de sus grupos parentales o comunales y en el cual no actúa directamente un curador profesional. Esta auto-atención supone desde acciones 'conscientes' de no hacer nada, pero encaminadas a la cura, hasta el uso de equipos de determinado grado de complejidad (Menéndez 1992, 104).

Sus características son la eficacia pragmática, el papel predominante de las mujeres en estas prácticas, la legitimidad por el grupo de referencia, así como una concepción basada en la experiencia, la apropiación tradicional de las prácticas médicas, y constituir el inicio de la carrera del enfermo. Tiende a asumir la subordinación a otros modelos médicos (Menéndez 1992, 104; 170-185).

La relevancia de considerar la auto-atención para el estudio de la atención al embarazo, parto y puerperio se evidencia al enumerar las acciones incluidas. De acuerdo con Menéndez la auto-atención incluye:

una serie de actividades orientadas directa o indirectamente a asegurar la reproducción biológica y social a partir de la unidad doméstico-familiar. Dichas actividades en lo que respecta a los procesos de salud-enfermedad, integra alimentación (incluye amamantamiento), limpieza e higiene (cuerpo, ropa, vivienda, etc.), curación y prevención de enfermedades, daños [y] problemas (Campos 1992, 15).

Como se puede observar, en este modelo de auto-atención el autor incluye una gran cantidad de prácticas de atención que constituyen parte de lo que hemos definido como salud positiva. La diferencia radica en la óptica desde la cual se estudia. Partir de las prácticas permite destacar

la agencia sin desdeñar la hegemonía de ciertos procesos, como la medicalización, e identificar cómo se relacionan las trabajadoras y cómo negocian su salud. Proponemos que la investigación sobre prácticas puede verse como una vía alternativa para entender la relación de los pacientes en el modelo médico hegemónico.

Agencia

En la corriente crítica-interpretativa de la antropología médica, Lock y Kaufert se refieren a la necesidad de reelaborar críticamente los conceptos de resistencia, agencia, medicalización y ‘bio-poder’ (*biopower* en inglés), el poder sobre el cuerpo, a fin de dejar de ver a las mujeres como simples receptoras pasivas de los procesos de medicalización y de las tecnologías reproductivas (Lock y Kaufert 1998). Siguiendo a Foucault, pero concentrándose más en las mujeres y menos en los mecanismos de represión y en las instituciones hegemónicas, las autoras explican cómo el concepto de agencia es central a su análisis.

Agencia se convierte en focal y constitutiva de la realidad tal y como se actúa y se experimenta en la vida cotidiana [...] Las respuestas de los individuos no son simplemente de aceptación renuente (*compliance*) o resistencia; de hecho ni siquiera necesita haber respuestas. En cambio, hay evidencia abundante de un pragmatismo en acción. Un pragmatismo que, aunque confinado por las circunstancias sociales, es frecuentemente orquestado e iniciado por individuos, más que ser simplemente los efectos de la represión. Más importante aún, los individuos frecuentemente se manejan estratégicamente para beneficiarse entre las redes del poder (Lock y Kaufert 1998, 208).

Es a este enfoque al que nos adherimos cuando centramos nuestra investigación en las prácticas de las mujeres trabajadoras de la maquila, tal y como ellas las relatan, y que observamos en la fábrica, en sus casas, en el hospital, en las clínicas, en los encuentros con los médicos, con las enfermeras y con sus familias.

Como son fuerzas activas, tanto el poder como la agencia deben “buscarse en el cuerpo activo, un cuerpo que vive en el tiempo y se mueve en el espacio” (Comaroff y Comaroff 1992, 77), por lo que nuestras preguntas de investigación se orientan a interrogar sobre las prácticas de las mujeres que están centradas en el cuidado de sus cuerpos durante el embarazo. Pero sólo adquieren mayor significado cuando se contextualizan, particularmente para conocer sus historias reproductivas, domésticas y laborales.

Si bien estas prácticas se ubican dentro de un estrecho abanico de posibilidades, permiten ver cómo las trabajadoras utilizan los nuevos recursos que tienen a su disposición, por ejemplo su derecho al IMSS, así como también observar cómo adaptan y aplican los recursos heredados, como los remedios tradicionales y de auto-atención, y cómo en ocasiones el silencio es su mejor respuesta. En la presente investigación, estas opciones no se ejercen en torno a problemas de enfermedad, sino a una serie de procesos de salud y de atención al embarazo, parto y puerperio que se ubican dentro de la salud reproductiva. Esta investigación no indaga en la agencia de otros actores sociales, como podrían ser los médicos o las parejas de las madres-trabajadoras, tema para otro estudio que podría construir sobre lo que aquí se ha explorado.

Una reconceptualización de la salud reproductiva

Mucho tiene que ver la salud reproductiva y su conceptualización con el desarrollo de la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo de 1994 o de la Conferencia Internacional sobre la Mujer de Beijing de 1995, convocadas por la Organización de las Naciones Unidas. En estos eventos se lograron consolidar acuerdos sobre los derechos reproductivos y la salud reproductiva, a pesar de que estos temas han estado presentes desde hace muchas décadas. Los documentos que las instituciones de salud presentan para sus programas anuales de trabajo (Poder Ejecutivo Federal 1995) y planes sexenales, comenzaron a reflejar el discurso sobre salud reproductiva y proporcionaron un marco normativo para promover los derechos reproductivos. Sin

embargo, como veremos más adelante, en la atención a la salud reproductiva de mujeres, como las madres-trabajadoras de esta investigación, todavía se manifiesta una gran carencia que refleja las limitaciones de la acción gubernamental.³⁵ En parte, dichas limitaciones reflejan una falta de acuerdo social sobre el derecho de las mujeres a la salud y el control de su propio cuerpo. Por ello la vigencia de los movimientos sociales en torno a la salud reproductiva, la sexualidad y los derechos reproductivos.

Hacia las reuniones mundiales mencionadas se sucedieron discusiones, reuniones previas, posteriores y paralelas en muchos países donde principalmente las mujeres y grupos de mujeres organizadas eran quienes pugnaban por el reconocimiento —que en El Cairo y Beijing habría de adquirir carácter oficial— de la elección libre e informada y la no discriminación o coerción en asuntos relacionados con la vida sexual y reproductiva, garantías para la salud sexual y reproductiva que se sumarían a los derechos a la planificación familiar. En torno a estos temas se fue consolidando, además, un gran interés por la investigación y el desarrollo de equipos académicos³⁶ y profesionales —tanto en el sector gubernamental como no gubernamental— que pugnarian por la elaboración de políticas públicas y programas para atender la salud reproductiva tanto de varones como de mujeres. La mayoría de estos programas se insertaría en los programas existentes de planificación familiar o de salud materno-infantil y generalmente, en el ámbito gubernamental, no rebasarían dichos temas. A pesar del gran aumento de mujeres que trabajan, no se conocen programas de salud laboral que hayan incorporado la salud reproductiva en sus planes de trabajo.

La salud reproductiva, dice Figueroa (1997, 166-167), es un concepto en evolución al que se le pueden distinguir por lo menos cuatro enfo-

³⁵ Véase también a Amuchástegui (2001) para un comentario sobre el papel del gobierno en estos programas en torno a la sexualidad.

³⁶ Entre los grupos más importantes hay que mencionar al Programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México a cuya gran producción de los años noventa nos referiremos a lo largo de este trabajo.

ques: a) el que se le imprime desde el campo biomédico y que domina en la investigación clínica y epidemiológica, b) el poblacional, c) el feminista y d) el social. Centrándose más en el enfoque social, Figueroa identifica las dimensiones sociales que deben analizarse en la interrelación entre salud y reproducción:

a) [el] papel que juegan en la sexualidad y en los procesos reproductivos el Estado y las políticas públicas, las instituciones religiosas, escolares, de salud, los medios masivos de comunicación y las familias, entre otras; b) los procesos de socialización y de construcción de la identidad de género y de las relaciones intergeneracionales, cuya simetría (sic) condiciona la vivencia de la sexualidad y la salud reproductiva; c) la percepción de la población sobre las necesidades que pretenden ser objeto de acciones encaminadas a mejorar su salud, así como su participación en las soluciones propuestas; y d) la satisfacción de los derechos individuales, políticos (incluyendo la participación) y sociales (acceso a la alimentación a la educación, al trabajo y a la atención de la salud) reconocidos como condiciones para reducir diferentes tipos de problemas en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción (Figueroa 1997, 167-168).

Al señalar la necesidad de una discusión menos fragmentada y más integral, Figueroa apunta que la temática atendida por cada enfoque no es la misma. Las ciencias sociales se han centrado en los estudios sobre identidad, relaciones de género y desigualdad, entre otras, mientras que las ciencias biomédicas analizan los temas asociados con embarazo, parto y puerperio, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, etcétera. (Figueroa 1997, 169). Éste no necesariamente ha sido el caso de la antropología médica y habría que añadirse que muchos de los estudios sobre identidad, relaciones de género y desigualdad en las ciencias sociales se han realizado en torno al embarazo, parto y puerperio (Castro y Bronfman 1995; Ojeda 1999b).

La intensa atención sobre estos temas en las conferencias mundiales se manifestó en los medios, en ciertos movimientos sociales, en el deba-

te político y en la academia. En este último espacio se realizó un cúmulo de investigaciones en México durante la última década. Desde el análisis de las ciencias sociales se amplió el espectro de la salud reproductiva –y de la misma salud–, rebasando para algunos autores sus estrechos márgenes. Sin afán de ser exhaustiva, podría mencionar entre algunos de los nuevos temas que se incluyeron, el tema específico de la sexualidad (Lerner 1998; Szasz 1999), el de los derechos reproductivos (Ortiz-Ortega 1999), el papel del varón en la salud reproductiva (Figuroa 1998), así como el análisis más crítico de los programas de atención médica (Espinoza 2000). La gran mayoría de estos abordajes plantearon explícitamente estudiar estos temas desde una perspectiva de género, enfoque que fue interpretado de múltiples maneras,³⁷ y que además se incluyera el estudio de las subjetividades (Szasz y Lerner 1996). La ubicación temporal, espacial, histórico, sociocultural y de experiencias subjetivas en las que ocurren las relaciones de género (Szasz 1999, 118) fue definida como necesaria dadas las complejas articulaciones entre las distintas formas de desigualdad y las relaciones de poder.

Para fines del presente trabajo, los temas de la investigación más reciente sobre la salud reproductiva que interesa resaltar son aquellos centrados en las perspectivas de los sujetos, en este caso de las madres-trabajadoras, así como su relación con diferentes actores sociales, como las instituciones biomédicas, la familia y el trabajo.

La salud reproductiva en la antropología médica

A diferencia de otras disciplinas, en la antropología en México los temas de salud reproductiva más frecuentes en la investigación han ido precisamente el embarazo, parto y puerperio. Otros autores señalan cómo en los estudios etnográficos sobre embarazo, parto y puerperio se ha privilegiado la descripción y el análisis de las prácticas

³⁷ Véase al respecto a M. Lamas (1996), S. González (1993), Ravelo (1995), M. Burín (1995), I. Szasz (1995), entre otras.

tradicionales (Cosminsky 1992), igual que en gran parte de los estudios de la antropología médica mexicana hasta hace pocos lustros (Campos 1992). Las prácticas “no-tradicionales” del embarazo, parto y puerperio han sido menos consideradas, esto es, la atención biomédica de la salud reproductiva, o las mismas prácticas de auto-atención o de medicina doméstica de poblaciones que viven en áreas urbanas.

En la práctica de la antropología estadounidense y canadiense, la investigación sobre la reproducción humana ha tomado nuevas dimensiones. En 1991, Ginsburg y Rapp publicaron una revisión del tema de la reproducción en la que identifican el surgimiento de una perspectiva global y múltiple de la reproducción. Cinco años más tarde, las autoras sugirieron ubicar la reproducción, tanto en sus interpretaciones biológicas como sociales, en el centro de la teoría social, recordando que la contribución de la antropología al estudio de la reproducción social ha sido señalar que ésta significa más que la procreación biológica, y que responde al análisis de los complejos arreglos sociales en donde se debate y se negocia sobre la propiedad, las jerarquías, las posiciones, los derechos y los valores. Como tal, la “reproducción provee el terreno para imaginar nuevos futuros culturales y transformaciones, a través de la lucha personal, la movilidad generacional, los movimientos sociales y los reclamos de ideologías religiosas y políticas muy poderosas” (Ginsburg y Rapp 1995, 2).

Rechazan el concepto de reproducción como reposición (*replication* en inglés) y proponen estudiarla en un escenario en el que las personas luchan por sostenerse en condiciones radicalmente diferentes a las de generaciones previas, a pesar de que las prácticas culturales pudieran parecer similares. Esta lucha cotidiana se vuelve central a su análisis para lo cual incorporan varios conceptos que en la teoría social se han desarrollado en torno a la idea de agencia. Lo que estas autoras destacan de esta dinámica discusión sobre las formas culturales emergentes, de oposición o alternativas, es que no solamente surgen nuevas prácticas y saberes culturales. Las contribuciones más significativas las ubican en el hecho de que “la gente no desarrolla posturas opuestas a las categorías de la cultura dominante, aun cuando las pretendan desestabilizar” (Gins-

burg y Rapp 1995, 11).³⁸ En el estudio de la reproducción y las prácticas de salud se tomará en cuenta no sólo la orientación de la acción de las mujeres, sino que mediante el trabajo etnográfico e interpretativo, también se considerará la complejidad del contexto en el que realizan dichas prácticas, el peso hegemónico de la biomedicina y la consecuente medicalización de la salud reproductiva. Esto es posible en los estudios regionales o locales que permiten aterrizar las prácticas en las negociaciones cotidianas y las explicaciones de las mujeres a sus acciones, entendiendo ‘lo local’ como “una arena en pequeña escala en donde los significados sociales son informados y ajustados mediante negociación e interacción cara a cara” (Ginsburg y Rapp 1995, 8, traducción mía). En el caso de la salud de madres-trabajadoras, estos procesos de negociación se realizan principalmente en la familia, con los médicos y en el trabajo, y no sólo en torno a la enfermedad y la morbilidad.

Esta investigación mostrará que esos procesos de negociación entre los diferentes actores son moldeados culturalmente al construir los significados sobre la salud reproductiva. Pero para ello se requiere definir la cultura misma. Palabra clave de la antropología, Comaroff y Comaroff la definen como:

un espacio semántico, el campo de signos y prácticas, en que los seres humanos se construyen y se representan a sí mismos y a otros, y como tal sus sociedades e historias. [La cultura] siempre contiene mensajes, imágenes y acciones polivalentes, potencialmente cuestionables. Es, en resumen, un ensamble de significadores-en-acción, significadores materiales y simbólicos, sociales y estéticos. Algunos de éstos [...] serán apretadamente entretnejidos en una visión del mundo más o menos integrada y relativamente explícita; otras veces pueden ser fuertemente cuestionados, formando parte de contra-ideologías, o de “sub-culturas”; y otros pueden tener un valor y significado indeterminados, flotando relativamente libres sin fijarse (1992, 27).

³⁸ Las autoras citan a Anderson (1983), Hobsbawm y Ranger (1983) y Williams (1989) como los autores fundamentales de esta posición.

Esta apretada definición contiene varias ideas a las que se aludirá a lo largo de este texto, pero una idea central que deseamos resaltar es la idea de la cultura como campo de negociación, no de costumbres fijas e inmovibles. En el caso de esta investigación, las prácticas de atención a la salud se construyen sobre valores y significados moldeados por las mujeres, algunos de los cuales son más aceptados y otros cuestionados y negociados. Si la cultura nos remite a este aspecto tan dinámico y complejo, también debemos reconocer que sus expresiones, como las prácticas de salud, no se van a restringir a un solo ámbito de la salud como la salud reproductiva. Debemos pensar que las prácticas de cuidado de la salud reproductiva también reflejan prácticas y saberes de otros ámbitos de la salud.

Las condiciones de vida

Por condiciones de vida entendemos tanto las condiciones materiales como sociales de vida, tal como se expresan en el nivel ambiental, comunitario y familiar; y las condiciones de trabajo constituyen parte de dichas condiciones de vida. Es necesario integrar las esferas de las condiciones materiales y sociales de vida tanto en la familia como en el trabajo. En la investigación sobre maquila y salud, las condiciones de vida se han presentado cada vez con mayor relevancia, tanto en la investigación que he realizado y que se detalla posteriormente, como en otros estudios que también serán revisados. En esta investigación se integran en las condiciones de vida los aspectos materiales, incluyendo lo ambiental, lo comunitario y lo socio-cultural. Dado el interés en las relaciones de las mujeres con otros actores claves como su pareja, sus padres, sus hijos, sus compañeras y compañeros de trabajo, sus supervisores y las personas a quienes acuden para la atención a su salud, pondremos un mayor énfasis en estas relaciones durante todo el análisis.

Pensaremos la familia, no como un grupo humano definido y estático, sino como una unidad cambiante, flexible y en continua transformación, en donde las responsabilidades domésticas y las relaciones personales

son fuente de conflicto y tensiones,³⁹ y al mismo tiempo de descanso y reposición de fuerzas. Más que presentar a la familia como otra categoría de análisis, en esta investigación nuestras entrevistas muestran que existe una continuidad en las vidas de las mujeres, en las que sus familias se hacen presentes de distintas maneras e intensidades a lo largo del tiempo, aun cuando están en el trabajo. Como diría Tilly “familia es contingente, relacional para las mujeres como individuos, en la política, el trabajo, el matrimonio, como solteras, o en redes femeninas, amistades o amoríos” (1987, 310). Esto se ilustra en las experiencias de las madres-trabajadoras en la Planta X, quienes dan cuenta de las ocasiones en las que se quedan pensando en sus hijos, en los que están ausentes, en sus preocupaciones con sus parejas, o en sus padres.

Tal vez los dilemas a los que se enfrentan estas madres-trabajadoras en sus familias tengan que ver con las profundas transformaciones que implica el trabajo asalariado de la mujer y sus impactos en las relaciones de género. Nos referimos sobre todo a los cambios en los mecanismos del control social que tradicionalmente se han ejercido en torno a las mujeres a través de la familia y que tienen un impacto en el cuidado del cuerpo y la salud. Para estudiar estos cambios y los ajustes en las vidas de las mujeres en función de la atención al embarazo, parto y puerperio se recurrirá a la elaboración conceptual que hemos presentado en este capítulo. En el siguiente capítulo nos abocaremos a la operacionalización de este entramado, a la discusión sobre el trabajo de campo y la realización de la encuesta en la Planta X en la ciudad de Nogales.

³⁹ Al respecto ver Hartmann (1981) y González de la Rocha (1988).

II

METODOLOGÍA Y TRABAJO DE CAMPO

Patricia alcanza a llegar apenas con un tiempecito para hablar con el médico en la planta. “Y te aseguro que ni te tomaste las pastillas que te recomendé la última vez, ¿verdad?”, comienza regañándola el doctor. “Sólo me alcanzó para tres días, doctor, ya sabe que no tengo para andar comprando tanto, pero verá cómo me duele la cintura”. El diálogo entre Patricia y el médico continúa por los mismos rumbos de siempre, una lamentándose de sus dolores y pidiendo cualquier cosa que le ayude a aliviarse pronto, el otro quejándose de que ella nunca hace caso de lo que le receta. “Tómate éstas cada seis horas y compra otra caja para que completes la semana”, la despide el médico pensando que la otra semana estará de regreso con la misma queja, “ni modo”, piensa, “qué se hace con esta gente que nunca hace caso de lo que le dicen los médicos”. Es casi lo mismo que dicen los médicos que atienden a las trabajadoras embarazadas cuando van al IMSS: “Son pocas las que hacen caso de eso (las recomendaciones que les hacen), pero es parte de nuestro trabajo hacerle las indicaciones pertinentes”.

Patricia sale casi corriendo para alcanzar a subir las escaleras, atravesar todo el galerón que es la fábrica y llegar a su línea un poquito antes de que les toque entrar a sus muchachas. Gritando un poco para que la oigan por encima del zumbido permanente de la fábrica, su compañera del turno anterior le recuerda sobre algunos problemas que tienen con una de las máquinas y el arreglo provisional que le hicieron

con un alambre. Hace dos semanas que prometieron subir de Máquinas a revisarla, y advierte que hay que tener cuidado con la palanca, no se vaya a lastimar alguien. Con las prisas olvidó comer algo, y en su casa apenas si probó las calabacitas que les dejó a sus hijos. Consigue que le traigan un taquito por mientras y lo guarda en la bolsa de su vestido, total, a estas horas casi nunca pasa a revisar el supervisor.

En la planta no hay siquiera una ventana en todo el espacio de producción, así que Patricia no se da cuenta a qué horas oscurece hasta que dan las horas para su primer descanso y baja a la cafetería. Ya había quedado con Esthela que se verían, así que vuela para allá a que le cuente cómo resolvió lo de los trámites para escriturar la casa que construyó sobre el predio de la invasión de Los Encinos hace varios años. Con el taco quedó conforme, y además ya está aburrida del mismo menú de siempre y como anda “cuidándose” para no engordar decide sólo tomar otra soda para que no le dé sueño más tarde. Los veinte minutos pasan demasiado rápido y vuelve a tomar su lugar en la línea. Parece que siempre le toca estar “cuidando” el lugar de alguien, con esto de las enfermedades de los niños y tanto frío, le están faltando mucho sus “muchachas”. Lo bueno es que no están muy cargadas de trabajo ahora, nunca como a final de año cuando anduvieron con horas extras todas las noches. Lástima también, porque así la raya no llega con tanto. Ni modo, no se puede tener todo, así siempre le dice su papá. Se queda pensando en él.

Siempre ella y sus hermanos pensaron que su papá iba a estar mejor aquí, pues ya se habían venido a Nogales todos sus hermanos y él se había quedado solo allá y sin tener posibilidades de atender ya su milpa, con aquello de la falta de apoyos y créditos. Pero ella siente que en Nogales su papá está solo y que no se halla en la ciudad. A veces pasaban hasta dos años y medio sin que pudiera ir a verlo y las últimas veces lo veían cada vez más deteriorado de salud. Se les hizo fácil cerrar la casa en Nayarit y traerlo a Nogales. Nunca pensaron que iba a necesitar tanta atención y su hermana ya dijo que para el mes que entra le va a tocar a Patricia cuidarlo. A ver cómo le hace, pues para nada le va a caber en su casa y luego con los chamacos se le va a complicar más la cosa. Y ¿cómo

le irá a hacer cuando la visite su pareja en las noches-madrugadas? En ésas anda pensando Patricia cuando se atora la máquina redescompuesta y se apura a ayudar a arreglarla. No es la primera vez que se distrae y sabe que no lo debe hacer, pues la última vez casi se corta un dedo, “les debían poner protectores a estos aparatos, como tienen allá abajo, para que no sucedan estas cosas”, piensa Patricia, “cualquiera se puede lastimar” y hace una nota mental para hablar otra vez con el supervisor pues no quiere que se lastime una de sus muchachas.

“A ver, cuidame aquí tantito, que ‘orita regreso”, le pide Patricia a una de las muchachas para ir al baño. No se tarda nada, pues los baños parecen cuchitril, entre que no echan la basura al basurero, ni le jalan, y luego que tampoco limpian, ni ganas dan de demorarse ahí con el hedor a caño, sale rápido al pasillo sin lavarse las manos pues ni agua salía de la llave. Por lo menos no hace tanto frío como en la letrina que tiene pegada a su casa. Se encuentra con Esthela de nuevo, que anda buscando a alguien para surtirles más material y está solo el almacén. “Oye, pero qué fuerte huele el humo aquí, no sé ni cómo aguantan”. Esthela ni le contesta, pues hace mucho que ya se acostumbró, lleva años trabajando con el cautín. Parece que no nota ya que los extractores funcionan apenas a una mínima parte de lo que deben, menos mal que no están tan encerrados como los de soldadura que están en el “gallinero”.

Patricia se atraviesa a la otra punta donde se encuentran los únicos bebederos que hay para toda la planta alta, ya le toca la segunda pastilla y se acuerda de lo que le dijo el médico respecto a tomarla cada seis horas. No le ha dolido tanto la cintura, pero a lo mejor es porque no ha estado sentada casi nada esta noche y además, logró ganar una de las sillas “mejorcitas”. Siente leves mareos, como que la cabeza la tiene “volada”, pero ha de ser que no quiso comer nada en el descanso o quién sabe qué tendrá. Mejor decide dejar para después tomarse la pastilla y así le duran toda la semana sin tener que comprar más.

El resto de la noche se la pasa enseñándole a la nueva compañera a usar las bobinadoras, tan fácil que es y ella no parece querer aprender. Como que a las más jovencitas hay que tenerles mucha paciencia porque ni ganas le echan al trabajo, tantito que se atrasan y luego se

atrasan todas las demás, si por ella fuera, le gustaría que le mandaran a puras mujeres más grandes, ellas sí que le ponen atención al trabajo, como que una vez que tienen hijos les cambia la forma de ser y ya no andan tan “voladas”.

Patricia corre de nuevo a la hora de salir pues le han prometido llevarla a su casa, y con estos fríos y lo oscuro que está no quiere perder el “raite”. Se acuerda cuando le tocaba levantarse a arropar a los niños y llevarlos a las seis y media de la mañana a la guardería, hasta con lluvias y una que otra nevada, qué bueno que ya crecieron. Lo más rico de todo el día la espera ahorita, meterse a la cama a dormir dos horas y media de seguidito, qué delicia sentir las cobijas y los cuerpos calentitos de sus hijos en la cama (ojalá y no se haya orinado de nuevo el más pequeño) y estirar a gusto las piernas entumidas y adormiladas.

Los “piensos” de Patricia en la noche de trabajo aquí relatada, nos transportan a su casa y la planta, entre sus muchachas, sus críos, el médico, su papá y la milpa; entre la embobinadora del trabajo y la puerta nueva que acaba de poner en su casa, e ilustran lo artificial que resulta seccionar la vida de las trabajadoras entre sus espacios domésticos y laborales para estudiar exclusivamente uno u otro ámbito. Esta investigación trata de “puentear” esa división mediante el trabajo de campo en la fábrica, en las casas y en las instituciones a las que acuden en busca de atención a su salud-enfermedad y especialmente al embarazo.

METODOLOGÍA E INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO EMPÍRICO

Para la investigación sobre prácticas de atención al embarazo, sostengo que además del estudio de las características demográficas o laborales de los y las trabajadoras, es necesario considerar el entorno regional y el contexto familiar e individual. La relevancia del abordaje holístico se ha ilustrado en el pasaje anterior, donde se observan elementos de la vida laboral, familiar y de salud de Patricia, imbricados en la jornada laboral. Dichos contextos habrán de imprimir un mayor significado a los perfiles de los trabajadores, particularmente en el caso de la salud, que ayudarán

a explicar sus relaciones con los daños y beneficios. Es necesario considerar tanto el ámbito doméstico como el laboral para el estudio de las prácticas de atención al embarazo. La complejidad de los procesos de “normalización” y control de los cuerpos requiere que su análisis considere los contextos específicos y locales. Pero dichos contextos, como bien dicen Comaroff y Comaroff, no se presentan así nada más para ser simplemente observados y descritos, “Deben ser construídos analíticamente a la luz de nuestros supuestos sobre el mundo social” (1992, 11). Estos supuestos fueron elaborados en el capítulo anterior, especificando los márgenes y límites de los conceptos y también se atenderán en el presente capítulo, con base en el análisis e interpretación de varias fuentes. La construcción del contexto se alimenta primordialmente de observaciones e interpretaciones basadas en las entrevistas a madres-trabajadoras, pero también en los resultados de la encuesta en la Planta X y otras fuentes.

Estas fuentes las constituyen las entrevistas a madres-trabajadoras, médicos, personal administrativo y otros informantes en Nogales, la encuesta aplicada en la Planta X, la consulta a otras investigaciones, y también para este punto, la revisión de la literatura sobre condiciones de salud de trabajadores y trabajadoras de la industria maquiladora de exportación, así como mis propias observaciones e interpretación. En esta investigación me centro en las madres-trabajadoras como personas con vidas multidimensionales, no sólo sobre los aspectos laborales, una ausencia identificada en la literatura revisada. También enfatizo las prácticas de atención a la salud, que posteriormente referiremos como cuidado de la salud, siguiendo las palabras de las propias entrevistadas. Estas prácticas constituyen una manifestación de su cultura de salud, y es claro que ésta se refiere no sólo a la atención a los daños y la enfermedad, sino también a un proceso continuo de construcción y mantenimiento que es permanente. Este abordaje coincide con los planteamientos de diversos autores, que dentro de líneas más amplias de investigación se han centrado en la *agencia* como un concepto que se refiere a “la capacidad de moldear sus propias vidas” (Greenhalgh 1995, 19). En un excelente artículo sobre interrelaciones de la antropología y la demografía en el

estudio de la reproducción, Greenhalgh recuerda que el estandarte de la antropología es el holismo y el intento de alcanzar comprensiones amplias y multifacéticas de los fenómenos bajo estudio; pero además del estudio de la estructura social, la antropología da un mayor peso a la *agencia*, a diferencia de la demografía, disciplina que tradicionalmente ha estudiado la reproducción. Los dilemas en torno al tema giran alrededor del concepto pasivo de agencia, “que visualiza a las personas como adherentes inconscientes (*mindless*) a las reglas culturales y el concepto activo, que las dibuja como tomadoras conscientes de decisiones, quienes deliberadamente escogen sus niveles de fertilidad a través de la racionalidad abstracta” (Carter en Greenhalgh 1995, 19). Carter mismo sugiere una redefinición, al interpretar la agencia humana “no como una secuencia de hechos de decisión y planeación –la visión tradicional– sino como el monitoreo y la racionalización de un flujo continuo de conducta, en que la práctica constituye una relación dialéctica entre personas que actúan en un contexto definido” (Ibid 19).

Agencia es un concepto central en los estudios de género, utilizado para desmentir el carácter *natural* de la condición de la mujer (y de los varones, añadimos) y desvictimizarlas; insiste, además, en su participación activa –muchas veces resistiendo– y en la construcción de redes que les permiten resolver problemas asociados con la reproducción (Greenhalgh 1995, 25). Lo anterior también coincide con mi interés en destacar el punto de vista de las mujeres como actoras sociales de las historias de sus vidas.

Con los distintos énfasis que las investigaciones sobre maquila y salud han puesto en factores diversos o procesos causales, se han perdido de vista las experiencias, las vivencias de los propios trabajadores y trabajadoras y el contexto socio-cultural en el que se desenvuelven. En general, lo que se juzga es el proceso de maquilización global impulsado por las corporaciones multinacionales y la política económica que ha estimulado dicho proceso. Se pierden de vista otras múltiples condiciones, también asociadas con la política económica, que han contribuido a que los migrantes dejen sus tierras y sus formas tradicionales de sobrevivencia. Por otro lado, se ignoran las prácticas que los trabajadores desarrollan,

tanto dentro como fuera de las fábricas, para protegerse y cuidarse, o para impactar su salud-enfermedad. Este tema, sobre el cual los autores reflexionan poco, requiere de la realización de otro tipo de estudios, centrados en los relatos de los propios trabajadores, y en el acercamiento a sus elaboraciones sobre sus vivencias como trabajadores de la maquila. El análisis de los grupos humanos en sus contextos específicos ha sido el tema, por excelencia, al que se ha dedicado la antropología en sus múltiples prácticas, aunque dichos análisis no han sido terreno exclusivo de la antropología. Sus conceptos y herramientas metodológicas pueden ser de suma utilidad al complementar el campo de las investigaciones mencionadas previamente si se utilizaran para indagar sobre las construcciones sociales y culturales de la población trabajadora femenil y varonil, en relación con las prácticas de atención a la salud-enfermedad.

Una aportación de este abordaje es que permite ampliar el contexto del trabajador y la trabajadora de manera que rebase los límites fabriles. Permite enmarcar la vida obrera en un amplio panorama que incluye sus orígenes familiares y sociales, sus condiciones domésticas y las prácticas de adaptación, negociación y resistencia que aplican en el cuidado de su salud.

Diseño de la investigación

Una vez en el “campo”, en este caso la ciudad de Nogales, el proceso de investigación experimentó modificaciones. En un principio todo parecía muy claro; para respetar y cumplir los planteamientos anteriores decidí entrevistar a mujeres de una misma fábrica a fin de mantener condiciones laborales más o menos semejantes, pero que representaran condiciones familiares y materiales distintas: como madres solas o unidas; de Nogales y de fuera; con hijos chicos y con hijos grandes; con menor y mayor antigüedad. Luego surgían las dudas: dónde ubicar a las mujeres con hijos de varios padres; a las que tenían compañero no co-residente que las visitaba y apoyaba económica y afectivamente; qué hacer con las que se juntaban, se separaban y se volvían a juntar. Las categorías elaboradas con anticipación nunca dieron cabida a la diversidad de experiencias y hubo que

reelaborarlas. La realidad siempre resulta más confusa, compleja, contradictoria, ambigua y diversa que las letras que ponemos en papel para retratarla. En las secciones que siguen intento reconstruir el proceso de la investigación, a partir del abordaje etnográfico y la aplicación de la encuesta, con la finalidad de precisar el origen y la calidad de la información en la que están basadas las descripciones e interpretaciones posteriores.

Los criterios iniciales de selección de las mujeres incluyeron: trabajadora directa (no técnica, ni administrativa) de la Planta X; antigüedad variada (menos de tres años, de tres a cinco años y más de cinco años); condiciones domésticas diversas; relación diferente de pareja; así como número de hijos variado. Avanzada la primera etapa del trabajo de campo, se fueron puliendo estos criterios de acuerdo con las condiciones que se observaban entre las trabajadoras. Se incluyó el criterio de seleccionar a mujeres que estuvieran en diferentes puestos en la planta: como supervisora, jefa de línea, inspectora y operadora, como trabajadoras del turno matutino y vespertino. En cuanto a las condiciones domésticas, se cuidó que representaran diferentes condiciones materiales de vivienda, así como arreglos domésticos en cuanto a los integrantes (otros familiares y no familiares, y el caso de una madre-trabajadora cuya hija mayor no vivía con ella); se incluyó a madres-trabajadoras que vivían solas, a las que vivían con su pareja y a quienes tuvieran pareja no co-residente. En cuanto al número de hijos, éste varió de ninguno a seis. Se incluyó finalmente a una trabajadora que era madre “sustituta” y que cuidaba cotidianamente al hijo de otra trabajadora sin haber tenido hijos propios.

La distinción entre el grupo núcleo con el cual se tuvo contacto (en promedio ocho veces) y el grupo secundario (con quien se tuvo contacto un promedio de tres veces) se fue construyendo sobre la base de mujeres que representaban la diversidad de criterios mencionados anteriormente. Así contaríamos con información a mayor profundidad, tres en puestos de mando (una supervisora, una jefa de línea y una inspectora) y dos operadoras con antigüedad variable. Entre ellas había una variedad de condiciones domésticas y familiares; una sola; otras dos con pareja

no co-residente; una con su esposo; y otra con etapas de separación y reunión con su segunda pareja. Al inicio del trabajo de campo, una vivía en casa de lámina y material de desecho, pero luego construyó un cuarto de “material”; otra tenía un cuarto de ladrillo, pero finalmente sacó un préstamo de Infonavit para casa; dos tenían su propia casa que iban ampliando. Cuatro de los cinco casos, recibían a familiares y amistades de “arrimados” durante diferentes etapas, cuando llegaban a Nogales a buscar empleo en la maquila (varios), a ayudarles a finales del embarazo y después del parto (mamá o hermanas), a construir su casa (hermano) o a recibir sus cuidados (papá). También se prefirió contar con informantes que hubiesen tenido diferentes experiencias de embarazo, que trabajaran o no, ya sea que se atendieran en el Seguro, con partera o en un hospital privado.

Sobre la marcha del trabajo de campo se fueron tomando decisiones, por ejemplo, reducir las entrevistas con el grupo secundario y profundizar con las del grupo núcleo. Esta estrategia permitió crear una información de distinta calidad, puesto que se construyó una relación de confianza que facilitó la generación más espontánea y menos formal en las entrevistas y conversaciones que sostuvimos. Las entrevistas también generaron información de diferente calidad; hubo unas que “nunca despegaron”, es decir, parecieron cuestionarios con interrogantes y respuestas casi siempre puntuales. Pero a lo largo de la relación con las mujeres, surgieron otras conversaciones y narraciones que generaron información de mayor calidad por la espontaneidad, la ausencia de interrupciones por parte de las entrevistadoras y el contenido de los relatos. En el caso de las cinco informantes clave se intentó generar este tipo de información sobre el embarazo para todas. En la medida en la que fuera posible, se buscaba que surgiera lo mismo en las otras entrevistadas, pero su falta de tiempo, de condiciones adecuadas para las entrevistas o la falta de confianza no lo permitió. Posteriormente se transcribieron notas de campo y de entrevistas para todas las mujeres y todas las entrevistas grabadas fueron transcritas. Se lograron grabar más de tres cuartas partes, con el resto se elaboraron fichas y el diario de campo.

También se entrevistó a tres médicos del hospital del IMSS en Nogales, éstos fueron médicos familiares que usualmente atienden a las trabajadoras para el control prenatal. Sólo en caso de embarazo de alto riesgo las refieren con el médico especialista, ginecólogo. Se entrevistó a dos médicos de la especialidad de Medicina del Trabajo del IMSS, a dos médicos del Hospital Básico de la Secretaría de Salud, así como a dos gerentes, cuatro sub-gerentes y al médico de la Planta X. En cuanto a los familiares de las madres-trabajadoras, se entrevistó a dos esposos de las informantes y a dos hermanas. También se entrevistaron otras personas involucradas de alguna manera con el tema: dos burócratas de la administración municipal, cinco activistas y líderes comunitarios. Además de la entrevista y el contacto continuo con la directora de la guardería de la Planta X, entrevisté a la directora de otra guardería de una maquiladora en Nogales. Las entrevistas con los médicos del Seguro fueron particularmente difíciles, no sólo por la falta de tiempo y la falta de confianza. Hubiera sido necesario construir con ellos una relación durante más tiempo y con mayor participación. En todos los casos solicitaron que no se incluyera su nombre y se insistió, tanto por parte del Seguro como por parte de ellos, que se tuviera la autorización de la Dirección del Hospital para llevar a cabo las entrevistas, hecho que hizo muy tedioso el trámite. La información fue muy puntual y poco rica en contenido.⁴⁰ Las entrevistas con las otras personas mencionadas, de la Secretaría de Salud, de la Planta X, de las guarderías y los activistas, se dio de manera más ágil, sin trámites de por medio, pues no se impidió en ningún momento una libre conversación. De fondo a esta información generada directamente para la investigación, no puedo desdeñar mi experiencia de investigación previa en Nogales. Me refiero a los periodos en los que trabajé directamente en el hospital del Seguro, cerca de ocho meses (Denman 1990a; Denman 1991), a la elaboración de una encuesta en el Hospital Básico de la Secretaría de Salud durante tres meses

⁴⁰ En torno a este tema (entrevistas con médicos) debe diseñarse una estrategia específica de campo, posiblemente una que incluya la participación de otros médicos como entrevistadores.

(Balcázar, Denman y Lara 1995), así como la realización durante dos años de una evaluación de atención primaria a la salud, que incluyó la organización de un comité local compuesto por distintos actores de la salud pública (Denman y Haro 1994).

La información se organizó de dos maneras. Se hicieron las historias generales para cada una de las mujeres. Posteriormente se entresacaron sus historias laborales y de salud reproductiva; se analizaron con base en casos individuales y problemas específicos; se desarrollaron tres matrices que fueron ampliándose en la medida en la que profundizamos en el análisis o en la generación de mayor información. La primera matriz describió en el eje vertical cada una de las etapas identificadas durante el embarazo. En el eje horizontal se dividieron las prácticas de auto-atención en prácticas de cuidado, de auto-atención, aguantar y no hacer nada. Estos se ejemplifican en el anexo 1.⁴¹ La segunda matriz describe, para las mismas etapas, a los actores con quienes se relaciona la mujer. La tercera matriz describe, también para las mismas etapas, las formas de atención médica, desde la atención bio-médica, institucional pública, privada y de la empresa, hasta la medicina tradicional y la medicina alternativa. Las matrices se construyeron a partir de la identificación de temas en columnas y filas, y con base en la información generada por las catorce mujeres. Debo advertir que el diseño original de las matrices no responde con exactitud al diseño que se observa en las matrices del anexo I: este fue un ejercicio de procesamiento y análisis de la información en expansión. Partió de las entrevistas iniciales y mi diseño de investigación, y fue alimentándose selectivamente para dar cuenta de la recurrencia y semejanza en las prácticas compartidas por todas las informantes.

La información generada en los encuentros con las madres-trabajadoras del grupo núcleo fue visitada y revisitada múltiples veces durante todo el proceso de descripción, análisis e interpretación. El objetivo era cerciorarse de la cita, retomar el contexto en el que surgió dicha infor-

⁴¹ Se anexan para mostrar la estructura, mas no con el vaciado de información que es muy extensa.

mación o dato y buscar elementos adicionales en las narraciones que permitieran tener seguridad sobre el sentido de la interpretación. También se consultaron las notas y transcripciones de las entrevistas a algunos médicos o esposos de las mujeres entrevistadas. Igualmente se consultaban los resultados de la encuesta en la Planta X y los resultados de investigaciones previas, particularmente las que había realizado en Nogales. Con base en dichos resultados, se hacían comparaciones con las biografías de las entrevistadas y las historias de embarazo, anticonceptivas, familiares, o laborales. Estas comparaciones sirvieron para definir otras líneas de análisis con la información cualitativa, o para comprender el sentido de algunas respuestas de las informantes claves, en relación con el resto de sus compañeros de trabajo.

La selección de la planta maquiladora

Para la selección de la planta se tomaron en cuenta tres criterios: a) el tamaño, b) los años de operación en la ciudad y c) lo que he llamado “las mejores o relativamente mejores” condiciones de trabajo. En cuanto al tamaño, dado que la maquiladora estudiada no podría representar a todas las plantas de la ciudad, decidí que era importante elegir una fábrica que cumpliera con distintas condiciones que permitieran el acceso a un número amplio de trabajadoras, de las cuales podría seleccionar a las informantes. Deseaba que la planta fuera grande para poder seleccionar a diversos tipos de trabajadoras en función de su condición familiar y migratoria. Además, como era objetivo de mi investigación observar ciertos cambios en las prácticas del embarazo en mujeres con distinta antigüedad, era importante que la maquiladora estudiada fuera de las primeras plantas instaladas en Nogales, para seleccionar a trabajadoras con una antigüedad de alrededor de veinte años.

Finalmente, deseaba seleccionar una planta que ofreciera las mejores o relativamente mejores condiciones de trabajo. Por mejores condiciones de trabajo incluyo las que anuncian algunas maquiladoras, que rebasan los requisitos que la ley marca y que se acostumbran en la mayoría de las maquiladoras grandes: ambiente de trabajo relativamente seguro,

amplias prestaciones (por ejemplo contar con guardería y cafetería, servicios médicos en la planta, programas de educación abierta, préstamos a corto plazo, referencias a servicio privado médico), formas de contratación no discriminatorias, garantía de cumplimiento de las normas laborales, sanitarias, ambientales. Las investigaciones sobre maquila y salud muestran que estas condiciones difieren de planta en planta, especialmente en función de su tamaño y rama.

Finalmente pude hacer la selección a partir de la información de otras investigaciones, entrevistas a autoridades de instituciones de salud, trabajo y educación en la ciudad y a nivel estatal. Seleccioné una planta que tiene en promedio 2 400 empleados y fue instalada en Nogales a fines de la década de los setenta. Ya había tenido contacto con ella mediante entrevistas e investigaciones previas.

Desde que se define el interés en los puntos de vista de las mujeres, se impone un requisito metodológico de trabajo de campo: la realización de entrevistas abiertas y semi-estructuradas. Pero el otro requisito es ubicar dichos puntos de vista en el entorno de las mujeres, para lo cual hay que considerar el ámbito doméstico y laboral. Los objetivos anteriores implican un trabajo básicamente antropológico. Sin embargo, también interesaba conocer el contexto más general de la fábrica, por lo que se aplicó un cuestionario a una muestra aleatoria probabilística de trabajadores de ambos sexos que laboraban en el turno matutino (el turno más numeroso). Los encuestados fueron 374.

El trabajo de campo y la construcción de una relación con las mujeres

De 1993 a 1995 realicé mi trabajo de campo en Nogales, con visitas esporádicas después de esta fecha, particularmente para la aplicación de una encuesta en la Planta X. Durante este tiempo abordaba a las mujeres trabajadoras de la Planta X en sus casas, en la calle, en el trabajo, para realizar entrevistas abiertas y semi-estructuradas. La mayor parte de las conversaciones fueron grabadas con la anuencia de las entrevistadas y transcritas posteriormente. Este es el periodo que conforma el

presente etnográfico de la investigación. Durante los años de 1996 y 1997 se aplicó la encuesta y se hicieron entrevistas a otros médicos e informantes de Nogales.

Para la realización del trabajo de campo fue muy importante el apoyo de la antropóloga Gilda Salazar, quien trabajó durante esta etapa en la localización y entrevistas a mujeres, así como opinando sobre las entrevistas, las preguntas y la dirección que adquiriría el trabajo de campo. Aunque en general la imagen que ofrecemos los antropólogos es que solemos realizar nuestro propio trabajo de campo, cada vez es más frecuente el apoyo de investigadores asociados o asistentes. La reflexión sobre este tipo de apoyo ha sido discutida por Porter (1994), quien cuestiona la “etnografía de segunda mano”.⁴²

Las ventajas de la participación de Gilda en la investigación servían de contrapeso a las desventajas. Como contribución a mi investigación puedo enlistar la experiencia previa de Gilda en la ciudad de Nogales, donde realizó entrevistas para su tesis de Maestría. Otra ventaja importante era la facilidad y apertura con la que establecía relaciones de confianza con las mujeres y las coincidencias entre sus intereses y los míos, para indagar acerca de temas de salud reproductiva y las relaciones de género. Entre las desventajas, puedo mencionar aquellas que se refieren a la pérdida que tiene el investigador de las sensaciones, las imágenes no registradas, los matices de voz no captados por la grabadora y, sobre todo, la oportunidad de seguir alguna pista de indagación o reencauzar la entrevista.

Elaboramos varias estrategias para contender con estas dificultades. La más importante fue la decisión de tratar de grabar y transcribir todas las entrevistas que tuviéramos con las madres-trabajadoras. En todas las entrevistas grabadas se les pedía que nos informaran si deseaban apagar la grabadora en cualquier momento. Fue posible grabar la mayoría de ellas, salvo que la mujer expresara su desacuerdo o no se presentara la

⁴² En realidad el texto de Porter se refiere a una situación distinta, pues ella describe la necesidad de conocer a sus propios ayudantes para poder interpretar sus notas, a esta doble interpretación le llama “de segunda mano”.

posibilidad. Esto sucedió en dos situaciones. Una fue un encuentro íntimo de conversación entre amigas y la entrevistada dijo que no deseaba ser grabada, desde luego que se respetó su decisión. En otra ocasión, la informante pidió que no se grabara hasta que tomara más confianza. Se le enseñó cómo operaba el aparato y que dijera cuándo quería que se encendiera. Otras situaciones que dificultaban la grabación se refieren a las condiciones de las entrevistas: entre niños, gritos, televisión, radio, carros, camiones que pasan y tanta interferencia, el material obtenido suele ser poco útil.

En segundo lugar, elaboramos una forma de intercambio que me permitía entrevistar a Gilda después de cada entrevista, para que me transmitiera sus percepciones sobre la informante e interrogarla sobre sus interpretaciones. Estas cintas fueron transcritas y utilizadas en el análisis, ya que sus notas de campo fueron mínimas. Estos procedimientos son la manifestación más concreta de cómo las propias antropólogas nos involucramos en nuestros temas, un ejercicio para hacer explícitas nuestras posiciones y evidenciar nuestros propios sesgos y posiciones.

De todas las desventajas de este tipo de trabajo de campo la que me parece más importante es la de las oportunidades perdidas, el deseo de escuchar a la mujer y continuar hablando de un tema, o la pregunta replanteada para que abunde o aclare. Me parece que en otra experiencia similar debe haber mayores estrategias para que esto disminuya, a través de la comunicación y claridad sobre los objetivos de la investigación y un análisis continuo.

Finalmente, mi balance de esta colaboración es que ha sido beneficiosa para ambas, pero que la situación ideal sería la de un trabajo de campo y una responsabilidad de análisis más compartida y equilibrada, como lo puede ser cuando la investigación no posee un objetivo individual.

En el año que inició el trabajo de campo (1993) se cumplían más de ocho años de estar haciendo este tipo de trabajo e investigación sobre atención primaria a la salud en Nogales, viajando de ida y regreso desde Hermosillo, en donde vivo. Así que contaba con numerosos contactos a los que podía acudir para establecer la relación, tanto con la empresa

como con las trabajadoras. Dado que me interesaba privilegiar la relación con las trabajadoras, decidí buscarlas antes de establecer el contacto con la planta. A eso me dediqué durante el primer año. Con el apoyo y participación de Gilda, y aprovechando los contactos que ella había establecido para su propia tesis y los míos propios, nos abocamos a buscar a mujeres trabajadoras que laboraran en la Planta X. Desde el comienzo me comprometí a mantener la confidencialidad modificando sus nombres y algunos datos de identificación, así como los datos de la maquiladora donde trabajaban. A algunas ya las habíamos conocido en otras investigaciones, a veces nos fueron presentando a sus amigas o a alguna vecina, y por el efecto de bola de nieve fuimos contactando a un grupo cada vez más numeroso de mujeres. Al final del primer año de trabajo de campo, fue necesaria una búsqueda más delimitada, pues faltaba una mujer de tales o cuales características; dicha exigencia hacía más difícil la ubicación en general.

En las primeras veces que las contactábamos, pasábamos a entrevistarlas a sus casas, pero a veces esta estrategia dificultaba la intimidad con la que deseábamos realizar la entrevista. Se escuchaban muchos ruidos, interrupciones de los niños, de los perros, de algún vecino, o el esposo participaba y notábamos que imprimía cierto tipo de respuestas a su esposa. Buscamos otros lugares: a veces la calle, un café, nuestro cuarto de hotel, el carro, afuera de la fábrica o la banqueta de su casa. Intentamos grabar la mayor parte de las entrevistas para poder transcribirlas y analizarlas, esto fue particularmente importante en las entrevistas en las que yo no estuviera presente, pues nos pareció mejor estrategia que sólo depender de la memoria de Gilda y las notas que ella hiciera. Revisábamos la siguiente visita y la información faltante, y evaluábamos la estrategia de contacto. Esto fue necesario cuando nos dimos cuenta de la dificultad de mantener largas conversaciones con las mujeres, pues sus jornadas laborales y domésticas eran muy largas y pesadas. Se nos hacía injusto quitarles tiempo para atendernos. Desarrollamos otras estrategias para ciertas indagaciones. Los temas más íntimos o las preguntas incómodas se harían sin grabadora, con el compromiso de grabar inmediatamente después de la entrevista, las notas respectivas. Se fueron definiendo con

más precisión algunas preguntas, por ejemplo sobre el cuidado médico, y otras se descartaron. Algunas de las preguntas que descartamos inicialmente fueron sobre prácticas de atención al puerperio. Sin embargo, volví a introducir el tema al observar las diferentes prácticas que revelaban, y al construir una mayor confianza con las informantes ellas mostraban mayor disposición a compartir sobre las prácticas que no involucraban la atención biomédica.

A lo largo de todo el trabajo de campo se mantuvieron dos tensiones permanentes. Una tiene que ver con la relación con las trabajadoras, interlocutoras nuestras para esta investigación. Tratamos de mantener siempre una relación de honestidad con ellas, explicándoles con claridad nuestra intención y los objetivos de la investigación. Su sinceridad y su disposición a regalarnos su limitado tiempo, así como su afecto fueron manifestaciones continuas. Sólo sentimos incomodidad o resistencia cuando tuvieron en casa a muchas personas, sobre todo al esposo o compañero, quien las presionaba para que lo atendieran, o intervenía directamente respondiendo a las preguntas. Pero ellas tenían poca experiencia con la investigación, lo familiar era establecer una relación de amistad y así lo hicieron. Por parte nuestra, siempre quisimos ser honestas, íbamos a ser sus amigas, pero a lo mejor sólo por el periodo que durara el estudio; no sabíamos si siempre volveríamos a Nogales. Ambas vivíamos en Hermosillo, a tres horas en carro, es decir a 280 kilómetros al sur de Nogales. El “tiempo libre” lo usábamos para atender a nuestras propias amigas o familias en Hermosillo, cuando *trabajábamos*, las buscábamos a ellas. El tema de la relación entre investigadora e interlocutora es constante en la literatura etnográfica y su solución es parcial y a veces ambigua, como señala Ong (citado en Edwards y Ribbens 1998). En la investigación feminista en particular se discute este tema y se proponen alternativas (Oakley 1992).

Para la elaboración de una estrategia de campo nos basamos mucho en nuestra propia experiencia. Ya en otras investigaciones nos había sucedido, establecíamos relaciones cercanas con las personas a quienes entrevistábamos, pero finalizada la investigación, las mismas exigencias del trabajo y de la vida cotidiana nos alejaban. En este trabajo yo decidí

que la mejor opción era plantear las cosas tal cual, “nos interesa conocer tu vida”, vendremos algunas veces, pero luego vamos a regresar a Hermosillo. Te daremos nuestro teléfono, dirección, todos los datos para que siempre puedas localizarnos y te vendremos a visitar cuando vengamos a Nogales, te contaremos cómo va el estudio, pero no te prometemos la amistad permanente. Discutimos varias veces este tema, era difícil, espinoso, no tenía fácil solución. En el escenario ideal, este tipo de relación desigual no tendría por qué existir, pero, a la vez, nos parecía lo mejor tratar de ser abiertas con ellas en cuanto a nuestras expectativas y posibilidades. Con algunas mujeres establecimos relaciones más cercanas, hubo mayor disposición de ambas a acercarnos, mayor intimidad y apertura. Con otras nos sentíamos limitadas, con dificultades para romper el hielo y nos costaba más establecer diálogos. A veces nos hablaban a Hermosillo para pedirnos o contarnos algo, pero con el tiempo esta relación se fue diluyendo.

La segunda tensión tiene que ver con la *etnografía de segunda mano*, término que acuñó Porter para referirse a una etnografía realizada con el apoyo de otras personas. Este era el caso de mi trabajo de campo con apoyo de Gilda. A la vez, era una oportunidad para ella no sólo de empleo, sino de irse acercando a un nuevo tema en su formación profesional, el de salud, y de mantener el contacto con la comunidad en donde estaba realizando su tesis de maestría. Para ambas la relación no estaba exenta de dificultades, a fin de cuentas se trataba de mi investigación y el diseño, la conceptualización, las decisiones y responsabilidades serían mías, a pesar de que ella tuviera a veces relaciones más intensas con las mujeres que yo. Finalmente, el mantener un contacto continuo y un proceso de retroalimentación entre ambas cada vez que finalizaba una etapa permitió marcar nuevas estrategias o validar las que usábamos, y a la vez me permitió discernir la información más sólida de la que fuera meramente coyuntural, esporádica o que surgiera de sus propios intereses. Cuando terminó el trabajo de campo extrañé sus comentarios y aportaciones, mas no las tensiones, y seguí con el análisis y la redacción de forma individual. Me parece que la investigación en equipo suele aportar más que la individual, por más individual que pueda ser el ejercicio propio de escritura

y redacción. El tema de la *etnografía de segunda mano* es una ausencia de la bibliografía antropológica mexicana y valdría la pena reflexionar más sobre ella, pues parece ser una práctica mucho más común de lo que revelan los escritos finales de numerosos antropólogos.

El trabajo etnográfico no consistió exclusivamente de entrevistas, ni sólo de las vivencias que éstas dejaban, sino también de la observación del espacio habitado y vivido por las mujeres: sus casas, sus colonias, los estrechos y larguísimos escalones que suben a sus casas, o los lodazales por los que había que transitar para llegar a sus colonias; el calor infernal cuando entrevistábamos a medio día en verano; el frío insoporrible cuando lo hacíamos a cualquier hora en invierno. El ruido del tráfico, de la tele, de los camiones que no dejan de pasar, la telenovela que ya va a comenzar, los niños que nunca se callan, los chamacos que gritan en la calle. Deleitándonos con un buen café y compartiendo intimidades, olvidando la investigación y los problemas mundanales, gozamos con ellas unos buenos ratos platicando sobre nuestras vidas y preocupaciones, disfrutando los temas en común. Pero el trabajo etnográfico también fue en el hospital del IMSS, a donde acudimos a observar lo s procedimientos para una cita médica, las colas para actualizar el formato de derechohabientes, las colas para sacar ficha, las sillas frías e incómodas en donde había que esperar para que las atendiera el médico o la médica y que nunca alcanzaban para todos. Nunca las acompañamos durante la visita médica, pero sí entrevistamos a algunos médicos que comúnmente atienden a trabajadoras de la maquila en atención prenatal. También realizamos entrevistas a los responsables de los servicios médicos en las plantas, a varios gerentes de la Planta X, a la directora y personal de la guardería de esta misma planta y algunas trabajadoras sociales.

En el curso de las entrevistas me hice de más material para este trabajo y de nuevas interrogantes que ocasionaron algunos giros inesperados en la investigación, algunos para bien, otros para distracción. Durante el curso del trabajo de campo, asistía a los seminarios de tesis que organizaba el Programa de Doctorado en Ciencias Sociales de El Colegio de Michoacán. Oía nuevos comentarios e ideas, buscaba

nuevos datos, revisaba mi investigación, trataba de ajustar explicaciones ajenas al propósito de mi planteamiento original (sobre el poder por ejemplo) pero que me parecían sugerentes. Finalmente, regresaba a mi intención de partida, después de todo ésa era la motivación central de mi trabajo de campo, de los instrumentos que había diseñado y de las observaciones que había hecho: construir, con base en la descripción y clasificación, las muy variadas prácticas de atención al embarazo, parto y puerperio de las madres-trabajadoras de la Planta X, considerando el impacto de los ámbitos doméstico y laboral de las madres-trabajadoras y que abarcaran no sólo aquellas prácticas conocidas como curativas, sino también las preventivas. Creía importante partir de ello para conocer más lo que presuntuosamente consideraba factible llamar cultura de la salud positiva.

Articulación de fuentes: etnografía, encuesta, fotos

Si bien el trabajo etnográfico fue el insumo principal de esta investigación, éste se fue articulando con otras fuentes que incluyen los resultados de la aplicación de una encuesta en la Planta X y las fotos. En un principio, el propósito de la encuesta era contar con un telón de fondo contra el cual contrastar a las madres-trabajadoras entrevistadas. Finalmente, aportó mucho más que eso, aunque no toda la información que generó ha sido aprovechada en este trabajo.

Pero además, la aplicación de la encuesta aportó mayores contribuciones a la etnografía. La encuesta permitió una razón "legítima" para mi estancia más prolongada en la fábrica, la observación cotidiana del trabajo fabril, la interrelación con varios gerentes de la Planta X y estrechar relaciones con algunos de ellos; también permitió la observación de algunas madres-trabajadoras en sus lugares de trabajo y fue sustento de reflexiones que luego se compartirían con ellas para verificar dudas, comentarios surgidos en la visita guiada, así como para estrechar relaciones con algunos médicos interesados en los programas de salud y seguridad en la Planta X. Difícilmente hubiera tenido la oportunidad de efectuar estas observaciones y establecer este tipo de relaciones sin

haber realizado la encuesta que además, para quienes desconocían el trabajo antropológico, permitió legitimar la investigación frente a los ojos de quienes provienen de la medicina clínica del Seguro o de la ingeniería en la planta.

Las fotos me han servido de varias maneras, además de ilustrar este libro, han permitido seleccionar, mediante un listado previo, las imágenes que simbolizan aspectos de las vidas de las madres-trabajadoras. Por razones de confidencialidad y anonimato, no incluí fotografías de sus lugares de trabajo ni de sus casas ni de sus familias. Pero, durante el trabajo de campo utilicé fotos similares a las que se incluyen en este texto. A su valor documental se añade su valor como instrumento de trabajo de campo, pues sirvieron para detonar ciertos temas de conversación. Las entrevistadas corregían mi interpretación, señalaban objetos que yo no había identificado o usos alternos que yo desconocía, por ejemplo, la procedencia y el uso de ciertos materiales de desecho de la maquila en la construcción de las viviendas; o los riesgos implicados por las largas y empinadas escaleras para llegar de sus casas al trabajo y la diferencia entre subirlas y bajarlas, particularmente cuando están embarazadas y además cargan a los niños.

La articulación del trabajo etnográfico, de las fotos y de la encuesta fue una tarea que realicé en diferentes etapas de la investigación. Las entrevistas y la encuesta se retroalimentaron ya que pude identificar temas que no habían surgido en los primeros encuentros y verificarlos con otros informantes. La encuesta arrojó nueva luz a mi lectura de las narrativas, forzándome a realizar un nuevo y más minucioso análisis de ciertos temas. Durante el trabajo de campo la relación con varios familiares de las informantes me permitió comparar y contrastar sus narraciones con las de las madres-trabajadoras y volver a cuestionarlas sobre algunos temas. Esto lo observé especialmente en la relación de pareja. Ahí se evidenciaron con claridad las relaciones de poder en las negociaciones de pareja, al pedirme que las entrevistara fuera de sus casas (lejos de sus esposos) y al observar la forma en la que se callaban o refutaban algo que me decía el esposo. Si bien en la presentación de resultados se privilegian las ilustraciones de las cinco informantes clave, esto se debe

a que su información responde a relatos con mayor detalle y profundidad. Sin embargo, quiero recalcar que el análisis y la construcción de las prácticas de atención se hicieron con base en las entrevistas a todos los informantes, incluyendo las catorce mujeres entrevistadas. Sólo de esta manera pude contrastar los relatos de las informantes clave.

En las entrevistas a los médicos pude observar el trato que daban a las pacientes que esperaban o que se asomaban a sus consultorios. El contenido de dichos encuentros sirvió para formular nuevas preguntas a las informantes y para estructurar las preguntas del cuestionario. En todos los casos, la articulación más rica se dio en el proceso de análisis al contrastar y revisar con lentes nuevos los materiales que provenían de diferentes fuentes.

Encuesta en la Planta X

Además de las entrevistas a las madres-trabajadoras en agosto de 1996, realicé una encuesta en la Planta X que me permitió conocer el contexto del trabajo de las mujeres que estaba entrevistando. El cuestionario se incluye en el anexo 2. El anexo 3 describe las consideraciones para el diseño estadístico y la determinación del tamaño de la muestra, mientras que en los anexos 4 y 5 se incluyen las cartas que envié a la gerencia de la Planta X para tramitar la entrada a la fábrica y aplicar la encuesta, así como la carta que se entregó a todos los trabajadores que recibieron el cuestionario.

Los datos centrales que me interesaba conocer de los trabajadores de la fábrica fueron: edad, educación, lugar de nacimiento, experiencia de trabajo, estado civil, número y edades de los hijos y situación familiar. En cuanto a su salud reproductiva, indagué en particular sobre los riesgos para las mujeres embarazadas y su última visita médica, así como en sus recomendaciones para llevar a cabo mejoras para la planta y su colonia en pro de su salud. A lo largo del siguiente apartado y los demás capítulos se hará uso de la información de la encuesta, identificándola como tal, ya que permite conocer algunas generalidades de la población trabajadora de dicha planta.

Sobre el diseño de la encuesta

El cuestionario se probó con nuestras compañeras de trabajo, luego con varias trabajadoras y después se piloteó en la fábrica. En El Colegio de Michoacán se discutió en el Seminario de Presentación de Avances y con la directora de tesis durante dos ocasiones y se hicieron modificaciones y cambios de acuerdo a distintos criterios. El criterio más general que planteaba en un inicio era que esta información tenía que servir de “telón de fondo” para el trabajo “sustantivo” con las trabajadoras ya entrevistadas, pero en realidad, como mencioné, la encuesta resultó mucho más que un telón de fondo. El entorno de la fábrica y las referencias a los otros trabajadores me permitieron establecer durante todo el análisis de las entrevistas un parámetro de comparación.

Sin duda, la información captada por la encuesta permitiría un análisis mucho más profundo del que realicé en este trabajo. La importancia de la combinación de una diversidad de técnicas de investigación en problemas más complejos y de mayor número y diversidad ha sido tema tratado por otros autores.⁴³ Considero que la complementación de fuentes y su articulación, que fue mi propósito inicial, no se logró cabalmente, aunque el recurrir a dos fuentes sí me permitió contextualizar el trabajo etnográfico con mayor detalle, particularmente en función de la fábrica estudiada.

Por diversos motivos, la empresa no nos autorizó la entrada directa a la planta para repartir el cuestionario, ni el uso de “tiempo de producción” (se hablaba de ello como un tesoro) para el llenado. Yo insistía en que no tenía caso hacer la encuesta si no garantizábamos condiciones de representatividad, cosa que implicaba su distribución de acuerdo con el diseño de la muestra (ver anexo 3). Buscamos soluciones intermedias.

Después de varios trámites decidimos realizar una encuesta a una muestra probabilística, intentando por todos los medios a nuestro alcance que la distribución se hiciera de la manera más rigurosa posible y

⁴³ Ojeda (1999) y González de la Rocha (1993) han discutido el tema para los estudios de salud reproductiva, o sobre las respuestas domésticas a la crisis económica.

garantizando mediante la entrega de un bono de quince pesos que los seleccionados devolvieran el cuestionario debidamente llenado.

Algunas autoridades del hospital del IMSS en Nogales y conocedores de la Planta X revisaron con sus médicos el cuestionario, hicieron algunos comentarios sobre la utilidad de la información para sus programas y pidieron copia de los resultados que incluyera una pregunta sobre el conocimiento que tienen los trabajadores de un nuevo programa que tiene el IMSS en la planta. Dado que la pregunta era muy sencilla y se podría incluir al final sin entorpecer el ritmo del cuestionario, y debido a que considero importante la relación con el IMSS, decidí incluirla.

Gestión y trámites para aplicar la encuesta

La Planta X tiene una serie de responsables de las unidades de personal. Hablé con diferentes personas de acuerdo con mi solicitud hasta que llegué con el “mero-mero”. Le envié una carta y copia del cuestionario solicitando su apoyo. Me recomendó (por teléfono) con un gerente y luego con otro. Luego supe que tuvieron sus discusiones sobre la investigación. Yo pienso que uno de los hechos que más los convenció de darme el permiso de realizar la encuesta es que les informé que ya llevaba dos años entrevistando a mujeres de la fábrica. Considero que este abordaje—primero el contacto con las trabajadoras y luego con la planta— fue el adecuado. Haberlo hecho al revés hubiera modificado el tipo de relación que pudimos tener con las mujeres y mis posibilidades de negociación con los gerentes.

Uno de los gerentes me contó también que discutieron sobre la entrega de los bonos. Algunos dijeron que no se debían dar ya que los trabajadores debían contestar por motivación propia. Otro gerente pensaba que era una buena idea y que “los trabajadores necesitan cualquier dinerito extra que les caiga”. Al fin recibí luz verde “oficial”. La responsable de la guardería recibió instrucciones del gerente de Personal de ayudarnos, siempre y cuando no entráramos directamente al área de producción y no quitáramos tiempo. Ella me dijo esto por teléfono, pero además me envió por fax la autorización que a ella le habían dado. Esto fue todo lo que recibí por escrito, pero fue suficiente.

De aquí en adelante se hicieron los trámites para ver cómo se podría definir y distribuir la muestra garantizando las condiciones de aleatoriedad y probabilidad indispensables. Yo solicitaba una lista de personal, o de sus números, para poder hacer la selección. Me respondían que esto no era posible. Acudiendo a su comprensión estadística –suponía yo, dado que son ingenieros– insistía en que habría que cuidar mucho la forma de distribución para garantizar que no se sesgaran los resultados. Creo que me preocupaba más que ellos por esto.

Finalmente, decidí llevar los cuestionarios, plantarme en la fábrica durante una semana y, con la ayuda de Gilda, la contratación de otra asistente y las buenas intenciones de la responsable de la guardería, ver qué se podía hacer. Antes de salir de Hermosillo redacté una carta de acompañamiento que se engrapó a cada cuestionario. Esta carta explica a los trabajadores el procedimiento, lo del bono, mis datos y los de El Colegio de Sonora (institución en la que laboro). Se les entregó a ellos como símbolo de garantía de la confidencialidad en la que mantendríamos los datos y por si se interesaban en contactarnos después para cualquier cosa.

La muestra y la distribución de los cuestionarios

Al llegar finalmente a la planta, la directora de la guardería nos informó que ya se había avisado a todos los supervisores de los departamentos que en esa semana se distribuiría el cuestionario, que ellos serían los responsables de la distribución de acuerdo con nuestras instrucciones. Querían que fuera a reunirme con ellos desde temprano. Yo insistía en que necesitaba tener el dato del número de trabajadores en cada departamento. Finalmente me enviaron una secretaria de personal y ella me facilitó una lista con todos los gerentes, los supervisores, los nombres de los departamentos y el número de trabajadores directos en cada departamento. Pudimos trabajar sobre esto.

Ya había decidido antes no incluir en la encuesta a ingenieros, técnicos, personal administrativo, ni obreros incapacitados. El número total de trabajadores directos en los dos días que distribuimos cuestionarios fue de 2 116 en los dos turnos (matutino y vespertino). Se entregaron 450

cuestionarios que se repartieron a cada uno de los 40 departamentos en forma proporcional al número de trabajadores. Esto garantizó una distribución excelente en toda la fábrica y pudo evitar que se concentraran algunos cuestionarios en uno solo de los departamentos o áreas.

Se entregó a cada supervisor (que ya sabía de la encuesta y de su responsabilidad de repartir un sobre con lápices o plumas y el número de cuestionarios correspondientes a su departamento). A la hora de entrega se le informó cómo debía hacer el reparto, arrancando del primer trabajador a la derecha en su unidad y contando cinco, incluyendo a los que se encontraban en piso, en el baño, en la cafetería, etcétera. Hicieron algunas preguntas, pero en general dieron la impresión de entender bien y enseguida se fueron.

La recolección

Como ya mencioné, la forma de recolección fue mediante la oferta de entregar un bono de quince pesos por cada cuestionario completado que nos devolvieran. Dado el tiempo que me tomó hacer las deliberaciones, los cálculos y las gestiones (alrededor de un año desde que se pensó por primera vez seriamente en la encuesta) la cuestión de los bonos fue tema de deliberación y discusión.

El rango de opiniones y consideraciones que hacían los supervisores al recibir los cuestionarios que tendrían que repartir cubría muchas opciones: desde el “por qué pagar algo que deben hacer porque les va a servir”, “mejor retro-alimentar algo por el tiempo que van a tomar en responder”, “van a ‘mal acostumbrar’ a los trabajadores a recibir algo y no van a querer responder en otras ocasiones”, “qué bueno que les paguen, acá siempre se hace”, “si tienen para darles algo, que se haga”, “aquí no se estila de esa forma”, “sólo van a contestar porque les prometen un bono”. Antes de entregarlo, me había cerciorado de que el bono podía recibirse en varias tiendas de Nogales. La noche anterior a la entrega del cuestionario, elaboramos paquetes de 25 bonos cada uno para que no nos confundiéramos a la hora de la recolección. Ya nos imaginábamos que habría una verdadera avalancha de cuestionarios.

Habíamos calculado que una vez distribuidos se podrían entregar en varias ocasiones. Si los encuestados eran de turno matutino, podrían entregar en su descanso de la mañana, de medio día o de la tarde, a la salida o a la entrada al día siguiente. Si eran del turno vespertino, podrían entregar a la entrada y en sus descansos. Deliberamos un rato para ver si nos animábamos a cubrir las 24 horas y estar a la hora de la salida vespertina (madrugada), pero optamos por cuidar mejor nuestra salud y no nos desvelamos.

Ya el primer día de entrega, elaboramos un cartel que indicaba el lugar de recepción del cuestionario y la entrega del bono, además traíamos dos letreros impresos con la leyenda de El Colegio de Sonora. Quería insistir en que no era una encuesta de la planta. Nos prestaron una mesa y tres sillas y nos acomodamos en el vestíbulo de entrada y salida del personal obrero para esperar. En la tarde del primer día pudimos anticipar que no tendríamos tiempo de checar cada cuestionario y dar el bono si salían todos los encuestados en los pocos minutos que había.

Pudimos contactar a la sobrina de una secretaria de la guardería que estudiaba trabajo social en la Universidad de Sonora, la entrevisté y aceptó venir a ayudarnos tres días. Recibió una capacitación sobre el cuestionario, la encuesta, El Colegio de Sonora y la entrega de bonos. Nos observó durante algún tiempo y al rato comenzó a revisar y entregar. Trabajó de forma muy competente y tranquila e hizo una serie de observaciones sobre los trabajadores, los cuestionarios, etcétera. Luego vinieron a saludarla varios empleados y nos dijo que su papá era ingeniero y que trabajaba en la planta.

En el primer descanso empezaron a salir trabajadores y a entregar su cuestionario. A sus cuestionarios les arrancábamos la carta de acompañamiento, informando que la podían guardar. Se informaba: "Sólo quiero revisar el cuestionario para ver si está completo y entregar el bono". Si el cuestionario estaba completo, se entregaba el bono y se daban las gracias. Si el cuestionario estaba incompleto, se les pedía que llenaran las partes faltantes y luego se entregaba el bono. Casi todos lo llenaban ahí mismo y pedían más instrucciones. Había notas respecto a las preguntas que requerían más instrucción. Las preguntas abiertas fueron las más

“olvidadas”. Pedimos sus comentarios, así fuera para poner nada. Las preguntas sobre pareja, vida sexual y número de hijos fueron difíciles también para cierto tipo de personas. Los hombres que no declaraban tener pareja, no querían informar sobre su última relación sexual. Los varones sin pareja a veces olvidaban poner el número de hijos. Algunos fueron errores de diseño en cuanto a la instrucción, en cuanto al orden, o a quien se dirigían. En general, me sorprendió la gran cantidad de cuestionarios completos y bien llenados, inclusive en las preguntas abiertas. Nos pareció que los trabajadores y trabajadoras de mayor edad dejaban sin responder las preguntas abiertas sobre los cambios que quisieran ver tanto en su lugar de trabajo como fuera de él, pues al pedirseles que las llenaran contestaban: “todo está bien, no hace falta nada”.

A la hora de salida otros trabajadores entregaron el cuestionario. Se nos preguntó si estaríamos al día siguiente. “Sí”, respondimos, “a las 6:15 de la mañana para que entreguen antes de entrar”. Cuando ya se habían ido todos los del turno matutino y todos los del vespertino habían entrado, hubo un descanso en el movimiento de recolección. Consideramos que era momento de esperar. Al otro lado del vestíbulo los policías de seguridad nos observaban, preguntaban, se acercaban, nos saludaban. Les dijimos que volveríamos al día siguiente para seguir recolectando cuestionarios por si acaso preguntaban. Dejamos nuestro cartel puesto en el mismo lugar como señal de que al día siguiente volveríamos.

Entramos a la guardería y agradecemos a Linda (que había llegado ahí para la clase de *aerobics*) y a uno de sus jefes. Se mostraron contentos con el resultado. Todos celebramos que ya se habían recibido algunos cuestionarios. Cada quien tendrá sus razones, supongo. Me imagino que para Linda significó que los supervisores la apoyan y reconocen su autoridad. Para su jefe, porque creo que le interesan los resultados y porque significaba que ya dejaríamos de dar lata. El proceso de la encuesta ha sido largo y al fin comenzamos a ver los resultados. Fue mucha la inversión de tiempo y recursos, y ahora sí pensamos que valió la pena.

Ese día comimos en la cafetería de los ejecutivos. Nos invitaron del Departamento de Personal. Hubo una reunión con el IMSS y vinieron cuatro médicos con los que he tratado durante muchos años y que conocen

la investigación. Se suponía que nos sentaríamos todos en la misma mesa, pero a la hora de llegar, ya no había lugar. Hicimos fila para pasar por la comida todos juntos. Tres médicos del IMSS me preguntaron cómo iban la encuesta y la investigación, para cuándo estarían los resultados, y mi opinión sobre su programa de reubicación de trabajadores, tema de la pregunta que incluí en el cuestionario para ellos.

Como no hubo espacio en la mesa de los médicos del IMSS, en la otra mesa nos tocó que nos acompañara otro gerente del Departamento de Personal. Fue uno de los más renuentes a la encuesta y pudimos responder muchas de sus dudas. Me sorprende siempre la lealtad a la empresa y el control que quieren tener sobre todo. Pensé que eso de la lealtad a la empresa era una característica que sobresalía en las maquiladoras japonesas, o por lo menos así lo había leído. Este gerente se va “abriendo” conforme avanza la conversación, supongo que nosotras también. Resulta ser un migrante y apasionado de la sierra de Sonora, por fin encontramos tema de conversación externo a la fábrica. A partir de ese momento la relación se haría más amistosa y menos tensa. En los días siguientes pasaría a saludarnos a nuestra mesita en el vestíbulo.

Al día siguiente madrugamos. Nos establecimos en nuestra mesa desde las 6:10 de la mañana. Iban llegando poco a poco, algunos llegaban antes porque entregaban hijos en la guardería. Se veían en las bolsas del pantalón o en la mano unas hojas blancas. Decíamos en voz alta: “Aquí pueden entregar su cuestionario”. Al rato se nos juntaron muchos trabajadores, alrededor de veinte a la vez, y nos apuramos a revisar y dar el bono. La siguiente media hora fue igual. Tuvimos suerte de que nos estuviera ayudando la estudiante de Trabajo Social. Entre las tres apenas podíamos. Algunos se iban sin esperar el bono. ¿Qué significa eso? (Les hablamos para que regresaran) ¿Cuál es la diferencia entre quienes lo hacen por el bono y quienes no? No cabe duda, no se vale un análisis tan minucioso del instrumento cuantitativo. Me hago demasiadas preguntas.

En el resto de la semana logramos recoger 374 cuestionarios. Nos dice la colega que nos asesora en la parte estadística que es un buen número. Yo pensé que podríamos haber recogido 400. Linda me sugiere

que el viernes no entregaron tanto porque ese día pagan y no había necesidad del bono. Otra vez me cuestiono sobre el maldito bono.

Se nos acercaron algunos trabajadores y pidieron el cuestionario. Dijeron que a ellos no les tocó. Explicamos la forma de distribución. “Ah, sí” –dicen– “es que sólo a algunos en mi línea les entregaron, así salteaditos”. La información me permitió descansar, señal de que los supervisores (por lo menos algunos) sí entregaron de acuerdo con las instrucciones. Otros trabajadores preguntaban, al ver el letrero de El Colegio de Sonora, si es que ahí daban cursos o si eran inscripciones para estudiar. Me llamó la atención el interés.

Al irnos, dejamos algunos libros de El Colegio de Sonora para los gerentes que nos ayudaron, con una tarjeta de agradecimiento. Linda me dijo luego que se encantaron y que querían más.

Los dilemas de la confidencialidad

Un compromiso establecido desde el inicio con las mujeres trabajadoras y los gerentes de la planta fue no incluir el nombre de la maquiladora ni de las trabajadoras en la investigación. Existe aún un dilema ético no resuelto en cuanto a la presentación de la información. Si ésta es presentada de la forma en la que me contaron las mujeres, no sería demasiado complicado identificarlas. Con ello corro el riesgo de violar, aunque sea indirectamente, la confianza que construimos alrededor del anonimato. Esto lleva por lo menos a dos consecuencias. Por un lado, no podría compartir con la misma libertad las confidencias y relatos de sus intimidades. Por otro lado, de llegar a conocer la información en la fábrica, podría poner a las mujeres en situaciones de ridículo o burla frente a sus compañeros y jefes, y arriesgar una relación laboral que han construido durante varios años. Decidí pedirles que ellas mismas se pusieran nombres sustitutos. Cuando dijeron cómo les gustaría llamarse, resulta que el ejercicio fue inútil. Varias escogieron nombres muy similares a los que tienen, sus fantasías no se alejan mucho de su realidad. Decido sustituir los nombres por otros que selecciono aleatoriamente del directorio telefónico.

Las mismas consideraciones deben tenerse en el caso de la empresa. Si la describo tal y como es, aunque no mencione el nombre, con las características descritas será fácil identificarla.

Otra manera de atender el problema es que no se difunda la información tal y como se presente en el texto escrito. En otras palabras, los artículos que sean diseminados disfrazarán y/o tratarán más globalmente los resultados de manera que no perjudiquen a las personas involucradas. Además postergaré la presentación en los ámbitos más inmediatos donde puedan tener un efecto contrario.

*Las características de las relaciones personales,
sus efectos y las fuentes de información del trabajo de campo*

Además de la encuesta a los trabajadores femeninos y masculinos de la Planta X, de las experiencias propias recorriendo y viviendo la ciudad, de las vivencias en la fábrica y en las colonias, el sustento fundamental de esta investigación fueron las entrevistas semi-dirigidas y abiertas con madres-trabajadoras. En total se cuenta con entrevistas a catorce mujeres, todas realizadas en más de tres ocasiones y algunas en un número mucho más extenso de visitas y convivencia. Estas interacciones se plasmaron en un altero de más de mil páginas de transcripción entre entrevistas y fichas de campo. Pero difícilmente da cuenta de que esas páginas reflejan las conversaciones con trabajadoras que nos relatan y comparten sus vivencias como mujeres, trabajadoras, amigas, hijas, hermanas, parejas y sobre todo como madres.

Con cinco trabajadoras, todas madres, seleccionadas porque presentaban diferentes estructuras familiares e historias laborales y porque aceptaron conversar y ser entrevistadas, se hicieron entrevistas a mayor profundidad. Son estos los casos que se utilizaron en grado más intensivo para el análisis y cuyas referencias son la base para relatar las experiencias de las trabajadoras. Estas cinco mujeres representan a mujeres cuyo empleo en la planta es de mucha antigüedad, mediana antigüedad y poca antigüedad. Mujeres casadas y con la misma pareja desde el inicio, mujeres casadas en segundas nupcias, así como mujeres que han desa-

rollado una relación estable con una pareja de visita (en dos casos es un hombre casado y en un caso es padre de uno de los hijos). Finalmente, también entre estas madres-trabajadoras se encuentra una mujer soltera. El número promedio de entrevistas a estas mujeres fue de ocho.

Con las otras nueve mujeres los acercamientos fueron menores, se hacía la primera entrevista y cuando mucho, dos más. En consecuencia, la riqueza de la información construida conjuntamente no se compara con la información recabada con el primer grupo núcleo, en parte por las dificultades de la relación, en parte por cuestiones de personalidades y dificultades de expresión. Las mujeres de este grupo constituyen referentes básicos para refrendar o comparar la información del grupo núcleo. La diversidad de prácticas se construyó con base en el conjunto de las catorce mujeres.

Me parece importante aclarar la orientación general que quise dar a las relaciones con las mujeres. Particularmente desde la metodología feminista se ha querido destamar este dilema de las relaciones de poder entre investigadora e informante, al convertir la relación en una más igualitaria o resignificar la relación como una de solidaridad y amistad. Los años previos de experiencia me han mostrado que ofrecer una amistad permanente no es viable: las distancias físicas y espirituales no lo permiten. Por más que una quiera, es físicamente imposible mantener un contacto humano con todas las informantes. Lo que elegí hacer en este estudio fue ser lo más abierta posible con ellas, decirles que las buscaba para una investigación, que les agradecería siempre su apoyo y colaboración, que las buscaría después para discutir los resultados, que mantendría contacto como pudiera en las visitas subsecuentes a Nogales, pero que pasado el periodo de trabajo de campo intenso, no las visitaríamos tan seguido. Les escribí una carta al iniciar las entrevistas con la invitación a participar en el estudio, la puse en hoja de color para que les fuera fácil localizarla cuando quisieran contactarme y anoté todos mis datos, direcciones y teléfonos. Ofrecí que me llamaran por cobrar si necesitaban localizarme para alguna cosa, pero siempre intenté transmitir que las relaciones con ellas no serían iguales cuando termináramos el estudio.

Las relaciones de confianza que se fueron dando entre las entrevistadoras y las entrevistadas fueron diferentes. Esto se debió a distintas condiciones. En algunas ocasiones, las propias condiciones de vida, de vivienda, las demandas de otros familiares, sobre todo del marido y de los hijos, hacían difíciles las condiciones tranquilas para una entrevista. Por otro lado, la falta de tiempo fue un elemento importante que condicionó la calidad de las entrevistas. A veces teníamos que hacer las entrevistas en la calle, en el carro o en algún café o restaurante; otras veces íbamos a un restaurante de un hotel céntrico y llevábamos a los niños para que tomaran un helado en lo que conversábamos con las mujeres. En ocasiones, las grabaciones están llenas de ruidos de carros, de gritos, de la televisión; en otras palabras, de todas las interrupciones cotidianas en la vida de las mujeres. La norma era citarlas en la fábrica o en su casa y de ahí determinar el mejor lugar para la entrevista. Casi siempre nos reclamaban, “¿por qué no han venido?”, “luego ven a platicar más, ahora te tengo algo nuevo que contar”, “eso ya te lo dije, mejor deja que te cuente que...” Sentíamos que les agradaba nuestra persistencia con las preguntas y sobre todo el tema que indagábamos.

En muchas ocasiones respondían a las preguntas muy escuetamente o con desinterés y conforme fueron tomando confianza iban orientando la conversación a temas que querían discutir con nosotras. Estos temas se refieren a la pareja, a los problemas con los hijos y a las relaciones sexuales. Rara vez orientaban la conversación hacia algún evento en la fábrica o alguna preocupación con el trabajo.

Había temas, como se verá más adelante, que no surgían en la primera entrevista o en el primer acercamiento. Las mujeres hacían referencia continua a lo que consideraban la norma acerca del cuidado del embarazo (como irse a control al Seguro), es decir, lo que ellas pensaban que tenían que decirnos. Al establecer mayor confianza después de varias entrevistas, logramos generar información acerca de otras prácticas, por ejemplo los cuidados referidos al uso de hierbas o medicinas alternativas, las recomendaciones de la madre o del señor del mercado, de alguna vecina o familiar, o de plano la respuesta de que “no hago nada”. Esta no acción es importante porque tiene que ver con la forma en

la que uno genera la información sobre un tema de investigación, cómo orienta las conversaciones y entrevistas, qué le pide a las informantes y qué le acepta, hasta dónde respetar los silencios y cómo indagar sin injuriar.

La misma dinámica de acercamiento lento al tema se presentó en cuanto a su experiencia de embarazo durante la jornada de trabajo en la fábrica. “Bien, bien, todo bien” eran las respuestas iniciales más comunes. Conforme seguíamos visitándolas, las respuestas cambiaban: por ejemplo, “ay no, miento, me dolió mucho la cabeza, las piernas, la espalda”. Me parece que aquí operan dos hechos. El primero tiene que ver con la relación antropóloga/informante y otro que tiene que ver con el proceso de hacer conscientes a las trabajadoras de sucesos que dan por hecho, por naturaleza, que aceptan sin chistar. Este proceso de concientización se refleja a nivel del discurso con frases como: “Ah sí, ahora que lo pienso...”

La forma de acercamiento a las mujeres inició por las entrevistas estructuradas y semi-estructuradas y terminó con las conversaciones más abiertas e informales. En las entrevistas estructuradas y semi-estructuradas se buscaba la información sobre la historia de sus vidas, en donde se preguntaba acerca de los datos sociodemográficos básicos que permitirían ir descubriendo los contornos del contexto de la vida familiar y laboral a partir de las narraciones de las mujeres. Las entrevistas más abiertas indagaban en sus experiencias de embarazo, parto y puerperio y otros eventos de salud reproductiva como menstruación y anticoncepción. Interesaba ayudar a que ellas mismas identificaran las acciones o no acciones para atenderse o cuidarse, considerando el hecho de que eran trabajadoras.

Llegando a Nogales

En los linderos de la frontera que corre entre Sonora y Arizona se ubica la ciudad de Nogales, principal puerto de entrada al estado desde el norteño país de Estados Unidos, aduana por la que pasa desde el sur, dicen los lugareños, alrededor de dos terceras partes de la hortaliza que los

estadounidenses consumen durante la época de invierno; y de norte a sur y sur a norte los productos que habrán de maquilarse en la ciudad para volver a salir a sus mercados internacionales. Ciudad fundada entre barrancas y cañadas, sobre arroyos que corren de sur a norte, entre encinos, mezquites y riscos, la ciudad se derrama por todos lados, sacándole la vuelta a los picos y cuando no, instalándose encima de ellos y en medio de los valles. En 1995, alrededor de 140 000 habitantes residían en la ciudad de Nogales,⁴⁴ aunque su número ha sido siempre motivo de conflicto entre las autoridades municipales y estatales con las instituciones federales encargadas de establecer la cifra que será base para el presupuesto de la ciudad.

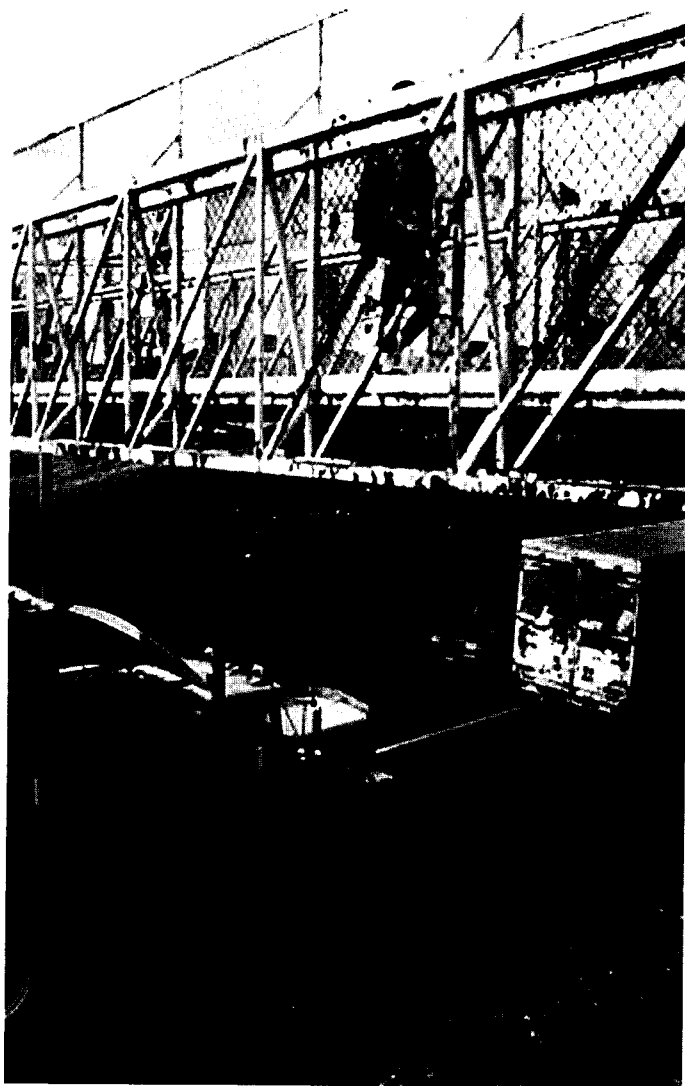
A Nogales se llega por tren o por una carretera de cuatro carriles que viene desde la ciudad de Hermosillo, y cuenta con un pequeño aeropuerto para uso casi exclusivamente privado, pues las líneas aéreas no han logrado hacer que los vuelos comerciales a la ciudad sean costeables. Pero las trabajadoras que vienen a trabajar en la maquila llegan casi todas en autobús y en autobús regresan a visitar a sus familiares cuando les tocan las vacaciones. Una que otra viene en “raite” que aprovechó con algún conocido que tuviera carro, y otras, pero pocas, se vienen en los camiones que llegan a los pueblos a reclutar personal para las plantas.

Da gusto llegar a Nogales cuando se viene del sur por la carretera No. 15; ya desde 80 kilómetros antes, el paisaje comienza a ondularse, pues la ciudad está a 1 200 metros sobre el nivel del mar; se acortan las distancias antes extendidas hacia el desierto, ahora llenas con los cerros y luego las montañas. Al oriente se enfrenta uno con la Sierra Mariquita para subir de Ímuris a Cananea, que está a 148 kilómetros de Nogales, y de ahí se pasa a Agua Prieta y luego, por Janos, a Ciudad Juárez y Chihuahua. Si es invierno, quizá se ven las cimas de las montañas copadas de nieve, sobre todo las laderas del norte. Al poniente se mantiene el horizonte más alejado todavía en lo que se extiende el semi-desierto hacia el Desierto de Altar y la carretera a San Luis Río Colorado

⁴⁴ Resultados definitivos del Censo 1995, de INEGI, Sonora, reportan para Nogales 133 491 personas de las cuales 33.5 por ciento tienen menos de 15 años.

a 411 kilómetros de Nogales, y en Baja California, a Mexicali y Tijuana. Pero a 30 kilómetros de Nogales, los cerros abrazan cada lado de la carretera que se hace más sinuosa, y si es época de bellotas se encuentran personas recogiénolas a un lado del camino para venderlas en bolsas de plástico en algunos altos. Comienzan los signos de la urbanización. Del lado oriente hay un tubo ancho de material plástico pintado de color azul que trae agua a la ciudad de Nogales desde Los Alisos; luego está el Centro de Readaptación Social (CERESO) de Nogales –nombre elegante para la cárcel que ya está a punto de reventar– y enseguida el retén que detiene a los carros y camiones que vienen del sur. Se comienzan a hacer más largas las filas de camiones y carros, disminuye la velocidad. Al lado poniente se alcanza a ver la pista del aeropuerto, pero rara vez me tocó ver algún avión que despegara, y al subir una leve cuesta se extiende arrugada la ciudad por encima de los cerros y hasta el fondo de los barrancos hasta toparse con la barda de acero que nos divide de Estados Unidos.

Nogales, como muchas de las ciudades del norte y a diferencia de las del sur de México, es de creación reciente. Dicen que la fundación de la aduana fronteriza en 1880 marca sus inicios en el lugar del antiguo campamento que hicieron los trabajadores del ferrocarril, en la región conocida como la Pimería Alta, ocupada por misiones y presidios aislados (Haro 1991). Y si no desapareció del todo cuando terminó la construcción del ferrocarril fue porque los comerciantes de Guaymas y Hermosillo buscaban comerciar al otro lado de la frontera, actividad que contribuyó a su crecimiento, hasta que en 1884 se constituyó en cabecera municipal. El comercio fue lo que mantuvo durante muchos años a Nogales, no sólo con los productos provenientes de Guaymas y Hermosillo, sino también con la venta de alcohol durante la vigencia de la ley seca en Estados Unidos. El comercio no es sólo de productos agropecuarios, pues uno de los mayores movimientos es de personas que han migrado con miras a pasar la frontera en busca de empleo. Es hasta la década de los sesenta que Nogales toma con las maquiladoras el giro industrial.



Paso peatonal por encima del Periférico, por donde pasan los camiones que llevan hortaliza a los Estados Unidos

Al otro lado de la frontera está la ciudad de Nogales, Arizona que, fundada en los mismos años, hacía de contraparte al comercio continuo entre las dos ciudades que son referidas como Ambos Nogales por muchos de los lugareños.⁴⁵ Si bien comenzaron similares, a partir de la tercera década del siglo XX, Nogales, Sonora, comenzó a crecer mucho más rápido que su contraparte Nogales, Arizona, que actualmente tiene 20 328 habitantes,⁴⁶ en comparación con los 159 103⁴⁷ registrados para el municipio de Nogales, Sonora, y de los cuales 97 por ciento están en la ciudad. Una de las razones principales para el crecimiento de Nogales, Sonora ha sido el auge de empleos en la maquila. A partir de finales de la década de los sesenta estas plantas comienzan a absorber fuerza de trabajo que ya no podría emplearse en Estados Unidos y que al hallar trabajo buscaban además un lugar para construir su vivienda.

Las colonias en donde viven las trabajadoras

La falta de un plan de desarrollo urbano suficientemente previsor y con fuerte respaldo de los gobiernos federales y estatales, junto con las ambiciones de acumulación de los terratenientes locales, provocó un caos en el crecimiento de las nuevas colonias y deficiencias en la introducción de servicios en Nogales (F. Lara 1993, 95-116). En veinte años la ciudad creció hasta más del doble. Desde 1968, la mancha urbana de 800 hectáreas creció hasta contar en 1988 con 2 011 hectáreas de las cuales “el 48 por ciento es de una situación irregular” (Moreno Murrieta 2000).

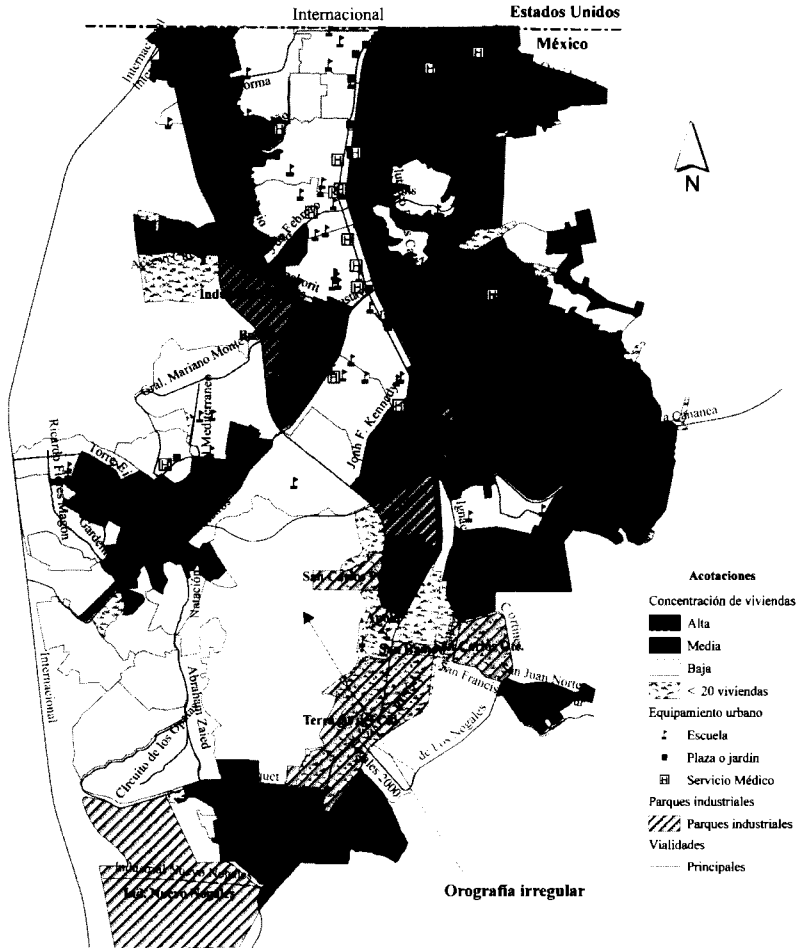
45 Hacia finales del siglo XIX, la simbiosis se expresaba bien así: “El turista americano venía a ‘comer y dormir del lado americano y a beber y fumar del lado mexicano. El poder de compra del americano era el doble en el lado mexicano de la línea” (Méndez 1993, 39).

46 Dato para 2000.

47 INEGI, resultados censales para 2000. Sólo se cuenta con datos a nivel municipal, no por localidad.

Mapa 3

Concentración de viviendas por AGEB*, Nogales 2000



* Área Geoestadística Básica.

Fuente: mapas base: INEGI. Cartografía Geoestadística Urbana, 2001. Equipamiento urbano y parques industriales, Proyecto CONACYT Ref.: J000-0683-2003. México: Maquila, Vulnerabilidad Ambiental y Salud. Elaborado en la Unidad de Información Regional (UIR) de El Colegio de Sonora.



La precariedad de la vivienda se observa
en las casas colgadas de los cerros

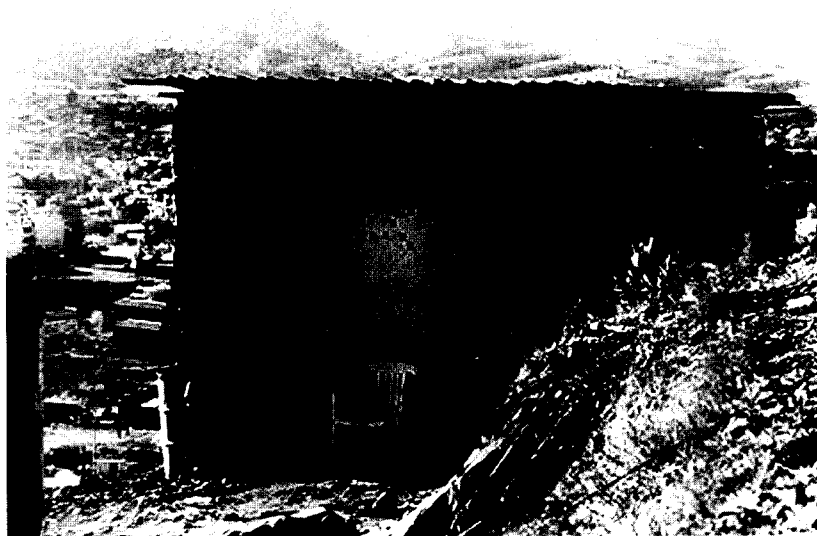
Las colonias al este de la ciudad, caracterizadas por la precariedad de las viviendas y las deficiencias de los servicios urbanos –particularmente agua y drenaje y también transporte y electricidad– son en donde se han concentrado hasta principios de la década de los años noventa las habitaciones de las familias obreras (F. Lara 1993). Una excepción a esta distribución socio-espacial son las colonias Los Encinos y Los Tápiros del lado oeste de la ciudad, ubicadas en zonas de menos pobreza, que se crearon en los años ochenta y “sirven de alojamiento principalmente a obreros de la maquila. La irrupción violenta de los colonos organizados alrededor de varios partidos políticos impidió que esta zona tuviera el uso al que estaba destinada por sus ventajas de ubicación” (Lara 1993, 115). Algunas de las mujeres que entrevistamos nos han contado de esta invasión urbana y de los esfuerzos con los que fueron haciendo sus viviendas, primero de cartón y desecho de la planta, luego de *material*, es decir ladrillo y cemento.

El déficit de vivienda en Nogales es real. En mi investigación todas las entrevistadas relataron dificultades para encontrar un lugar donde vivir, cómo llegaron a veces a un cuarto en el centro, o de arrimadas con algún pariente o amistad, y posteriormente, luego de muchos sacrificios, cómo encontraron un lugar propio.⁴⁸



Nogales crece, invade zonas verdes, demanda cada vez más servicios y escasea el agua

⁴⁸ Cravey (1998) describe estas condiciones para Nogales, incluyendo el establecimiento de los dormitorios para trabajadores de la maquila sin viviendas. Alicia llegó inicialmente al dormitorio de una maquiladora, pero no le gustó y buscó vivienda en otro lugar.



Con desecho de las maquiladoras construyen su primera casa en Nogales



Forma de hacerse de una vivienda en una invasión

Características de la Planta X

La Planta X⁴⁹ es una maquiladora cuya matriz se encuentra en Estados Unidos, en el estado de Illinois. Elabora productos electrónicos de consumo final, que son abridores automáticos de control remoto para cocheras, que vende en su totalidad a una empresa comercializadora. La planta llegó con otra denominación a Nogales a principios de los años setenta y se estableció en tres plantas, que hacia finales de los ochenta fueron concentradas en una sola. Existe una cuarta en Arizona pero la expectativa es concentrar toda la producción en México. En la planta ubicada en México actualmente se elaboran los rieles, se ensamblan las unidades de control remoto, se insertan los componentes en tableros de circuito impreso y conforme la producción se concentra más en Nogales, se van introduciendo otros procesos.

De acuerdo con las entrevistas a gerentes de producción realizadas por Blanca Lara, la duración del turno diurno semanal es de 47 horas con 55 minutos y el turno nocturno semanal de 42 horas con 55 minutos (B. Lara 1991, 91). El tiempo promedio de capacitación es de 30 días, pero en mis entrevistas ninguna de las trabajadoras reveló haber estado tanto tiempo en capacitación.

La planta tiene dos pisos,⁵⁰ la mayor parte de las mujeres está en el piso de arriba al que llegan por escaleras, pues el elevador se usa sólo para trasladar el material. Los procesos más pesados como la elaboración de rieles, que implica corte de acero y soldadura, en donde trabajan los varones y una que otra mujer, están en la planta baja; ahí se reciben todos los materiales por la parte posterior. En este lugar se nota mucho movimiento y un ruido permanente de máquinas, golpes metálicos, zumbidos eléctricos; a nivel de una mesa se encuentran las bandas por las que van pasando los materiales y productos para armarse. En la planta de abajo hay bandas colgadas del techo, a nivel de la cabeza, con otras piezas que se van armando, aquí se ve más movimiento de cuerpos, no sólo de

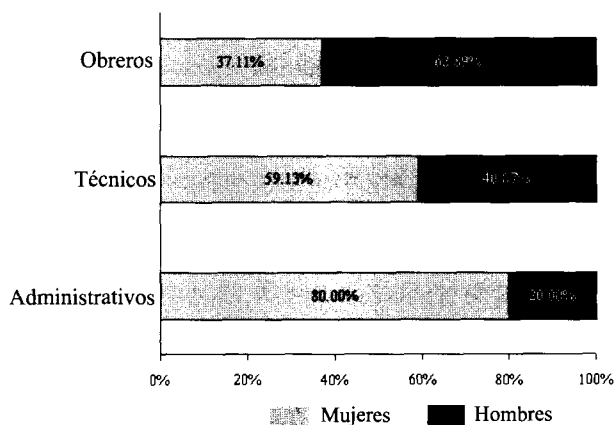
⁴⁹ Los datos sobre la Planta X se tomaron de B. Lara Enríquez (1991).

⁵⁰ Esta descripción se amplía en el siguiente apartado.

brazos, manos, dedos y piernas como en el piso de arriba. Huele a químicos y a veces a humo de soldadura. Luego a tacos y a machaca, pues pasa un carrito con comida dentro de la fábrica.

Gráfica 4

Distribución de la Planta X por puesto y sexo, 1996



Fuente: datos de la Planta X.

La organización física de la planta, sus procesos de trabajo y las observaciones realizadas durante una visita a la maquiladora explican parte de mi visión de la empresa y lo que ahí viven las mujeres que entrevistamos.

Reagrupados en tres grandes grupos, los datos revelan que alrededor de 90 por ciento del personal lo constituyen obreros, de los cuales 37 por ciento son mujeres. Las mujeres constituyen 60 por ciento de los puestos técnicos⁵¹ (véase cuadro 4). En 1994, de acuerdo con datos de INEGI,

⁵¹ Los siguientes puestos se clasificaron como técnicos: *Supervisor, Inspector, Electronic Technician, Production Electronics, Mechanical Gauge Repair Technician, Set Up Person, Machinist, GDO Repair Person, Senior Machinist, Machine Repair Mechanist, Production Quality Technician*. Las mujeres ocupaban el puesto de supervisora e inspectora únicamente.

11 por ciento de los puestos en la industria maquiladora de exportación eran de técnicos de producción. Dado que en la Planta X representaban 21 por ciento, deduzco que se trata de una de las plantas maquiladoras de mayor complejidad tecnológica. La coexistencia de diversos tipos de maquila en cuanto al uso de la tecnología es uno de los temas relativamente nuevos en las investigaciones sobre la maquila (véase autores como Ramírez 1988; B. Lara 1992; Contreras 2000; Carrillo y Hualde 1996). En su investigación sobre maquilas de Nogales e Ímuris, un poco más al sur, Kopinak ratifica la heterogeneidad tecnológica en donde coinciden procesos de nueva tecnología automatizada, producción justo a tiempo y calidad total, junto con prácticas fordistas o tayloristas de trabajo (Kopinak 1996, 185). Esto parece ser el caso de la Planta X.

Cuando realizamos la encuesta en 1996, pedimos a la gerencia de la planta información en la que comprobamos la distribución de empleados de acuerdo con sus puestos, antigüedad y sexo. Dado que la información era para la encuesta y no se iba a entrevistar a los administrativos, esta información es parcial. No cubre a los gerentes, ni a la totalidad de los administrativos. Quienes son administrativos en esta información aparentemente trabajan dentro del área de producción.

Cuadro 4

Distribución de personal de la Planta X
por puesto y sexo, 1996

Puestos	Mujeres	%	Hombres	%	Total
Administrativo	4	80.00	1	20.00	5
Técnicos	123	59.1	85	40.9	208
Obreros	753	37.1	1 276	62.9	2 029
Total	880		1 362		2 242

Fuente: datos de la Planta X.

Cuadro 5

Antigüedad en la Planta X por sexo, año 1996

Antigüedad	Mujeres	%	Hombres	%	Total
2 años y menos	556	63.2	915	67.2	1471
3 a 5 años	218	24.8	271	19.9	489
6 a 10 años	75	8.5	136	10.0	211
11 años y más	31	3.5	40	2.9	71
Totales	880	100.0	1362	100.0	2242

Fuente: datos de la Planta X.

En cuanto a la antigüedad en la empresa, casi dos terceras partes de los trabajadores tienen menos de dos años trabajando en la planta, como lo revela el cuadro 5. La rotación y la falta de estabilidad en la maquila han sido tratados por otros autores. Kopinak (1996, 172-173) encontró que la antigüedad promedio de los trabajadores en maquilas de la industria del transporte en Nogales e Ímuris era de 24 meses. Los motivos que daban para dejar las maquilas eran de tres tipos: económicos (en búsqueda de mejores salarios y prestaciones), personales (estudiar o motivos familiares) y de trabajo (condiciones de trabajo inaceptables, problemas con los supervisores o gerentes, despido o cierre de fábrica). El ya mencionado análisis de Canales, con base en varios estudios, señala que la rotación promedio en la industria maquiladora es de alrededor de 10 por ciento mensual (1995, 141), pero que varía de acuerdo con la rama industrial, la ciudad y la empresa. Define a los rotadores como aquellos que tienen más de un empleo en la maquila al año y a los estables como quienes duran más de dos años en la maquila. Identifica las características de los trabajadores estables como mayores de 25 años, predominantemente mujeres, alguna vez unidos, con hijos, con la primaria completa o menos, jefes de hogar o esposas/os y migrantes con más de cinco años de residencia en la localidad. De acuerdo con dicha clasificación, las mujeres del grupo núcleo de mi investigación son estables. Canales (1995, 151) calcula que alrededor de 28 por ciento de los varones y 46 por ciento de las mujeres son estables. La similitud a estos datos se observa en el cuadro

5, el 32.8 por ciento de los hombres y el 36.8 por ciento de las mujeres de la Planta X tienen una antigüedad mayor a dos años.

Visita guiada a la Planta X

En agosto de 1995 pudimos visitar la Planta X. Nuestro contacto previo con la maquiladora había sido en visitas a la guardería en una investigación previa, visitas a recoger a las trabajadoras para ir a alguna entrevista y las visitas para tramitar esta entrada a la planta. Era la primera vez que pasábamos las puertas que introducen directamente al área de producción. Una gerente de Personal nos acompañó. Nos hicieron firmar una tarjeta en inglés que decía que nos comprometíamos a no fotografiar, difundir las cosas que nos decían, particularmente con respecto a secretos industriales o sobre el proceso de producción. Dicha tarjeta tenía que ser entregada a la salida de la fábrica y quedaba como una constancia firmada del acuerdo.

En ese momento Linda nos alcanzó. Ambas la conocemos desde antes por la relación a través de la guardería. Igual que Francisca, viene vestida de sastre, muy elegante, toda una figura de “ejecutiva”, con medias y tacones. Es obvio que la vestimenta importa. Por el antecedente que tenía de realizar visitas a la planta Ford en Hermosillo, donde no se permite a los visitantes entrar con medias o “laca” (*spray*) en el pelo, había preguntado si habría alguna recomendación para nosotras. También pedí permiso para llevar a mi hija Lara. Al principio pensé que podían poner obstáculos para que entrara a la planta, pero dado que ya es mayor de 10 años, no hubo problema. Al contrario, creo que el hecho de haberla llevado ayudó a construir una aureola positiva a todo este acercamiento. Yo también soy madre-trabajadora.

La entrada a la fábrica

La entrada a la fábrica se inició sin introducción al proceso, ni de la producción –esto es con volúmenes de producto que exporta– ni con información sobre su posición en el mercado, etcétera. Me dio la impresión de

que no tienen muy claro los aspectos generales y que están tan imbuidos en sus tareas cotidianas que pierden la perspectiva general. Me piden que haga una carta solicitando la información que requería.

Como se mencionó previamente, el producto que hace esta fábrica son los mecanismos de las puertas de garaje que se abren “automáticamente”. Se hacen los rieles y los aparatos donde van instaladas las puertas, así como el control remoto y la máquina misma que hace que la puerta se abra y se cierre. Las puertas no se hacen aquí. Hay varios modelos, tanto residenciales como comerciales. También ensamblan una pulidora de autos en una sección especial. Esto es relativamente nuevo.

El recorrido empezó en la planta baja, por un largo pasillo donde están las oficinas administrativas, de control de producción, de diseño, etcétera. Están alfombradas y tienen aire acondicionado, son un poco pequeñas para el tamaño tan grande que tiene la fábrica. Se siente la presencia de algunos estadounidenses, pero aquí todo el mundo les dice *americanos*. Son los ingenieros y técnicos en producción. Algunos andan en pantalón de mezclilla y tenis (a los mexicanos nunca los veo de *levis*), otros con camisa blanca y corbata. Esta vestimenta distinta la notaré en muchas otras visitas. No sé si distingue niveles y jerarquías o gustos, etcétera. En su investigación sobre maquila en Nogales, Kopinak (1996) dice que el estilo de los gerentes es importante para entender cómo se han construido las relaciones y los mercados de trabajo y que no existe una forma homogénea de trato gerencial.

Hay muchos certificados y diplomas en las paredes con las menciones de los premios de calidad que ha ganado la planta. El ambiente se siente agradable. Hay por lo menos dos entradas, además de las bodegas por donde entra y sale el material, que están ubicadas en la parte posterior de la fábrica. Una entrada es para las visitas que recibe la planta, para las oficinas y hay una recepcionista que registra todo por escrito. Hay sillones cómodos y plantas. No se siente como fábrica sino como oficina. Posteriormente está el lugar por donde entran los trabajadores, no es la misma puerta por la que entramos al edificio. Aquí está la entrada a la guardería, dos policías y una vitrina con todos los trofeos de primer lugar en producción o en calidad que otorgan los consumidores del producto,

principalmente de una gran tienda departamental. También hay otra vitrina tipo periódico mural con anuncios y listas de trabajadores que pueden pasar por sus cheques, permisos, formatos, etcétera. Hay ocho o nueve sillas de plástico donde se sientan jóvenes y de vez en cuando algún adulto o adulta mayor que esperan ser llamados por el Departamento de Personal y contratarse en la fábrica.

Ahí están dos policías de seguridad que portan el mismo uniforme de quienes vigilan la entrada del estacionamiento. A veces piden revisar algún paquete o bolsa que traen de salida los trabajadores. A la hora de la entrada (esto lo observamos otro día) se paran uno de cada lado con bastones largos para detectar metales. No sé si han tenido problema con introducción de armas.

Nos muestran la guardería pero ya la conocemos, así que no nos detenemos. Pasamos enseguida por una especie de vestíbulo donde hay varios teléfonos públicos. A veces salen trabajadores a llamar. También hay un teléfono para llamadas internas y un guardia de seguridad que de cuando en cuando revisa las bolsas o mochilas de quienes salen, para cerciorarse de que no se roban cosas. En la visita no observamos que revisaran lo que ahí se introduce. Hay un monitor de televisión de circuito cerrado que pasa anuncios sobre la fábrica y que da información sobre la planta, los menús, los cumpleaños y onomásticos del día. Sería un medio importante de educación. Me pregunto por qué no se usa para eso, pero no lo hago en voz alta. Luego pasamos por cuatro puertas, por donde entran y salen los trabajadores. Se siente inmediatamente el ruido y la fábrica impone. Las puertas tienen ventanitas, así que no es como si no supiéramos qué es lo que había detrás. Pero de todas maneras, cuando uno entra siente la amplitud de la planta. La primera parada es frente a unos relojes checadores muy modernos. Cada trabajador tiene su credencial con banda magnética y “poncha” deslizando su tarjeta. Ahí se registra todo lo que se requiere. Me pregunto cómo será la fila para checar todas a la vez. Tendré que observarlo algún día que vayamos nuevamente. Un año después, cuando pasamos la semana en la fábrica durante la encuesta, nos damos cuenta de que no “ponchan” ahí la tarjeta. Parece que tienen que llegar a su lugar de trabajo y ahí el supervisor se da cuenta si llegó o no tal trabajador. Me pregunto si habrán cambiado el sistema.

Nuestra siguiente parada es en la imprenta. Ahí se imprimen los manuales, las garantías y las instrucciones que se insertan en cada una de las cajas en donde se hacen los abridores de garaje. Hay varios trabajadores en máquinas que parecen ser muy modernas y eficientes. En las ventanas que dan a la parte de la fábrica hay como cuatro trabajadoras, algunas con dedal, otras no. Están contando las hojas e insertando algunas tarjetas externas. Linda y Francisca llaman al encargado quien nos regala un manual.

Posteriormente pasamos al área general de la fábrica. Hace mucho ruido. El día anterior un colega, gerente de seguridad e higiene de una maquiladora de Agua Prieta, me había dado unas recomendaciones para la visita: 1) Si tienes que levantar la voz para hablar con la persona a una distancia “normal”, lo más probable es que el ruido está por encima de los decibeles permitidos. 2) Al entrar fijate bien en los olores. Después de un tiempo adentro de la fábrica hay varios olores que ya no se perciben, uno se acostumbra rápidamente a ellos. 3) Observa si los trabajadores están sentados derechos en sus sillas. Si se sientan de ladito o atravesados, lo más probable es que los asientos sean inadecuados. Además tenía anotadas otras recomendaciones para observar –que me había pasado en visitas a otras plantas– como las referentes al equipo de protección, las condiciones específicas de las mujeres embarazadas, el material de desecho, entre otras.

Estábamos en el ruido. Noto mucho ruido y se me dificulta entender lo que me están explicando, tengo que acercarme mucho para oír bien a Francisca. Nos conduce por un pasillo en medio de dos áreas. Por un lado están cortando rieles, por otro están armando la máquina, y por otro están embobinando la máquina. En la zona de atrás está la recepción y prueba de los insumos. Casi todo viene de los Estados Unidos. El molde de plástico donde va insertado el motor lo compran de otra maquiladora ahí mismo en Nogales. Están muy orgullosos de que cuidan mucho la calidad. Van probando cada aparato que reciben para ver si cumple con los requisitos de la Planta X.

En otra sección arman las cajas en donde van a empacar el producto. Luego, en otra, cerca de la salida de atrás, las sellan, las suben a un montacargas y las rotulan con la dirección de destino. No hay mucha información específica sobre cada proceso. Yo siento que Linda y Francisca no saben.

Luego nos llevan a la cafetería de los trabajadores. Está llena. Hay otro monitor de televisión con datos de la planta, los santos del mes, los cumpleaños, los horarios de la secundaria abierta. La comida se ve bien. Está muy limpio el lugar y observo que todos los trabajadores entran a lavarse las manos. Hace mucho ruido, pero aquí no es de la fábrica sino de la música nortea. Suenan Los Tigres del Norte a todo volumen. Afuera hay un patio que me imagino agradable en otoño. Ahora hace mucho calor. Pero hay algunos trabajadores afuera. Qué sentirán, me pregunto, que prefieren el calor y la privacidad al clima fresco de adentro. Será que quieren fumar y adentro no se puede. Saludamos adentro a algunas de las trabajadoras. En particular a Marina. Me pregunto qué sentirá al vernos con Francisca. La última entrevista nos platicó algo sobre su enfrentamiento con ella por una carta que hicieron al Departamento de Personal. En la cafetería les dan la comida a un centavo. No se las regalan completamente para evitar problemas de impuestos. Salimos nuevamente de la cafetería. En la mera puerta observo un decálogo de la familia que es propietaria de la mayor parte de la empresa. Los mandamientos tienen que ver con la relación con el cliente, el mercado y la calidad.

Vamos a la sección más riesgosa de la planta. Hay letreros por todos lados de que no se puede entrar sin permiso, sin lentes especiales, sin zapatos. Es la sección de prensado. Hay mucho ruido. Aquí se corta la lámina en pedazos y se arma la caja del aparato. Nunca logré ver dónde la pintaban. Los que trabajan aquí traen lentes, uniformes y se ven muy jóvenes. A un lado hay una sección de herramientas y de taller. Hay un señor mayor que está leyendo un instructivo y hay muchos aparatos como para checar, monitorear. Durante los dos años del trabajo de campo escucho a las trabajadoras hablar con frecuencia sobre el miedo que tienen algunos de esta sección, parece que ahí ocurren accidentes serios.

Pasamos a otra sección. En general, en todo el piso de abajo hay más hombres que mujeres. Se tiene la impresión de que ahí el trabajo es más pesado. Las pocas mujeres están en las mismas tareas que los hombres. No sé como será la distribución. Cuando nos paramos a preguntar algo sobre lo que se hace en esta sección, no siempre saben contestarnos bien. En general, observamos un rato, luego nosotras mismas podemos reconocer. Todas las tareas están divididas en pedacitos. Todos hacen una o dos cosas. El siguiente en la línea hace una o dos más. Y así. Pasa una banda por arriba, colgada del techo, con varias charolas. En cada charola van piezas que poco a poco se irán armando. Las charolas suben al segundo piso, luego bajan.

Abajo también hay unas oficinas aparte. Ahí es donde están los ingenieros y el control de calidad. Se ven unas computadoras y algunos de los trabajadores parecen estadounidenses, güeritos, altos y pelo corto. No entramos allí.

Nos conducen al segundo piso. Aquí se siente menos ruido. Lo primero que notamos es que hay muchas más mujeres. Después de estar aquí un rato, empezamos a sentir mucho calor. Creo que abajo hacía menos, pero no me di cuenta hasta subir. Pasamos a la sección nueva. Inmediatamente observo que se trata simplemente del proceso de ensamble. Se juntan las piezas, se arman, se ponen de cierta forma, se prueban y se empacan. Es una sección completamente independiente.

En un extremo de la fábrica está la sección de herramientas, no hay nadie y no entramos. Nos dicen que hay varias personas en sus descansos. En la mañana tienen un descanso de 15 minutos, a medio día de 30 y en la tarde de 10 minutos. Los descansos son diferentes en cada uno de los turnos. Luego anoto esto, puesto que siempre hay discrepancia con lo que las trabajadoras nos dicen en las entrevistas. Ahora es sobre la duración del descanso matutino. Creo que son 10 minutos pero les dejan 5 más como de colchón, porque muchos desayunan a esa hora.

Pasamos a la sección donde arman los tableros. Teníamos muchas ganas de llegar aquí. Ya nos han contado sobre este proceso varias de las trabajadoras que entrevistamos. Hay varias líneas de tableros en la planta de arriba. Es la etapa de transformación del proceso de inserción

manual a un proceso automatizado. El encargado de esta unidad nos enseña el procedimiento manual. Es una línea con aproximadamente 45 mujeres. Cada una va recibiendo de la banda el tablero y le inserta algunas piezas. Hay operadoras universales, inspectoras, supervisoras y quienes reparten material, además de las obreras. Al final, se pasa por un proceso de soldadura, luego se limpia, se checa, “tachap” (*touch-up*), que es soldar con cautín, luego se prueba y se pasa a otra línea. Aquí observamos a varias trabajadoras embarazadas. El extractor que está arriba de la soldadura es insuficiente. Hay mucha pedacería de soldadura en el piso. Pienso en las casas de las trabajadoras. Veo los ojos, me canso, me duele la cintura. Me pregunto si podría. Dicen que hay muchas mujeres porque son más delicadas y finas para el trabajo detallado. Pienso en Patricia, quien es operadora universal en el turno vespertino. Tengo muchas preguntas que hacerle. Quedan en el aire muchas preguntas para el encargado, quien nos contesta muy amablemente todo lo que le preguntamos. Hay demasiado ruido y yo, de por sí sorda, ahora me siento más.

Enseguida pasamos a otra sección. Antes está la de los arneses. Gilda quiere ver y nos asomamos las dos. Ya algunas trabajadoras nos han contado de los famosos arneses. Como que no quieren explicarnos mucho. Será que ya llevamos más de una hora. O será que es muy aburrido lo que hacen, simplemente juntando cables de diferentes colores según un esquema en un tablero blanco.

El proceso automatizado de inserción de tablero es lo que pasamos a ver enseguida. Aquí hay un laboratorio con máquinas muy sofisticadas traídas de Holanda. Las máquinas anteriores, también de un proceso automático de inserción, son japonesas. “Muy buenas”, nos dice el encargado. Sin embargo, él rompe con el estereotipo que poseo de un especialista en cómputo, puesto que se ve y habla con acento muy “chero”. Tiene camisa de cuadros y botas y habla de procesos muy complejos. Prende la computadora y echa andar la máquina para enseñarnos. Va a sustituir como a 38 obreras. No lo ha usado aún más que para prueba, pero la semana próxima ya estará en funciones. Qué bueno pienso, ya no tendrán sus dolores de cintura, de ojos, de dedos. Qué les pasará a esas obreras,

pienso, dónde irán a trabajar. Me dicen que las reacomodan, a ninguna van a despedir.

El proceso automático de inserción es impresionante. Sale el tablero con las resistencias, transformadores y circuitos ya insertados. Sigue un trabajo para completarlo, esto se hace fuera del laboratorio. Adentro todo está limpio, blanco, hay más luz, no hay polvo ni demasiado ruido. Muchos técnicos tienen bata blanca. Me acuerdo de la bibliografía que comenta cómo se cuida a las máquinas y al proceso y de la necesidad de cuidar igual a los trabajadores. Salimos a seguir el recorrido, pero ahora con más prisa.

Hay otra línea de tableros. Aquí el proceso de soldadura es más cuidadoso porque tienen una máquina completamente cerrada. Gilda se detiene a platicar con una trabajadora embarazada, tiene el pelo muy largo y no lleva gorro, me pregunto si está haciendo una cita para una entrevista. Desde ayer ya habíamos dicho que queríamos hablar con ella. Después la entrevistamos. Un año después volvimos a saludarla. Ya trae a dos bebés a la guardería. Se ve guapísima —es viernes, día de baile, distracción principal de obreros y obreras en la frontera.

Pasamos a transistores. Aquí trabaja Martha desde hace más de 22 años. Ahora es supervisora. Anoche la entrevisté en su casa. Me da gusto poder verla ahora en su otro papel, con tacones y vestido muy formal. Cumple con toda la expectativa de supervisora. En esta línea también está Claudia. Ella es una de las entrevistadas. En esta sección es Martha quien nos explica todo el proceso, el embobinado del transistor, la protección de los dedos con cinta amarilla y con *masking tape* (en vez de dedales), las plaquitas que le insertan, las pruebas, los alambres que les ponen, la resina que lleva, las pruebas, cómo se pasa en la banda a la siguiente sección. Una trabajadora se picó el dedo y mientras lo limpia, no deja de trabajar, tiene dedal y cinta verde para protegerse pero tiene que trabajar a cierto ritmo. El ritmo se siente cómodo, no lo percibo demasiado rápido, pero me angustio de pensar en hacer eso todos los días. Cuando alguien pierde el ritmo, descansa tantito. Yo me mareo de tanta rutina.

Martha nos despide con afecto. Creo que tenía un poco de culpa por haber conversado con nosotras en otras ocasiones y le dio gusto vernos ya con otras personas de la jerarquía administrativa de la planta. Un año después nos saluda diariamente durante nuestra estancia para la encuesta. Quiere que vayamos a hablar con ella, a conversar sobre la vida. Quiere que veamos al hijo, que ya va a pasar a otra guardería. Al día siguiente lo trae y nos convida dulces. Martha se ve muy bien.

Pasamos a una última sección de empaque. Aquí noto a la señora mayor que había visto el día anterior a la salida. Le pregunto sobre su trabajo. Me dice que apenas tiene un año. Cuenta que se divorció y sus hijos están grandes. Le gusta trabajar, tener su ingreso y poder mantenerse. Percibo que se incomoda con mis preguntas. Me retiro.

Pasamos a observar las puertas en funcionamiento. Aquí prueban los mecanismos. Podemos ver que hay varios modelos. Hay un técnico estadounidense que asesora a varios trabajadores. Les habla en inglés, no me queda claro si entienden el idioma o las señas.

Junto a la sección de prueba están dos aulas, una con el nombre de Sonora y la otra de Arizona. En cada una hay clases en proceso. Nos explican que son los cursos de entrenamiento y de inducción al trabajo en la fábrica. Se me hace raro que ninguna de las trabajadoras nos ha mencionado este curso. También hay letreros afuera que dicen “Secundaria abierta”. Tampoco nos han comentado sobre estos cursos.

Nos despedimos y vamos a la cafetería del segundo nivel. Es muy agradable y por fin entramos a un lugar con ventanas para ver el cielo azul. Todo se paga en dólares. Sólo funciona a ciertas horas y aunque está abierta a todo el personal según nos explican, sólo asiste personal administrativo o ejecutivo. Tiene vista a la calle y fotos de la empresa a todo lo largo de las paredes. De Hermosillo, capital del estado, están el Arzobispo Quintero Arce, el Director de *El Imparcial* y el Secretario de Fomento Industrial de Sonora en la inauguración de la nueva planta hace cinco años, así como algunas fotos de parejas con aspecto de estadounidenses en eventos especiales. Todos se ven felices, se mira el gusto por el éxito. Hay fotos de fiestas en la planta. Debe haber sido antes de iniciar, porque se ven mesas en todo lo que ahora es parte de la fábrica. Están

los trabajadores sentados como esperando a que se acabe el discurso y puedan levantarse a bailar y tomarse unas “chelas”.

Nos dice Francisca que cuando queramos podemos venir a comer aquí. Ya llevamos dos horas y sabemos que tiene compromisos que atender. Le prometemos volver con muchas preguntas. Nos dice que cuando queramos. Ella nos recoge las tarjetas firmadas y ofrece devolverlas a recepción para evitarnos las vueltas.

En el camino a la cafetería perdimos a Linda, así que regresamos a la guardería para despedirnos y agradecer su atención. El espacio de la guardería es amplio, cuenta con salones para cinco grupos de niños, mesa-bancos, cunas, sillas, lavabos y excusados todos a su nivel, en miniatura. Reciben sus alimentos en la sala principal de la guardería bajo la vigilancia y el cuidado de cinco responsables que han sido entrenadas en el Seguro, puesto que es una guardería del IMSS, sólo que la Planta X ha puesto las instalaciones. También aquí están las oficinas de Linda, con ventanas amplias hacia las puertas de entrada a la fábrica por donde pasan los trabajadores y pueden ver a sus hijos. Hay un espacio para sus pañaleras y abrigos y otro en donde pueden acostarse a dormir la siesta.

En el patio de la guardería están los hijos de los trabajadores. Se ven limpios, alimentados, felices, brincando y bailando con la música. Nos preguntamos, como queriendo pensar que sí, que están mejor que si los dejaran en sus casas. Nos acordamos del día anterior en el que vimos a los trabajadores y trabajadoras recoger a sus hijos. Me llamó la atención el número de jóvenes. Parecía que algunos muchachos todavía ni empezaban a rasurarse. También nos llamó la atención el número de papás que pasaban a recoger a sus hijos. Algunos se veían cómodos y seguros con el rol de padres. Preguntaban por las medicinas, los pañales, si sus hijos comieron o no, cuántas veces fueron al baño, recogían las mochilas, y besaban y jugaban con sus hijos afectuosamente. Este es un tema que necesita incorporarse más a la investigación sobre maquila.

III

SER MADRE-TRABAJADORA DE LA MAQUILA

LAS CONDICIONES DE VIDA DE TRABAJADORES DE LA MAQUILA
EN NOGALES Y EN LA FRONTERA NORTE

En 1981 se publicó la primera investigación sobre fuerza de trabajo en la industria maquiladora de exportación (IME) que incluye una referencia a los problemas de salud de los trabajadores. Aunque esta investigación (Gambrill 1981) no se diseñó explícitamente para abordar el tema de salud laboral, marcó un hito en la investigación sobre maquila, pues incorporó a la discusión sobre los impactos del entonces nuevo programa de industrialización el tema de la salud obrera. Antes de que surgieran los estudios específicos, investigaciones como la de Gambrill habrían de incluir entre sus análisis de las condiciones de vida el tema de los daños a la salud. Entre los pioneros de esta línea de investigación habría que mencionar también los estudios de Fernandez-Kelly (1983), Carrillo y Hernández (1985), Iglesias (1985) y Arenal (1986), autores que desde abordajes sociológicos y antropológicos hicieron mención de los problemas de salud que registraron en sus entrevistas, encuestas y observación de campo. De entonces a la fecha, desde las disciplinas de la epidemiología, la salud pública, la antropología y la sociología, han surgido más de veinte publicaciones sobre la salud de trabajadores y trabajadoras de la maquila.⁵² Para fines de la presente revisión interesa destacar aquellas que postulan la existencia de relaciones entre las condiciones de salud-

⁵² Para revisiones de este corpus, véase Denman (1997, 167-186), Denman (1998, 73-100), Cedillo y Denman (2000) y Denman y Cedillo (2001).

enfermedad y las condiciones de vida, incluyendo las domésticas y las laborales y su descripción de la población trabajadora, así como de los problemas de salud, síntomas y signos estudiados. Veremos que el tema de las prácticas de atención al embarazo no ha sido estudiado en estas investigaciones.

Mi interés por entender mejor la relación entre las condiciones de vida de las trabajadoras y sus condiciones laborales y la salud surgió desde mi primera investigación realizada sobre salud reproductiva entre dos grupos de trabajadoras. Elegí un indicador de salud reproductiva como medida para evaluar la salud de las trabajadoras. La salud reproductiva ha sido uno de los campos de la salud que es cada vez más analizado en la salud ocupacional, principalmente porque algunos de los efectos en la salud se manifiestan en el corto plazo, a diferencia de los resultados tradicionales de la salud ocupacional (como problemas pulmonares, neurológicos, cánceres, o enfermedades de la piel). En la década de los ochenta se realizaron varios estudios sobre salud reproductiva en la industria de semiconductores en los Estados Unidos (Pastides et al. 1988, 543-551; Huel, Mergler y Bowler 1990, 400-404). Algunos indicaban que para las mujeres embarazadas, el trabajar en la industria electrónica constituía un mayor riesgo de presentar abortos espontáneos y otras anomalías que afectan la salud de la madre embarazada y el bebé.

Dado que la fuerza de trabajo de la IME es relativamente joven y tiene poco tiempo expuesta a los riesgos laborales, es necesario seleccionar los efectos en la salud que puedan observarse después de un corto lapso. El peso al nacer es uno de estos indicadores; se supone que, a pesar de que es afectado por las condiciones generales de salud de la madre embarazada (como sus antecedentes nutricionales y su propio peso al nacer), también es cierto que se manifiesta una serie de cambios relacionados con el periodo del embarazo, como la postura, la exposición a sustancias tóxicas, con la temperatura ambiente, con el gasto calórico, entre otras. En mi investigación (Denman 1991) realizada en el IMSS de Nogales, Sonora, en donde comparé el peso al nacer de hijos de obreras con el de hijos de trabajadoras de servicios y comercio, encontré que las obreras

de la maquila registraban 2.8 veces más bajo peso al nacer que las otras trabajadoras, lo cual indicaba una relación positiva entre condiciones de trabajo y el peso al nacer.

En una siguiente investigación (1990a) también en Nogales, utilicé un grupo de comparación de no trabajadoras extra-domésticas remuneradas que se atendían en el Seguro –por lo que asumo que sus condiciones socioeconómicas son similares– para explorar el impacto de condiciones de trabajo en la maquila en la salud del bebé: las amas de casa. Los resultados mostraron que éstas tenían también un alto índice de hijos de bajo peso al nacer. Este hallazgo sugiere que los riesgos no se deben exclusivamente a las condiciones de trabajo, sino que también podrían ser factores el bajo nivel de ingreso y/o las deficientes condiciones materiales de vida y/o ciertas estructuras familiares y organizativas del hogar. Estos resultados son similares a los de una investigación realizada en Tijuana que reportó que las obreras de la maquila tenían hijos con menos peso al nacer que trabajadoras de servicios (Jasis y Guendelman 1993; Eskenazi, Guendelman y Elkin 1993). En ninguna de estas dos investigaciones se explica la causa de dichas diferencias. Las trabajadoras provenían de diferentes empresas, por lo que no fue posible identificar y asociar uno o varios factores de riesgo en el ámbito laboral, ya fuera de maquila y de servicios. Además, en los diseños de investigación no se tomaron en cuenta otros factores de riesgo asociados con la estructura y organización del hogar y sus condiciones materiales de vida

El hecho de que existan diferencias en la salud reproductiva entre distintos grupos de mujeres trabajadoras se ha asociado, en otras investigaciones sobre salud ocupacional, a los conocidos riesgos químicos, físicos, biológicos y psico-sociales no sólo sobre los resultados del embarazo, sino también en otros efectos reproductivos, como anomalías congénitas, nacimientos pretérmino, pérdida fetal y problemas menstruales, como se ilustra en el cuadro 6. En la Planta X las madres-trabajadoras están expuestas a varios de los factores mencionados en este cuadro: metales, solventes, ruidos, trabajo en turnos distintos, estrés psico-social y esfuerzo físico. Además, dado el origen rural de varias de ellas podemos suponer que también han sido expuestas a pesticidas, particular-

mente en casos como el de Cecilia, quien trabajó directamente en el campo de niña y de joven antes de migrar.

Estos riesgos de trabajo son identificados por los trabajadores de la Planta X. De la encuesta en este lugar, en respuesta a la pregunta sobre las mejoras que les gustaría ver en la fábrica, mencionaron en primer lugar el contar con equipo e información suficiente para evitar las exposiciones (38 por ciento varones y mujeres 19 por ciento). En segundo lugar, 23 por ciento de los varones y 10 por ciento de las mujeres pidieron disminuir el ruido. Esta diferencia puede deberse a que los trabajadores se concentran en la planta baja que es más ruidosa y las trabajadoras en el primer piso. El 18 por ciento de las trabajadoras y 17 por ciento de los trabajadores pidieron más limpieza y organización en la fábrica. Alrededor de 15 por ciento de todos los trabajadores pidió mejoras en la alimentación que ofrece la cafetería, sobre todo por higiene de los alimentos, y también comida más nutritiva.

Pero a menos de que compartieran algunos de los mismos riesgos ocupacionales, no se explica por qué las amas de casa también tengan algunos resultados reproductivos adversos, como el caso del más bajo peso al nacer que encontré entre los hijos de amas de casa en Nogales (Denman 1990a), pues se supone que ellas no están expuestas a los riesgos laborales durante el embarazo. Se ha sugerido que parte de la explicación se encuentra en el hecho de que sólo la población sana busca y se mantiene en un trabajo y que comparar población trabajadora con no trabajadora no necesariamente garantiza las condiciones de población expuesta a riesgos y no expuesta.⁵³ Pero ello no considera los posibles efectos de las condiciones materiales de vida sobre la salud y la enfermedad de las propias trabajadoras.

En este trabajo sostengo que tanto las condiciones domésticas y familiares como las laborales, afectan la salud reproductiva de las mujeres. Es decir, en ambos espacios se exponen a factores de riesgo que pueden afectar negativamente a su salud, pero también a condiciones que les

⁵³ Sobre el *healthy worker effect* (el efecto del trabajador sano) para el caso de las maquilas, véase a Guendelman, Samuels y Ramírez (1998).

Cuadro 6

Factores químicos, físicos, biológicos y psico-sociales asociados con problemas reproductivos

Factor	Efecto reproductivo	Sector de riesgo ocupacional
METALES		
Mercurio inorgánico	Reducción de fertilidad, ^a pérdida fetal ^a	Fábricas de lámparas, ciertas industrias y personal de clínicas dentales
Plomo	Reducción de fertilidad, ^a pérdida fetal, ^a nacimientos pretérmino, ^a bajo peso de los bebés al nacer, ^a deficiencia en desarrollo cognitivo ^a	Industria de acumuladores, municiones, fundidoras de plomo y otros metales así como otras industrias metálicas
SOLVENTES		
Carbón disulfide	Alteraciones menstruales ^a	Industria de viscosa y rayón
Etilenos	Reducción de fertilidad, pérdida fetal	Industria electrónica, serigrafía, fotografía, teñido de telas y otras industrias
Formaldehyde	Reducción de fertilidad, ^a pérdida fetal ^a	Industria mecánica de la madera, laboratorios de patología
Tetracloroetileno	Reducción de fertilidad, ^a pérdida fetal	Lavado en seco y desgrasado en varias industrias
Tolueno	Reducción de fertilidad, ^a pérdida fetal	Industria del zapato, pintura, trabajos de laboratorio e industrias varias
Hidrocarbonos	Pérdida fetal ^a	Industria del zapato, gráficos y pintura
PESTICIDAS		
	Reducción de la fertilidad, ^a pérdida fetal, ^a defectos de nacimiento, nacimientos pretérmino ^a	Trabajadores agrícolas, jardinería y viveros
OTROS		
EMF de baja frecuencia	Pérdida fetal ^a	Trabajo industrial o de oficina
Ruido	Alteraciones menstruales, ^a reducción de fertilidad, ^a nacimientos pretérmino, retraso en desarrollo intrauterino, bebés de bajo peso al nacer	Manufactura industrial
Enfermedades contagiosas ^b	Pérdida fetal, retraso en el desarrollo intrauterino, defectos de nacimiento	Personal dedicado al cuidado de niños y enfermos
Trabajos por turnos	Pérdida fetal, ^a nacimientos pretérmino, bajo peso al nacer	
Jornadas laborales largas	Pérdida fetal ^a	
Esfuerzos físicos	Reducción de la fertilidad, ^a pérdida fetal, ^a nacimientos pretérmino, retraso en desarrollo intrauterino, bajo peso al nacer, ^a defectos de nacimiento ^a	
Estrés psico-social	Alteraciones menstruales, ^a preclamsia, ^a nacimientos pretérmino ^a y pérdida fetal ^a	

^a Evidencia no concluyente, ^b Evidencia basada en estudios sobre población general.

Fuente: adaptado de Lindbohm y Taskinen (2000, 463-473).

permite aliviarla o mejorarla. Esto es particularmente aplicable para el caso del embarazo, que es una condición que se vive las 24 horas al día durante cuarenta semanas. Estudiaré a qué situaciones están expuestas las mujeres tanto en la fábrica como en la casa y también qué tipo de acciones realizan para disminuir, prevenir, evitar o aliviar los riesgos. A este tipo de acciones les llamaremos prácticas para cuidar la salud positiva.

Condiciones materiales de vida

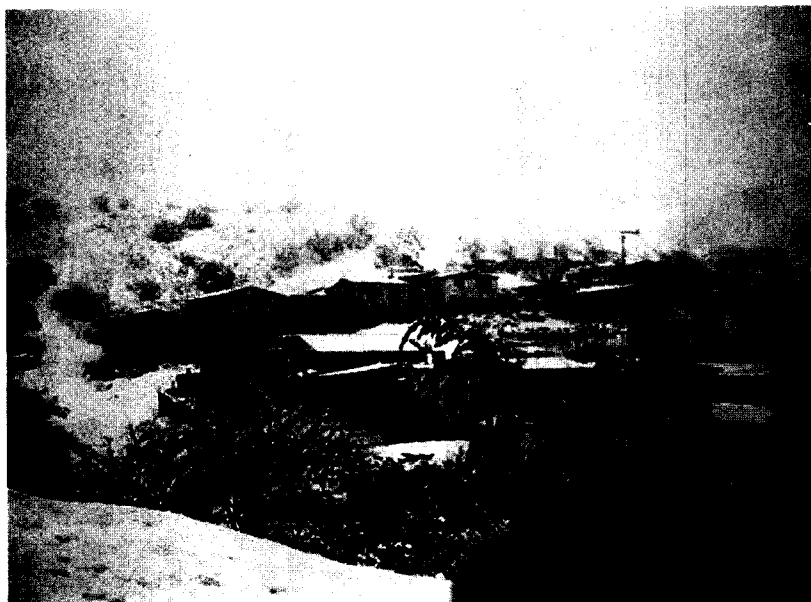
Las condiciones materiales de vida incluyen tres niveles: 1) *ambiental*, que abarca la calidad del medio ambiente, aire, agua, clima; 2) *comunitario*, condiciones de la colonia en la que viven (acceso a servicios como agua, drenaje, luz, teléfono, pavimentación, transporte, recolección de basura); y 3) *familiar*, que incluye el acceso y la calidad de la vivienda, su mobiliario, número y parentesco de personas que comparten la vivienda, fuentes y cantidad de ingresos y egresos, entre otras. Enseguida detallaremos estos tres niveles y su pertinencia para el estudio de las prácticas de embarazo de trabajadoras de la maquila.

a) Condiciones ambientales

En cuanto a las condiciones ambientales de Nogales, la presencia de climas extremos, tanto en verano como en invierno, agudiza la fragilidad de la infraestructura urbana y de vivienda. Durante los últimos 26 años, la temperatura media ha sido de 4.7 grados centígrados en enero y de 27 grados centígrados en julio, con temperaturas hasta de 7 grados bajo cero en invierno y 42 grados en verano (Ayuntamiento de Nogales, Diagnóstico de Salud 1996).

Durante mi periodo de estudio, en el invierno de 1997, cayó una nevada que registró temperaturas mínimas abajo de cero grados por varios días seguidos. Los relatos de morbimortalidad asociada se reportaron en varios medios, incluyendo la prensa. Regularmente, cada año en el norte del país se escuchan noticias de fallecimientos a causa de las medidas

poco seguras que han tomado para evitar el frío extremo, o por hipotermia en caso de que no hayan tenido protección suficiente. El uso de estufas de gas, de leña y de otro tipo de combustóleos es frecuente en épocas de frío para calentar el interior de las viviendas. Sin embargo, la falta de circulación de aire ha provocado, año con año, intoxicaciones, en ocasiones fatales, por inhalación de monóxido de carbono y sofocación por humo. La fragilidad de los materiales con que están construidas algunas viviendas, aunada a las estrategias mencionadas antes para generar algo de calor, han provocado, en más de una ocasión, incendios que consumen la vivienda completa causando la muerte de familias enteras.



Invierno en Nogales 1997



La contaminación del aire hace que en Ambos Nogales las infecciones respiratorias y el asma sean cada vez más frecuentes

En los últimos meses de 2000, el mal uso de los calentones de gas, leña, petróleo o eléctricos provocaron en menos de dos meses la intoxicación por carbón, gas butano y monóxido de carbono de 18 personas y dos muertes. Las malas instalaciones, las puertas y ventanas selladas y la falta de ventilación han sido las causales de estos accidentes (Reza, 11 de diciembre, 2000). Frente a estas condiciones climáticas las escuelas

en Nogales han suspendido eventualmente las clases, particularmente para las primarias y kinders. No se ha sabido que las maquilas hagan lo mismo. En estos casos, las madres-trabajadoras buscan una vecina o familiar que les pueda cuidar a los niños, ocasionalmente los dejan solos en la casa, o faltan al trabajo (Ruiz, 30 de mayo, 2001).⁵⁴ En otros trabajos hemos descrito las dificultades que plantea a las madres-trabajadoras el cuidado de sus hijos, particularmente los que no tienen acceso a guarderías (Saint-Germain, Zapién y Denman 1993).

Dada la ubicación de la ciudad y su infraestructura urbana insuficiente, las lluvias en Nogales hacen más complicada la vida cotidiana con efectos directos en la salud, como son el aumento de infecciones respiratorias y gastrointestinales. En ocasiones, los drenajes se derraman y contaminan fuentes de agua potable; las calles se inundan y se enlodan dificultando el paso a autos, camiones de pasajeros y peatones. Las casas, particularmente las de cartón o con techos de lámina, se inundan debido a las goteras y a veces se destruyen por completo. En verano, las altas temperaturas provocan malestar general, pero además, deshidrataciones a las que son más vulnerables los infantes, niños y ancianos. En las casas suelen usarse abanicos, *coolers* y con suerte algún aparato de aire acondicionado. Pero a diferencia de las estrategias de antaño usadas en otras zonas rurales para contender con el calor (como la disminución de actividades en las horas pico del calor; la adaptación y modificación de áreas para descanso o para dormir, por ejemplo en catres, afuera, bajo *porches* o techos altos, en casas con muros de adobe y techos de tierra), en Nogales, así como en el resto de las ciudades urbanizadas del norte, las construcciones son poco propicias para descansar del calor y requieren de sistemas artificiales de *enfriamiento*. Los horarios escolares y de trabajo no se modifican al entrar el verano, ni se cuenta con suficientes zonas verdes ni con sombra para disminuir el calor generado por el asfalto y las

⁵⁴ En Nogales, el 29 de mayo de 2001, fallecieron calcinados dos niños de dos y tres años al incendiarse la vivienda en la que se encontraban encerrados bajo candado. Su madre de 19 años, trabajadora de una maquiladora en esta ciudad, los había dejado ahí al cuidado de una niña de 13 años.

construcciones de cemento. En Nogales el transporte urbano carece de sistemas de enfriamiento para los pasajeros al igual que muchos automóviles. Los problemas de salud provocados por deshidratación, generalmente a causa de las altas temperaturas, afectan principalmente a la población más vulnerable. En condiciones de mayor desnutrición la deshidratación es particularmente grave, pues las descompensaciones pueden causar daños irreversibles y muerte en poco tiempo. Quizás éstos sólo sean los efectos más directos y obvios, pero la exposición a condiciones de alta y muy baja temperatura (arriba de los 40 o debajo de los 0 grados) sin la protección adecuada tiene efectos a más largo plazo que no se han estudiado a fondo.

El medio ambiente nogalense incluye también los riesgos ambientales presentes por el giro industrial y comercial de la ciudad y la falta de infraestructura adecuada para contender con los riesgos de incendios, explosiones y derrames. Algunos incidentes ocurridos en la ciudad durante el periodo de 1992 a 1995 dan cuenta de estos riesgos: la evacuación de una zona residencial adyacente a una empresa distribuidora de gas butano; el descubrimiento de un depósito clandestino de sustancias peligrosas en Nogales, Arizona, en las inmediaciones de la línea internacional, que provocó la evacuación en un radio de quinientos metros; la evacuación de una empresa con 265 trabajadores, por un derrame de ácido nítrico en el Parque Industrial de Nogales; un incendio con emanaciones de olores de solventes y otros químicos; la detección de piletas con 4 500 litros de sustancias peligrosas; el riesgo de explosión de una caldera en una planta procesadora de aceites; el descarrilamiento de trenes y fugas en carros-tanque de ácido-sulfúrico en varias ocasiones (particularmente peligrosos, pues las vías del ferrocarril atraviesan toda la ciudad, inclusive partes muy pobladas y transitadas) (Cervera Gómez 1998, 56-57). Ambientalistas de Ambos Nogales consideran que ni el gobierno municipal ni estatal ni el federal han atendido adecuadamente la instalación de la industria maquiladora exigiendo pagos de impuestos correspondientes a los gastos que la ciudad de Nogales, Sonora, deberá ejercer para enfrentar el crecimiento desmesurado y para corregir y prevenir los daños ambientales. Calculan que una maquiladora del tamaño

de la Planta X genera semanalmente más de ocho toneladas de basura que son depositadas en el basurón municipal sin que tengan que pagar por ello tarifa adicional alguna.⁵⁵

b) Nivel comunitario

La mayor parte de las investigaciones sobre maquila y salud suelen identificar las ausencias y el deterioro de varios aspectos de las condiciones comunitarias y familiares de vida como factores asociados a las deficiencias de salud. No es de sorprenderse, pues las localidades fronterizas han crecido a un ritmo muy elevado durante las últimas dos décadas, y la introducción de servicios, así como la construcción de viviendas y su mejoramiento, no se han dado en la misma proporción que el aumento de las necesidades. El crecimiento anual promedio poblacional de la década de 1980 a 1990 en Nogales fue de 5 por ciento. Para Nogales este “desarrollo urbano incompleto y estructura urbana desarticulada” se refleja, por ejemplo, en el hecho de que el “déficit de los servicios de agua potable y electrificación se amplió casi 20 por ciento entre 1980 y 1990 y fue de 10 puntos porcentuales más alto que el de ciudades como Hermosillo y Obregón durante el último año” (Lara 1993, 108). Una investigación realizada en 1991 reportaba 19 por ciento de la población sin servicios de drenaje, principalmente en colonias obreras (véase Sánchez y Lara 1993, 371-397).

Una de las formas de atender la falta de distribución de agua mediante su depósito en tambos que llenan las pipas del Ayuntamiento. Frecuentemente, estos tambos son desechos de las plantas maquiladoras que los han tirado porque contenían solventes o materiales potencialmente peligrosos utilizados en la producción. Aunque se han realizado diversas campañas en la frontera de México con Estados Unidos para sustituirlos y destruirlos, todavía es posible encontrarlos en las casas de las colonias más pobres de las ciudades de la frontera norte.

⁵⁵ Entrevistas en 1994 con activistas de Ambos Nogales.



Tambo de agua. A veces en la calle se comparten los tambos con varios vecinos, a veces llega la pipa hasta la casa y ahí los llena

Otras ciudades fronterizas con extensa actividad de empresas maquiladoras registran datos similares. En el estudio de Moure-Eraso et al. (1994) realizado en Matamoros, Reynosa y Nuevo Laredo, Tamaulipas, las principales preocupaciones identificadas por los líderes comunitarios entrevistados fueron el deterioro del ambiente y de la estructura social (los cambios en la familia, la falta de un sentido de pertenencia o de comunidad) y las deficiencias en la infraestructura urbana. Al respecto se

mencionó que no había inspectores de trabajo para ninguna de las 106 fábricas en Matamoros,⁵⁶ los bomberos de Reynosa no tenían ni el equipo ni la capacitación para atender contingencias ambientales, y la ciudad de Matamoros no contaba con suficiente equipo para trasladar más de 400 toneladas diarias de basura generadas por la maquila. Esta última sólo contaba con una guardería, con 60 camas hospitalarias para una población mayor a 200 000 y 80 por ciento de las colonias tenía severas deficiencias en los servicios de agua, drenaje, alumbrado público o electricidad. Esto, a pesar de que la encuesta de Moure-Eraso et al. (1994) reveló que 80 por ciento de los trabajadores tenían agua en la vivienda y una proporción similar (75 por ciento) contaba con viviendas con pisos de cemento.

En Tijuana, en 1993, menos del 5 por ciento de las trabajadoras de la maquila vivía en casas donde había teléfono y la media de servicios disponibles fue de 3.3 (Guendelman y Jasis 1993, 40).⁵⁷ Otro estudio en Tijuana definió la vivienda como deficiente si tenía pisos de tierra o si partes de las paredes o techo eran de cartón. Su muestra registró que entre 16 por ciento y 20 por ciento de las trabajadoras de la maquila vivía en viviendas deficientes; entre ellas predominaban las mujeres que sólo habían estudiado la primaria o menos (Harlow et al. 1999, 268). Muchas de estas condiciones materiales de vida deficientes se asocian con la condición migratoria de los trabajadores y sus familias, particularmente al número de años que llevan en Nogales como veremos enseguida.

La ausencia de redes sociales y familiares y de buenas condiciones materiales de vida se ilustra para el caso de Tijuana en la investigación de González Block (1996). Se discute una diferencia en la salud (considerando varios indicadores de salud reproductiva) entre las trabajadoras con más de cinco años de residir en la ciudad en comparación con las que han inmigrado en los últimos cinco años. El autor sugiere que las migrantes recientes (con menos de cinco años en la ciudad) conforman un

⁵⁶ Los autores no mencionan que dicha inspección corresponde a autoridades federales.

⁵⁷ En servicios incluyen agua potable, electricidad, excusado, drenaje y techo con declive.

grupo de mayor vulnerabilidad y presentan una mayor incidencia de bajo peso al nacer (7.5 por ciento) comparadas con las que llevan más de cinco años establecidas en Tijuana (4 por ciento).



Niñas cargando agua de los tambos a cincuenta metros, tarea que ellas y sus hermanos repiten muchas veces al día

Las peticiones de los trabajadores de la Planta X con respecto a una pregunta abierta en el cuestionario de la encuesta sobre las mejoras que les gustaría ver fuera de la fábrica revelan su percepción de la deficiencia en los servicios públicos. El 63 por ciento de las obreras y 66 por ciento de los obreros pedían mejoras en los servicios municipales, principalmente en la distribución permanente y la calidad y acceso al agua potable, drenaje y pavimentación, recolección de basura y trans-

porte urbano. Otro tema fue el de las mejoras en las relaciones comunitarias y sociales solicitado por 19 por ciento de las obreras y 23 por ciento de los obreros. En este rubro mencionaban explícitamente temas como la organización en sus colonias, mejores relaciones entre los vecinos, más conciencia ciudadana, menos alcohol, campañas de limpieza de los vecinos y que la gente fuera más unida. Los jóvenes obreros entre los 15 y 19 años y las obreras mayores, entre los 40 y 49 años, pedían atención a la inseguridad, a los asaltos y que se combatiera la delincuencia, las pandillas y los vándalos.



Servicios de agua en la primera casa de una familia obrera de la maquila (tambos de agua que llena la pipa del Ayuntamiento)

Los principales problemas identificados por el Ayuntamiento de Nogales en el año de 1996 en materia de salud son el de adicciones, basura, aguas negras, fecalismo al aire libre (letrinas) y vendedores ambulantes de alimentos. Aunque se reconoce la responsabilidad de la industria maquiladora en el desarrollo de la ciudad, particularmente en al auge del crecimiento urbano y la necesidad de mayor infraestructura, los funcio-

narios consideran que es poco lo que se puede pedir a las maquilas, “puesto que en cualquier momento se levantan y se van a otro lado en donde no se les cobre, estamos ahorcados frente a ellos”.⁵⁸

c) Condiciones familiares

En Nogales varias de nuestras investigaciones sobre salud reproductiva han registrado repetidamente una proporción de 80 por ciento de trabajadores nacidos fuera de la ciudad, provenientes principalmente de otros lugares de los estados de Sonora, Sinaloa y Nayarit. Sin embargo, en una encuesta a trabajadores, la cifra de migrantes era menor (Balcázar, Denman y Lara 1995): 48 por ciento de los hombres y 52 por ciento de las mujeres declararon haber nacido en Nogales. Esto seguramente coincide con la mayor juventud de la muestra, 50 por ciento de los cuales solicitaban empleo en la maquila por primera vez.

González Block ha insistido en que la característica de migración por sí sola no es tan relevante como los años que tienen en la ciudad, hecho que justifica con base en los hallazgos de su investigación que repetidamente identifican a las migrantes con menos de cinco años de residencia como las de mayor riesgo (González Block 1996). En el estudio de Cedillo et al. en Tijuana, el 66 por ciento de la muestra total de trabajadores de la maquila eran migrantes. Esta característica apunta tanto a la precariedad de las condiciones materiales de vida, como a la ausencia de redes sociales y familiares que “induzcan” al migrante a conocer las estrategias y respuestas para sobrevivir frente a las nuevas condiciones en la frontera.

Para el caso de las mujeres migrantes, algunos ejemplos de acciones concretas que se resuelven mediante las redes sociales y familiares son el acceso a una vivienda, su mejoría, el cuidado cotidiano de los hijos, la gestión y trámite de los servicios de salud –sean públicos o de seguridad social– y el acceso a otras prácticas de atención como las prácticas tradicionales y populares. De interés específico para esta investigación es el

⁵⁸ Entrevista en el Ayuntamiento de Nogales, diciembre de 1995.

hecho de que las trabajadoras no tienen experiencia previa con el IMSS, puesto que la maquila les ha proveído de la inscripción en este servicio de salud y prestaciones sociales por primera vez en sus vidas.



Basura en terreno de próxima invasión urbana

En la vida real de las mujeres estas estrategias se encuentran íntimamente ligadas a las condiciones familiares de los trabajadores. Por condiciones familiares abarcamos estructura y organización familiar, es decir el número y parentesco de las personas con quienes viven, el número de dependientes, el número de otros familiares que compartan las responsabilidades domésticas y las relaciones de afecto, apoyo y conflicto que se dan en la unidad doméstica. Para la salud reproductiva y la salud en general, la estructura y organización familiares tienen repercusiones directas en las demandas físicas y emocionales sobre las mujeres. Serán ellas, en Nogales como en muchas partes de México, las que sentirán el peso, la mayoría de las veces, de la responsabilidad del cuidado de la familia y de sí mismas; de su alimentación, vestido, descanso,

socialización, educación, higiene y salud. Las habilidades que tengan para compartir algunas de estas responsabilidades, de delegarlas, o de comprar servicios y bienes que les permitan aligerar su carga, afectará también el mantenimiento de su salud.



Antes de ir a la fábrica hay que dejar a los niños en la escuela, la guardería o con alguna cuidadora. Primero se sale de la colonia a pie y luego en camión

En la investigación sobre maquila y salud las referencias a condiciones familiares son relativamente pobres. Se hace mención de las condiciones materiales de vida, particularmente de las características de la vivienda y sus servicios; sin embargo, la mención de las interrelaciones entre actividad laboral y las condiciones familiares no son tan frecuentes.

La literatura que analiza las condiciones familiares de las mujeres trabajadoras en México o en América Latina nos dio pistas para vincular actividad laboral y condiciones familiares (García y Oliveira 1994; González

de la Rocha 1999; Mummert 1994). No es casual que los estudios centrados en los cambios en la estructura y organización de los hogares sean de otros campos, notablemente de la sociodemografía y la antropología (véase López Estrada 1995, 165-188). El hecho de que éstos no se han tomado en cuenta en la investigación sobre salud responde al marco teórico y a la práctica profesional de la salud ocupacional que se centra casi exclusivamente en los factores de riesgo inherentes a la actividad laboral, sin incluir aquellos aspectos de la vida doméstica que pueden estar interrelacionados con dichos factores.



Desarreglos urbanos. Consecuencias en la vida cotidiana de los trabajadores por la falta de crecimiento planificado: hacinamiento, contaminación, falta de áreas verdes y de recreación

Una excepción que comienza a influir en las investigaciones sobre salud laboral, son los estudios que analizan los factores de estrés, ya que incluyen entre los factores de riesgo tanto los laborales como algunos

factores extra-laborales (véase Hall 1992, 239-260; Lundberg 1996, 117-130). Uno de los primeros estudios que analiza el estrés en el caso de las maquiladoras es la investigación de dos plantas en Hermosillo, Sonora, realizada por Cedillo (1999). De interés para el presente trabajo es que la investigación mostró que las fuentes de estrés no se dan exclusivamente dentro de la fábrica, sino que se derivan también de las relaciones familiares y de amistad. Respecto a la identificación de dichos riesgos, Cedillo (1999) estudia los factores psico-sociales de estrés y toma en cuenta factores laborales y extra-laborales mediante el análisis de información de dos plantas generada mediante entrevistas semi-estructuradas y entrevistas focales, recorridos de observación, cuestionario auto-aplicado y análisis psicométrico y epidemiológico de los datos. En cuanto a los factores extra-laborales, los mejores predictores de estrés psicológico fueron el “desequilibrio entre las responsabilidades del trabajo y del hogar”, “relaciones conflictivas con la familia” y “relaciones conflictivas con los amigos”. Las responsabilidades domésticas estuvieron asociadas únicamente con “agotamiento”. La edad, escolaridad y nivel de vida no mostraron asociación significativa con ninguna de las escalas de estrés psicológico. Para los factores laborales, el análisis de las correlaciones de las variables del ámbito de trabajo con las escalas de estrés psicológico sugiere que los mejores predictores de “ánimo depresivo” en orden descendente son: inseguridad en el empleo y malas relaciones sociales con el supervisor; de “enojo”: inseguridad en el empleo y altas demandas psicológicas del trabajo; y de “agotamiento”: las altas demandas psicológicas, malas relaciones con el supervisor e inseguridad en el empleo.

Una de las motivaciones de Cedillo para investigar la maquila en la ciudad de Hermosillo era que las trabajadoras provenían de familias establecidas en dicha ciudad, en otras palabras, no migrantes, o por lo menos no recientes. Como vimos, la gran mayoría de los estudios han sido realizados en ciudades fronterizas donde predomina la alta migración, y muestran que el no contar con una fuerte base familiar y redes sociales hace que los trabajadores sean más vulnerables a problemas de salud. Sin embargo, si éste es el caso, como lo sugiere González Block para Tijuana, las mujeres más establecidas, como las de Hermosillo en el

estudio de Cedillo, reportan otro tipo de vulnerabilidades, mismas que radican en la conflictividad de las relaciones familiares y de amistad y en las altas demandas de las responsabilidades domésticas.



La falta de espacios de convivencia como plazas y parques contribuye a que el lugar más mencionado para el paseo dominical sea el supermercado

No se cuenta con información estadística regional que nos dé una visión de las características sociodemográficas de las trabajadoras de la maquila de modo que pudiéramos tener más información sobre su situación familiar. Sabemos además que cada una de las localidades fronterizas es muy distinta, por lo que debemos interpretar el análisis respectivo con cautela. La única encuesta probabilística que plantea que puede generalizarse para todas las trabajadoras en Tijuana (González Block 1996, 67-75) revela que 39 por ciento son solteras, 47 por ciento son casadas o viven en unión libre, 11 por ciento están separadas, 2 por ciento son viudas y 2 por ciento están divorciadas. El 76 por ciento vive en familia nuclear, ya sea como jefa (14 por ciento), como hija (27 por ciento) o como cónyuge o esposa (35 por ciento). De aquellas que viven con sus esposos, sólo 2 por ciento reportó que sus maridos empleados no contribuyen con dinero al hogar y 6 por ciento reportó que sus maridos estaban desempleados.

La relación que pueden tener las condiciones familiares sobre la salud es compleja. Pues aunque se sabe que el contar con más de un ingreso familiar y tener una estabilidad económica, así como apoyos para compartir las responsabilidades domésticas, alivian la carga de la doble jornada femenina, éstos no garantizan la ausencia de conflictos o de violencia que impactan la salud. Aunque no corresponde exclusivamente a trabajadoras de la maquila, la investigación más completa para mujeres fronterizas es la de Lestage, quien analiza el efecto que pueden tener familiares y allegados en las prácticas y efectos en la salud entre mujeres en Tijuana (Lestage 1999, 275-325). La autora inicia por establecer los tres tipos de familias-hogares a analizar y la clasificación de parientes de la siguiente manera: la familia de crianza que incluye a los padres y a veces a los abuelos, tíos, hermanos y asimilados; la familia de alianza, constituida por los suegros, cuñados y asimilados; y la familia construida que son el marido, hijos, nueras, yernos, nietos y asimilados (Lestage 1999, 280).

Lestage analiza tanto los efectos “orgánicos, como los psicológicos” y los divide en directos e indirectos, siendo estos últimos los efectos que pudieran tener el abandono o el hecho de pasividad, la falta de acción o

el hecho de ignorar una necesidad de salud. Concluye que las familias-hogares son omnipresentes en la salud de las mujeres, pero que también dejan espacios –particularmente cuando se encuentran lejos– para la acción de otros actores, como amigas, vecinas, u otras fuentes de información como la televisión o la escuela. Al hablar sobre los impactos que la carencia afectiva o la presencia de violencia y las condiciones económicas pueden tener sobre la salud de una mujer, destaca que “es el conjunto de todas estas condiciones de vida lo que generaba su malestar y sus enfermedades” (Lestage 1999, 323).

Aunque son diversas las formas en las que se combinan familiares hogares y salud, es posible observar algunos patrones. Las imágenes que surgen son de los discursos de las hijas sobre sus propias madres: madres física y mentalmente “ausentes” (por la falta de comunicación con las hijas), ocupadas, trabajadoras, cansadas, raramente cariñosas. Preocupadas por problemas económicos, con poca comunicación íntima, pero paradójicamente alguien a quien se le tiene la máxima confianza y quien ejerce una gran influencia en la salud de las hijas. En realidad, los padres ausentes eran más comunes que las madres ausentes. Las hijas hablan de sus papás como buenos, aunque también los caracterizan como poco comunicativos y se les asocia con negatividad sobre el cuerpo y la salud, ya sea por violencia física o psicológica.

Un actor menos considerado en la bibliografía sobre el tema es el hermano, quien juega en ocasiones el rol del padre sustituto. Lestage lo identifica como una persona esencial, pues se involucra en la educación y el afecto hacia sus hermanas al hablarles de anticoncepción, menstruación, de los embarazos o de los niños. En cuanto a las familias de alianza, a pesar de que los presenta como hostiles, la violencia física o psicológica no apareció en éstas como en las familias de origen. La suegra era la persona más importante en las familias de alianza y su papel generalmente era visto como de presión y control. No así las cuñadas, quienes eran compañía y fomentaban el intercambio de información. Una excepción a esta alianza era cuando surgían conflictos, en cuyo caso las cuñadas se aliaban con sus esposos.

Entre las familias construidas, Lestage identifica tres tipos de esposos: 1) el esposo bueno, fiel y atento, no violento, ni borracho; 2) el esposo “regular”, más o menos atento, casi siempre infiel, a veces borracho, con quien la mujer se enfrenta de vez en cuando” (Lestage 1999, 290) y 3) el esposo malo, infiel, borracho y violento. Las maneras en que influyen en el cuerpo son directas, ya sea al valorarlas, al apoyarlas, violentarlas o causarles angustia y tristeza.

Finalmente, los hijos son el centro de las vidas de las mujeres entrevistadas y el motivo de su sacrificio y trabajo. Su forma de influencia sobre la salud de las madres es pasiva, cuando todo lo que hace la mujer es en función de ellos, o activa, cuando las madres se preocupan por un problema de los hijos y los llevan a buscar atención. Como se verá posteriormente, en el caso de las obreras entrevistadas en la Planta X la razón *sine qua non* mencionada por ellas como motivo de su sacrificio y trabajo extenuante son los hijos, para darles una mejor vida, para que sobrevivan, pero sobre todo, para “sacarlos adelante”.

El peso del trabajo doméstico en las vidas de las trabajadoras de la maquila no debe desdeñarse. Aunque no existen datos para toda la frontera, podemos tener una idea bastante justa de las dimensiones del peso del trabajo doméstico al revisar algunas de las investigaciones mencionadas previamente. En Tijuana, 59 por ciento de las trabajadoras de la maquila tiene hijos (González Block 1996, 77); en Nogales, 65 por ciento de los trabajadores de ambos sexos entrevistados durante el proceso de trámite de su certificado de salud (muy probablemente trabajadores de reciente ingreso a la maquila) tenían hijos. Por su joven edad, podemos considerar que en Nogales los trabajadores tienen un porcentaje mayor que el mencionado (Balcázar, Denman y Lara 1995). En Tijuana se encontró que 63 por ciento de las trabajadoras tenían hijos (Cedillo et al. 1997, 224). Es claro que el peso de atención a la familia, junto con la responsabilidad del trabajo en la maquila, tiene un impacto considerable en la salud, aunque esto no ha sido tomado en cuenta en los diseños de epidemiología ocupacional.

La mayor parte de las investigaciones sobre maquila reporta el bajo nivel de los salarios. Éstos varían dependiendo del puesto de trabajo, la

antigüedad, rama y región, así como de las prestaciones y la política salarial de la empresa específica. En el caso de la Planta X, las mujeres reportaban que ocasionalmente podrían duplicar sus ingresos con el trabajo de horas extra. Sin embargo, esto no era posible todas las semanas, sino que respondía a las demandas de producción e implicaba mucho cansancio para ellas. Generalmente, los aumentos en las horas extra se presentaban de manera cíclica; particularmente nos decían que tenían posibilidad de trabajar más horas extra a fin de año. El cuadro 7 muestra la variación del salario reportada por las mujeres entrevistadas en esta investigación.⁵⁹

Cuadro 7

Variación de salarios de trabajadoras en la Planta X en relación con el salario mínimo general*

Puesto	Salario base	Con bonos y horas extra
Operadora	1.3	2.5
Supervisora	2.0	3.5
Jefa de línea	2.5	3.8

* El salario mínimo nacional para la frontera norte en 1994 era de \$15.27 diarios.

La diferencia entre el ingreso de la supervisora y la jefa de línea radica en que la supervisora recibe puntualmente cada semana la misma cantidad, mientras que la jefa de línea sólo recibe la cantidad mayor cuando puede trabajar horas extras.

Para complementar estos ingresos, las trabajadoras entrevistadas recurrían a diversas estrategias: vender productos adicionales fuera de su horario de trabajo como cosméticos, comida preparada, recipientes de plástico, o bien solicitar préstamos a la Planta X o a algún pariente. Unas

⁵⁹ Estos datos concuerdan con el análisis del ingreso en la maquila a nivel nacional: "el ingreso medio de los obreros del sector maquilador va del 1.5 a 3 salarios mínimos" (Morales 2000, 44).

inclusive recurrían a la venta de dulces en la misma fábrica. Para complementar sus ingresos, Patricia vende duvalines, cacahuates, pepitoria. De esta forma su ingreso mensual puede aumentar hasta en un 25 por ciento:

[...] en la línea, a la hora de los descansos, tenemos descansos de supervisor y nos dan chanza de vender, pero a escondidas. Cuando están trabajando quieren estar chupando algo y sí, acá, a la sorda, me compran. Por ejemplo, anoche vendí mucho en tiempo extra.

Cuando estos ingresos no llegan a alcanzar, piden un préstamo en la Planta X. Los préstamos son otorgados de manera arbitraria, según cuentan algunas, pues no a todas les dan con la misma facilidad. Entre mayor antigüedad, aparentemente son mayores las posibilidades de recibir este préstamo. Recurren además a los familiares para los préstamos o regalos, como por ejemplo el padre o algún hermano que tenga mayores ingresos. En el caso de las madres-trabajadoras que son solas, esta estrategia es más frecuente, e inclusive Martha nos relató que sus hermanas y cuñados le prestaron la mitad del costo de un carro usado (quinientos dólares) sabiendo que no lo podría pagar. Las *cundinas*, formas de ahorro popular, también se realizan entre grupos de trabajadoras y/o vecinas y se acude a ellas especialmente para gastos grandes, como por ejemplo para la construcción de la casa y la regularización de algún terreno.

De acuerdo con nuestras entrevistas, estos ingresos se gastaban primordialmente en “el mandado”, que incluía principalmente alimentos, ocasionalmente ropa y algún libro o cuaderno para los hijos (entre 60 y 70 por ciento); en los servicios como agua (8 por ciento); transporte (7 por ciento); luz (4 por ciento) y otros gastos no identificados. Las madres-trabajadoras que vivían con su pareja reportaban poder cubrir otros gastos como el pago de televisión por cable, muebles y arreglos para la casa, o ropa para los hijos. Los gastos médicos y de salud no fueron reportados como gastos cotidianos, sino excepcionales.

Si las condiciones del medio ambiente en el que viven las hace más vulnerables, si sus condiciones materiales de vida son deficientes y si su

situación familiar influye en su salud, sería muy limitante continuar con las investigaciones sobre salud laboral sin tomar en cuenta los factores anteriores. Por ese motivo, esta investigación pretende considerar tanto el ambiente en la fábrica como el ámbito doméstico para estudiar las prácticas de atención al embarazo, parto y puerperio de las trabajadoras.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA Y CONDICIONES DE TRABAJO

Se ha señalado hasta el cansancio que la población trabajadora de la industria maquiladora de exportación es una fuerza de trabajo joven, sin experiencia laboral previa, migrante y en gran proporción femenina. Estos hechos, que han sido continuamente investigados en la bibliografía sobre maquila, o que han servido como punto de partida, requieren de varias acotaciones, no sólo para las distintas localidades en donde se ubica actualmente la maquila y que incluye cada vez más a ciudades no fronterizas, sino también por las transformaciones que ha sufrido esta fuerza de trabajo joven y predominantemente femenina. Si bien es cierto que la población trabajadora en la maquila compartió originalmente estas características, el crecimiento de la industria ha traído consigo una heterogeneización de los perfiles laborales, en parte por la dinámica demográfica en la frontera, lo cual ha impactado la estructura de edad, sexo y migración; en parte por propia diversificación de la maquila y las exigencias de nuevos tipos de industria, que si bien se han instalado bajo el régimen de maquila, se asemejan más al proceso de manufactura que al de mero ensamble. Esto ha modificado las preferencias para seleccionar trabajadores por sexo, capacitación y experiencia de trabajo. En Nogales, por ejemplo, entre 1980 y 1988 la tasa de crecimiento anual para el personal obrero masculino fue de 7.4 en comparación con el 3.5 para las mujeres (F. Lara 1992, 173), periodo en el cual se instalan en la ciudad nuevas maquiladoras de la rama de equipo y accesorios de transporte que requerían “fuerza física” como requisito para el empleo.

En Nogales, la antigüedad de los trabajadores de la Planta X, de acuerdo con los datos de la encuesta, muestran una distribución concentrada en los rubros de menor antigüedad. El 48 por ciento de las obreras y 56 por ciento de los obreros tienen menos de tres años trabajando en la fábrica.

Cuadro 8

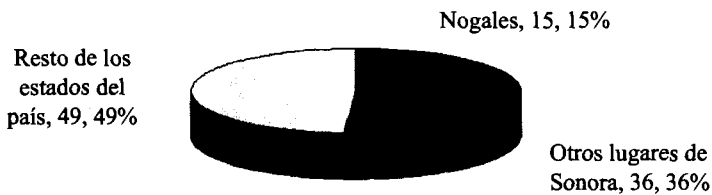
Antigüedad en la Planta X,
por sexo para trabajadores operarios

Antigüedad	Mujeres		Hombres		Subtotales	
	#	%	#	%	#	%
Menos de 1 año	33	19.3	47	26.7	80	23.1
De 1 a menos de 3 años	49	28.7	52	29.5	101	29.1
De 3 a menos de 5 años	46	26.9	33	18.8	79	22.8
De 5 a 7 años	27	15.8	27	15.3	54	15.6
Más de 7 años	16	9.4	17	9.7	33	9.5
Totales	171	49.3	176	50.7	347	100

Fuente: Encuesta en la Planta X.

Gráfica 5

Lugar de nacimiento por sexo para los trabajadores operarios de la Planta X. Mujeres



Fuente: Encuesta en la Planta X.

Debe señalarse además que cada región tiene especificidades propias, no sólo si se analizan a través del tiempo sino en cuanto a los contextos locales. Así, la maquiladora en Tijuana es muy distinta a la de Ciudad Juárez en cuanto a proporción de migrantes, y ambas ciudades son distintas a Matamoros si se analizan las tendencias e impactos de la sindicalización. Nogales, por ejemplo, es la ciudad que cuenta con mayor proporción de población trabajadora de la maquila que cualquier otra ciudad de la línea fronteriza.

Cuadro 9

Número de años desde que llegó a Nogales,
por sexo, para trabajadores operarios de la Planta X

Años	Hombres		Mujeres		Subtotales	
	#	%	#	%	#	%
Menos de 1 año	13	8.00	23	3.80	36	10.90
De 1 a 2 años	36	2.10	26	5.60	62	18.80
De 3 a 4 años	25	5.30	33	9.80	58	17.80
De 5 a 9 años	50	0.70	53	1.70	103	31.20
10 años o más	29	3.90	32	9.20	71	21.50
Totales	188	100	183	100	371	100

Fuente: Encuesta en la Planta X.

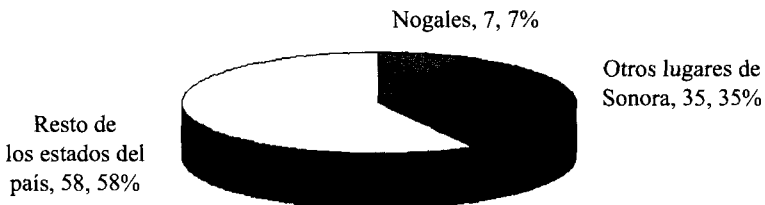
Al momento de la encuesta, 8 por ciento de los varones y casi 14 por ciento de las mujeres trabajadoras de la Planta X tenían menos de un año en la ciudad de Nogales, como lo ilustra el cuadro 9. Sin embargo, más del doble de mujeres, 15 por ciento en comparación con 8 por ciento de los varones, eran nacidos en esta ciudad. Proporciones similares (36 por ciento de las mujeres y 35 por ciento de los varones) eran nacidos en el estado de Sonora.

Dos características básicas, que son la edad y el sexo, se destacan para caracterizar a la población trabajadora de la maquila. Pero estas variables son simples indicadores de otras características más globales y forman parte de las explicaciones sobre la condición familiar y por ende de

las responsabilidades domésticas y laborales. La edad y el sexo están cargados de significados asociados con las construcciones culturales de género y de generación. En la investigación sobre familia y cursos de vida, Elder (1987) ha recalcado la importancia de considerar por lo menos tres de los significados que tiene la edad: 1) la edad individual o cronológica, muy importante para los estudios sobre salud; 2) la edad social, que implica los significados construidos, los patrones de eventos y los roles vitales; y 3) la edad histórica registrada por el año de nacimiento y pertenencia a una cohorte (Elder 1987, 181). En este trabajo, la consideración de la edad histórica se inserta en la contextualización global del estudio, las mujeres trabajadoras pertenecen a una generación de mujeres mexicanas que fueron las primeras de sus familias en emigrar, tomar un trabajo en la maquila y trabajar asalariadamente. La edad social ha sido, en parte, predeterminada al seleccionar el tema de embarazo para la investigación. Todas las mujeres han tenido al menos un embarazo, aunque hay matices importantes en la edad social que permiten observar las distintas motivaciones y decisiones que han tomado en diferentes momentos de sus vidas.

Gráfica 6

Lugar de nacimiento por sexo para los trabajadores operarios de la Planta X. Hombres



Fuente: Encuesta en la Planta X.

Cuadro 10

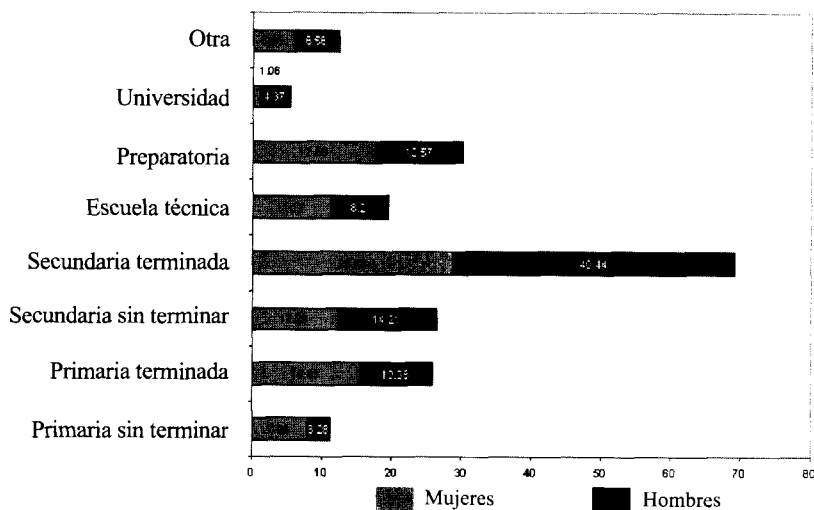
Distribución por edad y sexo de trabajadores operarios en la Planta X

Años	Mujeres		Varones		Subtotal edad	
	#	%	#	%	#	%
15-19	18	9.60	20	10.90	38	10.2
20-29	122	64.90	113	61.70	235	63.3
30-39	37	19.70	40	21.90	77	20.8
40-49	9	4.80	10	5.50	19	5.1
50-59	2	1.10	—	—	2	0.5
Totales	188	50.67	183	49.33	371	100

Fuente: Encuesta en la Planta X, 1996.

Gráfica 7

Distribución de la escolaridad por sexo de trabajadores de la Planta X



Fuente: Encuesta en la Planta X, 1996.

Las investigaciones sobre salud suelen coincidir en torno a las características de la población trabajadora estudiada (aunque ésta varía levemente dependiendo del objeto del estudio): predominantemente es migrante, joven (alrededor de 25 años) y femenina. De todas las investigaciones revisadas, menos de una tercera parte incluye población masculina. Ello puede explicarse en función del comportamiento de la población trabajadora femenina en la maquila, que en un principio era mayoritaria y que aún representa una proporción muy importante, en especial si se le compara con otra manufactura nacional.

En la Planta X, de acuerdo con los resultados de la encuesta presentados en el cuadro 10, más de 70 por ciento de los trabajadores tienen menos de 30 años.

En cuanto a la relativa juventud e inexperiencia de los trabajadores, Moure-Eraso et al. (1997) sugieren que dadas las características demográficas de los encuestados, esto es jóvenes y con poca antigüedad en el trabajo, los efectos reales de las condiciones de trabajo pueden ser más severos que los identificados. Sugieren además que estos resultados deben verificarse en otros estudios con un número mayor de trabajadores.

La gráfica 7 ilustra la escolaridad de los obreros y obreras de la Planta X, y muestra la relativamente mayor escolaridad alcanzada por los varones en comparación con las mujeres.

El peso del impacto que estas condiciones tienen sobre la salud es complejo, pues no queda claro si una mayor antigüedad beneficia a la salud y si ser de mayor edad resulta beneficioso o perjudicial. El efecto parece operar en varias direcciones a la vez, pues al adquirir mayor experiencia, producto de la antigüedad, el trabajador se beneficia con el desarrollo de habilidades y estrategias de protección a la salud, mismas que le serán necesarias ya que al mismo tiempo incrementará su periodo de exposición a riesgos que pueden perjudicarlo. En cuanto al sexo, puede considerarse que la mujer es más vulnerable debido al papel que tiene en la reproducción biológica, y que es más subordinada, posición que se ha construido culturalmente durante muchos años. Los modelos de epidemiología y salud ocupacional fueron construidos principalmente con base en estudios con varones, sin tomar en cuenta las diferentes necesi-

dades y dimensiones para la salud laboral de las mujeres. Sin embargo, también se ha excluido a los varones de las investigaciones, particularmente de salud reproductiva. Ahora se sabe que las mismas exposiciones, por ejemplo al calor o a productos tóxicos potencialmente peligrosos y el mismo desempleo, que son dañinos para las mujeres, también afectan a los varones al causar problemas de esterilidad, posibles efectos en sus hijos, así como en ellos mismos (Henderson, Baker y Hanna 1986, 87-106; Bonde, Olsen y Hansen 1992, 169-177; Graetz 1993, 715-724; Rosenberg, Feldblum y Marshall 1987, 584-591). Sin embargo, el peso del cuidado del embarazo y del parto mismo aún son responsabilidades casi exclusivamente femeninas y poco consideradas en las investigaciones de la salud de los trabajadores, a pesar de que son un tema recurrente en la antropología médica como veremos posteriormente. Entrevistas a médicos que tienen experiencia atendiendo a trabajadores en el centro del país y en la frontera norte relatan que tienen ventaja los del norte, pues “son más jóvenes y no tienen tanta exposición como los otros. Siempre pueden salirse cuando los riesgos son muchos e irse a otro trabajo”.⁶⁰

Las condiciones de trabajo en la maquila han sido ampliamente descritas en las investigaciones sobre maquila y hasta en la prensa y en el cine, con base en fuentes como descripciones de plantas similares en otros países, e. g. Nike en varios países de Asia, entrevistas a los trabajadores y visitas por investigadores. Las visitas son limitadas porque requieren de un permiso especial, por ello el acceso a las fábricas ha sido una limitante para gran parte de las investigaciones y un tema mencionado por varios autores como necesidad para obtener mejores medidas de las exposiciones y riesgos (Carrillo 1984; González Block 1996; Denman 1992; Cedillo et al. 1997).

Los relatos de las mujeres generalmente comienzan por la descripción física de las fábricas como grandes espacios de concreto y acero, sin ventanas, con iluminación artificial, pero generalmente suficiente, de muy diverso tamaño, como un espacio donde predominan los aromas

⁶⁰ Entrevista personal IMSS.

artificiales, a químicos y soldadura, y con un ruido permanente que ha sido descrito como “murmullo de máquinas” o “zumbido de abejas gigantes”. La actividad comienza desde el amanecer, generalmente en turnos que van de las 7 de la mañana a las 5 de la tarde. El turno vespertino comienza alrededor de las 4 de la tarde hasta las 12 de la noche o más, dependiendo de las horas extra. El trabajo se organiza por “líneas” que cuentan con un jefe o jefa y supervisores diversos. El trabajo suele ser monótono, las más de las veces *sentadas*, moviendo las manos, los brazos y una o las dos piernas repetidamente, con una velocidad constante que es impuesta a todas las personas de la línea. Según la actividad, hay exposición a humos de soldadura, a calor excesivo y a los riesgos de las propias máquinas. Los trabajos más pesados en los que se requiere más fuerza suelen ser ocupados por los *varones*, mientras que las mujeres ocupan los puestos donde se requieren “manos dóciles y dedos rápidos y precisos”. Durante las jornadas hay tres descansos: uno matutino y otro vespertino de diez minutos cada uno, y otro a media jornada de veinticinco minutos que se usa para comer. En ocasiones, las plantas cuentan con cafetería en donde ofrecen la comida subsidiada o a menor precio; en otras, los trabajadores salen a los puestos ubicados en la calle o en los parques industriales a comer y socializar. La supervisión y el control continuo son factores mencionados por algunos trabajadores como una de las molestias más pesadas del trabajo, pues sienten poca libertad para moverse de un lugar a otro, levantarse de su lugar durante el trabajo e inclusive para conversar con sus compañeros de línea. Los estándares de producción que establecen el número de operaciones o de productos terminados que deben entregar por unidad de tiempo definido son las medidas más utilizadas para instigar al trabajador a cumplir con una cuota definida de trabajo. Si la cumple, ocasionalmente podrá descansar, si la sobrepasa, recibirá un bono y posiblemente un aumento futuro en la cuota.

Mi concepto de condiciones de trabajo incluye ciertas características de la fuerza de trabajo porque estas condiciones serían impensables si no fuera *joven*, mayoritariamente femenina y relativamente sana, sin experiencia previa de trabajo remunerado. La relación entre estas condiciones

y la salud es la parte central de las investigaciones sobre maquila y salud como veremos a continuación.

Daños a la salud del trabajo en la maquila

Los daños a la salud reportados en las investigaciones sobre maquila se asemejan mucho a la patología reportada en general para trabajadores del sector industrial. Es decir, aún no se han hecho los diseños necesarios para considerar las características específicas de la población trabajadora y las condiciones generales de trabajo en la industria maquiladora, tema que requerirá su discusión en otro momento. Así, encontramos que el listado de daños, sean enfermedades, signos y síntomas, o producto de accidentes y lesiones, como otros malestares, incluyen los siguientes rubros, mismos que se explican con mayor detenimiento en los textos mencionados (Denman 1997).

Los factores más asociados a las condiciones de trabajo e identificados como riesgos para la salud fueron los siguientes:

- Instrumentos de trabajo/punzocortantes/machucones
- Material caliente
- Polvos (especialmente textiles)
- Mala ventilación
- Mala iluminación
- Condiciones psicosociales
- Posición y esfuerzo
- Ambientes calientes y fríos
- Monotonía
- Actividad intensa
- Ritmos repetitivos
- Altas exigencias visuales
- Supervisión
- Exposición a gases, humos, ácidos, solventes y tóxicos

Como mencionamos, la mayoría de los estudios⁶¹ se centra en la identificación de daños a la salud asociados con las condiciones laborales. Dichos daños se identifican mediante el reporte directo del trabajador durante la entrevista y se dividen convencionalmente en problemas físicos, mecánicos, químicos y ergonómicos,⁶² además de los problemas de salud reproductiva, medidos generalmente en los resultados del embarazo, así como problemas durante éste. Sólo un estudio reporta enfermedades crónicas (González Block 1996), de las cuales llama la atención específicamente la elevada tasa de hipertensión entre trabajadoras, 3.8 veces más alta que la equivalente nacional. La sordera y el asma también se reportaron más elevadas que para las trabajadoras industriales a nivel nacional (González Block 1996, 13).

En la encuesta preguntamos acerca de la última visita al médico. Las causas que los motivaron a buscar atención médica son distintas para mujeres y varones en la mayoría de los casos, salvo las infecciones respiratorias. Los hombres acuden más por causa de accidentes, mientras que las mujeres, por dolores músculo-esqueléticos; también ellos asisten más que las mujeres en búsqueda de atención dental y para los ojos. El tema de las diferencias entre trabajadores de una misma fábrica merece un análisis más profundo del que damos aquí, en que nos limitamos a mostrar la distribución básica de las primeras causas de atención.

Los resultados de la encuesta en la Planta X revelaron que las infecciones respiratorias (24 por ciento de las mujeres y 29 por ciento de los hombres) fueron causal frecuente de la última visita al médico, sólo rebasada por las visitas de salud reproductiva para 27 por ciento de las mujeres (3 por ciento de los varones). Las consultas por motivos que pudieran relacionarse con enfermedades crónicas se registraron para 11 por ciento de las mujeres y 7 por ciento de los varones, sin embargo, en este rubro también se incluyen otro tipo de problemas como anemia, alergias y nervios. Otra causa de visita médica fueron las infecciones

⁶¹ Con la excepción de los estudios sobre salud reproductiva de Ojeda (1995) y González Block (1996).

⁶² Estos últimos se refieren a los problemas de postura y posición.

gastrointestinales, para mujeres 8 por ciento y para varones 10 por ciento. El porcentaje de varones que se atendió por motivo de un accidente fue de 10 por ciento, en comparación con sólo 2 por ciento de las mujeres, pero 11 por ciento de las mujeres fueron por dolores músculo-esqueléticos, frente a 5 por ciento de los varones.

Con referencia específica a la salud laboral, la encuesta aplicada a trabajadores en Reynosa y Matamoros (Moure-Eraso et al. 1997) reveló una gran proporción de mujeres (81 por ciento) con problemas músculo-esqueléticos asociados con las condiciones de trabajo. Este es un problema identificado en la mayoría de las investigaciones y se asocia con la postura que mantienen frente a las máquinas o bandas durante la jornada de trabajo, a la monotonía del trabajo y al trabajo repetitivo, así como a la vibración de las máquinas y su diseño inadecuado. Como veremos, estos datos coinciden con los resultados del estudio de General Accounting Office (1993), con los de Cedillo et al. (1997) y con investigaciones sobre salud reproductiva que reportan que el trabajo físico extenuante, el trabajo en ambientes calientes y/o de pie por largos periodos propicia distintos problemas de salud (Waldron 1983). En las entrevistas a las madres-trabajadoras de la Planta X, los dolores de espalda, de cintura o de piernas fueron una queja frecuente en particular durante los últimos meses del embarazo.

En la encuesta de Matamoros y Reynosa, en cuanto a los riesgos ocupacionales asociados con la exposición a sustancias químicas, alrededor de 40 por ciento reportaron exposición dérmica a algún tipo de sustancia o mezcla durante el día laboral. Los síntomas identificados con mayor frecuencia fueron dolores de cabeza, fatiga, depresión, presión en el pecho, insomnio, olvidos, dolores de estómago, mareo y entumecimiento de brazos o piernas (Moure-Eraso et al. 1997). Otras cuestiones de salud mencionadas fueron problemas de oído, ojos, nariz y garganta, así como molestias gastrointestinales y problemas de la piel. Casi la mitad, 47 por ciento, se consideraba en buen estado de salud, mientras que 32 por ciento consideraba que sus problemas de salud podrían estar “un poco” relacionados con su trabajo y 23 por ciento contestó que sus problemas podrían estar “muy” asociados al trabajo.

Cuadro 11

Características de las investigaciones sobre salud de trabajadores de la maquila

Autores	Año investigación	Metodología	Lugar	Población estudiada
Leonor A. Cedillo Becerril Sioban D. Harlow Roberto A. Sánchez David Sánchez 1997	1993	Estudio transversal Encuesta basada en comunidad Muestreo 12 colonias	Tijuana	479 trabajadoras y no trabajadoras
General Accounting Office 1993	1993	Estudio de caso Visitas plantas, entrevistas gerentes y trabajadores; revisión normatividad	Frontera	8 plantas auto-partes
Miguel Ángel González Block 1996	1995	Muestra ponderada trabajadoras	Tijuana	928 trabajadoras
Rafael Moure-Eraso Meg Wilcox Laura Punnett Leslie MacDonald Charles Levenstein 1997	1992	Cuestionario no aleatorio a trabajadores	Matamoros y Reynosa	267 trabajadores
Rafael Moure-Eraso Meg Wilcox Laura Punnett Leslie MacDonald Charles Levenstein 1997	1992	Entrevistas a líderes comunitarios	Matamoros y Reynosa	25 líderes comunitarios
Michele González Arroyo Garrett Brown Simone Brumis Elizabeth Knight Tim Takaro 1997	1996	Cuestionario aplicado a trabajadores (no aleatorio)	Tijuana y Tecate	177 trabajadores
Norma Ojeda 1995	1993	Encuesta posparto a mujeres atendidas en el Hospital IMSS	Tijuana	2,595 mujeres
Sylvia Guendelman et al. 1998	1995-6	Estudio de cohorte en dos plantas electrónicas	Tijuana	725 mujeres
Leonor Cedillo 1999	1998	Entrevistas individuales y de grupo. Recorridos a planta y encuesta	Hermosillo	370 trabajadores
Harlow et al. 1999	1997	Encuesta estratificada por edad y ocupación	Tijuana	466 trabajadores
Denman 2000	1994-98	Estudio etnográfico en una planta	Nogales	Entrevistas etnográficas y encuesta a 374 trabajadores

Fuente: elaboración propia, tomada de Denman (1998).

En el estudio de GAO (1993), en el campo de la ergonomía, el asesor entrevistó a 175 trabajadores en una planta y encontró datos muy similares al estudio realizado en Matamoros y Reynosa por R. Moure et al. (1994). En el estudio de GAO, 42 por ciento reportó dolor en brazos, 37 por ciento en manos y muñecas, 30 por ciento en piernas, 25 por ciento en cuello y hombros, datos cuanto más significativos dado que casi 70 por ciento de los trabajadores habían estado trabajando en la planta menos de seis meses. Otros riesgos mencionados eran la falta de protección alrededor de las máquinas, el ruido y problemas de ventilación. En seis fábricas había niveles de ruido por arriba de 90 decibeles, lo cual ameritaba la utilización del equipo de protección que habían recibido los trabajadores, pero que frecuentemente no portaban. En cuanto a los riesgos químicos, los autores señalan que dadas las características de las fábricas, era de esperarse que hubiera poco uso de sustancias químicas, sin embargo, donde éstas se utilizaban no existía el equipo suficiente ni monitoreo de exposición ni la capacitación adecuada. Aunque tres de las siete plantas tenían programas de prevención de problemas respiratorios, sólo uno de estos programas estaba en español.

En el estudio de Ojeda (1995) en Tijuana, las principales conclusiones aparecen como paradójicas, puesto que se reporta mayor morbilidad durante el embarazo por las amas de casa (anemia, dolores, edema, hipertensión, entre otras); mientras que los resultados del embarazo (aborto, mortinatos e hijos nacidos vivos) resultan más altos para las trabajadoras. Ojeda aclara los problemas metodológicos en torno a los auto-registros de morbilidad, y señala que posiblemente las diferencias entre trabajadoras y amas de casa se deban a distintas formas de percibir la enfermedad. Este es un hecho importante para otras investigaciones y se asocia no sólo con las condiciones materiales de vida, sino con construcciones culturales diferentes en cada grupo. Podría especularse alrededor de una cultura de salud reproductiva distinta entre mujeres que se emplean fuera de la casa y las que no (Ojeda 1995). Por otro lado, habría que subrayar la recomendación hecha en otros artículos (Denman 1997; Cedillo 1997) acerca de la necesidad de indagar sobre el efecto del trabajador sano.

En el estudio de Cedillo et al. (1997), en los resultados del análisis de 365 mujeres en Tijuana que habían trabajado por lo menos dos años, se subraya la exposición a ruido, calor, mala ventilación y vibraciones en cuanto a factores físicos. Alrededor de 35 por ciento reportó exposición a sustancias químicas; más de 65 por ciento consideró que la postura física era incómoda; y en la maquila electrónica 18 por ciento estaba expuesto a humos de soldadura (Cedillo et al. 1997).

En la investigación en Tijuana de González Block (1996), además de la información sobre salud reproductiva se proporciona una generosa fuente de datos sobre enfermedades crónicas y accidentes. Las principales enfermedades reportadas en los últimos dos años fueron hipertensión (registrada 3.8 veces mayor que las tasa respectiva a nivel nacional), dolor de muelas, anemia y bronquitis. El 11 por ciento había tenido un accidente en el último año (49 por ciento de éstos en las maquiladoras, 34 por ciento en la vía pública y 14 por ciento en el hogar). La mayoría de las accidentadas en las maquiladoras se incapacitaron (85 por ciento) mientras que la proporción sólo fue de 57 por ciento para las accidentadas en el hogar.

Los principales problemas registrados durante el embarazo fueron riesgo de infección vaginal uretral (29 por ciento), riesgo de parto prematuro o muerte fetal (27 por ciento) y anemia (24 por ciento). La gran mayoría recibió atención prenatal (97 por ciento) y atención hospitalaria del parto (94 por ciento). El aborto fue reportado por 19 por ciento de las trabajadoras y el bajo peso al nacer por 4 por ciento, aunque las inmigrantes recientes reportaron 7.5 por ciento de bajo peso al nacer, con lo cual identifica González Block a un grupo de mayor vulnerabilidad: las migrantes con menos de cinco años en la ciudad.

En el estudio de González Arroyo et al. (1997) de trabajadores en Tijuana y Tecate, alrededor de la mitad de los entrevistados (53 por ciento) afirmó no tener información sobre los riesgos de las sustancias químicas, y 40 por ciento no había recibido capacitación con respecto a la forma de protegerse de los riesgos. El ruido, la maquinaria sin protección o guardas y la ventilación inadecuada fueron tres de los principales problemas, así como la falta de comisiones mixtas en 40 por ciento

de los casos. Los principales problemas de salud fueron problemas ergonómicos, de fatiga, dolores de cabeza y respiratorios, así como problemas de irritación debido a las exposiciones a sustancias químicas.

Lo que ha avanzado hasta el momento en el conocimiento sobre salud-enfermedad entre trabajadores y trabajadoras de la maquila se centra más sobre los efectos negativos que sobre las medidas y estrategias para prevenirlos. Esto se debe no sólo a un sesgo en la investigación, sino al hecho de que son mínimos los programas serios y continuos en las plantas que promueven la prevención de daños y la construcción de la salud positiva. Refleja también la hegemonía de una conceptualización de la salud biomédica que ha orientado gran parte de sus prácticas a la medicina curativa y la investigación respectiva al estudio de los daños y su reparación. El sesgo al que nos referimos se deriva la mayor parte de las veces de que dichas investigaciones parten de un marco explícito y en ocasiones implícito de economía política que entiende la explotación de los trabajadores como el eje sobre el cual hay que explicar la salud laboral. El concepto *desgaste* que se refiere a la conversión de fuerza de trabajo en plusvalor explica la mayor parte de los daños a la salud y ha sido frecuentemente aplicado en la investigación sobre maquila. Sin embargo, dichas investigaciones, a pesar de que anuncian su interés por tomar en cuenta la reproducción de la fuerza de trabajo, raras veces lo logran, como se refleja en la escasez de estudios sobre ámbitos domésticos e inclusive comunitarios. Otra limitante de este enfoque –muy seductor para explicar muchas de las condiciones observadas en las maquiladoras, y al tratarse de fábricas multinacionales que se mueven en la esfera global con suma facilidad para lograr la máxima ganancia con la mínima inversión– es que dificulta la conceptualización del trabajador o la trabajadora como actor que se mueve, aun dentro de ciertos límites, para enfrentar, resistir y modificar sus condiciones. Antes de elaborar más sobre estos puntos, veamos muy rápidamente otro aspecto de la salud en la vida fabril que ha aportado algunos elementos adicionales para moldear nuestra investigación.

Los programas preventivos y de atención

Aunque es un tema escasamente desarrollado en las investigaciones,⁶³ cuando se menciona la prevención suele hacerse referencia al tipo de programas preventivos en las fábricas, la capacitación a trabajadores y a la institución médica que otorga los servicios. Se presta poca atención a cualquier estrategia de los trabajadores dentro o fuera de la fábrica para mejorar o atender su salud. Esto servirá de contraste para mi investigación, pues mi pretensión es mostrar que las trabajadoras, en el caso de la atención al embarazo, sí desarrollan una diversidad de prácticas de atención y cuidado de su salud, tanto en la Planta X como en sus casas.

En la encuesta a trabajadores de Reynosa y Matamoros, alrededor del 90 por ciento de los trabajadores mencionaron que en sus plantas había servicios médicos, atendidos principalmente por una enfermera. Más de la mitad (58 por ciento) se atendían en los servicios de la fábrica, otros iban al IMSS o a ambos servicios. Algunos no se atendían ya sea por que no les daban permiso o por temor a perder el empleo. Casi la mitad recibió capacitación sobre los riesgos de trabajo y formas de prevención, misma que consideraron adecuada. Al evaluar sus conocimientos básicos en la materia de prevención en Matamoros, Reynosa y Nuevo Laredo, el análisis de la encuesta concluye que alrededor de la mitad tenían conocimientos básicos en cada tema (Moure-Eraso et al. 1997).

En Nogales 69 por ciento recibió información sobre riesgos laborales, incluyendo carteles o pláticas; y la mitad (54 por ciento) había recibido algún tipo de equipo protector, guantes, gorros, lentes u otro equipo protector (Balcázar, Denman y Lara 1995, 496). La mayor parte de las preguntas de los estudios citados están orientadas hacia la identificación de los riesgos en el trabajo, su prevención e identificación de estrategias.

En Tijuana, en cuanto al equipo y las prácticas protectoras, más de 60 por ciento de las maquilas proveían equipo, mientras que 34 por ciento

⁶³ El trabajo de González Block (1996) profundiza en múltiples aspectos de la atención médica (fundamentalmente en el IMSS) de salud reproductiva, incluyendo atención prenatal, parto, puerperio, anticoncepción, etcétera.

no lo hacía; alrededor de 50 por ciento respondió que existían controles mínimos para evitar exposición a sustancias; entre 40 por ciento y 50 por ciento consideró que había recibido capacitación mínima para el uso de sustancias; otro 40 por ciento consideró que dicha capacitación era inadecuada; 85 por ciento conocía el nombre de la sustancia que usaban y más de 60 por ciento reportó posturas incómodas (Cedillo et al. 1997). Los autores sugieren que la prevalencia de exposición a riesgos químicos, ergonómicos y psicológicos plantea la necesidad de otras líneas para investigaciones e intervenciones. El tipo y prevalencia de exposiciones son consistentes con lo que se ha reportado en otras investigaciones en Tijuana y en industrias. Estas intervenciones tendrían que ver con los controles adecuados en la fábrica, una mayor capacitación, equipamiento y una infraestructura mínima para emergencias y monitoreo. La ausencia de estos programas en las maquilas indica que también faltan intervenciones fuera de las fábricas. Éstas corresponden a las modificaciones legislativas que llevarían a la elaboración de una normatividad sobre el derecho a la información laboral. En cuanto a nuevas líneas de investigación, éstas se refieren a estudios que se ajusten a las peculiaridades de la maquila, i.e. con una población con alta rotación, y que tome en cuenta el movimiento entre varios sectores industriales. Estas investigaciones deben ajustarse metodológicamente para considerar además el desarrollo de instrumentos que puedan medir la exposición, y para la construcción más cuidadosa de grupos de comparación.

Sin embargo, otros aspectos de salud preventiva que corresponden a la salud reproductiva, considerados en investigaciones como las de Ojeda (1995) y González Block (1996) en Tijuana, dan cuenta de una nueva temática que podría considerarse en el estudio de la salud. Más que referirse directamente al campo de los daños laborales, tiene que ver con las estrategias utilizadas por las trabajadoras para atender sus embarazos. El tema cobra vitalidad si se comprende que la salud es más que el daño físico o psicológico, y que puede incluir todas las formas que las personas utilizan para dar respuesta a los daños, o para prevenirlos y evitarlos. En el tema de maquila y salud no ha sido usual tomar en cuenta estas prácticas hasta más recientemente.

En la investigación sobre mujeres atendidas en el hospital del IMSS de Tijuana, Ojeda reportó resultados distintos de morbilidad y resultados del embarazo para amas de casa y trabajadoras (entre las cuales se encontraba una proporción significativa de obreras de la maquila). Las amas de casa reportaron una mayor morbilidad durante el embarazo, como anemia, dolores, edema o hipertensión; mientras que los resultados del embarazo (aborto y mortinatos) fueron más altos para las trabajadoras. Se relata además cómo las trabajadoras de la industria se atienden más de cuidado prenatal que las trabajadoras de servicios o las amas de casa, esto a pesar de trabajar jornadas de más de cuarenta horas a la semana (Ojeda 1995, 19). Esta mayor atención prenatal, sin embargo, aparentemente no sirvió para reducir el número de abortos o mortinatos, entre otras; faltaría evaluar no sólo el contenido de la atención médica, sino también las prácticas de auto-atención de las trabajadoras.

También en Tijuana se reporta que la atención médica de problemas del embarazo no se asocia al nivel de educación, ni si es primípara o múltipara (González Block 1996, 32). En este último estudio el grupo más vulnerable es, nuevamente, el grupo de recién inmigradas (con menos de cinco años de residir en la ciudad) quienes visitaban al médico menos veces que las trabajadoras más establecidas. El hecho de que las trabajadoras de la maquila tengan prácticas distintas a otras trabajadoras, como las de servicios, es el tema que interesa destacar aquí, pues implica reconocer la heterogeneidad de la población y la importancia de los estudios etnográficos y específicos que puedan describir y analizar esas diferencias. Volvemos al tema sugerido por Ojeda (1995) y mencionado previamente, que implica que las trabajadoras pueden tener prácticas culturales distintas en cuanto a la atención a la salud, tema estrechamente vinculado con las historias de las mujeres concretas que se analizan en esta investigación.

Presentación de las mujeres entrevistadas

Aunque ya he mencionado a algunas de las trabajadoras que entrevistamos, a continuación se describen brevemente las características de las

cinco trabajadoras entrevistadas a profundidad. Contamos con una extensa historia de distintos aspectos de su vida, particularmente aquellos que se refieren a su trabajo, su embarazo y los cuidados del mismo. En el cuadro 13 se concentra la información de las catorce entrevistadas. Como se advirtió antes, la selección de las informantes fue planeada inicialmente para contar con madres-trabajadoras con distintas características, de antigüedad, de estado civil y/o conyugal, historias migratorias diferentes, así como diferentes experiencias de embarazo (dentro y fuera del trabajo en la maquila). En principio logramos una diversidad de informantes, sin embargo, la misma situación de crisis personal y familiar que las hacía salirse de la Planta X hizo que también perdiéramos a algunas como informantes. Finalmente, en mi análisis he tenido extremo cuidado al describir quiénes son las trabajadoras que entrevisté. Entre las cinco informantes clave —que así las llamaremos por el tipo de relación más estrecha que establecimos— hay mujeres con una antigüedad que varía entre dos y veinte años en la Planta X. Una es casada, otra soltera, una divorciada y vuelta a casar y dos tienen pareja de visita, quienes son casados. Su situación familiar también es diversa, una tiene un hijo y vive con él; otra tiene dos hijos, pero su hija mayor vive en el campo con los abuelos; otras dos viven con sus esposos y sus hijos; y finalmente una tiene tres hijos, pero dejó a su pareja anterior y recibe visitas de su nueva pareja, quien también es casado. Enseguida las presento en mayor detalle.

Martha es una de las mujeres con mayor antigüedad en la Planta X (20 años),⁶⁴ tiene cuarenta años y es madre sola, con un hijo de dos años. Ella es inspectora en la planta. Llegó de Sinaloa con su mamá (quien ya falleció) y su hermano hace veinte años y ese mismo año comenzó a trabajar en la Planta X. Vive con su hijo en una pequeñísima casa ubicada en el centro de la ciudad, cerca de la línea fronteriza. En su casa tiene

⁶⁴ Todos los datos de edad, antigüedad, edades de hijos, años de haber llegado a Nogales, etcétera, se refieren al año de 1994 cuando hicimos el primer contacto con ellas.

refrigerador, *cooler*, abanico, estufa, calentón y cuenta con un carrito viejo que le trajo su hermano *del otro lado*. Cuenta con el apoyo de una amiga cercana, otra trabajadora de su misma línea llamada Claudia, para ayudarle con el cuidado de su niño. De chico lo llevó a una guardería atendida por monjas y luego a la guardería de la maquiladora. No tiene otros familiares en la ciudad, aunque tiene cinco hermanos (cuatro mujeres y un hombre) que viven *al otro lado*. Le dicen que se vaya con ellos, pero Martha no quiere. Aunque alguna vez pensaba quedarse trabajando hasta jubilarse en la Planta X, ahora dice que quisiera poner su taller de costura. La penúltima vez que la vimos ya había empezado a comprar máquinas de coser y a adaptar un pequeño taller en la sala de su casa. Martha no se considera una persona sana, le duele siempre la garganta, tiene tos y dolor de espalda, además siempre tiene mucho cansancio. A pesar de que dice haber sufrido mucho en su vida, tiene momentos de mucha alegría y cuando la vimos la última vez en la planta estaba muy arreglada, se veía más joven y decía que estaba muy contenta. Martha se atiende casi siempre con médicos particulares, pues dice que no le gusta esperar. También acude a la medicina alternativa, cuida su alimentación y toma muchas vitaminas. Ha ido a Tucson al servicio médico, pero dice que es mejor el de acá, refiriéndose en esa ocasión al Seguro. También ha ido a Tucson con la sobadora y usa remedios de su abuela, como tomar tequila tres noches seguidas para el resfriado y la tos. A veces va con el médico de la fábrica. Su posición como supervisora imprime diferencias notorias en relación con las entrevistas de otras obreras. En particular, estas diferencias se refieren a su forma de justificar o defender a la empresa, aunque reconozca la existencia de riesgos de trabajo. También se observará que en los relatos que nos hace sobre su propio embarazo intercala referencias a “sus muchachas”, trabajadoras de la Planta X, y sus experiencias.

Patricia, de treinta años, “ha aparecido” en los capítulos previos. Cuando la entrevistamos tenía tres años trabajando en la Planta X como operadora universal, luego sería jefa de línea en el turno nocturno. Antes había trabajado en otras dos maquilas. Ella llegó de Nayarit hace 12 años y se fue

a vivir con una hermana a la casa de un tío. Luego se juntó con el padre de sus hijos, tuvo una niña que ya tiene cuatro años y luego unos cuates que tienen dos años; antes del nacimiento de éstos se separó del esposo por tomador y porque andaba con otras mujeres. Ahora vive sola. Tiene una relación afectiva con un amigo casado que la visita de vez en cuando, que le ayuda mucho y quien fue su primer novio. Dicha relación tiene momentos de ambigüedad que se manifiestan cuando se le pregunta a Patricia si considera tener algún hijo con él, ocasionalmente dirá que sí y otras veces lo dudará. Su hermano llegó después de Nayarit y trajo a su familia; posteriormente trajeron a su papá, quien vive varios meses con cada hija. Su hermano le ayudó a hacer su casa de material y ahora él y su familia viven enseguida en la casa de cartón; también trabaja en una maquiladora como ella. Su hermana no tiene que trabajar pues su esposo la mantiene, está en el “negocio”, “ya sabemos” (posiblemente algo asociado con el tráfico de droga, pero nunca se habla del tema). Patricia se considera una persona saludable, casi nunca se enferma, sólo a veces de la garganta o de la espalda y en algunas ocasiones se cansa mucho. Generalmente va al Seguro pero también toma hierbas y va con la sobadora. A veces paga médico particular, especialmente para ir con una doctora que le gusta mucho. Sus relatos revelan a una mujer con mucha disposición para atender su salud, desde la multiplicidad de prácticas desarrolladas que combinan la auto-medicación de medicinas de patente, hierbas, vitaminas, consulta a médicos del Seguro, de la empresa, alternativos, hierberos; prácticas de cuidado de la alimentación, de reposo, de lavados y baños; así como sus conversaciones sobre la anticoncepción, la relación de intimidad con su pareja y sus relaciones de amistad en paseos, juegos y diversiones.

Marina llegó de Sinaloa —aunque nació en Guanajuato— hace seis años buscando trabajo con una amiga, pues había dejado atrás, con sus papás, a una bebé de 10 meses a quien había que mantener. Al papá de la niña lo dejó porque no se veía que iba a ayudar en nada. Al día siguiente de su llegada consiguió trabajo en la Planta X, en donde trabaja desde entonces. Ahora ya es inspectora de línea pero le gustaría hacer otra cosa.

Estudió la preparatoria completa y dos años de trabajo social. Es inquieta y pregunta mucho sobre el proceso en la fábrica, y es de las que ha ido a poner quejas y denuncias cuando despiden a un compañero o sufren alguna injusticia. Vive en una casita de material con el papá de su niño de tres años y su hermana, quien acaba de llegar del ejido. Su hermana duerme en un cuartito de cartón en la parte de atrás de la casa que es donde vivía Marina cuando llegó a Nogales. Tiene lavadora, estufa de gas y calentón, así como refrigerador y sillón. Para llegar a su terreno hay que subir muchos escalones de llantas incrustadas en la ladera escarpada. Ella se considera sana, aunque a veces le duele la espalda. Marina va al Seguro, pero su primer parto fue con partera en casa, en el ejido en Sinaloa. Se extendió ampliamente en las entrevistas y conversaciones que tuvimos con ella, hablando mucho de su ideal de una familia unida, con una misma pareja, sus preocupaciones por sus padres, por el rumbo que pudo haber tomado su vida. Marina toma iniciativas en la Planta X para mejorar las condiciones tanto para ella como para sus compañeros, reuniéndose con algún gerente, elaborando cartas de quejas y defendiendo a otro trabajador frente a una decisión que le parece arbitraria (como no otorgar préstamos).

Alicia llegó de Caborca, Sonora, con una amiga buscando trabajo para mantener a su hija ya que se había divorciado de su esposo. Vivió en unos dormitorios que algunas maquiladoras tienen para resolver el problema de vivienda. No le gustó y rentó un cuarto y luego una casita. Vive en un cuarto a medio construir con una nueva pareja que está muy enferma y tres hijos, la niña de seis años que se trajo de Caborca (hija del primer esposo), un niño de un año y medio y una niña de cuatro meses. Su hermana le ayuda mucho con los niños. Tiene tres años trabajando en la Planta X como operadora universal. Ha tenido algunos problemas por los anticonceptivos que ha usado y la han operado por miomas uterinos. Se ha separado varias veces de su pareja actual (“para que se componga”), pero luego vuelven a juntarse. Cuando ha tenido problemas dice que la supervisora (de la planta) le ha ayudado mucho, pues platica con ella y recibe consejos y consuelo. Está ahorrando y haciendo trámites

para conseguirse una casa de Infonavit y su sueño es convertir el cuarto en donde ahora está en una tienda y dejar la maquila, pero no quiere perder el Seguro. Casi siempre se atiende en él, pero una vez que no la atendieron bien se fue a un hospital privado y pidió que el Seguro le pagara la cuenta, cosa que logró después de varios trámites. Tiene dolores “normales” de cintura y más cuando está nublado, sufre alergia al material de los tableros que ensamblan. Su meta es dejar protegidas a sus hijas, para que no tengan que pasar las mismas dificultades que ha pasado ella. Dice que el hijo puede sobrevivir como todos los otros hombres, no es igual para él que para las niñas.

Elizabeth llegó de Ciudad Obregón, Sonora, hace siete años a Nogales y tiene cuatro años trabajando en la Planta X. De chica trabajó deshieriando con su papá en el campo, luego en una tortillería como dependienta. Cuando llegó a Nogales, como tiene secundaria, preparatoria y estudios de comercio, logró conseguir un trabajo como secretaria en un despacho de abogados. Pero a su esposo no le gustó ese trabajo, pues tenía que volver en las tardes y salía muy noche. Luego trabajó en una oficina hasta que decidió irse a la maquila, algo seguro. Tienen una casa que construyeron en Los Encinos, una colonia formada por una invasión hace seis años. Ella trabaja el turno nocturno y su esposo el diurno, así siempre hay alguien en casa con los hijos que son tres, uno de seis meses, una de tres años y otro que está en el kinder, de cinco años. Cuando trabajaba en el día, su vecina le ayudaba a cuidar a los niños hasta que llegara el esposo. Nunca planeó los embarazos, uno se dio cuando descansaba del dispositivo intrauterino. Se hizo la salpingoclasia inmediatamente después del último parto, un poco presionada por el esposo quien le exige mucha atención. Dice ser sana, sólo padece resfriados de vez en cuando, pero tiene un problema en la piel y sufre de descapelamiento en las plantas de los pies. A pesar de que en el Seguro se pierde mucho tiempo, no quiere perderlo pues dice que el resultado es igual que si fuera con médico particular, sólo tardan más días en *alivianarse* por el efecto de las medicinas del Seguro; cuando van con el médico privado se nota el alivio inmediatamente. Se ha atendido principalmente en el Seguro,

aunque su esposo le dice que vaya con el particular a hacerse el Papanicolaou porque es de mayor confianza y entregan más rápido los resultados. Aparentemente sus ingresos no son indispensables para la sobrevivencia familiar, sin embargo, ella ha insistido en trabajar y a través de la relación notaremos que el trabajo le permite una mayor independencia frente a las demandas continuas de su esposo.

Cuadro 12

Resumen de las características de las mujeres entrevistadas

Nombre y edad	Procedencia	Arreglos familiares	Situación laboral
Martha 40 años	Sinaloa. Años en Nogales: 20	Vive sola con un hijo de 2 años. Primaria completa. El papá de su hijo se murió. Era casado.	Inspectora del turno diurno. Antigüedad: 20 años en la Planta X.
Patricia 30 años	Nayarit. Años en Nogales: 12 Su mamá murió joven y su papá trabajaba el campo.	Vive sola con tres hijos. Tiene pareja que la visita. Su hermano y su familia viven en cuarto de cartón.	Jefa de línea en el turno nocturno Antigüedad: 3 años en la Planta X.
Marina 30 años	Guasave, Sinaloa Años en Nogales: 6	Tiene una hija de 6 años en Sinaloa, por quien vino a trabajar, y un hijo de 3, cuyo padre los visita.	Operadora e inspectora de línea. Antigüedad: 5 años en la Planta X.
Alicia 33 años	Caborca, Sonora Años en Nogales: 4	Tiene una niña de 6 años, de cuyo padre se divorció. Un niño de 1 año y una niña de 4 meses. Vive con el papá de éstos.	Operadora universal Antigüedad: 3 años en la Planta.
Elizabeth 26 años	Cd. Obregón, Sonora Años en Nogales: 7	Vive con sus tres hijos, de 6 meses, 3 y 5 años, y su esposo.	Operadora universal Antigüedad: 4 años
Magdalena 47 años	Nayarit Años en Nogales: 20 Vino con su hermana buscando trabajo.	Tiene un hijo de 11 años Lo cuida su hermana.	Reparadora y operadora universal Antigüedad: 19 años en la Planta X.
Cecilia 27 años	Sinaloa. Años en Nogales: 6. Antes Trabajó en el campo.	Tiene un hijo de 2 años y está embarazada. Vive con su esposo.	Inspectora Antigüedad: 5 años en la Planta X.
Teresa 32 años	Vícam, Sonora Años en Nogales: 4	Tiene dos hijos (3 y 12 años) y tiene 8 meses de embarazada.	Operadora. Antigüedad: 3 años en la Planta X
Delfina 43 años	Magdalena, Sonora Años en Nogales: 21	Tiene tres hijos.	Operadora en el turno nocturno. Antigüedad: 22 años en la Planta X.
Isela 34 años	El Fuerte, Sinaloa Años en Nogales: 5	Terminó 3o. de primaria. Su esposo también es operador en la Planta X. Tiene seis hijos.	Operadora turno diurno. Su esposo en el nocturno. Antigüedad: 3 meses.
Mireya 29 años	Nació en Nogales	Tiene un hijo de 4 años y una hija de 2 años. Vive con ellos y su esposo.	Operadora universal Antigüedad: 2 años.
Lorenia 39 años	Nació en Chihuahua, Años en Nogales: 16	Tiene cinco hijos y vive con su segundo esposo.	Operadora universal en el turno diurno. Antigüedad: 13 años.
Claudia 45 años	Nació en Zacatecas, se fue a Mexicali a los 12 años Años en Nogales: 21	Vive con su segunda pareja, quien trabaja en una maquiladora, ayuda a Martha a cuidar a su hijo.	Operadora. Antigüedad: 7 años. Trabaja en la misma línea que su jefa y amiga. Martha.
Gloria 28 años	Nació en Oaxaca Años en Nogales: 10	Vive con su esposo, que trabaja en una maquila. Tiene 2 hijos.	Operadora universal Antigüedad: 3 años

Fuente: entrevistas personales en Nogales 1994-1997.

IV

LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN AL EMBARAZO

Patricia relata así sus vivencias del segundo embarazo:

Físicamente me enfermé, tuve muchos vómitos, ya sabía que estaba embarazada porque los vómitos empezaron luego luego como a las tres semanas, muchos mareos, vómitos. Dejé de comer y me fui para abajo, todo mundo me decía que si estaba enferma, tú tienes algo me decían, estás adelgazando. Ya con el tiempo no me decían nada, después ya que me vieron la panza, me dijeron: “¡ah, esa era tu enfermedad!” decían. Me empezaron a dar carrilla porque como les decía que no tenía nada, y así hasta los cinco meses pasé mala. La comida la aborrecí, en la cafetería la peste me pegaba y se me quitaba el apetito por completo, tenía que salir a comer a los puestos afuera, ahí sí comía a gusto. A las 12:00 de mediodía, tenía hora (de vomitar). En el desayuno todo estaba bien, nada más la pasta me daba asco también, pero no vomitaba, desayunaba muy bien, pero afuera. Siempre vomitaba a las puras 12:00 y es que es la hora que comemos, cinco meses duré así a diario. Fíjate, de los cuates no me pegaron mareos como de la niña grande, de ella sí me mareaba, estaba sentada y de repente sentía que todo me daba vueltas y de ellos nada más el vómito que te digo, nada más... lo normal, después sí me dio un mareo pero muy lento y no le hice caso pero eso fue después de los cinco meses.

Siempre en ese entonces fui con el médico pero particular, porque dije: “a lo mejor anda algo mal”. Y fue cuando me revisó, me hizo el ultrasonido, fue cuando dijo que iba a tener cuates, porque todavía no me habían dicho. También se me bajó la presión. El médico dijo que porque era doble el peso y cansancio. Me dio pastillas para la presión porque dos veces me pasó lo mismo y dijo que tenía que estar checándome constantemente porque era riesgoso lo de los cuates. Me preguntó: “¿tienes Seguro? No tienes necesidad de estar pagando”. Me llenó unos papeles y me mandó al Seguro, de ahí me estuve checando en el Seguro, me tocó un doctor, un ginecólogo muy bueno, me daba medicina que yo la compraba aparte, y a partir de ahí, él cada 15 días me checaba.

En el relato de Patricia aparecen una multiplicidad de pistas para construir las prácticas de atención al embarazo e identificar a los actores con los que negocia: su descripción de las molestias *normales* del embarazo y sus soluciones, la etiqueta de enfermedad para referirse al embarazo, las reacciones de sus compañeros de trabajo, la visita al médico particular, el recurso del ultrasonido para verificar el estado de su(s) bebé(s), la referencia al IMSS y el juicio indirecto a la calidad de la atención médica y de sus medicinas. En este capítulo identifiqué, con base en los relatos de las mujeres, las distintas etapas de las prácticas de auto-atención y las prácticas de atención médica del embarazo, así como a los actores con quienes las mujeres negocian su salud. Es a través de la identificación de las acciones concretas en estas etapas y con estos actores que construí las prácticas de auto-atención y de atención médica.

La descripción y análisis de las prácticas descubren una compleja red de relaciones entre las madres-trabajadoras con sus parejas, sus madres, padres, hermanos y hermanas y con sus hijos. También se identificaron sus relaciones con los médicos (y una que otra vez con una médica) y con las enfermeras, así como con la sobadora, la vecina, la comadre, los compañeros del trabajo, los supervisores, las jefas de línea y las amigas y amigos (véase cuadro 13). Las relaciones con unos actores no tienen la misma intensidad ni la misma importancia que la que entablan con otros

en cada una de las etapas del embarazo. Al analizar estas relaciones estamos ante la construcción compleja y cotidiana de los significados y las prácticas que constituyen la cultura de la salud.

Cuadro 13

Actores con quienes las mujeres negocian sus prácticas de atención al embarazo

- | | |
|-----|--|
| 1. | Pareja |
| 2. | Mamá |
| 3. | Papá |
| 4. | Otros familiares (hermano/as) |
| 5. | Redes informales (amigas, vecinas, otros) |
| 6. | Médicos privados |
| 7. | Médicos de la empresa |
| 8. | Médicos del IMSS |
| 9. | Enfermeras del IMSS |
| 10. | Otros médicos y profesionales de la salud (parteras, sobadoras, naturista) |
| 11. | Redes en la planta (compañeros y compañeras, supervisores, recursos humanos) |
| 12. | Los hijos |

Para dilucidar este proceso de construcción, en mi exposición seguiré el orden cronológico –que es biológico y cultural– de la reproducción. Este ordenamiento responde simultáneamente a los eventos biológicos reconocidos culturalmente y que han sido definidos por la biomedicina como las etapas de la reproducción, y combina además etapas construidas por mí con base en los relatos de las madres-trabajadoras. Dado que las nociones que manejan las mujeres sobre sus cuerpos, el sentido de normalidad y sus alternativas de atención y de cuidado forman parte de historias personales que no se inician con el embarazo, comenzaré esta descripción con algunos relatos sobre las nociones en torno a la menstruación, sus prácticas de cuidado, así como las menciones de las principales personas con quienes se relacionaron al respecto y las formas de esas relaciones. Posteriormente tocaré el tema de las primeras relaciones

sexuales y las prácticas de anticoncepción de estas madres-trabajadoras. Estos temas se trataron con el fin de contar con algunos antecedentes sobre las nociones que las mujeres tienen sobre sus cuerpos y su reproducción.⁶⁴

Cuadro 15

Etapas de análisis para la construcción de las prácticas de atención al embarazo

1. Menstruación
2. Anticoncepción
3. Reconocimiento del embarazo
4. Primera etapa del embarazo (no se ve)
5. Segunda etapa del embarazo (sí se ve)
6. Tercera etapa del embarazo (se ve y se siente)
7. Espera inminente del parto
8. Parto
9. Puerperio
10. Otros temas de salud reproductiva
11. Otros temas de salud laboral

Haré una descripción más larga de las cinco informantes con quienes realizamos múltiples entrevistas, mientras que presento la información de las otras nueve madres-trabajadoras en el anexo 6.

BREVES HISTORIAS DE LA SALUD REPRODUCTIVA
DE LAS TRABAJADORAS ENTREVISTADAS

Martha tiene un hijo de dos años.⁶⁵ Nos cuenta que el padre del bebé falleció. Él era un ingeniero que trabajaba en la planta, estaba casado. Llevaban cuatro años de amistad cuando decidió tener relaciones sexua-

⁶⁴ Sin embargo no constituyen temas tratados a profundidad en esta investigación sobre atención al embarazo, que merecen ser abordados en otras investigaciones.

⁶⁵ Las edades y casi todos los datos se refieren al año de 1994.

les con él para embarazarse. El médico le informó a Martha que tenía quistes y que le tendría que quitar la matriz, así que antes de eso, se embarazó. Nunca había usado anticoncepción. Desde el cuarto mes de gestación se atendió en el Seguro, pero el parto fue en Tucson, Arizona, a 100 kilómetros al norte de Nogales, en donde viven sus hermanas y quienes le pagaron todos los gastos. La decisión de tener a su bebé allá fue para que pudiera tener la ciudadanía estadounidense. Le hicieron cesárea a los 37 años, y aunque le gustaría tener otro hijo para que el primero no se quede solo, dice que ya no lo cree conveniente, ni tiene con quién tenerlo. Trabajó durante todo su embarazo y se tomó los 42 días de incapacidad antes del parto y los 42 días después de éste. Inicialmente reporta que durante el embarazo le fue muy bien, aunque luego cuenta que tuvo muchos vómitos y tuvo que cuidar la alimentación. Va al homeópata y toma vitaminas. Después de tener al bebé no volvió a tener problemas de quistes y no le han tenido que quitar la matriz.

Patricia tiene tres hijos: una niña de seis años y la cuata y el cuate de tres, todos del mismo padre. Después de haber vivido siete años juntos ahora viven separados. Actualmente tiene una relación de visita con un hombre casado que fue su primer novio (antes de casarse él) y con quien tuvo su primera relación sexual. Es la única mujer que nos habla del deseo sexual y del placer. Él la visita esporádicamente y sólo por unas horas. Le dio mucha vergüenza su primera menstruación, a veces tiene menstruaciones muy pesadas, le da miedo “tener algún problema”. También dice hincharse durante la ovulación. Sus dos partos fueron atendidos en el Seguro, aunque durante el embarazo también se atendió con médico particular y a veces con el médico de la fábrica. Utilizaba pastillas anti-conceptivas pero un día olvidó tomarlas, así se embarazó la segunda vez, ahora usa el ritmo y a veces óvulos. Dice que el segundo parto fue más fácil porque se quedó en casa hasta el final. Pero el embarazo fue más difícil porque engordó mucho y tuvo varias molestias. Usó chicura y romero después del parto y modificó su alimentación. Durante los dos embarazos trabajó todo el tiempo en dos maquiladoras diferentes y en cada caso se tomó los tres meses de incapacidad reglamentarios.

Marina tiene dos hijos. La mayor es una niña de seis años que tuvo en Sinaloa, atendida por una partera. Prefirió esta experiencia por la amabilidad del trato y porque no le hicieron la episiotomía. Tuvo en el Seguro a un niño que tiene 10 meses. Durante el primer embarazo no trabajó, pero durante el segundo sí, en la misma maquiladora en donde está actualmente. Su segundo embarazo fue sorpresivo: tenía el dispositivo intrauterino y empezó a sentirse mal. Su pareja (el padre del segundo), quien es casado y sólo se queda algunas noches, le dio dinero para ir con el médico particular; éste le recomendó un medicamento contra parásitos. Siguió mal y volvió con el médico y luego fue al Seguro, en donde le confirmaron el embarazo. Siguió trabajando a pesar de sentirse mal, particularmente de los vómitos “normales”, porque necesitaba enviar dinero a sus papás, quienes le cuidan a la niña mayor. Después del segundo parto comenzó a tomar pastillas anticonceptivas pero le cayeron mal, luego su pareja usó condón, pero se cansó y le dijo que no quería tener más hijos. Entonces él ofreció operarse, a pesar de que ella siempre se había hecho a la idea de tener tres hijos con una pareja estable. Terminó haciéndose la salpingoclasia a los 27 años. Cuenta que nunca habló con su mamá de la menstruación, sino que se enteró por los libros de secundaria. Meses después le dijo a su mamá y sintió mucha vergüenza.

Alicia tiene tres hijos, dos niñas y un niño, de seis años, de 16 meses, y de cuatro meses. Tuvo a su primera hija a los 26 años en el Seguro de Caborca, y cuando se divorció la dejó con sus papás mientras conseguía trabajo, luego se la trajo a Nogales. La niña nació de ocho meses porque Alicia tenía miomas. Durante siete años tomó pastillas anticonceptivas porque no quería embarazarse, pues su esposo era deportista de la Universidad y ella salía mucho a acompañarlo a las competencias. Su segundo embarazo a los 31 años no fue planeado. Ya estaba trabajando en la maquiladora y se atendió cada mes, a partir del cuarto, con el médico familiar del Seguro. Se deprimía mucho, dice que su supervisora la ayudaba evitándole trabajos pesados y platicando con ella, y que se sentía mejor trabajando que en casa. Ese parto fue normal y le pusieron el dispositivo intrauterino ese mismo día. Después del parto se juntó con el

papá de su segundo bebé, pues antes de esto no vivía con él. Tuvo incapacidad del Seguro (42 días antes y después). A los tres meses se embarazó con el dispositivo puesto y se atendió en el Seguro, pero ese parto fue muy pesado y tuvieron que practicarle una cesárea. Además tuvo que dar muchas vueltas para que le dieran más tiempo de incapacidad. Ella pidió que le hicieran la salpingoclasia en la misma cesárea porque ya no podía mantener a más hijos.

Elizabeth tiene tres hijos: de cinco y tres años, y de seis meses, todos con el mismo esposo. A los 14 años tuvo su primera menstruación y como no sabía nada, se asustó, pero luego su mamá le dijo que era normal. Se casó a los 21 años y a los 10 meses se embarazó, tuvo a su primer hijo a los 22 años. Su embarazo fue normal. Se atendió los 9 meses en el Seguro, luego fue a Ciudad Obregón a atenderse en la misma institución. Su mamá tiene niños chicos y no pudo viajar, fue por eso que Elizabeth fue a “aliviarse” con ella a Ciudad Obregón en el caso de los tres hijos. En el primer y tercer embarazo tuvo incapacidades de 42 días antes y después del parto. Nunca ha ido con el médico particular. Dice que siempre ha ido al Seguro. El primero embarazo y el último por derecho de ella, y el segundo con el seguro de su esposo pues ella había renunciado. Después del primer embarazo, al momento del parto, le pusieron el dispositivo. Cuando se lo quitaron meses después para que descansara durante tres meses, le dieron pastillas para cuidarse, pero le cayeron mal y las dejó de tomar, volviéndose a embarazar. Le habían regalado condones para que se cuidara su esposo, pero a él no le gustaron y no los usó. Él sí se había cuidado un tiempo, entre el primer y el segundo embarazo, pero después ya no quiso. Su último embarazo fue a los 26 años y se hizo la salpingoclasia un poco presionada por el esposo, pero también porque no quiere llenarse de hijos y luego batallar para darles educación a todos. En el anexo 7 se encuentra la información sobre la historia reproductiva de todas las mujeres entrevistadas.

LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN AL EMBARAZO

En la realización de la investigación, entiendo por prácticas las acciones concretas ejercidas o no por los sujetos para cuidar su cuerpo. Pueden ser en respuesta a una necesidad percibida de salud/enfermedad y esta necesidad puede ser un problema o episodio de molestia, enfermedad o algún padecimiento, o puede ser una iniciativa tomada por la mujer para mantener en buena condición su estado de salud; e inclusive puede no constituir una acción, como lo es “aguantar”. En las prácticas de atención al embarazo, parto y puerperio se incluyen todas aquellas acciones y no acciones que las mujeres llevan a cabo y que son relativas a su salud, desde el momento en el que se reconocen embarazadas, incluyendo las prácticas denominadas de auto-atención y de uso de servicios médicos tanto privados como públicos. Dado que no existe una continuidad lineal entre los significados, sus representaciones y las prácticas, éstas encierran contradicciones, formas distintas de conocer el cuerpo, motivaciones ambivalentes y resignificaciones permanentes sobre lo que constituye un estado “normal” de salud durante el embarazo. Esta complejidad es de esperarse en una situación de transición, de combinación de prácticas y de desarrollo de una práctica de cuidado distinta a la que habían ejercido en sus familias o lugares de origen. Esto es particularmente cierto para este grupo de mujeres, quienes habían sido socializadas y criadas en áreas rurales y que migraron a Nogales ya de adultas.

Al considerar únicamente las prácticas relatadas por las mujeres, estamos conscientes de que sólo cubrimos una porción de esta realidad. A fin de cuentas, el esfuerzo de comprensión es un “intento de discernir el significado de lo que las gentes han elegido decirle a un investigador particular en el contexto de una entrevista” (Crawford, 63-64).⁶⁶ Estas

⁶⁶ Además de esta limitación, haría falta verificar estas prácticas mediante la consulta a otros actores, por ejemplo las enfermeras, los médicos, las sobadoras, los familiares y la propia observación en los centros hospitalarios, consultorios, casas, como con ellas mismas. Este es tema de otra investigación, pero tengo la confianza de que las bases establecidas aquí servirán para anclar y promover estudios de ese corte.

madres-trabajadoras no constituyen el caso de un grupo específico, como serían los “principales manejadores y agentes reproductores de representaciones y prácticas técnicas que expresan en forma organizada las representaciones y prácticas de los conjuntos sociales” (Menéndez y Di Pardo 1996, 53), por lo que su saber, del cual forman parte las prácticas, no representa un saber “organizado” de un conjunto social. Más bien considero que dichas prácticas se originan en un saber emergente/ heterogéneo, fuertemente influenciado por las prácticas tradicionales de las mujeres, pero que introduce y crea nuevos elementos combinando su nueva experiencia y su saber anterior.

Busco entender la forma en la que estas madres-trabajadoras desarrollan sus prácticas culturales de atención a la salud dada su condición dual de trabajadora asalariada industrial y madre-trabajadora doméstica. Interesa analizar cómo describen estas prácticas, lo cual implica para ella seleccionar ciertas prácticas médicas y populares acerca de la atención al embarazo, descartar unas y modificar o resignificar otras. De esta manera, la trabajadora participa en la construcción de una cultura de salud guiándose por esquemas culturales compartidos.

En las conclusiones argumentaré cómo el conjunto de las prácticas constituye una cultura de salud de las madres-trabajadoras. Para llegar a ello uno de los objetivos de este capítulo será describir detalladamente sus prácticas. Otro propósito es la identificación de las motivaciones, las personas y los intereses que la trabajadora busca proteger y en torno a los cuales desarrolla ciertas prácticas y no otras, para entenderlas a la luz de las identidades y relaciones de género. La manera más clara en la que se asumen estas identidades en esta investigación es mediante el rol de madre-trabajadora y mediante las prácticas, negociaciones y acciones que las madres-trabajadoras realizan al explicar que son madres y que por eso tienen que trabajar. Además consideran que el trabajo les permite ser *buenas* madres.

Las prácticas de atención al embarazo, parto y puerperio identificadas en mi investigación pueden clasificarse en dos tipos: de auto-atención y atención médica descritas en el cuadro 15.

Cuadro 15

Prácticas de atención médica
al embarazo, parto y puerperio

I Prácticas de auto-atención	
a)	Autocuidado
b)	Auto-atención
c)	Aguantar
d)	“Nada”
II Prácticas de atención médica	
a)	IMSS
b)	Hospital Básico de Salud
c)	Medicina privada
d)	Servicios médicos en la empresa
e)	Medicina tradicional
f)	Medicina alternativa
g)	Otras

PRELUDIO AL EMBARAZO

Para ubicar las prácticas de atención al embarazo en las vidas de las mujeres será necesario hacer referencia a algunos temas de sus vidas reproductivas, particularmente aquéllos que se relacionan con el inicio del embarazo y con las prácticas de atención a otros eventos de salud reproductiva. Por este motivo, en las siguientes secciones se describen los relatos de las madres-trabajadoras en cuanto a su primera menstruación, las relaciones de pareja y sus prácticas anticonceptivas.

Menstruación

Todas las entrevistadas recuerdan bien la primera menstruación, fue un momento de temor y desconocimiento dada la poca información previa. La madre no siempre era la mujer que acompañaba a la hija en este momento. Varias de las entrevistadas relatan que fueron con una tía, la abuelita, las primas, una vecina, algunas amigas, o la maestra de la escuela Marina recuerda el sigilo con el que se manejaba el tema de la menstruación.

Nunca hablé con mi mamá de esto. Yo no sabía nada, era ignorante totalmente de eso, y fijate, en una ocasión, hace poco precisamente, que platicué con mi papá de eso, porque él me dijo ahora que vino para acá: “ay hija, tanta ignorancia de nosotros como padres, y nuestros padres peor que nunca nos dijeron nada”. Le platicué que veía a mi madre poner ahí unos lienzos de tela que de seguro eran para eso precisamente. Le pregunté una vez a mi mamá para qué eran, me sacó del cuarto de las greñas y me cerró la puerta y entonces yo no volví a preguntar para nada. Así que siempre me quedé con eso.

Hasta que entré a la secundaria, casi a los quince años, fue cuando me enteré, por los libros, pero a los 12 años yo no sabía nada y también una de mis amigas me empezó a hablar. Me preguntó si a mí ya me había bajado y le dije no sé. Ella me dijo: “a mí ya me bajó”, que compró toallas y que la regla y que no sé que. A mí me dejaba en las mismas, no sabía nada y me explicó más o menos. Yo le dije: “no es cierto”. [¿Y tú qué creías?] Pues que había sangrado la mujer, de lo de la regla no le creía, pero a los dos meses exactamente que ella me había platicado, empecé yo a sangrar... Pues le platicué a ella [su amiga] y dijo que se ponían toallas atrás, yo busqué trapos para ponerme y eso empecé a usar, los agarraba y los tiraba, los echaba a la fosa del servicio, agarraba la ropa vieja que no servía de mis hermanitos. Eso es lo que agarraba. Cuando se dio cuentas mi mamá me dio una regañada, que por qué no le había dicho, que ella iba a hablar conmigo y así ya le dije que me había pasado eso, que no sabía qué era, así fue como ella me explicó.

También me dijo que usara trapos pero que no los tirara, que los lavara y tuve que lavar. [¿Hasta qué edad los lavaste?] Hasta los 15 años y empecé a usar toallas porque me fui con unas primas y me bajó en esos días, les dije: “saben, que me bajó y yo uso trapos”, y ellas me dijeron: “cómo vas a andar usando trapos si hay cosas especiales para eso”, me dijeron, “dile a tu papá que te dé dinero para comprarlos”. Porque mi papá estaba trabajando con el papá de ellas en esos días. “No”, les dije, “yo no le pido dinero”. Ella, mi prima, le pidió a mi tía dinero... Mi tía dijo, “no tengo dinero, pero yo le voy a

pedir a su papá”, y fue como empecé a usar toallas. Cuando volvimos a la casa le dije a mi mamá que mi papá me *había dado* dinero para comprar las toallas y ya. Dijo mi mamá: “*vamos a ver si podemos seguir comprando*”, y sí, así seguimos... Yo me sentía muy incómoda, me daba mucha vergüenza, *no quería* que nadie supiera, si con mi prima lo comenté *porque me manché* y bueno, pues tuve que decirles, es que me daba mucha vergüenza.

El papá de Marina, en la conversación que ella *relata*, hace una reflexión sobre las implicaciones de esa historia *en la vida* de su hija: “Mi papá le dijo a mi mamá que ella *había tenido* la culpa de muchos problemas que yo tuve en ese sentido a esa edad”, pues nunca la dejaron tener novio “oficial” y dicen que por eso ella escogió al “peor novio”, el que resultó padre de su primera hija, pero que no resultó buena pareja.

Patricia también *relata* que sintió mucha vergüenza; *ahora* su hermana le hace carrilla pues dice que desde que le bajó *la regla* ya no quiso que se bañaran juntas. Gloria no sabía nada, *pues a los once años* se cayó de un árbol y en la noche “le empezó”. Ella creía que era por la caída del árbol, pero su abuelita le *platicó* que:

había que cuidarse, no bañarse con agua helada, no mojarse los pies, que se cuidara mucho porque ya era una señorita y ‘*si a ti te tienta un hombre*’, me dijo, ‘de seguro que sales de *encargo*’. Y yo no sabía qué era tentar un hombre.

Las recomendaciones de “cuidarse” de los hombres, de los baños, de las temperaturas, de usar los trapos o las toallas, se acompañan además con las recomendaciones sobre la necesidad de evitar ciertos alimentos. A Martha su mamá le dijo que cuando “*anduviera mala*”, no comiera ciertos alimentos como el puerco, el chile, *el chorizo* o el limón. Marina enlista lo mismo: el picante, *el limón*, las sodas, pero como prueba de que no es necesario: “Yo *no tengo* ningún cuidado, todo tomo”. Mireya dice que ella ya *se dio* cuenta de “que la comida no importa”. Una noción común tiene que ver con la menstruación como enfermedad, la sangre

como “cochinero” y el “fastidio de la regla”. Patricia toma anticonceptivos orales a veces; según ha escuchado de otras mujeres, éstos sirven para que no menstrúe y los toma cuando su pareja va a venir a visitarla y le toca “estar en sus días”. Si tienen molestias o cólicos se toman un tecito, se ponen fomentos calientes o se toman un Espasmosidón, pero lo más común en la Planta X es “cuidarse” para ir al baño a cambiarse las toallas. Marina dice que se hacen el “paro” para que las otras compañeras puedan ir a cambiarse. Esto quiere decir que se cubren o se sustituyen unas a otras para ir más frecuentemente al baño durante la menstruación. Entre algunas esto se habla abiertamente con los supervisores o las supervisoras, puesto que los permisos están limitados. Alicia relata que una vez pidió permiso para ir al baño y se le negó, insistió porque tenía que cambiarse las toallas y el supervisor la regañó por “cochina”, pero terminó dejándola ir.

Si los cólicos son muy pesados, si el color y la consistencia de la sangre no les parece normal, las mujeres buscan atención médica, en principio con el médico de la fábrica, luego en el Seguro. Ocasionalmente, los médicos les recetan algo para el dolor (Doripirón o Butiliosina), pero acompañado con la frase “no hay nada que hacer, es algo normal”. Esta *normalidad* es más que un pretexto para no proporcionar mayor apoyo o información a las mujeres, constituye un elemento central del discurso médico en torno a las dolencias de las mujeres. Implica que “te tienes que aguantar” y esto se presenta también en otros momentos, como veremos posteriormente en la atención al embarazo. El reto es hacer visible la forma y el contenido de estos mensajes que se intercambian en torno a las prácticas de atención a la salud de las mujeres.

Las prácticas en torno al cuidado de la salud que se inician durante la menstruación marcan fuertemente el desarrollo de las siguientes prácticas, se imprimen de sigilo, surge la idea del *cochinero* como referencia a los líquidos corporales, comienza el desarrollo del cuidado de la alimentación como una práctica necesaria para mantener la salud, así como la idea de que el papel de la mujer es aguantar como referencia a lo normal.

Las parejas

Poco después de “hacerse señoritas”, las mujeres inician el cortejo y la relación de pareja, tema que otras investigadoras han estudiado a profundidad (Amuchástegui 2001; Rodríguez 2000; Szasz 1999). Aunque abarca un campo mucho más amplio del que aquí podemos analizar, me pareció que eludir por completo el tema amputaba de las vidas de estas madres-trabajadoras una parte importante de sus relaciones de pareja y, por ende, de su salud reproductiva. Hablaré más de sus parejas cuando discuta sus prácticas en torno al embarazo.

Martha tuvo a su primer hijo a los 16 años, Delfina a los 18, Lorenia a los 19, Mireya a los 25, Gloria a los 24, y Cecilia a los 25. Todas, al igual que Elizabeth y Magdalena, siguen casadas con los mismos hombres. Tres de las cinco entrevistadas principales han tenido dos parejas, pero siempre consecutivas, no simultáneas. Esto contrasta con algunos varones quienes siendo casados tienen su “casa chica”. Todas las mujeres entrevistadas que tuvieran una relación de pareja residente se referían a la pareja como su “esposo”, fueran unidas por unión libre o por matrimonio.

El tipo de relaciones que desarrollan son: unirse con el primer novio; la unión con una segunda pareja; la pareja de visita cuando éste es casado; o de madre sola. Aunque viven con tristeza el fracaso de sus relaciones, aquéllas que han tenido que separarse o divorciarse lamentan más la falta de continuidad por sus hijos, no por ellas, quienes decidieron ya no aguantar a parejas que fueran mujeriegos, borrachos o desobligados.

Dos de ellas han tenido relaciones afectivas, sexuales y se han embarazado sólo con un varón. Elizabeth sigue con el mismo hombre que fuera su primer novio, su primera relación sexual y su esposo actual, padre de sus tres hijos. Martha tuvo relación con un hombre casado, pero ella nos cuenta que buscó tener relaciones sexuales con él porque deseaba tener un hijo. Él ya murió y ella no quiere saber de otra pareja. Alicia se divorció de su primer esposo, padre de su hija mayor, y ahora ha tenido dos hijos con su actual pareja, del cual se ha separado en dos ocasiones por breves periodos. Teresa ha tenido tres parejas. Ha querido dejar a su

pareja actual porque la golpea, pero se embarazó de nuevo. Su familia se enojó con ella y sus hermanos no quieren saber nada de ella mientras siga con él. Le da tristeza dejar a sus hijos sin papá, ya se están encariñando con él y cuando no la golpea es muy tierno y le pide perdón. Sentirse tan sola, sin el apoyo de su familia, la atrapa aún más en el círculo vicioso del abuso.

A pesar de que tres de las parejas de las madres-trabajadoras (el de Marina, el de Patricia y el de Martha) mantienen o mantenían dos relaciones paralelas, ellas nunca nos relataron tener dos parejas a la vez; ni siquiera lo presentaron como una opción. Marina hace comparaciones entre los dos hombres que le han dado hijos. A pesar de que su pareja actual está casado con otra mujer, ella considera que es un hombre responsable, noble, tierno y cariñoso. Ella dice quererlo y sentirse bien con él, no como con el otro que la hacía sentir como si fuera de “su propiedad”. En el pueblo donde vivía, su primera experiencia de pareja fue difícil, el novio se la llevó a vivir a casa de sus papás sin consentimiento de nadie porque los papás de Marina no lo aceptaban. Pero no se sentía bien en casa de sus suegros:

Todos se la llevaban peleando y la mamá le hacía de todo, luego él se enojaba bastante y se iba por una o dos semanas y yo ahí con los suegros. Lo único que trataba de hacer es ayudarles con el quehacer de la casa para no sentirme tan mal. El caso es que salí embarazada y a aguantarme a todo lo que viniera después, luego tuve problemas ahí en su casa y me dijo él: “mira, no sé, ahí te la echas tú”, y él se fue y yo me devolví a mi casa.

Pocos meses después de parir, Marina, abandonada por el esposo, decidió dejar a su hija con sus papás y viajar a Nogales con una amiga a buscar trabajo para poder mantenerla. Le da tristeza que sus dos hijos no tengan el mismo padre. Se siente mal de no haber seguido estudiando, pues ella terminó la secundaria y llevaba dos años cursando Trabajo Social, carrera que dejó cuando se fue con el primer novio. Alicia guarda el mismo sentimiento, pues ella también dejó a su hija de su primer

esposo con sus papás y llegó a Nogales buscando trabajo. A pesar de que la hija, su nueva pareja y sus otros dos hijos ya vivían con ella, a veces se siente triste de que no sean todos “una misma familia”.

Dependiendo del tipo de relación con la pareja, éste tendrá mayor o menor relación con ella durante el embarazo. Marina, por ejemplo, se regresó a vivir con sus papás y no sintió jamás el apoyo o interés de su pareja por el desarrollo de su embarazo. Este hecho fue el que la llevó a decidir separarse de él. Martha nunca se dispuso a habernos mucho sobre su relación con el padre de su hijo durante el embarazo, sólo nos confió que él la apoyaba, pero que sus hermanas fueron las que estuvieron más pendientes de ella.

Las prácticas anticonceptivas

La anticoncepción fue otro tema que exploramos en relación con la historia de los embarazos de las mujeres, dada su estrecha relación con el reconocimiento de éstos. De acuerdo con los resultados de la encuesta en la Planta X, los métodos más socorridos por las mujeres son los anticonceptivos orales, la salpingoclasia y el dispositivo. En cuanto a los varones, los métodos más utilizados en su última relación fueron los mismos, pero además, el condón fue reportado dos veces más por varones que por mujeres. La esterilización femenina, a pesar de ser una operación complicada, costosa, riesgosa y con más implicaciones para las mujeres y el servicio médico, es mucho más común (16.7 por ciento) que la esterilización masculina (1.4 por ciento) (Encuesta en la Planta X).

Las entrevistadas se lamentaban mucho de los problemas con los anticonceptivos, pero los aceptaban con cierta ambivalencia como algo necesario. Sobresalen dos prácticas: la combinación de métodos anticonceptivos y la salpingoclasia a una edad relativamente joven después de varios hijos.

En el primer caso, los anticonceptivos orales y el dispositivo fueron los métodos a los que recurren durante el periodo de vida sexual activa con su pareja. Cuando estos métodos fallan, caso mencionado por varias madres-trabajadoras, o cuando temen los efectos secundarios, como el

desarrollo de cáncer de seno o en los ovarios, los sustituyen con el “cuidado” de su pareja, el *coitus interruptus*, o condón, aunque estos métodos no resultan satisfactorios a sus parejas.

A Teresa le pusieron el dispositivo intrauterino después del segundo embarazo, pero antes había ido dos veces al Seguro y no lo tenían en existencia; cuando volvió por tercera vez para ver si ya tenían, estaba embarazada. Marina y Alicia se embarazaron con el dispositivo intrauterino colocado. Posteriormente, ambas se hicieron la salpingoclasia. Se quejan, al igual que Magdalena, de que ahora se les cae el pelo y tienen miedo a engordar, pero ya no “batallan pensando que se van a embarazar”.

Los varones que son las parejas de las madres-trabajadoras fueron las personas más importantes al decidir sobre qué método utilizar. Aunque platicaban del tema con sus amigas o hermanas, los referidos sobre la decisión siempre eran los esposos o compañeros. En ocasiones no llegaban a un acuerdo, como es el caso que relatamos de Gloria, a quien su pareja le dice que no tome anticonceptivos por la posibilidad de desarrollar tumores en los ovarios.

En ocasiones, las fallas de los métodos tienen que ver con que no se siguen las indicaciones, o el uso esporádico de las pastillas anticonceptivas; otras veces tienen que ver con la falta de medicamentos en el Seguro, la falta de dispositivos o su inserción inadecuada. Los esposos de varias de nuestras entrevistadas usaron el condón por periodos hasta de un año, pero a veces dejaban de usarlos porque “se cansaban” o no les gustaba.

A Lorenia le quitaron la matriz porque la “tenía cansada”. Ella también usó el dispositivo y las pastillas, pero tuvo problemas con su esposo que era soldado, porque no le gustaba que tomara las pastillas cuando él estaba de viaje. Finalmente decidió dejarlo. Isela no quiso tener tantos hijos, pero los primeros cinco fueron mujeres y su esposo quería el varón; cuando finalmente lo tuvo, se hizo la salpingo. Marina quiso pensarlo y hablar con su pareja antes de decidirse por la operación (salpingoclasia), aunque finalmente ella asumió la decisión. Su reflexión revela los dilemas que plantean la maternidad y las relaciones de pareja a las madres-

trabajadoras que viven una transición marcada en comparación con la vida que les tocó a sus madres o abuelas.

Pues mira, decidí sola, porque estábamos en que tú te cuidas, yo me cuido, no me caen las pastillas. Bueno, pensé todo eso y ya le comuniqué a él que ya me quería operar. Él dijo: “si quieres me opero yo, pero déjame pensar o hacerme a la idea”, ya que le tenía miedo a la operación. Le dije que yo también le temía a operarme pero que tenía más miedo a tener otro hijo y a no poder mantenerlos, y no poder tenerlo conmigo como no tenía a la niña. Eran muchos los problemas psicológicos que tenía en ese sentido. Y pues un niño más, económicamente, educación... y de esa manera fue como decidí. Lo decidí por lo mucho que batallo con mis hijos [para] que me los cuiden, no es justo que vaya a tener otro y llevárselos a mis padres. También ellos están ya mayores y sí, ellos también batallan.

Si usan las pastillas, éstas pueden causar cáncer de mama o de matriz; si usan el dispositivo, éste puede salirse, lastimarlas e igual pueden quedar embarazadas; si les hacen la salpingoclasia, pueden tener problemas de salud después por aumento de peso o por la caída de pelo, además de los problemas inherentes a la operación y el temor que le tienen a que “las suban a la plancha” y les pongan anestesia. Estas son algunas de las preocupaciones sobre el uso de anticonceptivos.

Aunado a dichas preocupaciones están los relatos sobre el trato médico. Unas señalaban sentirse presionadas por los médicos para aceptar el dispositivo o la operación a la hora del parto. Otra, que ya había decidido que después de dos hijos quería esterilizarse, tuvo que esperar muchas horas para ser operada puesto que el médico quería estar seguro de que tuviera suficiente tiempo para convencerse.

Posteriormente retomamos estos temas al discutir los casos específicos durante el embarazo y parto en cuestión. En todo caso, la decisión individual era fuertemente influenciada por sus parejas y sus médicos, así como sus propias consideraciones sobre los hijos que ya tenían. Si bien reconocían que estaban en mejores condiciones que las de sus

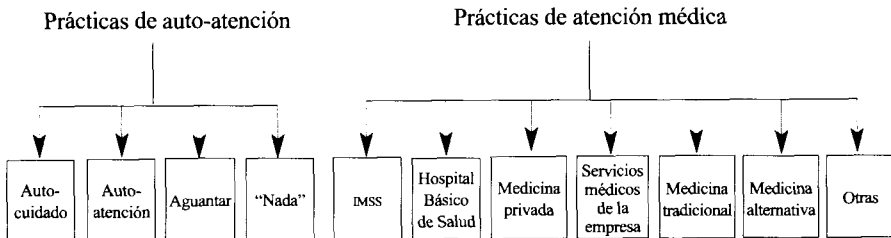
madres, que tuvieron que “tener todos los hijos que le mandaran”, las prácticas anticonceptivas no ofrecían toda la seguridad deseada. En estas prácticas confluyen intereses del sistema de salud, de la pareja y de la mujer. Esto en parte tiene que ver con la deficiencia de la propia atención ofrecida en el Seguro al no tener disponible el anticonceptivo deseado, sean dispositivos o anticonceptivos orales, y la falta de capacitación del personal médico para apoyar a la mujer y a su pareja con información respecto a su decisión. Igualmente, la ausencia de métodos anticonceptivos para las mujeres que no conlleven efectos sobre la salud, o bien información sobre métodos que sean aceptables para los varones.

LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN AL EMBARAZO POR ETAPAS

En el cuadro 16 se ilustran las distintas prácticas de atención al embarazo, sin embargo, como hemos dicho, no en todas las etapas se recurre a las mismas prácticas de atención. En esta sección hablaremos de las distintas etapas que hemos identificado con base en el trabajo etnográfico en Nogales.

Cuadro 16

Prácticas de atención al embarazo, parto y puerperio



El reconocimiento del embarazo

El embarazo es un proceso, una gestación que no siempre se percibe con claridad, aunque se crea que la ausencia del periodo menstrual –la regla– sea el momento definitorio para muchas mujeres. Las reacciones de las mujeres en cuanto al reconocimiento del embarazo están fuertemente vinculadas a sus relaciones familiares, con la pareja o con su padre, y particularmente si son solas, en relación a los hijos. Vinculado a la relación de pareja se encuentra el carácter de la intención o el deseo de embarazarse y los métodos de anticonceptivos utilizados o no. La reacción de las mujeres a su embarazo también tiene que ver con el efecto que éste tendrá en su trabajo, temiendo un posible despido. Ambas razones se derivan de su percepción sobre su cuerpo y su salud, imbricadas en su propia identidad de mujer. Estas razones no se viven como motivos fijos que mueven a las mujeres. Sus vivencias son tan distintas como sus historias individuales, y su experiencia propia puede cambiar de un embarazo a otro. Las etapas de reconocimiento y respuesta son varias. Puede posponer el reconocimiento del embarazo y buscar explicaciones diversas para su malestar. Pero cuando ya no se puede posponer su confirmación, se acude a la atención médica privada o pública para confirmar oficialmente el embarazo. Para el caso de las trabajadoras, el siguiente paso es abrir expediente en el Seguro, lo cual le garantizará la atención prenatal, que ellas llaman control, pero más importante, la atención para el parto.

En los relatos recabados aparecen las vivencias de las mujeres en cuanto al momento de reconocer el embarazo. Los aspectos fundamentales del reconocimiento se cifran en la aceptación del embarazo por parte de la mujer, por parte de su pareja, la situación o vulnerabilidad en el empleo y el trato que reciba de los médicos a los que acude para cerciorarse del embarazo.

También hay confusión y falta de comprensión del proceso biológico de la fecundación. En el caso de Mireya, ella refiere sus dudas sobre si habría estado embarazada antes, pues su mamá la acusaba de que las hemorragias eran abortos a pesar de que el médico le confirmaba que aún era virgen.

Nunca me quedó muy claro lo del embarazo, pues como había tenido muchas hemorragias de la menstruación, pues no supe bien si ya estaba embarazada.

Gloria, ya casada, presentó lo que la institución médica le diagnosticó como embarazo psicológico. Pasó siete meses creyendo estar embarazada hasta que llegó al IMSS en busca de ayuda cuando tuvo una hemorragia muy fuerte y le diagnosticaron la “regla detenida”.

Yo tenía siete meses de embarazo según yo, no porque el doctor me dijo que estaba embarazada. Y resulta que tenía siete meses que no me bajaba, y después, un día bien mala, o sea que me cayó la niña encima y me cayó aquí [señalando el estómago] así, y me bajó y yo fui al Seguro rápido, ¿no? Seguro que lo mató, dije yo, y ya le dije al doctor que me había golpeado, pero no le dije que me había caído la niña encima y le dije que me hiciera un ultrasonido para ver si realmente era niño o qué era porque yo no sentía nada, ni vómito, ni nada y siete meses le digo, y ya me van a incapacitar o sea realmente. Y me hicieron el ultrasonido y resulta que no era niño, era retención de la regla o sea que me cayó la niña encima y me bajó... Pues eso me dijeron, que era retención de la regla, que era embarazo lógico (sic) de la mente de uno pues... [Me sentía] muy triste porque ya tenía la idea, tenía la ilusión.

Por otra parte, se dan casos de mujeres como Teresa, Patricia o Marina que tenían varios meses de embarazo sin confirmación médica, experiencia ligada a las características de la relación que tienen con su pareja, quien es casado y vive con su esposa y sus hijos. Tanto Marina como su pareja querían saber por qué ella se sentía tan mal. Le dieron cita en el Seguro hasta una semana después y su pareja le dio dinero para ir con un médico privado quien le confirmó, mediante un ultrasonido, el embarazo de trece semanas.

Este segundo embarazo fue para mí sorprendente, porque me estaba cuidando y se vino de repente y hay que aceptarlo, era mi hijo. Fui con el médico porque tenía problemas de vómito y dolores en el estómago, fui primero con el doctor de la fábrica y él me dijo que podrían ser parásitos o el páncreas, algo así; el caso es que el dolor de estómago no se me quitaba. Me dio medicinas supuestamente para esos dolores, pero cuando tomaba las pastillas que me recetó, las vomitaba y me sentía mal. Decidí cambiar de doctor, fue cuando fui al Seguro, me pusieron cita para ocho días después. Yo me sentía muy mal porque tenía dolores en la boca del estómago y abajo del estómago. En el Seguro me dijeron que probablemente se me había salido el dispositivo y a lo mejor estaba embarazada, aunque yo me negaba rotundamente a decir que estaba, porque reglaba y además traía el DIU, entonces pensaba que era otro problema

En su segundo embarazo, Marina estaba trabajando para enviar dinero a sus papás y pagar los gastos de su hija mayor.

Pensé estar embarazada, pero a la vez no podía creer y a la vez no lo aceptaba por la relación que tenía con el Tomás. En ese momento yo no quería tener hijos, pues no estaba planeado y pues sentí muchas emociones encontradas al ver yo el bebé y me tuve que resignar y aceptarlo porque ya al verlo pues lo deseas también... Nunca pensé [en el aborto]. Lo que hizo el doctor fue retirar el DIU, me fui a la casa, le platicué al Tomás lo que pasaba, me dijo que si qué pensaba hacer. Le contesté: “dime tú qué es lo que se hace en estos casos, tú sabes, ya tienes hijos, yo también tengo una hija, dime tú qué es lo que vamos a hacer”. Me dijo, “vamos a hacer lo que se tiene que hacer en estos casos”. Me le quedé viendo muy triste y ya no le dije nada. Porque en ese momento me imaginé que él iba a querer que abortara, o sea me fui a los extremos. Y me abrazó y me dijo que por él no había problema, que si yo lo quería dejar nacer, que lo dejara nacer, porque él deseaba otro niño. En ese momento él tenía un niño y dos niñas y su mujer ya se había operado, que él deseaba otro hijo varón, que siem-

pre había deseado otro, que le iba a pedir a Dios que fuera varón, eso dijo. Ya de ahí me atendí en el Seguro [Marina tuvo un varón].

Como constata el relato anterior, las mujeres comparten y negocian el momento del reconocimiento, sobre todo con su pareja si ésta es estable –viva o no con ella–, y posteriormente con otros miembros de la familia. Si su relación de pareja es inestable se preocupará por la implicación del embarazo en dicha relación y la reacción de su compañero: si el embarazo influirá para ahuyentarlo o para validar y afianzar la relación.

El relato de Marina no es el único en el que se menciona una preferencia por el sexo del bebé. También Isela nos dijo que había tenido cinco hijas, y hasta después del sexto parto que fue varón, se operó. Alicia nos contó que su segundo embarazo “fue algo que no estaba en mis planes”, ya trabajaba y no quería tener más hijos, “fue algo que salió así, por eso fue muy pesado”. Se deprimía mucho y hablaba con su supervisora al respecto. Ella le ayudaba, no le dejaba trabajo pesado y le hablaba “muy bonito”. Por eso se “sentía mejor en el trabajo que en la casa”. Después de este embarazo se juntó a vivir con su pareja (el segundo) y a los tres meses se volvió a embarazar, a pesar de que tenía el dispositivo.

Si vive con sus padres y no tiene pareja estable, la reacción del padre puede ser la que más interesa a la mujer: ¿la correrá de la casa, o aceptará a su hijo? En el siguiente relato Teresa matiza, centrándose en su posterior descripción a nosotras, en su preocupación por su hijo.

También allá en [otra ciudad norteña] me cuidaba, pero a escondidas, porque mi papá no sabía, hasta que yo tuve seis meses de embarazo supo mi papá, también tuve un riesgo esa vez de perder al niño. El doctor me incapacitó y no me quise internar y le dije que yo me iba a internar en la casa, que iba a estar acostada en la casa, pero no. Me fui para la casa para allá a ver a mis papás y pues ya iba bastante gordita, me vio mi papá y ya se dio cuenta y yo creía que se iba a enojar o sentir conmigo, pero pues a mí no me interesaba. Estaba muy contenta porque iba a tener un hijo, me cuidaba, trataba de no excederme también, de no levantar pesado, sabía que me hacía daño cuando me iba en el camión.

Si tienen hijos, a veces éstos han opinado sobre su deseo de tener otros hermanos. Por otra parte, la madre puede preocuparse al sentir que no podrá atender a todos lo suficientemente bien, particularmente si los otros hermanitos aún son bebés. Si se preocupa por sí misma, es sobre su capacidad de tener un bebé sano, de seguir cuidando a los otros, de poder mantener y cuidar a su familia, pareja e hijos. Sobre su tercer embarazo, Teresa comenta:

Sentía lástima por mi bebé, sentía feo, decía: está muy chiquito el niño, cómo voy a tenerlo, no, decía yo. No quiero tener. Entonces, fui con el doctor y le dije que no me bajaba, que no me había bajado, a lo mejor se me retrasó y le platiqué al doctor y me dijo que no, que ya era un mes pasado, casi dos meses, siempre me dio esa inyección. “Te la pones” me dijo, “al cabo que no te hace nada si estás embarazada, ni a ti, ni al bebé. Si no estás te va a bajar y es que es un retraso”. Y no, no me bajó, entonces fui con el doctor de la fábrica... me revisó y me dijo, “estás embarazada” y me dio las vitaminas, me dijo, “no puedo darte otra inyección, ya se te tienta el producto, ya se te tienta el bebé”. Ya le dije a mi esposo y fuimos al Seguro, me mandaron hacer los análisis que me tienen que hacer y le dije, “yo no voy a ir, no voy a ir”, y él fue por los resultados.

En el caso de Teresa su negativa inicial a aceptar el embarazo tenía que ver con el tipo de relación que llevaba con su pareja. Era una relación inestable, había sufrido golpes de su parte y además su bebé estaba muy chiquito. Las mujeres también se preocupan, además de su pareja y los hijos, por su familia de origen, como nos cuenta Marina.

En esos momentos, estando embarazada y trabajando, pensaba qué hubiera sido de mi vida si desde un principio hubiera conocido al padre de mi hijo y que mi hija también fuera de él. Me gustaría que los dos hubieran sido del Tomás [su pareja actual]. También qué reacción iba a tener mi papá, mis hermanos, todo eso me preocupó y hasta la actualidad eso me preocupa [Se refiere al momento actual, ya nacido el hijo].



Derechohabientes del IMSS Nogales haciendo una de las muchas filas para el trámite previo a recibir el servicio médico. Llama la atención que se ven personas muy jóvenes

Si está trabajando, sus primeros pensamientos –compartidos consistentemente por todas las trabajadoras entrevistadas– serán de disfrazar lo más que pueda el hecho de su embarazo al considerar que la empresa –y estas experiencias corresponden a los relatos de las mujeres tanto para la Planta X, como para otras maquiladoras– no la va a contratar o no le va a renovar el contrato. Esto corresponde ya sea si está por tiempo definido o si apenas inicia, en cuyo caso no se le extenderá su contrato o no le darán una promoción o tiempo extra en función de su estado de preñez. Esta es una de las formas más abiertas de discriminación hacia las mujeres y frente a la cual ha habido una activa movilización de grupos laborales, de derechos humanos y comunitarios especialmente en la frontera de México con Estados Unidos (véase Human Rights Watch 1997). En el caso de algunas de las trabajadoras esto retrasa la búsqueda de atención médica prenatal, pues consideran que deben evitar que la fábrica se

entere de su embarazo. El relato de Patricia con el que abrimos este capítulo sugiere que ella había negado lo del embarazo lo más que pudo para que no se enteraran en la fábrica a pesar de que tenía más tiempo de antigüedad. El caso de Gloria fue diferente porque no tenía un contrato de tiempo indeterminado en la fábrica, sino que le habían hecho uno por tres meses y luego ya nunca se lo renovaron.

Yo me atendí de los dos en el Seguro, de la niña a los dos meses y del niño fui hasta los cinco meses porque no tenía contrato en la fábrica y no quería que se enteraran y me corrieran. Yo me sentía bien y ya después de los cinco meses empecé a ir cada mes.

Las empresas pueden tener varias razones para no contratar a mujeres embarazadas y, una vez contratadas, buscar la manera de despedirlas o no renovar sus contratos. De acuerdo con algunas investigaciones, éstas pueden tener que ver más con exigencias del IMSS que de las propias empresas.⁶⁷ Si son de recién ingreso, el IMSS tiene que cubrir las incapacidades y, según nos cuentan, a las mujeres en esta situación no se les pagan completas.⁶⁸ Frente a una amplia oferta de trabajadores y trabajadoras, las empresas contratan a quienes consideran que les costarán menos y a quienes tienen menos razones para rotar. El caso de las mujeres trabajadoras es complejo: por un lado, tienden a faltar más debido a la atención que requieren sus hijos, pero por otro lado, la misma motivación de cuidar a sus hijos y darles un sustento las motiva a ser estables y responsables en el empleo. Este efecto contradictorio fue ratificado en entrevistas en la misma planta, así como en otras maquiladoras. Un gerente de personal expresó la preferencia por contratar a las madres porque “aunque faltan un poco más, son más responsables y aguantadoras”.

Otras trabajadoras planeaban cuidadosamente embarazarse, ya sea porque querían tener un hijo con esa pareja o porque consideraban que

⁶⁷ Entrevista con Miguel Ángel González Block, 6 junio de 1997.

⁶⁸ Este dato me lo han confirmado personas del Seguro, pero no he visto ningún documento o normatividad al respecto.

pronto tendrían que “operarse” por razones de anticoncepción o por razones de “desuso” como les informaban tanto médicos de la empresa, como del IMSS. La relación estable de pareja no es la única razón que hace desear o no al hijo, también están los consejos de médicos de la fábrica con respecto a la edad ideal para tenerlo –alrededor de los 30 años– y la función del cuerpo femenino. En este fragmento de entrevista con Martha se refuerza la idea del cuerpo de la mujer como vehículo para la reproducción biológica, y de la justificación de una relación sexual extramarital si lleva a la concepción de un hijo para una mujer sola. Al leerlo debemos considerar que ésta es una reflexión realizada dos años después de los hechos, posiblemente se trate de la justificación que ella se ha construido sobre su relación.

Un día me bajó la regla y me duró mucho, 15 días. El médico de la fábrica me mandó hacer ultrasonido y descubrieron los quistes. El médico de la fábrica y otros me explicaron que mi matriz era para tener hijos y que si no daba, entonces se enfermaba. También el doctor de la fábrica dijo que entonces me quitaría la matriz si no quería tener hijos, que entonces para qué la quería, si no iba a tener ninguno. Por eso, éste [refiriéndose a su hijo]... Yo tenía amistad con el padre del niño, pero nunca había tenido relaciones sexuales, hasta que pensé en tener al hijo. En mi familia todas las mujeres son muy fértiles... No me sentía a gusto [con las relaciones fuera del matrimonio] ni me gustaba la idea de hacer algo que nunca me había gustado. Le dije que aceptaba tener relaciones con él porque quería un hijo mío, “entonces” me dijo, “quieres que tengamos relaciones, o si no te puedes cuidar”. “No”, le dije, “yo quiero un hijo mío y no me voy a cuidar, no es que quiera relaciones por gusto, sino porque quiero un niño”, y así, al tiempo, salió este pequeño.

Cecilia tiene una noción acerca de la edad ideal para embarazarse. Quedó encinta por segunda vez cuando dejó de tomar las pastillas. Su esposo no quería que se embarazara pero ella ya no quiso tomárselas más. Había dejado de tomar las pastillas para descansar un poco de los

achaques cuando su esposo salió a Sinaloa a un negocio, pero cuando él volvió ya no utilizó ningún método anticonceptivo y se embarazó.

No me sentía bien, no me caían bien las pastillas [las dejó de tomar a mitad del ciclo]. Quedé embarazada. Pues ni modo, mi esposo no quería, pero pues ni modo. Dicen que después de los treinta años es riesgoso, pues entonces, de una vez, pensé yo.

En la etapa de reconocimiento, así como en otras etapas, las prácticas de atención son moldeadas por las relaciones e identidades de género. Este principio organizador colorea todas sus vidas y nos permite entender desde por qué deciden aceptar un embarazo no deseado en un principio, a por qué aceptan como *normales* los malestares del mismo, hasta los sacrificios físicos y anímicos a los que se enfrentan para cumplir con un destino que aparece como el motivo principal de sus vidas: ser madres. El sustento ideológico de las identidades de género no sólo explica por qué las mujeres aguantan una situación que a los ojos de esta investigadora parecería modificable; explica además la razón fundamental por la que buscan en primer lugar un empleo en las maquilas. Ser madres-trabajadoras no puede separarse. Estas identidades normarán sus relaciones con las distintas personas con quienes conviven en la casa y en la fábrica y con los distintos curadores a quienes habrán de acudir. Estas relaciones de género se dan tanto entre mujeres y varones, como entre mujeres y mujeres, y varones y varones. Para la atención al embarazo son particularmente centrales las relaciones entre la mujer y su propia madre, así como entre la mujer y otras curadoras mujeres con las que se atiende.

Pensar que ser madre-trabajadora justifica sólo la pasividad o una resistencia brusca que se presenta únicamente como reacción es un estereotipo muy conservado aún en la opinión pública. Pero en el análisis de fragmentos de entrevista para las etapas subsecuentes del embarazo mostraremos que las mujeres toman muchas iniciativas y logran espacios importantes para controlar sus vidas y sus cuerpos: toman decisiones sobre el uso de los recursos para la salud, tanto de auto-atención como el uso

de la medicina tradicional y alternativa; manipulan selectivamente los recursos de la medicina biomédica, del IMSS, del sector público y también particular. En ocasiones este control se referirá a la decisión de no hacer nada, de aceptar como un estado normal algo que no les es agradable. El estudio de cómo se ha construido esta *normalidad* de manera tan incuestionable, como algo que pareciera ser inherente al “ser mujer” para las trabajadoras de las maquilas, merece ser analizado con mayor profundidad.⁶⁹

En todos los relatos aparece un momento en el que se llega al umbral de lo que se considera *normal*. Este es un límite muy distinto en cada mujer. Pasando este umbral, más allá del parámetro de normalidad, las mujeres se asustan y acuden al IMSS o a la medicina privada para pedir auxilio. Esto pasa sobre todo cuando piensan que su bebé o ellas pueden estar en peligro o cuando se encuentran incapacitadas para las actividades domésticas o laborales.

En otras ocasiones se toman medidas que, en términos de las feministas, se llamarían asertivas. Ponen quejas, exigen atención adecuada, piden respuestas, denuncian, alzan la voz. Pero en la investigación realizada, hasta donde sabemos, nunca se movilizaron como grupo. Sus reacciones eran individuales y si bien lo socializaban con sus vecinas, amigas, familiares, no se convirtieron en motivo de movilización colectiva.

Los caminos que las llevan al embarazo son varios. Puede ser la misma ignorancia sobre sus cuerpos y cómo pueden embarazarse lo que las lleva a este estado desde su primera relación sexual. Otras toman una decisión explícita —o por lo menos así lo relatan después— de embarazarse y tener un hijo para no quedarse solas. El amor se presenta como otra justificación, “estoy enamorada y quiero tener un hijo con él”. Esto no es igual a la idea de que la mujer tiene una función reproductora y una edad ideal para reproducirse que cuentan otras mujeres. Finalmente, si no queda otra opción, aunque falle el método y no se desee ni se planea, como dice Alicia, “los tienes porque los tienes que tener”. De esta forma,

⁶⁹ Atiendo parcialmente esta discusión en las conclusiones.

el destino de *ser mujer* cierra el abanico de posibilidades y constriñe las opciones que ellas consideran que pueden tomar.

Esas opciones son formadas, moldeadas y negociadas en las relaciones con otros individuos, como su pareja, sus padres, sus hermanas o hermanos, el médico y sus pares, amigas y compañeras del trabajo. La negociación con su pareja es crucial, pues con él debe negociar el método de anticoncepción y si desean o no tener hijos, así como la aceptación final del hecho del embarazo. Esta negociación tendrá diferentes facetas, dependiendo del tipo de relación y la disposición que ella tenga para reconocer el embarazo y lo que éste implica en su relación de pareja. En el caso de Marina significó la separación de su pareja; mientras que en el caso del segundo embarazo de Alicia implicó irse a vivir con él. Frente al embarazo, para las madres-trabajadoras el trabajo es un aliado, puesto que les facilita la manutención a los hijos, aunque también constituye un detrimento, puesto que faltará contar con quien los cuide. Los trámites administrativos que deben realizarse en el Seguro aparecen como una razón básica para acudir al control prenatal. Con base en ellos podrán garantizar la atención hospitalaria del parto, así como el pago de la incapacidad prenatal y post-parto. Ellas negociarán las fechas de la primera visita al Seguro a fin de conseguir que las regañen lo menos posible y para que no se anticipe la noticia de su embarazo en la Planta X. Las prácticas reflejan una multiplicidad de acciones orientadas a garantizar lo que definen como la mejor atención para sus bebés y para ellas durante el parto; pero también representan la búsqueda por mantener el apoyo de su pareja y su empleo en la maquila.

Al interior del trabajo o de las instituciones médicas también se dan negociaciones en torno al embarazo de las mujeres-trabajadoras. Una vez reconocido el embarazo en el lugar de trabajo, procede “ir haciendo expediente” en el IMSS. De esto hablaremos en la siguiente sección.

En cuanto al reconocimiento médico del embarazo, no son patrones homogéneos los que se siguen en la práctica médica del IMSS y de la medicina privada, ni siquiera con la Secretaría de Salud. Los médicos ejercen ciertas libertades y tratan de influir en las decisiones de las mujeres. La negociación de la mujer no es un abanico único de posibilida-

des, la libertad de acciones que pueda tener depende de diversos factores en relación con planear, desear, concebir, posponer, o negarse a tener un hijo. En ocasiones, la única decisión que puede tomar la madre-trabajadora se refiere a su cuidado; al uso de algún método de anticoncepción temporal, mientras negocia con su pareja o con los médicos sus derechos reproductivos. Cumplida su misión de alcanzar el tamaño de familia que en ese momento le parece adecuado, cancelará, mediante el recurso de la esterilización, sus posibilidades definitivamente.



En el Seguro, después de los trámites administrativos y de conseguir la ficha, hay que esperar turno para pasar con el médico o la médica

La etapa del embarazo ya reconocido

“Es normal. Es rara la mujer que no sienta malestares, la mayoría se siente mal”, nos dice Martha. Los aspectos fundamentales de esta etapa son las prácticas para evitar y disminuir los mareos o vómitos y la negociación con el personal de mando en la Planta X para tener las menores

molestias posibles. Éstas se refieren sobre todo a los esfuerzos físicos y a la posición. La práctica más común, identificada tanto en los relatos como en la encuesta en la Planta X, era la importancia de evitar levantar cosas pesadas. En la relación con los médicos se negociaba la atención a las molestias de los mareos y vómitos y se utilizaba inclusive la consulta con médicos particulares si se consideraba que los del Seguro no ponían la suficiente atención a sus demandas. Alicia es tajante al respecto: la diferencia entre el médico particular y el del Seguro es “que en el Seguro no hacen caso. Te atienden cuando les da la gana”.

En cuanto a la relación con la pareja, lo que se pide es un poco de comprensión. Como dice Alicia, “la comunicación con tu pareja en el embarazo es muy importante, por ejemplo, cuando yo estaba embarazada, mi esposo nunca me preguntaba ‘qué te duele, qué sientes’, ni de pérdida ‘te cansaste’, nada me dijo”.

Los malestares difícilmente son clasificados por las mujeres como síntomas “irregulares” o “anormales”, al contrario, su descripción más frecuente es como “malestares normales”. Estos se presentan en diferentes momentos del embarazo y son particularmente pesados en los primeros y en los últimos meses, por molestias distintas. Incluyen vómitos, mareos, náuseas y agruras, dolores de cintura, de espalda, de pies, de cabeza, várices, calambres, dificultad para dormir o descansar, pesadez y presión. El cansancio o la fatiga y el sueño se presentan especialmente en los últimos meses; es cuando se quejan además de que se sienten muy gordas, muy pesadas. Estos síntomas y molestias son percibidos como parte del “paquete de la maternidad” y están inextricablemente vinculados a sus identidades de género. Tiene que ver con el sentido más profundo que la maternidad tiene para ellas. Si se desea o se tiene que ser madre, entonces dichas molestias son construidas como “normales”. Esta construcción ocurre en conversaciones con amigas y compañeras, con su madre, su tía, su abuela, lo que se dice por ahí y con los mismos médicos.

Sin embargo, para cada una de las mujeres cada embarazo es distinto. Rosalina nos comentó:

No tuve problemas [en el primer embarazo], era muy feliz. Como te dije, me la pasaba bien. ¿Tú sabes que pagan [el trabajo] cuando uno se embaraza? [Se refiere a las incapacidades]. El tercero, ése sí fue pesado. Tuve problemas desde que empecé a salir embarazada, como que se me venía y no se me venía amenaza de aborto. Casi no trabajé porque me la llevaba internada.

Otras relatan su relación con su cuerpo cambiante. Marina se extendió mucho tiempo en los relatos sobre el embarazo platicando de los cambios que sentía en su cuerpo y de cómo iba experimentando a su bebé a medida que crecía.

Es muy bonito porque el cuerpo entero se transforma [...] Pues psicológicamente uno piensa mucho, en su hijo que trae adentro en el vientre, estás más pendiente de las cosas o los movimientos que te suceden adentro de tu cuerpo, más que lo que está pasando en el exterior.

El tener que ir a trabajar puede agudizar los malestares, por los arreglos y desarreglos que tiene que hacer para sobrellevarlos o para ajustarse a las condiciones de trabajo. Paradójicamente, también puede representar un espacio de descanso y distracción de las responsabilidades domésticas. En el peor de los casos, si los malestares se agravan y persisten, no queda otra más que salir del trabajo. Si los conflictos con la pareja se vuelven “insoportables”, la convivencia con él en casa se resuelve con dejarlo o con pedirle que se vaya de la casa, pero sólo si la mujer está decidida a hacerse responsable de su familia. Pero la mayor parte de las veces deciden convivir con los malestares, confortadas aparentemente por el hecho de que son parte de la normalidad del embarazo, de lo cual se cercioran con otras compañeras o amigas. Las náuseas y los mareos son las primeras molestias que reportan. A continuación Martha, la supervisora, relata su propia experiencia y las de “sus muchachas” de la línea.

Mira, yo tuve vómitos los nueve meses, me sentía muy atarantada y no podía comer nada. Con pura fruta y verdura me la llevé. Es normal. Es rara la mujer que no sienta malestares, la mayoría se siente mal. Tuvimos un caso ahí [de la fábrica] de una muchacha que no aguantó el embarazo, como a los cuatro meses se salió de trabajar porque de plano no podía estar trabajando. Tenía muchos vómitos, no se le detenía nada, deseaba estar acostada todo el tiempo. Yo, el embarazo que había tenido también había sido igual. Ahí conmigo estuvo otro caso que tuvo que salir de trabajar porque no pudo estar, aunque le dieran permiso, pero ni modo que le dieran permiso por nueve meses. Le dijo el doctor que es común los mareos y eso. No la pudo incapacitar. Tuve otra [muchacha] que también estuvo embarazada, pero se desmayaba, o sea que se mareaba, se sentía atarantada y no decía nada hasta que se desmayaba y se caía.

Esas molestias pueden darse en el trabajo, como en el caso de Martha, o en la casa. Las prácticas de auto-atención tales como la modificación de la alimentación (tanto lo que se consume como la forma de hacerlo, de manera más regular, sin dejar tanto espacio entre comidas), fueron las más comunes para atender estas molestias. Elizabeth y Cecilia nos cuentan de cuando se embarazaron, luego de dejar de tomar sus pastillas anticonceptivas.

Sabía los riesgos y pues fue un embarazo normal, nada mas los últimos meses, como tengo várices en las piernas, porque cuando estoy embarazada se me desarrollan más, luego trabajo parada, pero mala, mala, no. No necesariamente mala. Los primeros meses me dan vómitos en ayunas, eso es los primeros tres meses. A la hora de la merienda, cuando guisaba, la manteca me daba mucho asco y de los mismos vómitos me daban agruras, pero yo comía mucho arroz, lo masticaba para las agruras. Una señora me dijo que masticando arroz se quitaban las agruras y eso hacía (Elizabeth).

Tengo várices, me duelen las piernas, desde chica. Tengo una tía que también siempre le han dolido, con el embarazo siento que se me han desarrollado las várices. No hago muchas cosas, levanto los pies, pero ya cuando me voy a acostar, [antes] no alcanza el tiempo... (Cecilia).

Conforme avanzan los meses de embarazo, los malestares adquieren otras características y suelen añadirse otros. Las trabajadoras buscan explicaciones con familiares, piden ayuda a los médicos, se aplican remedios y se desarrollan nuevas estrategias conforme más molestias tengan y menos soportables sean. Avanzado ya el embarazo, éste es pensado y vivido como una enfermedad que pasará. Patricia comenta:

Mira, lo sentí un poquito [el embarazo], pero también más pesado porque engordé mucho y luego de eso de la presión, como te digo, el último mes ya para sanar fue terrible, no dormía, era una desesperación, me agarraba una rasquera por todo el cuerpo, tenía una botella de alcohol a un lado para frotarme de la rasquera y luego el doctor me recetó el Caladryl... Él decía que por el embarazo: “cuando sanes se te va a quitar”. Y sí, sané y adiós todo, pero mientras, mira, ni una noche te dormía, me acostaba, me paraba, así me la llevaba ese mes, el último... No hacía otra cosa, nada, y de éstos [los niños] también, con la rasquera me daba una desesperación. Duré un mes así, sin dormir. Los doctores me dieron nada más el Caladryl, que me lavara y me pusiera para la rasquera, ni me lo ponía porque me sangraba los pies de la rasquera.

Posteriormente Patricia se refirió de nuevo a este malestar de la rasquera diciendo, “nada me dieron, nada, nada”, y terminó ignorando la receta del Caladryl porque no le sirvió para lo que ella necesitaba. Pareciera que el apoyo que piden a los médicos es otro, además del puro medicamento, tratamiento o recomendación, pues las trabajadoras relatan diversas estrategias utilizadas para atender sus malestares. Recurrir a la atención médica es sólo una de ellas y cuando la solicitan no siempre es para atender sus recomendaciones, porque éstas no responden a la nece-

sidad que ellas plantearon. Por esas limitaciones de la atención médica (nótese las diferencias entre el caso del IMSS, el de la medicina privada o del médico de la fábrica), las mujeres recurren a otras prácticas de cuidado. En esta investigación identifiqué por lo menos dos diferencias entre el IMSS y otras prácticas de atención médica: 1) El trato que reciben del médico y la manera en la que se sienten tratadas. Esperan una atención respetuosa y una revisión. Cuando reciben el trato deseado de un médico del IMSS todos los otros problemas (como las filas, las largas esperas, los trámites) pierden importancia. 2) La calidad de los medicamentos del IMSS. Las mujeres perciben que los medicamentos del Seguro son de menor calidad que los que se venden en el mercado y que su efecto tarda más en resolver y aliviar el problema para el que son recetados. Por esto también se buscan otras prácticas de atención. Este problema no sólo se ha identificado en Nogales. Conversaciones con un agente de laboratorio farmacéutico revelaron que los medicamentos caducos son recogidos del Seguro y ocasionalmente integrados a nuevas medicinas, con lo cual es muy posible que pierdan parcial o completamente su potencia y capacidad.⁷⁰

Estas prácticas alternativas son las prácticas de auto-atención y constituyen una de las fuentes más ilustrativas de la multiplicidad de respuestas que las mujeres ejercen para enfrentar el embarazo.

Cuando se siente que las prácticas de cuidado no resuelven el problema, se consulta a algún pariente, casi siempre otra mujer. Hay más probabilidades de aceptar la molestia si escuchan una experiencia similar y sobre todo si les cuentan que no es permanente. Preguntamos a Patricia si sufrió de calambres durante todo el embarazo:

No, ya, ah no, miento, todo el embarazo desde que empecé. Aquí en las piernas, cuando estaba acostada; estaba acostada y cuando me iba a levantar, ay, gritaba, se me encogían mucho y luego parecía que me clavaban algo ahí, desde aquí desde la asentadera así hasta

⁷⁰ Entrevista personal con investigador, julio de 1995.

que me paraba el dolor, y cuando salí embarazada de ésta [la niña], ya tenía tres meses de embarazo y nadie sabía que estaba embarazada. Fui para la casa y le dije a mi tía –como yo estuve enferma desde chiquita, me la llevaba enferma, me inyectaban mucho y se me pudrieron las pompis. Tengo cicatrices. Me acuerdo que me ponían parches calentitos y me sobaban–. Le platiqué a mi tía que me daban calambres, ¿será, le dije, de cuando estuve chiquita? Entonces me dice mi tía: “no, esos me dieron cuando yo salí embarazada y los nueve meses me dieron”. Ya no dije nada.



Esperando ficha en el Seguro para tener cita con el médico familiar

CLASIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO

La forma de cuidarse depende de cómo se vive el embarazo y las primeras respuestas de todas las mujeres parecían la misma versión de una misma historia. No hacían nada porque todo era “normal”. Fue sólo des-

pués de muchas entrevistas a lo largo de más de dos años y de diseñar distintas maneras de formular las preguntas, que comenzaron a surgir una gran variedad de prácticas realizadas durante todo el embarazo para disminuir el malestar, soportar mejor el dolor, o convencerse de aguantar. Las referencias a las prácticas de atención médica fueron las más usuales y las primeras menciones que hacían. Sin embargo, a mí me interesaba conocer las prácticas de auto-atención y no sólo las médicas.

Creo que en parte la dificultad de generar información sobre las prácticas de auto-atención tenía que ver con lo que ellas imaginaban que yo esperaba como respuesta. Decían “no hago nada, voy a control”, haciendo referencia a su visita prenatal al IMSS. El “control” en el IMSS forma parte de su visión del “deber ser” en cuanto al cuidado del embarazo, pero no reconocen ante la investigadora y/o ante ellas mismas, hasta construida una relación de confianza, todas las variadas y múltiples formas a veces minúsculas, continuas y discontinuas, cotidianas y periódicas en que se ajustan día con día a un cuerpo que cambia radicalmente de forma y de sentir. El cuadro 17 ilustra algunas de esas diversas prácticas de atención.

En el discurso de las mujeres distinguimos las dos categorías de prácticas: auto-atención y atención médica. La auto-atención a su vez está clasificada en auto-atención, auto-cuidado, aguantar y no hacer nada. La práctica de atención de “no hacer nada” se refiere sobre todo a la aceptación de una situación como “natural” o normal, por lo que hay que “apechugar” y aguantar. Entre no hacer nada⁷¹ y apechugar parece haber una ligera diferencia. En el primero sí hay aceptación de una molestia, pero no se hace nada. En el segundo hay molestia y se piensa que no se puede hacer nada, se aguanta, se apechuga, aunque con un dejo de rencor, de coraje, de impotencia. Es decir, en el primer caso hay aceptación pasiva, en el segundo, aceptación agresiva, con enojo.

⁷¹ Esta decisión puede ser consciente, véase Menéndez (1992, 104).

Cuadro 17

Clasificación y ejemplos de las prácticas de atención al embarazo, parto y puerperio reportadas por las entrevistadas

Prácticas de auto-atención											
Auto-cuidado		Auto-atención		Aguantar		"Nada"					
Cuidar la alimentación		Fomentos calientes		Es "natural" y se tiene una que aguantar		Es normal, nunca hice nada					
Elegir anticoncepción		Tecitos calientes		Apechugarse		Todo es normal					
Ganarse la silla		Tomar algo para el cochinerero		No darle importancia		Es normal que una sufra					
Trabajar es una distracción		Tomar anticonceptivos orales		Gritar		Es natural sentirse marcada					
Darme mis antojos		Comer galletas o arroz		Aguantar y seguir		Problemas, no. Sólo los normales, vómito, dolor de cabeza					
Aseo		Sobadas		Los tienes porque los tienes que tener							
Prever		Levantar pies				Sufri lo normal					
No lavar		Reposo									
No hacer mucho caso Pasarse de tiempo en el último permiso al baño		Tomar agua									
Prácticas de atención médica											
MSS		Hospital Básico de Salud		Medicina privada		Servicios médicos en la empresa		Medicina tradicional		Medicina alternativa	
Pedir algo para el dolor o para otras molestias que no pudieron atender en la empresa		Papanicolaou Revisión ginecológica por una médica		Atención médica por preocupación con embarazo o bebé		Atención algún dolor puntual		Ir con la sobadora para prepararse para embarazarse		Acupuntura	
Abrir expediente para atención al parto y la incapacidad		Atención a los hijos		Ultra-sonido		Dolor de cabeza o de estómago		Ir con la sobadora para acomodar al niño		Homeopatía	
Atención urgente en caso de problemas con el bebé		Menos espera		Mayor confianza		Atención en caso de algún accidente menor		Atención del parto con partera		Naturista	
Salpingoclasia				Mejores medicamentos		Referencia al MSS		Uso de medicinas tradicionales como el huareque, la chicura y otros tés			
Anticonceptivos											
Control prenatal											

La diferencia de matiz que hay entre auto-cuidado y auto-atención revela la diferencia entre cuidar normalmente un cuerpo saludable o relativamente saludable y el atender un episodio específico de molestia. Estas prácticas abarcan los cambios conocidos en la alimentación, la higiene y el aseo, el reposo, las sobadas de familiares, los tecitos, el subir los pies, comer galletas, masticar arroz, ir al baño más seguido, tomarse medicinas para controlar el vómito o alguna molestia como dolor de cabeza, acostarse a descansar en domingo y llegar temprano a la fábrica para ganarse las mejores sillas, no levantar cosas pesadas, ni exponerse a los malos olores de los químicos, ni a la soldadura. Incluye “pasarse de tiempo en la última ida al baño, pues total...”, al ser la última vez, no pueden castigar quitando la siguiente. Una misma práctica puede clasificarse en auto-cuidado o en auto-atención según haya una molestia o no. Lo que distingue dicha práctica será si la mujer la inicia como parte de sus cuidados o si es una medida que toma en respuesta a una molestia que ella siente.

La madre-trabajadora toma la iniciativa para buscar atención médica y no sólo la biomédica. Se recurre a ella para diagnosticar el embarazo si hay alguna duda, cuando existen problemas que consideran que no pueden atender ellas, o por exigencias de la fábrica. Estas exigencias implican la necesidad de abrir el expediente administrativo en el Seguro para la atención del parto, y contar con el diagnóstico claro de fecha probable de parto. También el médico de la empresa enviará a la trabajadora al Seguro si considera que su caso es de alto riesgo.

Los relatos muestran que las prácticas no se dividen tajantemente, ni se acomodan tan mecánicamente en las categorías y clasificaciones de la antropología médica. La atención más solicitada es la del IMSS, a donde tienen que acudir para ir “haciendo expediente”, para atenderse el parto y contar con el pago de la incapacidad. Pero esta atención, aunque es predominante, no es exclusiva; además se atienden en el Hospital Básico, antes Centro de Salud, y con médicos y médicas particulares, así como con medicina tradicional y alternativa. Buscan a los homeópatas, acupunturistas, naturistas, entre otros. La consulta con curadores tradicionales se da sobre todo durante el periodo del puerperio más que

durante el embarazo o parto, puesto que en la medicina biomédica no encuentran respuestas a sus necesidades de limpiarse el “cochinero” o cerrar los tejidos.

Otros autores han contribuido mucho al tema de la auto-atención. Menéndez (1992, 157) por ejemplo ha identificado el primer nivel real de atención a la enfermedad, que es delegado básicamente en la mujer. Haro (2000) se refiere a los cuidados legos para definir estos saberes y prácticas elaborando una clasificación más minuciosa que incluye las iniciativas de auto-gestión, prácticas que no encontramos entre las madres-trabajadoras.

La auto-atención

Las trabajadoras embarazadas dan pasos muy concretos y activos para responder a su condición de gestoras de una nueva vida. Echan mano de una amplia gama de prácticas de atención (más amplia de la que habían conocido otras mujeres no trabajadoras o de mayor edad de sus familias) para aplicarlas. Son la primera generación de mujeres que tienen IMSS por su propio derecho. Este hecho y su condición de trabajadoras, que implica una autonomía relativamente mayor respecto a quien es exclusivamente ama de casa, además del manejo de sus propios ingresos, significa que tendrán más oportunidad de decidir acerca de las recomendaciones de los otros –de los médicos, de sus mamás, de su pareja, de sus hermanas y de otras “señoras”– sobre qué es lo que van a hacer. La gran ironía es que ahora que cuentan con esos recursos relativamente mejores, no cuentan con el tiempo para utilizarlos.

Si es trabajadora de Nogales, posiblemente la persona más cercana a quien acuda en busca de información sea su mamá. Pero en el caso de la gran mayoría que no son originarias de Nogales, un encuentro así no es factible. Si es migrante, las hermanas, más que las mamás, son quienes generalmente las acompañan y hacen recomendaciones, así como las vecinas y las amigas. De ser posible, regresan a la casa de la mamá para que les ayude durante el parto y el puerperio. De las mujeres entrevistadas, este es el caso de una de Nogales y otra de Ciudad Obregón.

En ocasiones, la pareja toma un papel más activo en cuidar a la embarazada o en acompañar el proceso del embarazo. Por ejemplo, es la pareja quien le recomienda que vaya al médico específico (a veces particular), quien le da dinero para que pague la consulta o la acompaña, particularmente en la primera visita, para cerciorarse de que está embarazada, y ya al final la ayuda cuando necesita apoyo para caminar. También es la pareja quien le dice que no haga tal o cual cosa, le ayuda a cargar a los hijos, o a hacer algunos mandados de la casa, en especial si se trata de levantar algo pesado. Sin embargo, no asiste al parto y su participación en la actividad doméstica es en palabras de ellas: “ayudar”. En otros casos más extremos, la ignora, la golpea o exige su atención plena sin considerar sus necesidades. Alicia comenta al respecto:

Pero mi esposo nunca estuvo conmigo. ¡Qué peor cosa! Si cuando estás embarazada te gusta que te chipileen, no sé, muchas cosas, por ejemplo, sí estaba conmigo, pero desde que salí embarazada me aborreció y me aborreció y pues yo también y cuando tuve al niño ahí estuvo en la clínica, pero cuando tuve a la niña, nadie estuvo en el Seguro, ni hubo quién preguntara qué fue, qué tuve, porque él no estaba ahí, ni aquí... todo el embarazo me la pasé sola, batallando, porque el niño estaba muy chiquito, por eso fueron embarazos muy diferentes. Del primer embarazo [con otra pareja] él se la llevó viendo a la niña, o sea así, se puede decir que ése sí fue un embarazo deseado, éstos no, porque hay veces que desees tener un hijo y hay veces que no, los tienes porque los tienes que tener [enfaticando ella misma sus palabras].

La fábrica es escenario de intercambio de información y formación en términos de prácticas de atención. Las trabajadoras cuidan y se cuidan. Varias relatan cómo cuidan a otras, cómo platican entre ellas y se hacen recomendaciones, aunque en el caso de algunas los relatos se refieren a las conversaciones entre otras mujeres de las cuales no todas parecen participar. Martha nos enseña unos frascos de aceite (como de ricino) que les va a llevar a unas de “sus muchachas” para mejorar la digestión.

Hay que señalar que los cuidados de las embarazadas en la fábrica provienen más de una manifestación espontánea de solidaridad por parte de los trabajadores y trabajadoras, que de una política explícita de la empresa. De hecho, algunas reportaban que tenían que “litigar” cada vez que requerían permiso para ir al Seguro, para ir a pláticas, para ir al baño.

Sentirse parte de esa solidaridad en la fábrica no es vivida por todas de la misma manera, en función de las experiencias comunes y el interés compartido. En un mismo relato, Gloria se incluye y se excluye de esa convivencia cuando le pedimos que compare lo que habla con su mamá y sus compañeras sobre el embarazo.

[Yo nunca] miré a mi madre embarazada, nunca me fijé, y a mis hermanas no me ha tocado verlas cuando están embarazadas. No platicamos de eso... En la fábrica hablamos de cómo nos cuidamos, de que se cuidan con pastillas, que usan el ¿cómo se llama?, el dispositivo, algunas cosas usan ellas para evitar el embarazo, siempre se comunican entre ellas.

A veces también los trabajadores las cuidan al recomendar que no se acerquen al humo de soldadura, o que no levanten cosas, y las ayudan a cargar. Teresa nos comentó:

En el trabajo [los compañeros y el supervisor] me cuidaban mucho. Ya no me mandaban al piso de arriba, me tenían abajo, me cuidaban para que no subiera y bajara escaleras, ahí me tenían abajo, no me ponían trabajos pesados, ni en ninguna parte que tuviera riesgos, pero aquí sí me ponen ahora, sí me ponen en trabajos pesados [ya que no está embarazada].

Además de las modificaciones en las rutinas cotidianas para contender con las náuseas y mareos, los primeros cambios en la vida cotidiana tienen que ver con la dieta. Tratan de comer “mejor”, lo cual se traduce en el consumo de alimentos con hierro, o de no comer calorías vacías,

es decir comida *chatarra*. Algunas sólo comen fruta y verdura para sobrellevar las náuseas. Estas son actividades permanentes en donde las líneas divisorias entre lo que se hace en casa y lo que se hace en la fábrica son muy tenues, dibujadas por las limitaciones más rígidas de la organización de la actividad laboral. Algunas se refieren a las acciones tomadas para cuidarse, a pesar de que para ello tengan que burlarse de la vigilancia. Marina señala el deber ante su hija, residente con sus padres en otro estado, como el factor motivante.

Me iba a trabajar necesariamente sintiéndome como me sintiera; por la niña, porque tenía que mandarle dinero. Me sentía bastante mal, en cuanto desayunaba me iba al baño a vomitar. Me quedaba vacío el estómago. Después me daban dolores de cabeza y tenía que aguantar... Jugo de naranja era lo único que me calmaba el vómito, asco o mareo, lo que tuviera, es lo que podía tomar. Yo me llevaba el jugo, trataba de desayunar lo normal, pero como todo lo vomitaba, siempre me llevaba un jugo [al trabajo]. Me lo tomaba despacio, a escondidas, porque no nos daban permiso, no nos dan permiso de comer nada.

Patricia señala los cambios en la alimentación que trata de observar cuando se embaraza. Algunos fueron recomendaciones dadas por el médico del Seguro:

Todo normal, nada más procuro no comer chucherías, aunque casi no las acostumbro, trato de comer más nutritivo, lentejas, mucha leche. Cuando me embaracé de éstos me salió un poquito de anemia, pero luego se me quitó, ni pastillas me dieron, nada me dieron, me dijeron que comiera muchas lentejas y caldo de frijol, lo hice y luego me compuse.

El consumo y preparación de tés, aguas de uso y la automedicación con vitaminas o minerales no son tan comunes durante el embarazo como en el puerperio, o para afrontar problemas de salud no asociados con el embarazo. Los cuidados están más orientados a las modificaciones

físicas como levantar los pies, sobarse, ir al baño más frecuentemente, acomodar la silla, estirarse o moverse para desentumirse, acostarse cuando se permite, gritar para desahogarse cuando se puede, no levantar pesado, no cargar cosas y untarse cremas, aceites, lociones o alcohol para la comezón y molestias de la piel. La distancia entre las recomendaciones que ellas mismas se hacen y las que implementan muestra la ambivalencia en las prácticas. La siguiente frase de Mireya da cuenta de lo anterior: “Durante el embarazo me cuidaba, no levantaba cosas pesadas y aunque sí lo hacía muchas veces, pero nunca me pasó nada, no”.

El uso del IMSS

Para las mujeres entrevistadas el hecho de trabajar durante el embarazo no constituía una gran novedad. Si revisáramos la historia de los quehaceres de las mujeres, tanto en el contexto del noroeste de México o a nivel nacional, e inclusive en el mundo, encontraríamos la combinación de responsabilidades del cuidado individual, de sí misma, con las del trabajo, para crear las condiciones para la reproducción de la familia. La novedad es que se reciba un pago monetario por el trabajo y que ello puede resultar, como lo han mencionado otras autoras,⁷² en una mayor libertad para la toma de decisiones. En cuanto a la salud, lo novedoso tiene que ver con el acceso a mayores recursos para su cuidado.

Una singularidad muy apreciada por las trabajadoras sobre lo que les provee el trabajo en las maquilas es el derecho a los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Esto es particularmente importante si el esposo o la pareja no les puede dar Seguro, o si no tienen pareja. Una y otra vez los relatos revelan que el Seguro es un atractivo para considerar el trabajo en la maquila, y cuando pensaban en dejar de trabajar se referían a la pérdida del IMSS como un factor decisivo para continuar trabajando.

⁷² Para un excelente artículo sobre el empleo femenino y la relativa autonomía de la mujer, véase a García (2000, 261-286).

El uso de los servicios del IMSS por parte de las trabajadoras de la maquila es selectivo y disparado entre las mujeres, y obedece al problema específico de salud. En el caso del embarazo, depende de su historia particular y de la etapa en la que ellas se encuentren, y en su cuidado se evidencian algunas de estas prácticas, tanto dispares como continuas. Algunas de estas referencias son en relación con la calidad de la atención médica, particular pero no exclusivamente del médico, y en segundo lugar, como ya lo mencionamos, con la calidad de los medicamentos, pues predomina la idea de que la medicina que dan en el Seguro es de menor calidad que la que se compra en farmacias.

Un servicio adicional al que algunas hicieron mención se refiere a “las pláticas” a las que tienen derecho de asistir una vez que confirman su embarazo. Cecilia nos contó que tuvo que pedir permiso varias veces para que la dejaran ir a las pláticas del Seguro. Éstas son tres y se ofrecen los viernes en esta misma institución. En ellas les ofrecen información sobre el embarazo y sus cuidados, pero además sobre los servicios del Seguro y sus derechos. Ahí Cecilia se enteró de que tenía derecho a amamantar a sus hijos durante la jornada laboral y pensaba pedirlo: “no debería tener miedo porque es un derecho”.

Como se verá, algunas utilizan el Seguro sólo para cierto tipo de problemas de salud, otras como trámite administrativo para garantizar el derecho de atenderse de parto y contar con la incapacidad. En sus relatos se constata la aparente paradoja de un servicio cada vez más criticado y a su vez más demandado por las mujeres. En la atención a la salud reproductiva las mujeres reciben mensajes múltiples sobre la planificación familiar, sobre todo de la necesidad de estar “controlando” en referencia a su fecundidad. Pero el control se refiere también a otro aspecto de los programas del IMSS, a la atención prenatal.

El “control” en el Seguro

La búsqueda de asistencia médica se inicia cuando las mujeres tienen duda sobre la confirmación del embarazo o desean la atención de algún malestar que no pueden atender, sobre todo si consideran que éste puede

afectar a su bebé. Generalmente buscan agendar esta primera cita más temprano si se trata del primer embarazo y más tarde en el caso de los embarazos subsecuentes.⁷³ Es como si las multíparas ya se familiarizaran con el proceso del embarazo y no requirieran de la atención del médico. Martha nos comentó:

Yo me atendí en el Seguro. Iba cada mes a que me checaran, pero pura rutina, como no tuve problemas de nada, sentía vómitos y todo lo normal. Como a los cinco meses me hice un análisis para comprobar si estaba embarazada y sí salí. Me dijeron que todo iba bien, a partir de ahí fui cada mes hasta los ocho meses que me incapacitaron.

La desconfianza hacia la institución del IMSS no siempre se centra en la relación del médico con la paciente. A veces se tiene una profunda desconfianza hacia los medicamentos recetados por los médicos y se acepta mejor la medicina comprada fuera de este hospital. Aparentemente esta desconfianza no es compartida por otros médicos particulares que suelen tener, además de su práctica privada, una plaza oficial en algunas de las instituciones de la localidad, como en el IMSS o en el Hospital Básico de la Secretaría de Salud. El médico particular consultado por Patricia la reenvió al Seguro⁷⁴ para su atención prenatal, como vimos en la cita al inicio de este capítulo.

Siempre, en ese entonces fui con el médico pero particular, porque dije “a lo mejor anda algo mal”. Y fue cuando me revisó, me hizo el

⁷³ La Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido (Secretaría de Salud 1993) establece que deben haber por lo menos cinco consultas, la primera en el transcurso de las primeras 12 semanas, i.e. primeros tres meses.

⁷⁴ El IMSS tiene normas más estrictas que las normas oficiales mexicanas que se aplican a todas las instituciones como base mínima. Establece que las mujeres tengan por lo menos nueve visitas prenatales si no son de alto riesgo (entrevista a médicos del Hospital General de la Zona no. 5, IMSS, en Nogales, Sonora).

ultrasonido, fue cuando dijo que iba a tener cuates, porque todavía no me habían dicho. También se me bajó la presión, el médico dijo que porque era doble el peso y cansancio, me dio pastillas para la presión, porque dos veces me pasó lo mismo, y dijo que tenía que estar checándome constantemente porque era riesgoso lo de los cuates.

La atención prenatal consiste en una práctica identificada en el campo médico de atención al embarazo como una de las formas más eficientes para disminuir la morbi-mortalidad materna. Cuanto más oportuna sea, mayores son las posibilidades de intervenir y lograr un mejor resultado para la madre y el bebé. Un tipo de complicaciones en el embarazo se denominan causas obstétricas directas, que pueden ser complicaciones agudas como las hemorragias, las infecciones, la hipertensión, la toxemia, el aborto y el parto prematuro. Otro tipo se refiere a enfermedades asociadas como consecuencia del embarazo como la anemia, la hepatitis, la malaria, la diabetes y la hipertensión. Estas son las llamadas causas obstétricas indirectas (Langer y Romero 1996, 28-29). México ha aumentado el número y la proporción de mujeres que acuden a atención prenatal y se ha disminuido la tasa de mortalidad materna. Langer y Romero dan cuenta de ese aumento y señalan que intervienen muchos factores para entender cómo valora la mujer embarazada esta atención y qué la motiva o no a buscarla.

Por otro lado, existe un gran número de estudios en países llamados del "Primer Mundo" sobre la manera en la que la atención prenatal y la práctica médica en torno al embarazo se han convertido en un proceso de desapropiación del cuerpo de la mujer y una sobre-medicalización del embarazo y su salud.⁷⁵

Cuando las molestias llegan a un grado que hace más difícil cumplir los compromisos cotidianos, ya sean del trabajo o domésticos, o si se preocupan por la salud de su bebé, las madres trabajadoras recurren a la

⁷⁵ Para una discusión sobre este tema, particularmente en países de Europa, Estados Unidos y Canadá, véase Oakley (1992).

atención médica. No acuden antes a buscar asistencia médica⁷⁶ porque no lo consideran necesario: “No hacen nada”. Parecería que la búsqueda del médico para la prevención o atención primaria genera cierta indiferencia. En realidad es una etapa de la salud en la que las mujeres eligen cuidarse ellas mismas. Los resultados de los embarazos relatados por las entrevistadas son positivos. Ninguna nos contó que se le haya muerto un hijo cuando hicimos sus historias reproductivas en torno a embarazos y nacidos vivos o muertos. En cambio, entre los relatos de varias de ellas se identifican errores médicos que agravaron sus problemas y que requirieron mayores intervenciones y molestias por su parte. Estas acciones de cuidarse ellas mismas al modificar la alimentación, subir los pies, ajustar la postura, consultar a otras mujeres amigas y familiares, son parte de lo que yo he llamado salud positiva, tema que retomaré en las conclusiones.

Cuando finalmente deciden acudir al médico, puede ser el de la fábrica, uno de la medicina privada o del IMSS. Preguntamos a Patricia lo siguiente:

[¿Tú no te habías checado antes?] Nada, nada. Me regañó el doctor porque dice que es importante desde los primeros meses para saber si necesitaba vitaminas y todo eso. [¿Por qué no te atendiste?] Por pura desidia.

Para comprender las prácticas de la mujer en cuanto a la atención prenatal y el seguimiento selectivo de las indicaciones médicas hay que analizar la concepción de su propio cuerpo. En ésta operan distintas lógicas: la del médico, que forma parte de una estructura vertical y jerárquica de atención, en la que él debe asumir el papel del “instructor” que manda, y la embarazada, cuyo papel es de quien debe obedecer todo lo que le ordenan porque no conoce su propio cuerpo. En cambio, de acuerdo con la lógica de las mujeres, las recomendaciones de los médi-

⁷⁶ Al menos que sientan la insistencia del IMSS para garantizar el pago de su incapacidad.

cos son una opción entre muchas que ellas decidirán aceptar o no de acuerdo con otras consideraciones, en donde se pondera el efecto sobre su cuerpo, sobre sus relaciones con la pareja, sobre su capacidad para trabajar, entre otras. Patricia nos relata:

Mira, las pastillas también no las dejé de tomar. [¿Qué pastillas?] Las que me dio el ginecólogo para que me estuvieran deteniendo a los chamacos, dijo que me iban a ayudar, decía que era para darle fuerza a la matriz. Me dijo: “a los ocho meses y medio las puedes dejar de tomar; ya si se te viene, ya se logra”. Las tomé desde los cinco meses hasta los ocho, pero luego ya me enfadé de tomarlas. [¿Y por qué te enfadaste?] Ah, porque a mí no me gusta tomar pastillas, nada; ya de plano que me esté muriendo es cuando tomo pastillas. [¿Por qué no tomas?] No me gusta porque el cuerpo después se acostumbra a que le estés dando y eso no me gusta, nada de eso.

Los médicos consideran irresponsable esta actitud hacia el cuidado y el seguimiento de las instrucciones médicas. Nuestra interpretación es que más bien pareciera que Patricia intenta evitar la dependencia de su cuerpo a medicinas que además ella no podrá comprar después. No exploramos sus ideas sobre el daño que pudieran causarle los medicamentos, que también pudiera ser una explicación adicional a la práctica de no darle seguimiento al pie de la letra de las indicaciones médicas.

Otras compañeras de Patricia expresan sus ideas acerca del cuidado que las propias mujeres deben tener sobre sí mismas. Varios relatos, como el de Teresa, explicitan de forma muy directa la responsabilidad que siente la mujer sobre la necesidad de cuidarse.

Yo me cuido porque es mi responsabilidad cuidarme, que ya sé lo que me hace daño y lo que no, aunque no tenga riesgos, aunque no haya presentado problemas, pero si hago desarreglos pues se pueden presentar. Pues uso el elevador, no corro, no puedo estarme agachando para juntar las cosas, en eso me cuido.

Cecilia también comparte la idea de que es su responsabilidad cuidarse, “uno se tiene que cuidar”, nos dice, “al bajar las escaleras hay que tener cuidado, una caída puede ser peligrosa”. Parte de ese cuidado es no tomar medicamentos, recomendación que escuchan en varios lugares incluyendo a los médicos del Seguro. Cecilia continúa: “no tomo nada porque dice el médico que no debo por el embarazo”. Varias mujeres relatan la misma recomendación.

El cuidado de su salud y la búsqueda de alternativas de atención tienen que ver además con la calidad de la atención que reciben por parte de los médicos particulares y en el Seguro. En ambos casos, la forma en la que el médico asume la autoridad frente a ellas provoca temor, rechazo y desconcierto.

El trato recibido, específicamente de los médicos del IMSS, pero ocasionalmente por médicos privados, refuerza esta idea sobre el médico autoritario. Los regaños son frecuentes, ya sea por motivos del aumento o no de peso, por la falta de visitas prenatales, por no traer su expediente o sus radiografías, o por la falta de descanso. No son exclusivamente los médicos quienes ejercen este poder de regaño, también las enfermeras lo hacen. En ambos casos, las mujeres sienten que el médico o la enfermera les concede la oportunidad de defenderse. Las relaciones de poder no se ejercen sólo entre mujeres y varones, sino también entre mujeres. Marina, en su segundo embarazo ocurrido aun con el dispositivo colocado, recibió regaños de parte del médico privado y en el IMSS de parte del médico y las enfermeras.

Y el médico se me quedaba viendo nada más, me dijo: “usted no me ha dicho a qué viene, pero le voy a decir una cosa, por la cara que trae, el peso, por la presión que trae, está embarazada”. “Uy” le dije, “si traigo el dispositivo”. “Ahorita se va a saber. Acuéstese”, dijo, y me puso el ultrasonido. Luego, luego me dijo, “mire ahí está el feto, y ¿sabe qué? me dijo, se está mamando el dedo. ¿Ya comió?”, me dijo. “No”, contesté, y se enojó: “malamente, saben que están embarazadas y no se alimentan”. “Yo no sabía”, le dije, “pero me imaginaba”. Y me dijo enojón, “¿¿qué se ha pensado usted!?”

La autoridad que siente el médico se refleja en el trato que da, trato que difícilmente se podría imaginar igual para los varones. Esta relación no es así de autoritaria con las parteras, con quienes dicen haber tenido una relación más comunicativa como veremos en el apartado sobre prácticas de atención al parto.

“¿Dónde está su expediente?” me dijo el médico [del IMSS]. “No me dieron nada”, le dije. Me dijo el doctor, “desde que cumples ocho meses debes de pedirlo, qué ¿no sabes?” “No sabía nada y no me han dado nada”. Me mandó para arriba y me regañaron las enfermeras, “hubiera mandado por él”, me dijeron [Marina en su segundo parto].

Una característica que les agrada de la relación con el médico de la fábrica es que éste se tome tiempo para platicar con ellas. Marina comenta al respecto: “En la fábrica, el médico que estaba sí me gustaba, porque conversaba muy bien contigo”. En cambio, las visitas prenatales se asemejan más a un sistema de vigilancia y control que a uno de apoyo y respeto que provea la información y servicios adecuados y de calidad: “ni siquiera me dejó hablar y ya estaba haciendo la receta” o “ni la revisan a uno, ¿para qué voy?”

La opinión sobre la atención en el IMSS o con los médicos privados no pasa sólo por la relación personal. También tiene que ver con la misma calidad de los medicamentos como lo relataba Patricia. Esto lo ilustra bien la explicación que da Elizabeth sobre las medicinas de sus hijos.⁷⁷

Pues a mí se me hace bien [el Seguro] porque a mí me han dado las medicinas, o sea todo es cuestión de que le den la medicina como le dicen, o sea que viene un poco más rebajada, pero si se las da uno [a los hijos] como les dicen, sí les hace efecto, pero tarda más, y si se

⁷⁷ Comunicación personal con un investigador que confirma la idea generalizada de que la calidad de los medicamentos que se utilizan en el IMSS son de menor calidad.

las da un pediatra [privado] y pienso que es porque uno paga, les da uno más la medicina como debe ser, le cuesta a uno. Pues yo pienso que es eso, porque cuando vas con el pediatra, pues otro día ya amanecen bien, y en el Seguro se las da como debe ser y de todos modos tardan 2 ó 3 días para aliviarse.

Las distintas modalidades de atención prenatal tienen que ver con políticas del IMSS y si el embarazo se define como de “alto riesgo” o no. Si éste es “normal” sólo se atiende con el médico familiar y debe asistir en promedio una vez al mes, menos al principio y más al final. Le deben tomar la presión, pesarla, mandar a hacer análisis de sangre y de orina, medir el fondo uterino y hacer exploración. Ellas están muy familiarizadas con esta rutina y se dan cuenta si falta algo. Cuestionan el proceso, dejan de asistir, buscan a otros médicos o se “aguantan” porque el servicio del IMSS será casi indispensable a la hora del parto y es mejor si cuentan con “expediente” para no tener que “andar averiguando a última hora”. Sus visitas con los médicos privados las ha familiarizado con el ultrasonido, una tecnología de uso frecuente en los últimos años para el control prenatal. En el IMSS se utiliza, pero “te mandan hacer el estudio y siempre tarda”, en cambio si van con el médico privado tienen los resultados de forma inmediata.

El tiempo de tardanza en el IMSS para recibir la atención, hacerse los análisis y recibir los resultados es un factor determinante en las decisiones que las mujeres toman sobre los servicios. Esto es particularmente complicado si tienen que trabajar el turno nocturno porque además implicaría no tener tiempo para dormir. Elizabeth señala al respecto: “No voy al Seguro por no perder tiempo”. Mientras que Patricia declara: “Para ir al Seguro tengo que levantarme a las 6:00 de la mañana para que me atiendan, si no, no alcanzo cita, por eso no he ido, por eso me auto-receto”.

Aparentemente hay tres razones que las hacen buscar apoyo médico: a) ir a “control” con fines de cumplir la normatividad del IMSS y garantizar el pago de su incapacidad, b) preocupación por su bebé, y c) cuando ya no pueden “aguantar” más los malestares. Y además el IMSS es indis-

pensable para el cuidado de los hijos y para “algo grande, como que fuera grave”, como para “una operación o algo así” además del parto. El derecho de acceso a esta institución es una de las principales consideraciones cuando evalúan el trabajo en la fábrica y es el hecho que las detiene cuando desean renunciar y poner un negocio de auto-empleo: un abarrotes, una estética, una florería o un taller de costura.

Con el Seguro logran la garantía de una atención médica del parto y posteriormente para sus niños; también ofrece el pago de las incapacidades maternas y el acceso gratuito al médico y a las medicinas, aunque éstas sean de menor calidad. Debe subrayarse la importancia que las mujeres dan a la atención biomédica, puesto que el discurso dominante en contra de la medicalización excesiva de la salud reproductiva pareciera indicar que ésta no fuera necesaria. Estas madres-trabajadoras han insistido en sus relatos en la necesidad de que la calidad de la atención médica mejore, y dicha calidad es definida con base en la calidad de los medicamentos, la cual resulta secundaria en importancia respecto a la calidad de la relación médico-paciente. Ellas esperan que les hablen con respeto, que les expliquen y las revisen clínicamente. Marina nos decía: “en la fábrica el médico que estaba sí me gustaba porque conversaba muy bien contigo”.

Sin embargo, los recortes presupuestarios en las instituciones de salud han contribuido a que esto sea cada vez más difícil puesto que aumenta el número de pacientes que cada médico tiene que atender, con lo que se limita el tiempo que tienen para explicar, informar y dar la atención que las pacientes demandan. Uno de los médicos familiares que atienden a las embarazadas en el Seguro se queja por la falta de comprensión:

Creo que a los médicos familiares no siempre se les tiene en cuenta y considero que es un trabajo difícil porque debemos saber de todo y eso no siempre lo entiende la gente, además tratamos de atender a todos lo mejor que se puede pero es mucha gente y los quieres ayudar y no se dejan. ¿Cómo le vamos hacer? Uno se cansa, pero también te gusta porque sabes de todo un poco.

CODA AL EMBARAZO: PRÁCTICAS DE ATENCIÓN
DURANTE EL PARTO Y PUERPERIO

Las prácticas de atención durante el parto

Entre el embarazo, parto y puerperio, es para la atención del parto que las mujeres acuden constantemente al servicio del IMSS. En esta etapa predominan las prácticas institucionales. Patricia cuenta aquí su último parto, que fue de cuates, y para lo cual contó con la compañía de su hermana, con el apoyo de un vecino para llevarla al hospital, y con otra vecina para cuidar su hija. Ya para entonces había dejado (por mujeriego) al papá de sus hijos y vivía con su hijita mayor en la casa ubicada en el lotecito que invadió en Los Tápiros. A pesar de vivir sola, de las condiciones de su casita construida con cartón y material de desperdicio, y de haber parido a cuates, festejó con sus amistades de la Planta X menos de 14 horas después del parto. Su relato integra muchos aspectos de la atención en el Seguro y deja ver tanto las carencias como el afecto del personal hacia una mujer que nos pareció siempre excepcional. Su actitud es el ingrediente principal que yo identifiqué como práctica de salud positiva.

Mi hermana, la que vive aquí, se vino a ayudarme. Luego yo salía afuera a caminar y todos me decían, los vecinos: “¿no te da miedo?, vas a reventar”. [¿Y a dónde ibas?] A caminar, salía al mandado; me gustaba andar así. Y mi hermana se vino una semana antes a ayudarme, me decía “no salgas”, “me siento bien”, le decía, y así en la tardecita nos fuimos caminando desde aquí hasta donde está el Ley ahora, antes era Blanco [supermercado]. Fuimos a buscar para hacer pozole para la fiesta y sí, nos fuimos, pero resulta que ella tiene una cuñada por ahí y se quedó con ella, me dijo: “tú compras las cosas” y sí, no encontré y me fui hasta el VH [otro supermercado] y sí ya de allá me vine pero ya no caminando. Yo llegué, todavía mi hermana no llegaba, me puse a lavar el hueso y el maíz para ponerlo a reventar según yo en la noche y sí, como a las 11 de la noche estaba acos-

tada pero no dormida, sentí ganas de orinar y me paré rápido y se me vino, era la fuente. Mi hermana me sintió, me dijo: “qué tienes”, le comenté, “yo creo que se me reventó la fuente”. “Ya alístate”, me dijo, “nos vamos, te dije que ibas a sanar antes”. “No”, le dije, “no tengo dolor”, me cambié y me volví a acostar. [¿O sea cuando se rompe la fuente qué?] Pues es que ya vas a sanar. [¿Y entonces por qué no pensaste en eso, si ya sabías?] Porque no tenía dolor y además porque le tengo pavor al Seguro y no quería estar esperando a que se llegara la hora, además tenía que levantar a alguien para que me llevara. [¿Le tienes pavor al Seguro?] Sí, y ahora que me operaron a la niña, cuatro días me tuvieron ahí, no sé, encerrada, soportando las comidas, viendo puros enfermos, por eso le tengo pavor. Y ya me volví a acostar. Mi hermana no, [ella] se puso a arreglarse, cuando terminó me dijo: “ya levántate”. “No”, dije yo, “no tengo ningún dolor todavía”. Por allá a la una de la mañana sentí un piquetito pero muy lejos y al rato otro, ya después que los sentí cada diez minutos y más fuertes ya me empecé a quejar y me dijo: “ándale ya levántate”, y le dije: “todavía no, no quiero despertar al Carlos”, es el que me iba a llevar. A las tres de la mañana, me aguanté hasta las tres, ahí sí los sentí bien tupiditos, ya estaba sangrando: “¿sabes que?, ya, a llamarle a Carmen”, ella me iba a cuidar los chamacos para no dejarlos solos [se refiere también a los hijos de su hermana]. Y ella fue a llamarle a Carlos y Carlos todo dormido y desesperado y me decía, “¿se puede mover?, para ir por el carro”, me dijo. Y así como pude bajé, ya no podía caminar, un dolor tras otro, no hombre, qué bárbaro, unos dolores, y el Carlos iba en friega en el carro a todo lo que daba. Me decía, “¿te molestan los brincos?”, “no”, le decía, cuando llegamos me ayudaron a bajar y luego me pasaron, luego luego me hicieron el aseo y directo ahí luegoito sané.

[¿Y cómo fue el parto?] Bien, normal no me tardé mucho, doloroso no y luego tenía que haber llevado las radiografías porque tenía ocho días que me habían tomado unas para ver si estaban bien acomodados. Pues los miraba en el ultrasonido, de todas manera me tomaron

esas placas y pues los doctores no me creían que iba a tener dos, me decían: “¿dónde están las radiografías?”, “pues se me olvidaron, y ¿vienen bien?”, les decía, y ya salió el primero y no se me veía estómago entonces les dije: “yo creo que no”. Parece que no eran dos porque se me quitó todo, como cuando sana uno, adiós todo. Como que fue un sueño, porque al instante se te quita todo, en cuanto tira uno al bebé y ya se desaparece todo. Hasta me cantaron “Las Mañanitas”, era día de fiesta y eran las 4:00 de la mañana con enfermeras, doctores todos los que están ahí y a los 10 minutos ya me pegó otro dolor y que dijo el doctor: “ahí viene el otro”. “Sí”, le dije, “los dolores me pegaron”. Primero me pegó un dolor, pero me dolió poquito, ya el segundo me pegó bien fuerte y les dije, “ayúdenme” porque ya no tenía fuerzas. Ya se arrimaron todos, ya, me dijo el médico: “otro empujón y ya se viene”, pero no, me quedé a medias, ya no alcanzaba, entonces me apretaron aquí arriba [se señala las costillas] para que no se me devolviera cuando ya salió el niño, me dijo el doctor, “suelte ya todo, ya terminamos”. [¿Y cómo te sentiste?] Pues muy bien, sientes que se te sale todo, hasta las tripas, te queda un vacío. Pero quedas bien hinchada, pero es muy bonito, luego te lo enseñan y todo, ves que lloran. Para esto, antes de que sanara las enfermeras decían: “van a ser niñas”, y los doctores, “no: hombres”. Y así estaban cuando salió el segundo que fue hombre pues estaban contentos y yo no les creía cuando dijeron: “la parejita”, “mentira”, les dije. “Es niña, es niña, señora, mire”, y me la enseñaron. Después ya me limpiaron, me enseñaron la placenta, me cosieron y me sacaron para afuera, no me subieron luego porque no había camillas. [¿Y luego?] “No hombre, luegoito me recuperaré. Mira, sané como a las cinco de la mañana. y hasta las doce me subieron para arriba, ya estaban los de la planta que fueron a verme y era la hora de la comida, me encontré con una amiga que trabajaba en la planta y me consiguió una camilla y me atendió muy bien, toallas y todo. Mi recuperación fue muy rápida, luego me levanté tú, qué bárbaro ni parece que acabas de parir y aquí [en la casa] se hizo una pachanga en la noche porque me vine el mismo día que parí. A las 7 de la tarde fueron a ayudarme, cuando

llegué aquí tenían barril y carne asada. [¿Quién la hizo?] De la fábrica. [Pues, se ve que te quieren].

Otro caso, no tan excepcional como el de Patricia, fue el de Marina. Al acercarse el momento del parto le comenzaron unos calambres en las piernas. Una muchacha que vivía con ella comenzó a darle masajes, pero luego empezaron los dolores de parto y buscó un vecino que pudiera llevarla al Seguro. Antes de eso se puso a calentar agua en la estufa para bañarse y puso todo en un banquito, a pesar de que era una madrugada de invierno y hacía mucho frío. El aseo es mencionado en relación no sólo con el parto, sino también para antes de ir a una revisión médica o al Papanicolaou, a pesar de todas las dificultades que implica acarrear el agua y calentarla en la estufa de gas o de leña.

A Marina le disgustó el trato del Seguro y la ausencia de una relación más cálida, como la que tuvo con la partera que la atendió en el primer parto de su niña.

A pesar de que el niño nació bien, me rompieron de todas maneras y me tuvieron que coser y me dolió, porque me cosieron al vivo, me pusieron nada más anestesia aquí en la orilla nada más para coser. Y de la niña no me hicieron nada, además, cuando tuve a la niña [la primera], la señora nunca se separó de mí y en el Seguro me quedé sola todo el tiempo hasta que ya de plano no aguanté, y que ya sentía que iba a salir el bebé le tuve que decir a la señora [la de a lado] que les llamara porque se me va a salir el bebé y se me puede ahogar. Eso sí, luego vinieron, pero en cuanto me subieron a la plancha, en ese ratito, en cuanto se sentó el doctor salió el bebé. Se puede decir que lo cachó, le cayó el bebé en el cuerpo del doctor. Salió bien fuerte... Me hicieron la limpieza, me pusieron el suero, fue lo único que me hicieron, después me subieron para arriba, sería media hora nada más que duré en la plancha.

Mireya acudió con un ginecólogo particular para la atención a su primer embarazo. Le decía que era muy estrecha y que iba a necesitar una

cesárea. Ella nos contó que aunque tuvo dolores de parto nunca se dilató, y la cesárea fue en el Seguro con el mismo médico particular que la había estado atendiendo, pues él le dio la facilidad de recibirla ahí. Su segundo embarazo también fue una cesárea practicada en el Seguro.

Martha no se atendió en Nogales, sino que sus hermanas le pagaron la atención del parto en un hospital privado ubicado en la ciudad de Tucson, Arizona, a cien kilómetros al norte. Había decidido tener al niño ahí para garantizarle la ciudadanía estadounidense y para que sus hermanas estuvieran pendientes de ella. Dice que si volviera a tener un bebé le gustaría tenerlo en el Seguro, “he oído que ahí las dejan que caminen”.⁷⁸ Luego nos contó que en el hospital de Tucson los médicos no la dejaban en paz, le hicieron muchas veces el tacto porque no dilataba y finalmente le hicieron cesárea: “No me sentía a gusto, deseaba salirme de ahí”.

Si se consideran todos los cambios ocurridos en el cuerpo de la mujer durante un nacimiento, los manejos del cuerpo por otras personas, y los riesgos a los que se exponen tanto ella como el bebé, puede entenderse que el parto sea visto como un evento traumático. El manejo cultural de éste se ha desarrollado en diversos países con diversos grados de tecnologías y con la participación y colaboración de varias personas cercanas a la madre, incluyendo especialmente al esposo. En su investigación sobre los sistemas de nacimientos en cuatro países, Holanda, México, Noruega y Estados Unidos, Jordan (1993) señala la importancia de la combinación de las tecnologías biomédicas con la interacción social que apoya y conforta a la madre —relación que no se ha logrado en el hospital del Seguro, donde se atienden la mayoría de las madres-trabajadoras, pero aparentemente tampoco en el hospital privado de Tucson—. Fue Marina, quien se atendió con partera, la que habló más satisfactoriamente de su experiencia de parto: “estaba en un ambiente familiar, la señora que me atendió era amiga de mi mamá, las hijas de ella eran amigas mías... es una persona muy bromista, entonces en el momento de parto me estaba haciendo bromas, por eso no se me hizo difícil”.

⁷⁸ Las parturientas que tienen libertad de movimiento durante el trabajo de parto generalmente tienen un proceso menos prolongado y doloroso (Jordan 1993, 206).

Las prácticas de atención durante el puerperio

De acuerdo con la visión bio-médica dominante, durante la etapa del puerperio, correspondiente al periodo inmediatamente post-parto, el cuerpo de la mujer experimenta una serie de cambios radicales asociados con la lactancia y el regreso del cuerpo a su estado anterior al embarazo. Durante la lactancia pueden presentarse infecciones, calenturas, malestar general del cuerpo o molestias en los pechos. Hay requerimientos nutricionales —ya sea que se coma o se deje de comer— para facilitar la lactancia y que generalmente recomiendan los médicos. En ocasiones puede existir el riesgo de una infección puerperal, que puede ser mortal si no se atiende adecuadamente. La incapacidad que otorga el IMSS, de 42 días después del parto, es decir seis semanas, corresponde a este periodo de puerperio. Esto es traducido por las madres-trabajadoras como la “cuarentena” del saber popular. Este periodo no es únicamente una práctica mexicana. Por ejemplo, las mujeres musulmanas en Sudán se encierran en sus casas los 40 días después del parto (Gruenbaum 1998, 61).

A diferencia de la atención durante el parto, fuertemente sesgada hacia la atención médica y más específicamente al uso de los servicios del IMSS, la atención durante el puerperio para estas trabajadoras se orienta mucho más hacia las prácticas tradicionales y populares. Éstas a su vez se asocian con las nociones que las mujeres tienen sobre sus cuerpos. La conceptualización predominante relatada por las madres-trabajadoras es que el cuerpo tiene que deshacerse de desechos que llaman “el cochinerito”. Es necesario ayudar al cuerpo gestor a cerrarse en la etapa post-parto para lo cual toman medidas como: tomar té, hacerse lavados, tomar baños y seguir procedimientos para limpiarse. Esto se asocia con la noción de hacer salir todo el cochinerito y apretar los tejidos. Algunas entrevistadas se refieren al puerperio como la “dieta”. Esta dieta del saber popular se refiere a la abstención de las relaciones sexuales, de “estar con el esposo”, así como modificaciones en la alimentación y los baños. El IMSS no les ofrece medidas para limpiar ni cerrar, sino que centra su atención en el bebé y en el programa de lactancia. Preguntamos a Patricia si después de parir seguía la dieta, mientras que Gloria nos habló de las recomendaciones a seguir durante este periodo:

[¿Y después de parir, hacías dieta?] No, pero me cuidaba de comer, ya ves que te dicen te hace daño esto y todo eso, esto le hace al niño, que no comas frijoles porque son muy vientosos, te hinchan mucho y pues como les das pecho, que no comas picante. [¿Tú amaman-taste?] Un mes a los dos... No comía, que picantes, frijoles en la dieta nada más. [¿La dieta son cuántos días?] 42 días (Patricia).

...no tomar helado, no comer puerco, guardar la dieta, son quince días de dieta y después de eso ya comes lo que quieras ...Pues a mí me dijeron así allá en Oaxaca, que no debes comer esto, no debes comer frijoles y muchas cosas quitan en la dieta, porque supuestamente eso es una dieta. Que porque el puerco hace daño, donde la cortan a uno que el puerco hace que se inyecte y por eso no dejan comer puerco, porque se le hincha el ombligo al niño, dicen, no sé (Gloria).

Durante este periodo post-parto el apoyo de otras personas es vital, generalmente son familiares, y salvo el esposo, casi siempre son otras mujeres. Este apoyo permite a la mujer recuperarse, descansar del parto y ahorrar energías para la lactancia y el cuidado del bebé. Algunas trabajadoras que tienen a su familia lejos tratan de buscar apoyo en otras personas:

A mis tres embarazos vinieron mi mamá, mi hermana, nunca falta quien venga (Delfina).

Mira, fijate que ahora no me dolió nada [la regla], le platicué a una amiga mía que siempre nos juntamos y nos platicamos todo, ella se quejaba, que le dolía y dice, “a ti, qué no te has quejado de nada”. “No”, le digo, “a mí no me dolió nada, muy a gusto”. Nada más que los dos meses anteriores compré chicura,⁷⁹ es una hierba para

⁷⁹ La chicura (*Ambrosia ambrosioides* [Cav.]) es un arbusto de un metro de altura, tallos muy peludos y ásperos, hojas alargadas y peludas, con bordes dentados, flores en forma de campana y velludas. Se encuentra en climas seco y muy seco entre los 10 y

limpiarte, la tomas como agua de uso mientras andas reglando o después del parto. Ya ves que dicen que quedas muy estomaguda por todo el cochinerero que te queda y la hierba se supone que te limpia, la tomé [después del parto] y hace poquito la volví a tomar, hace dos meses. Dicen que también es como agua de uso, es como un lavado en el estómago, para limpiármelo. [¿Para qué quieres limpiártelo?] Para tenerlo limpio o también te puedo decir que me estoy preparando para tener un bebé o sea a mí me gusta hacerme lavados vaginales también, siempre hago eso. Me dice él, “ya ves lo que te pasó por tantos lavados”. [¿Qué te pasó?] Pues tuve cuates, me da carrilla.

[¿De dónde traes la chicura?] Compró en la hierbería. [¿Tú conoces la planta?] Una vez que fui para Sinaloa me dieron y aquí en Sonora también una señora me dijo que me iba a dar. Empecé a tomar desde que sané de la niña porque me dijeron que era buena después del parto... También dice una señora ahí, que el romero,⁸⁰ hierba, es bien bueno para darle fuerzas a la matriz, a mí me gustaría tomarlo. [¿Para qué?] Nomás, para ver si es cierto, dice que le da fuerzas a los tejidos. He oído que las mujeres que han tenido [hijos] quedan flojas de adentro y todo eso. [¿Y qué pasa si quedan flojas adentro?] Que ya no disfrutas tanto cuando tienes relaciones, porque cuando te has hecho lavados se te juntan los tejidos y que disfrutas mucho (Patricia).

los 1 500 metros s.n.m. (INI, México 1994). Cáneez de la Fuente, en el Primer Encuentro de Medicina Tradicional Guarijío, relata que es una planta muy usada por las parteras durante el embarazo, en caso de amenaza de aborto, de hemorragia en el parto, y dificultad de expulsión durante el parto. También se usa contra la calentura y la insolación.

⁸⁰ El romero (*Rosmarinus officinalis* L.) tiene muchos usos medicinales, como para el aparato digestivo, los desórdenes ginecológicos, cuando hay retención de placenta o infección vaginal, o para propiciar la fertilidad de la mujer, así como en baños de parturientas, para evitar el aborto y aliviar el flujo vaginal. También se usa para tratar enfermedades respiratorias. Son diversas las formas de preparación (Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana, *Atlas de las Plantas de la Medicina Tradicional Mexicana* 1994).



Hoja de chicura cortada de una planta en la carretera de Yécora a Hermosillo a la altura de Tepoca, Sonora, primavera de 2001.

Este uso experimental que Patricia le da al té de chicura no es, como lo señalamos en la nota al pie de la página, la referencia tradicional de esta planta, sino que se refiere a nuevos usos ideados por ella tomando en consideración su conocimiento del cuerpo y sus deseos de sentir placer. El uso tradicional relata cómo se emplean las hojas y las raíces para la expulsión de la placenta, contra trastornos menstruales, heridas, llagas y enfermedades del cuero cabelludo:

Cuando la mujer agarra frío en la matriz, le da dolor como cólico, se le inflama la panza como si hubiera embarazo, tiene sofocación y dolor de cabeza (la matriz es la vida de la mujer y tiene como cambios de temperatura cada mes) se le da a tomar la cocción de la raíz como agua de uso (INI 1994).

Otras mujeres recomiendan el uso de otras hierbas para el proceso de limpieza, cierre y fortalecimiento después del parto y la modificación de la alimentación es común. Teresa rechaza la chicura a favor de otros remedios.

Después del embarazo lo que he tomado es la manzanilla con anís estrella para los cólicos que le dan a uno después del parto, le dan dolores. Nada más para eso. Dicen que con lo mismo calentito del mismo té, te limpias la panza. Se te sale todo el cochinerero más rápido, dicen. [Mi pareja] me llevó eso que yo le pedí, pero a él le dijeron que con una hierba que se llama chicura, algo así, dicen que eso te limpia muy bien el estómago, él me la quería comprar, pero le dije que no, que con la manzanilla y el anís estrella. No quise probar la otra porque me da miedo. Tanta hierba yo no acostumbro a tomar, o quizás porque también me han dicho que con cualquier té, te limpias con lo mismo calentito, es con lo que baja el cochinerero que te queda y no considero algo más... no barro, no lavo, no hago cosas pesadas, porque siente uno molestias, nada, trato de cuidarme por lo menos unos quince ó veinte días, de perdida. En la alimentación no como frijoles ni carne de puerco, pues casi siempre te dan caldito de pollo, que chocolatito, maicena, que atoles que para criar leche, pan integral, eso es lo que como. Dicen que los frijoles le hacen daño al bebé, lo hinchan a uno y al niño le hace daño para el ombligo, y el puerco, porque no nos gusta mucho, ni cuando ando reglando, no como carne de puerco, los frijoles sí, pero el puerco no lo como, ni el huevo ni el pescado, porque uno se apesta mucho... Voy con el médico cada mes.

Esta referencia al cochinerero se vincula con la idea del embarazo como una enfermedad de la cual una se tiene que aliviar. Parte de este proceso de sanación se refiere a una limpieza de los productos indeseados de “la enfermedad del embarazo”, reflejado en el lenguaje con el que describen cómo tienen que aliviarse, sanar y dar a luz al bebé y los daños ocurridos después de una operación como la cesárea.

Cuando me embaracé estaba trabajando, andábamos mal mi esposo y yo, dije, qué voy a hacer aquí, mejor me voy con mis padres [a Magdalena] y sí, allá sané, tuve a mi hija. Cuando sané, fue a buscarme y así (Delfina).

A mí me duele mucho la cintura, porque como me hicieron cesárea del niño, no puedo estar mucho sentada, porque de estar doblada así, me duele mucho donde me pusieron la raquia, si a veces salgo bien cansada, salgo así agachada, hasta que me voy enderezando (Isela).

[Cecilia, sin el apoyo de su mamá relata]: Al cuarto día después de que nació mi hijo, ya en mi casa, me sentía muy mal, mucho dolor de cabeza y calentura. Tanto mi esposo como mi cuñada y mi hermana insistían en que fuera al Seguro, pero yo no quería ir... es que son bien brutos en el Seguro. Pues yo me sentía muy mal y le dije a mi esposo que me viera, que me revisara, a ver qué tenía, porque sentía extraño. Él me dijo que me viera mi cuñada, pero yo le dije que no, que yo no me dejaba que me viera ella, que sólo dejaba que me viera él. Y sí, me miró y descubrió que tenía gasa en la vagina... “tienes unas gasas”, me dijo, él las vio, entonces yo me las jalé y me lavé con manzanilla. Después me convencieron de ir al Seguro y fuimos. Me lastimaron, me hicieron el tacto tres veces, me manipularon mucho, yo le grité al doctor... “fíjese, por qué no se fíjan lo que hacen, por su descuido yo estoy mal, ni cuando parí me dolió tanto”, me sentía muy mal. Me dieron pastillas para la infección y las tomé. Yo estaba muy enojada ese día cuando salimos del Seguro, hasta mi esposo la llevó, le grité y algo le dije. Imagínese que sólo por descuido de los médicos, si me tardo unos días más en darme cuenta me muero de la infección.

En el trabajo me cuidaba. No subir escaleras, no andar en máquinas ni nada, puro manual, puro hacer cositas no pesadas, también en el trabajo me cuidaban, no me mandaban hacer nada, muy bien y ya nació el bebé de muy buen peso. En la casa, no lavar, no tener nada que ver con nadie, pues ya no tenía nada que ver con el papá del niño, en la

dieta es cuando uno debe de cuidarse; según esto, no debe tener relaciones nada de nada (Teresa).

En el curso de estos relatos lo que se observa es la complejidad que constituye el abanico de posibilidades que tienen las mujeres para definir su situación, desarrollar acciones en torno a ella, defenderse o apechugar. Como dicen Ginsburg y Rapp (1991, 324), “se evidencian las poderosas circunstancias socioeconómicas que no pueden ser corregidas mediante acciones individuales. Fundamental en la compleja red de problemas es que el servicio de salud es caro, inadecuado y a veces autoritario, lo que lleva a una falta de comunicación, de confianza y uso irregular de los servicios de atención pre y perinatal”.

En este capítulo he identificado y descrito las prácticas de atención al embarazo de acuerdo con sus distintas etapas, así como los diferentes actores con quienes las madres-trabajadoras negocian sus prácticas. La identificación de las etapas permite reconocer las diferentes situaciones de un mismo embarazo a las que se enfrentan las mujeres. Constituye parte de mi argumento de que desarrollan y moldean distintas prácticas en distintas condiciones. Se distinguen leves diferencias entre el auto-cuidado y la auto-atención. Considero que esta distinción es relevante por lo que contribuye a la construcción de la salud positiva, referencia que habré de retomar en las conclusiones.

Las prácticas de auto-cuidado se refieren a la construcción y mantenimiento de la salud a través de la alimentación, i.e la ingestión de ciertos alimentos y bebidas así como evitar otros; el descanso, que incluye no sólo el sueño sino también el reposo, subir las piernas o descansar cambiando de posición, buscar sillas cómodas o alargar los periodos de descanso al ir al baño en la fábrica; la manipulación del cuerpo mediante masajes, sobadas y acomodados y el aseo.

Las prácticas de auto-atención pueden incluir algunas de las mismas prácticas mencionadas para el auto-cuidado pero en respuesta directa a un episodio, molestia o daño sentidos durante el embarazo, ya no para construir, sino para reparar o reconstruir, o para evitar mayores daños. Durante el curso del embarazo una de las molestias más comunes fueron

las náuseas y los vómitos. Se identificó una variedad de formas para atender estas molestias, básicamente mediante el uso selectivo de los alimentos y bebidas, masticar arroz, pan o galletas, no comer a ciertas horas, comer a otras, beberse un jugo lentamente, entre otras. Se refieren a prácticas desarrolladas en respuesta a su capacidad de escuchar al cuerpo y de adaptarse a lo que les rinde mejores resultados. Los médicos no ofrecieron alternativas satisfactorias para estas molestias aun cuando fueran solicitadas por las madres-trabajadoras.

Frente a ciertas molestias no encontraban solución, ni en la atención médica, ni con las diversas prácticas de auto-atención. Ante ello, sólo les restaba aguantar. Pero las narraciones al respecto permiten distinguir dos prácticas. Una la podemos llamar de *aguante pasivo*. Es decir, no se hace nada, este sufrimiento es normal y forma parte de lo que consiste ser madre y estar embarazada. La segunda forma es el *aguante activo*, se aguanta y se apechuga, pero se reconoce que no es justo sufrir tanto. Cuando aguantan de esta forma, las madres-trabajadoras gritan, se enojan, pero siguen.

Las prácticas de atención médica incluyen la medicina biomédica, la medicina alternativa y la medicina tradicional, con fuerte predominancia de la medicina biomédica y especialmente del Seguro Social, el cual constituye un aliciente muy importante para las madres-trabajadoras para mantener el empleo en la maquila. El trato con los y las practicantes de cualquiera de las prácticas de atención médica fue tema sustancial en las narraciones, en parte por mi interés en la negociación de las prácticas, tema que se verá en el siguiente capítulo.

NEGOCIANDO LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN AL EMBARAZO

En este capítulo daré respuesta a la segunda pregunta de investigación: ¿Con quiénes y cómo negocian las mujeres sus prácticas de atención al embarazo a la luz de las identidades y relaciones de género? Estas negociaciones se desarrollan en el marco de relaciones diádicas más amplias que son relaciones de poder entre las madres-trabajadoras y otros actores sociales. Ubicar las negociaciones en relaciones de poder implica reconocer que se llevan a cabo en una jerarquía en la que los actores no están en igualdad de condiciones para negociar, aunque debe advertirse que estos posicionamientos no son inamovibles. Analizaré esta negociación en torno a las prácticas de atención al embarazo con base en los relatos de las madres-trabajadoras y en los relatos de otros actores con quienes negocian sus prácticas. Como se advirtió en el primer capítulo, una limitación de este análisis es que no se cuenta con entrevistas a todos los otros actores en la misma profundidad que a las madres-trabajadoras acerca de las negociaciones. Además, la mayor parte de éstas son analizadas con base en los relatos representados por las madres-trabajadoras en las entrevistas y no observadas por mí. A pesar de ello, considero que las entrevistas a los otros actores permiten contar con otros puntos de vista, aunque no tengan la misma profundidad que las entrevistas a las madres-trabajadoras, dado que en la investigación he tomado la decisión consciente de privilegiar sus voces. A pesar de esta limitante, que acota la completitud del análisis de la relación diádica, la información disponible sí permite conocer la posición y las respuestas de algunos

de los otros agentes involucrados en estas negociaciones e ilustrar los conflictos y consensos en la negociación. La novedad del capítulo es la reconstrucción de los procesos de negociación vistos desde las relaciones e identidades de género, explorando los otros actores sociales que forman parte de estas relaciones de poder.

Por la importancia que tiene para el embarazo, en las negociaciones con la pareja incluimos los temas de anticoncepción y relaciones sexuales. Estos son temas sobre los que las mujeres querían discutir mucho y a partir de los cuales relataban sus relaciones de acuerdo o conflicto con sus parejas.

El capítulo se elabora con base, principal pero no exclusivamente, en mis reconstrucciones en torno a sus relatos captados en entrevistas. También se utilizan materiales de entrevistas a tres médicos familiares del hospital del IMSS en Nogales y a dos médicos del Hospital Básico de la Secretaría de Salud en Nogales, así como entrevistas a dos esposos y dos hermanas de las madres-trabajadoras, dos gerentes de la Planta X y dos directoras de guarderías de una maquiladora en Nogales.

El capítulo explora las relaciones e identidades de género a través de dos apartados. El primero se refiere a la negociación de las madres-trabajadoras con distintos actores, y el segundo se refiere a las comparaciones que ellas hacen, con base en sus propias experiencias y también en sus especulaciones, sobre la diferencia entre trabajar o no cuando están embarazadas. Este segundo apartado tiene la finalidad de explorar el conflicto entre ser madre y ser trabajadora y sus posibles resoluciones. Permite ver cómo las prácticas de atención de las madres-trabajadoras y sus ideas sobre la imbricación entre el trabajo doméstico y fabril se construyen en función de las identidades de género.

LAS MADRES-TRABAJADORAS NEGOCIAN LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN AL EMBARAZO

En este trabajo, el concepto de la salud reproductiva alude a un proceso que las mujeres viven desde la menstruación hasta la menopausia, cuyos

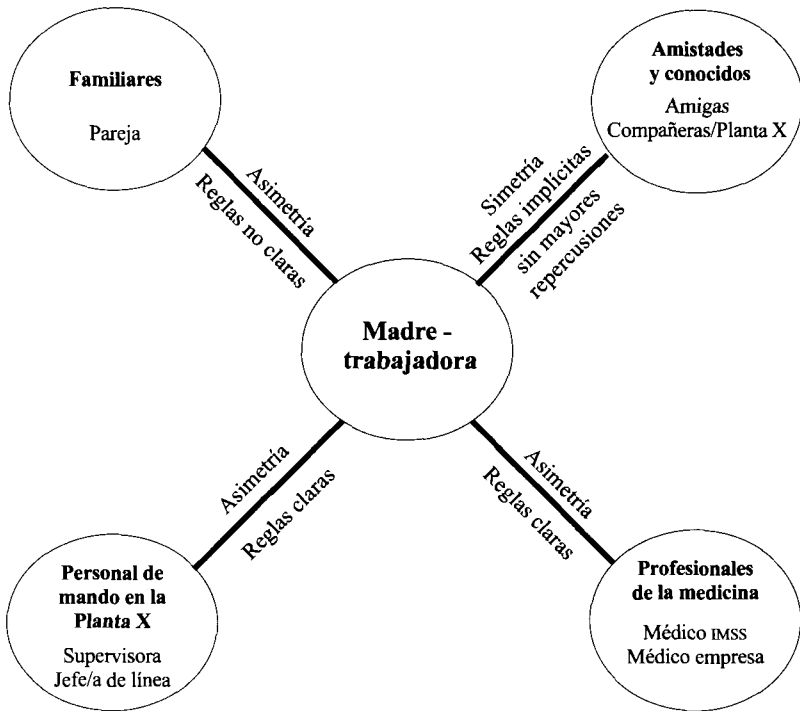
efectos perduran en ocasiones por toda la vida y para lo cual las socializan desde niñas, y se estudia primordialmente a través del embarazo y secundariamente a través del parto y puerperio y sus cuidados. He argumentado que estos cuidados se realizan en un proceso fluido de significados que constituyen una cultura emergente de salud, que es moldeada y negociada continua y diversamente por las trabajadoras con distintos actores sociales. La identificación de dichos actores arroja cuatro grupos clasificados por el control o no que mantienen sobre el cuerpo de la mujer: 1) los familiares, entre los que destacan su pareja, su madre, su padre, sus hermanos y, un poco más distantes, sus tías, abuelas o primas; 2) los profesionales de la atención médica, primordialmente de la biomedicina (médicos y enfermeras) mayoritariamente del IMSS, así como el médico de la empresa, de algunas otras instituciones públicas y los médicos privados, así como los profesionales de la práctica de la medicina tradicional y de las medicinas alternativas; 3) el personal de mando en la fábrica, incluyendo a las supervisoras o jefas de línea, los responsables de recursos humanos y personal u otros gerentes de producción o administrativos con quienes tengan que tratar; y 4) sus amistades, compañeros y compañeras de trabajo y vecinas, quienes mantienen con ellas una relación de solidaridad, no exenta de conflicto, pero que no ejercen control sobre su cuerpo.

Este listado de actores responde a la pregunta rectora de quienes de una manera u otra moldean las opciones de prácticas de las madres-trabajadoras. Sin embargo, para dar respuesta a la pregunta sobre las negociaciones, requerimos de una taxonomía que revele las relaciones de simetría y asimetría en el posicionamiento desigual, dentro de una jerarquía social con implicaciones para las negociaciones, producto justamente del proceso de construcción de referencias para la cultura de la salud. Como veremos, en estas negociaciones desiguales las madres-trabajadoras jugarán cartas de muy distinto valor. Cada una de estas categorías contiene actores clave con quienes se negocia, dado su posicionamiento jerárquico en las relaciones de poder. Una pista para identificar a los actores clave fue considerar por quiénes se preocupaban las madres-trabajadoras. Con sus parejas discutirán si van a seguir adelante

o no con un embarazo inesperado, si usarán o no algún método anticonceptivo, y considerarán la opinión de su padre y madre, que son claves por el poder que detentan. Esto no sólo surgió en los relatos sino a partir de mis observaciones. Durante las entrevistas en sus casas ellas cedían la palabra a sus esposos, o me pedían la entrevista en otro lugar para poder hablar más libremente, o se apuraban a terminar la entrevista porque tenían que regresar a casa a atender al marido. Cuando realicé el recorrido en la fábrica, noté un cambio en la actitud de algunas entrevistadas, pues se sintieron con mayor libertad para hablar conmigo si yo ya había hablado con sus jefes.

Diagrama 2

Relaciones que las madres-trabajadoras entablan al negociar sus prácticas de atención al embarazo



No existe un solo patrón para caracterizar las negociaciones de las prácticas de atención al embarazo, puesto que éstas se modifican no sólo para cada mujer en sus distintas relaciones, sino también para el tipo de cuestión que se negocia. Frente al médico, por ejemplo, pudiera parecer que tienen menos margen de acción, pero llega un momento en que algo detona la voluntad de algunas para no dejarse maltratar. Una madre-trabajadora nos ha relatado cómo asume el protagonismo para rebelarse contra las decisiones médicas y plantarse tres días en el hospital hasta que logra su solicitud. Hay algunas parejas que han desarrollado una relación más igualitaria basada en una mayor comunicación, como la de Cecilia y su esposo, o la de Gloria y su esposo. La comunicación también es ingrediente en las relaciones entre ciertas trabajadoras y sus supervisoras y jefas de línea, con quienes pueden discutir y compartir sus preocupaciones.

La negociación con sus parejas

Entre los familiares de las mujeres, las parejas son actores clave. Con ellos negocian, desde la primera relación sexual, el uso de anticoncepción, el reconocimiento del embarazo, el número de hijos deseados y, en pocos casos, los propios cuidados durante el embarazo. Mientras esto suceda, las mujeres tendrán que aceptar la primera relación sexual, como las que relataron en esta investigación, de manera casi forzada, insatisfactoria y sin placer. Si sus parejas deciden no estar de acuerdo con la anticoncepción, ellas tendrán que recurrir a ésta a escondidas, o asumir las consecuencias de un embarazo no planeado. En las entrevistas realizadas para esta investigación, la anticoncepción y las relaciones sexuales fueron los temas de más discusión en cuanto a la relación de pareja, temas sobre los cuales las mujeres quisieron conversar porque resultaban ser momentos de desencuentro con sus parejas. Si la madre-trabajadora cuenta con el apoyo constante y comprometido, así como con una relación comunicativa con su pareja, con él discutirá las opciones de anticoncepción. No obstante, en los casos de esta investigación, generalmente fueron las mujeres quienes tuvieron que “cuidarse” con las pastillas

anticonceptivas o con el dispositivo intrauterino. A pesar de que algunos varones decían estar dispuestos a usar el condón o hacerse la vasectomía, finalmente se cansaban, dejaban de usarlo y posponían la operación.

El tema de la anticoncepción suele tomar mayor importancia después del nacimiento del primer hijo, cuando ya se mostró que se es fértil y que puede parir un hijo, particularmente si éste es varón, y a la vez cuando ya se conocen las responsabilidades y obligaciones implicadas en la crianza. Es además un tema sobre el cual la mujer termina decidiendo, en caso de haber desacuerdo con su pareja, puesto que siente que ella tiene que cargar con las consecuencias, resultado que aparece también en el estudio de Ortiz-Ortega et al. (1998).

Isela tuvo cinco niñas y un varón. A su esposo le estuvo “terqueando” mucho para operarse, “pero él quería el varón”. Finalmente, él la vio muy mal en el último embarazo en que tuvo varias amenazas de aborto, y le dijo: “ya no quiero que tengas, te operas ya”. De ese último embarazo nació el niño que esperaba su esposo, pero antes de saberlo ya habían decidido que debería hacerse la salpingoclasia.

En cuanto a la negociación entre las madres-trabajadoras y sus parejas, debe advertirse que estas negociaciones forman parte de uno de los múltiples intercambios con ellos. Deben entenderse como parte de una red de interacciones de una relación mucho más compleja que no podemos analizar aquí, pero que colorea el tipo de negociaciones que estamos tratando de analizar.

Las prácticas de atención al embarazo posiblemente no tengan el mismo peso que otras que hemos mencionado, como la anticoncepción y las relaciones sexuales. Sin embargo, se insertan dentro de una amplia relación de pareja en la que encontramos que las dificultades estriban en la falta de claridad y de mecanismos explícitos para llegar a algún acuerdo. Esta incertidumbre se agudiza, aunque sus consecuencias pueden llegar a ser benéficas para las mujeres, dado que dejan de operar todos los controles sociales que tradicionalmente la han mantenido en una posición subordinada. En esta investigación me refiero especialmente a los controles de los padres. Los momentos de transición como éste, cuando la mujer ya no se queda únicamente en el hogar, sino que ocupa

un lugar en el mercado de trabajo, se caracterizan por mucha ambigüedad en cuanto a los parámetros de “lo aceptable” y de la “normalidad” que operan. Entre algunas parejas una buena comunicación y acuerdos en torno a las responsabilidades y obligaciones de cada parte atienden parcialmente esta dificultad. Este es el caso de Cecilia, quien nos ha relatado su relación de pareja como una en la que se comparten y se hablan todas las decisiones, particularmente en torno a la anticoncepción, el momento de tener un hijo, las relaciones sexuales y otras responsabilidades de la pareja.

Durante el embarazo, la pareja tiene menos injerencia en las decisiones que toma la mujer sobre su embarazo, en contraste con la centralidad de sus decisiones sobre la anticoncepción. Salvo la singular excepción del caso de Teresa, quien fue golpeada violentamente por su segunda pareja en sus dos embarazos, las madres-trabajadoras no mencionaron con frecuencia a sus compañeros, ni fue éste un tema investigado en demasiada profundidad. Si las acompañaban a su visita al médico, generalmente lo hacían la primera vez, posteriormente ellos “ayudaban” a cuidar a los niños para que ellas pudieran irse. Las madres-trabajadoras no centran sus negociaciones sobre la atención al embarazo alrededor de sus parejas. Una vez iniciado, negociarán con el esposo continuarlo o no, pero una vez tomada la decisión, las negociaciones pasan a otros actores.

A pesar de que las madres-trabajadoras tengan problemas con el embarazo y sigan trabajando, las condiciones de trabajo no necesariamente son su preocupación principal. Sus preocupaciones se centran en los hijos o en la relación con la pareja. El caso de Teresa, quien tiene una relación muy conflictiva con su pareja, fue el único caso de violencia doméstica que identificamos entre las madres-trabajadoras.

Este embarazo fue bastante problemático, también porque empecé a tener problemas con él, porque en la primera recaída fue amenaza de aborto, fue a los tres meses... Sí, todo el embarazo este tuve amenaza y pues yo ya trabajaba. Todo el embarazo me la pasé mal, quizá era lo mismo que la pasaba mal, porque ya tomaba medicamentos,

internada en el Seguro y cuando no estaba internada en el Seguro pues peleando con él. Peleábamos mucho, discutíamos demasiado, yo lo corría de la casa y luego me sentía mal, me ponía mal, muchas veces no me hacía caso y ya después se fue él y me dejó embarazada y sin dinero, con la renta encima, y se fue. Esa vez recaí, salí del Seguro, fue cuando yo ya lo había corrido, pero siempre iba él al Seguro a verme y todo. Pero no, cuando ya regresé del Seguro él se fue y después volvió por mí, volvió a la casa, no salía de la casa, pero no era a estarse conmigo, sino venía a ver al niño, se puso a trabajar de noche y luego me dijo que él me quería llevar a donde él estaba, que porque yo ya estaba embarazada y que él mejor me llevaba a donde rentaba, me sacó de ahí de donde yo estaba, me llevó para su casa para donde estaba rentando y luego pues empezamos igual con los mismos problemas, él andaba con otra mujer y un desastre. La panza, era puras recaídas, pero eso por puros problemas que tenía con él y sí me deprimí mucho, lloraba mucho por los problemas, tuve muchas recaídas, muchas y me atendía en el Seguro, me tomaban muchos ultrasónicos, me hicieron varios.

Para Teresa, ser madre no pesaba tanto como su preocupación sobre la relación con su pareja, hecho que afectaba su estado de ánimo y que, según ella, seguramente contribuía a sus dificultades con el embarazo. El relato también ilustra la reflexión de la propia Teresa en cuanto a su propia responsabilidad. Ella nos decía:

Empezamos bien, como todo el tiempo, pues al principio toda relación es muy bonita, muy bien y empezamos a tener problemas precisamente cuando ya estaba embarazada. Pleitos aquí, por allá, me hice muy corajuda yo también. En carácter era muy corajuda, todo lo tomaba en contra de él. Quizá eso fue lo que lo hizo que buscara a otra persona o quién sabe, pero en eso sí hubo cambios, que yo me hice demasiado corajuda cuando estaba embarazada... luego los golpes, y me fui. Ahora, ya ves, me viene a buscar, que lo perdone. Otra vez me lavó el coco, como quien dice, dijo que está muy arrepentido y empecé

a dejarlo ver al niño... me pidió perdón varias veces, que iba a poner todo de su parte, me convenció. No me ha dado problemas, sino que soy yo la que, aquí adentro, no soy la misma ya, no le tengo la suficiente confianza. Siempre que se sale se lleva al niño y por eso lo hace y se lo lleva porque me lo dice: “para que tú no pienses mal”.

Durante el parto, los esposos se limitaban a cuidar a los niños, ocasionalmente acompañaban a la mujer al Seguro y aparecían para pedir a los médicos información sobre su estado. Ningún hombre acompañó a su mujer durante el parto, pues no lo permite el Seguro. A veces los médicos solicitan la autorización del esposo cuando van a practicar la salpingoclasia al término del parto, en cuyo caso, la esposa pide hablar con su pareja para tomar algún acuerdo o el mismo médico pregunta por él para que de su anuencia.⁸¹ Marina nos relató su deseo de consultar con su pareja su opinión sobre la anticoncepción –a pesar de que él tenía otra esposa e hijos– considerando que era parte de una relación entre dos. En la etapa de puerperio, el varón es mencionado en el cuidado de la salud de su mujer. Varios de los relatos del capítulo IV corroboran este hecho. Las madres-trabajadoras pidieron a sus parejas que fueran al mercado o al centro de Nogales a conseguirles una hierba o algo para los tecitos que se usan en la etapa del puerperio, para desintoxicarse y limpiarse el cochinero que queda después del parto. En el caso de Cecilia, quien tuvo fiebre y una infección puerperal, es al esposo a quien le tiene confianza para pedirle que la revise y no a su cuñada o a otra mujer. Al ser el más cercano, también es al esposo a quien le grita y con quien se desquita después de su enojo con los médicos del Seguro.

Los casos de las relaciones de Patricia, Cecilia y Marina, cuyas parejas muestran una clara preocupación por sus mujeres y quienes comparan con ellas y se prestan a la comunicación, revelan la posibilidad de

⁸¹ Según cuentan los médicos, algunos años atrás era práctica común que el marido tuviera que dar su autorización para la esterilización de su esposa, hoy en día se asume que la mujer puede decidir de manera individual sobre su cuerpo. Sin embargo, algunos médicos siguen la práctica de consultar a los esposos.

sostener actitudes igualitarias y de respeto mutuo entre parejas que no son matrimonios formales. Pero en el otro extremo, hay varios casos donde las actitudes de las mujeres son de franca subordinación: el caso de la pareja de Isela, quien quiso que su mujer siguiera pariendo hasta tener un varón (que fue el sexto hijo); o el caso de Lorenia, cuyo esposo era soldado y no quería que su mujer tomara anticonceptivos para poder garantizar que se embarazara en cada visita que le hiciera y así asegurar su fidelidad. Él se disgustaba mucho cuando ella “se cuidaba” y hasta le dijo que por eso se iban a separar, cosa que sucedió años después, luego de que nació el quinto hijo.

Otra de las negociaciones que las mujeres realizan es con respecto a la continuidad de la relación de pareja. Como vimos en los casos de Lorenia, Patricia, Marina y Alicia, la decisión de dejar a su pareja es una opción a la que pueden recurrir. Posiblemente esta decisión se facilite, aunque sea de manera inconsciente, por la posibilidad de encontrar en la maquila un empleo que les permita mantener a sus hijos y sobrevivir sin tener que asumir condiciones de pareja que se han convertido en inaceptables. En este sentido, el empleo en la maquila amplía sus márgenes de negociación con la pareja. Las mujeres entrevistadas no consideraban como opción el separarse del marido y quedarse en los pueblos de origen o en las ciudades donde vivían antes, y para ello se refieren a la falta de trabajo y medios para sobrevivir. Faltaría investigar además qué tanto pesa en sus decisiones la presión cultural ejercida en dichos lugares hacia la madre soltera.

Se identifican en la investigación las diferentes maneras de dejar a la pareja: se le abandona, como hizo Patricia, embarazada, y que se llevó a su hija para instalarse en una casita de cartón de desecho en una invasión; o se le corre de la casa y se le prohíbe inclusive que la visite a ella o a sus hijos como hizo Alicia, quien devolvió a su pareja a casa de su mamá. Lo interesante de estas distintas modalidades es que ellas no se sienten atrapadas en una relación por necesidad económica. Las que llegaron a reconciliarse lo hacen por los hijos, no por razones económicas.

Isela nos relataba que las mayores diferencias con su esposo, con quien tiene seis hijos, eran el hecho de que ella fuera a trabajar y la idea

estereotipada de las obligaciones de las mamás y los papás en la familia sobre las que se han tenido que poner de acuerdo. Cuando entrevistamos a su esposo nos dijo, no sin ciertas contradicciones e ilustrando los estereotipos sobre lo que le es permitido a un padre cumplir respecto al cuidado de los niños:

Yo le dije que no [fuera a trabajar] porque les hace falta el cariño de la madre, si el padre se va a trabajar, tiene que estar la madre primero... Digo, cuando menos les hace falta el cariño de la madre, porque un padre, ni modo que diga que la voy a cambiar de ropa para que vaya a la escuela. Ella viene [del trabajo] cuando las niñas vienen o al revés ya están las niñas aquí o ella está muchas veces allá [refiriéndose a la Planta X], o si las dejan temprano venir de la escuela, entonces ella ya no las mira hasta la noche.

Por su parte, Isela justifica:

Por eso mismo, porque él no las puede peinar, cambiar; como esa foto que tengo ahí, fue de un concurso y esos diplomas fueron los que se ganaron. Me dice él: “cómo vas a ir a trabajar y a las once de la mañana se tenían que ir a la escuela, no vayas para que las alistes”.

Preguntamos al esposo entonces qué opinaba de que Isela siguiera en la Planta X:

Pues, no hay más, porque apenas así nos puede alcanzar para medio comer y a ver qué mejoras podemos [hacer] en la casa, si no tenemos mejoras trabajando ella, menos no trabajando... y ahí vienen los demás niños que van a ir a la secundaria y un diario [se refiere al salario], pues no la hacemos, y pienso sacarlos a ellos [las hijas] adelante, digo, ya que no hicimos nada nosotros, pues que ellas estudien hasta donde puedan.

Para esto, Isela y su esposo acordaron que él trabajaría de noche y ella de día para que siempre estuviera alguien en casa con los hijos. Cuando él se queda, nos dice que le toca:

Pues vigilarlas a ellas que desayunen, coman, se vistan y se vayan a la escuela. Ya en la tarde que ella viene, pues le digo, ve tú por las chamacas a la escuela, y la niña más grande hace la comida, y los trastes entre todas... tienen un papel quién les toca un día y quién al otro día... ideas que les vienen a uno por pleitos de ellas.

Es el esposo quien plantea el conflicto de que la mamá trabaje y no atienda a los hijos, y para justificarse recurre a su imposibilidad de cumplir con ciertos cuidados que únicamente una madre puede cumplir. En esa casa son las hijas mayores quienes cuidan al bebé varoncito, puesto que el trabajo de cuidado de los bebés también es una tarea que el esposo considera de mujeres.

Las formas de negociación no siempre aparecen como respuestas directas a una acción concreta por parte de la pareja, sino a veces como resistencias indirectas. Éstas pueden asumir formas de confrontación o no confrontación, como no acatar las indicaciones del marido, o darle largas a alguna orden suya. En el relato siguiente, Elizabeth considera al trabajo en la maquila como una opción que le da mayor libertad y rango de acción frente a su pareja, aunque aún permite que él imponga sus ritmos y exija la atención de sus necesidades en el hogar. Lo anterior no fue explorado en esta investigación, por lo que no puedo ponderar cuáles acciones fueron realizadas de manera consciente y cuáles no, cuáles fueron respuestas directas a una imposición y cuáles respuestas indirectas.

Elizabeth se siente cansada del trabajo en la maquila y del turno nocturno, a pesar de que tiene sólo cuatro años trabajando, pero en la última entrevista que tuvimos con ella nos dijo que por nada del mundo renunciaría. En apariencia, ella trabaja para comprar las cosas adicionales a las necesidades básicas del hogar, pero al analizar la relación –tensa y de

subordinación— con su esposo se observa que el trabajo le permite cierta independencia, y aunque la cansa mucho, no lo abandonaría fácilmente.

Mira, yo llevo desde los once años trabajando, entonces no sé, me gusta ganar mi dinero. No andar pidiendo para todo. Aunque sí le pido a él para ciertas cosas, cuando no me alcanza. Pero me gusta tener lo mío, o sea que yo me lo gane, sé en qué me lo voy a gastar y del otro modo tengo que andarle diciendo a él, ¿me dejas sacar esto? [Se refiere a comprar algo a crédito] Porque hay que saber si va a poderlo pagar o si va a alcanzar. Y por eso le pregunto. Sé que me va a decir que sí, pero de todos modos le tengo que preguntar. No nomás sacar porque sí, tiene que ver cuánto le va a quedar esta semana o la otra. [Luego se contradice] Me tengo que quedar horas extras cuando me encharco [se endeuda], pues a veces saco cositas [comprar a crédito], para que haya más cositas, sillas, para esto o lo otro, y luego me tengo que quedar, pues para eso trabaja uno, ¿no? Para gastar el dinero en lo que se necesita, si no, pues ¿quién más? [Pero al esposo de Elizabeth no le gusta que vaya a trabajar horas extras en sábado]. A veces me dice [su esposo] que quiere desayuno el domingo a las 8 ó a las 7 y pues es el único día que descanso, y luego empiezo a renegar yo pues, y me dice, “por eso te digo que no vayas los sábados, porque el domingo no te quieres levantar”.

Pues sí, nos falta un cuarto, también nos hace falta un carro, porque cuando se me enferman los niños tengo que andar de raite, a ver quién pasa. Aquí sin carro no sale uno. Me lastima lo de los niños, que no los saco más que al mandado o al tianguis... Ya quisiera mi casa bien hecha, con los servicios y todo eso. Me dice él [su esposo] que si me dan la casa del Infonavit la voy a agarrar. Y ésta la vamos a rentar, pues a veces me desespero porque no tengo el baño. Pero como dice el dicho: “Hay que batallar para tener”.

Elizabeth quisiera cambiarse de turno y sus amigas en la fábrica le dicen que no es justo todo lo que batalla.

“Yo no sé cómo le haces”, me dice una señora. Que los niños en la escuela, que toda desvelada, que la comida. Es que le tengo que dejar comida, porque él dice que en la cafetería [trabaja en una planta de refrescos] le cae mal la comida, y digo yo pues, de que me saque él del trabajo, mejor me aguanto ¿no? Porque ellas me dicen que él me debería de ayudar ya que sabe que acabo de llegar. [Se refiere a su llegada en la madrugada cuando acaba de salir del turno nocturno y su esposo le exige que lo atienda]. Él quiere que esté platicando con él y ¡ay, no!, yo muriéndome de sueño. Si la otra vez le planché la camisa. Le gusta andar planchadito. Y yo creo que le pasé la plancha como cinco veces y luego me dijo: “Elizabeth, ¿me planchaste esta camisa?” “Sí”, le dije, “ahí está en la silla”. Pues se volteó, y toda marcada, la plancha pegada así. Yo creo que se la planché dormida. Me dice que se la planche en la tarde, pues si son las tres y media y apenas me alcanza para bañar a los niños y dejárselos listos antes de ir a trabajar. No me alcanza el tiempo, estoy haciendo la lucha, pero no me alcanza.

El sacrificio que hace Elizabeth con el trabajo nocturno, las horas extra que trata de conseguir para aumentar su ingreso, así como su jornada doméstica y las presiones de su esposo tienen una carga inmensa en su salud, que por su relativa juventud aún no se han manifestado en daños o enfermedad. En las consideraciones que ella nos presentó aparece una breve reflexión sobre otras opciones que tendría, como salirse de la Planta X. Al observar la relación con su esposo se puede entender mejor cómo su trabajo no sólo amplía ligeramente la posibilidad de negociación que tiene con él, sino que le provee de un ingreso que le da mayor libertad para atender a su familia.

Las actitudes de reclamo y demanda hacia la mujer también fueron transmitidas por algunos hijos. Es el caso de los hijos varones y sus relaciones con Lorenia. Durante una de nuestras entrevistas, su hijo de quince años llegó preguntando en tono de demanda: “¿Qué hizo de comida?” Lorenia le respondió: “Nada, no ves que vengo llegando”. Pero el hijo insistió: “Pues es que ya extraño la comida que haces. Haz ahorita para que invites [señalándonos a nosotras]. Haz algo para comer”.

En los relatos de otras parejas se aclara la percepción que las madres-trabajadoras tienen sobre sus responsabilidades y las del marido, relato que en el caso de Cecilia (quien reside con su esposo y está embarazada por segunda vez) ilustra claramente la relación de género, relación en la que la mujer justifica al esposo a la vez de que se queja de que no le ayuda, reconoce que la obligación es de ella.

Todos los días lavo, no me gusta que se me junte ropa, lavo los trastes. No me ayuda nadie. Un poco mi esposo barre y plancha a veces, pero la obligación es mía. En el primer embarazo me ayudaba más, ahora ya no es tanto, yo pienso que es por el trabajo [dice refiriéndose al trabajo de él]. Mi esposo es muy consciente.

Cada tipo de relación de pareja ilustra diversas formas de negociación en que las constantes en las relaciones tendientes a la igualdad se basan en la comunicación y el respeto originados en el afecto. Esto fue claro en las relaciones de las parejas de “segundo frente” o de mujeres separadas o divorciadas que se habían juntado con una nueva pareja. También quedó ilustrado que el trabajo extra-doméstico provee a las madres-trabajadoras una carta adicional a jugar en las negociaciones con sus parejas.

La negociación con los padres y familiares

Ausente la pareja porque la mujer es madre soltera, separada o divorciada, y aun cuando tengan pareja como en el caso de Teresa, los papás son actores con quienes negocian las madres-trabajadoras. Esta relación generalmente se da a distancia, al residir sus padres en una ciudad lejos de Nogales. Las trabajadoras refirieron sus preocupaciones por las reacciones de su madre o padre en cuanto a un embarazo sorpresivo, por la selección de alguna pareja, o por un embarazo sucesivo. La preocupación por los padres también está presente por la carga que puede significar el que hayan tenido que quedarse a cargo de algún hijo, como es el caso de Marina, quien les envía dinero para la manutención de su primera

hija, o que temporalmente estén criando a alguno de sus hijos como en el caso de Alicia. Esta negociación con los padres es construida desde años atrás y se refleja en los conceptos sobre la salud reproductiva que manejan las mujeres, que a su vez son transmitidos por sus familias de origen. Estos conceptos incluyen sus temores sobre el tanteo (burla) de los hombres y la posibilidad de un embarazo, o su desconocimiento sobre la menstruación. Es una relación permeada de tensión permanente, no sólo por la negociación entre la mujer y sus padres, sino por desacuerdos entre el padre y la madre, quienes responsabilizan el uno a la otra por la conducta de la hija. En particular el padre de Marina responsabiliza a su mamá de las malas decisiones que tomó su hija al seleccionar a su primera pareja, le dice que esto sucedió porque no habló con ella suficientemente.

En Marina prevalece cierto estereotipo de familia feliz que incluiría una con todos los hijos de un mismo padre. Ella compartió en varias ocasiones sus preocupaciones de no haber cumplido con este deber ser para las mujeres, se preocupaba de que sus padres se cansaran al cuidarle a la hija mayor, y de que sus dos hijos (de diferentes padres) no fueran a desarrollar la cercanía y la relación de dos hermanos de un mismo padre. Parecía preocuparle menos el hecho de no tener hijos de un mismo padre.

Al igual que en investigaciones sobre el tema de la salud sexual y reproductiva en la región (Castro y Salazar 2001), rara vez escuchamos de las entrevistadas relatos sobre relaciones satisfactorias y comunicativas con la madre o el padre respecto a la sexualidad, como si la comunicación en torno a la intimidad les fuera prohibido, pero dicha falta de comunicación sobre un tema no impide la compañía ni la atención durante otros momentos, como durante el puerperio. Como nos contó Mireya: “después del parto me recuperé con mi mamá [quien vive en Nogales], estuve allá un poquito más de la semana, después yo sola”.

A pesar de tener a la mamá lejos, tanto Teresa como Elizabeth viajaron para tener ahí a sus bebés y contar con su apoyo durante el parto y el puerperio. Elizabeth nos contó:

Después de la incapacidad me quedaba aquí en la casa [en Nogales] y faltando ocho días para según la fecha en que me iba a aliviar me fui [a Ciudad Obregón] porque ahí estaba mi mamá y mi mamá no podía venir porque tenía a los niños en la escuela y me dijo que me fuera para allá, que era más fácil atenderme allá que ella venirse a estar aquí y dejarlos a todos solos allá.

Con las hermanas y los hermanos las prácticas de atención al embarazo no se negocian con la misma intensidad que con la pareja y los padres. Frecuentemente se acude a las hermanas para obtener remedios domésticos para las molestias, así como compañía y ayuda durante el parto y el puerperio. A los hermanos –que también se mencionan como elementos de apoyo por otra investigadora que estudia familias que viven en Tijuana (Lestage 1999)– se les solicita para apoyo en los trámites, en la construcción de la casa, o como compañía y ayuda con los hijos (como en el caso de Patricia), pero escasamente para el cuidado del embarazo. Al hablar de sus familias de origen, las madres-trabajadoras mencionaban a los hermanos al recordar el cuidado y la atención que tuvieron con ellas, como en el caso de Cecilia, que la motivaron a emigrar cuando el peso de las obligaciones que la tenían sujeta a su padre y sus hermanos le resultó insoportable.

Patricia contó con la compañía de su hermana antes y durante el parto, pues su hermana se fue a vivir con ella mientras esperaba el momento de ir al Seguro y la acompañó hasta el hospital. La hermana menor de Marina vino a vivir con ella poco después del nacimiento del segundo hijo y le ayudó durante algún tiempo a cuidar a su bebé, pero luego comenzó a trabajar en una maquiladora.

Patricia acudió con una tía, a quien siempre ha sentido muy cercana y que vive en Nogales, para pedir información y consejos sobre el embarazo. En este caso, la tía fungió como una madre sustituta pues su propia madre había muerto antes. La consultó varias veces para que le diera remedios o para que escuchara sus quejas sobre cómo se sentía.

Lo que sobresale en las relaciones entre la mujer y sus familiares más cercanos, sean sus padres o su pareja, es que en el ámbito doméstico y

privado, y a pesar de leves cambios como los que hemos mencionado, no tiene una libertad absoluta sobre el derecho de cuidar su embarazo ni de tomar decisiones de manera autónoma. Sigue observándose el patrón de la subordinación de la mujer frente a “otros” en cuanto al manejo de su cuerpo y su salud. Otras investigaciones sobre los cambios en las relaciones de género en las esferas públicas y privadas también encuentran que a pesar de los cambios en los mercados laborales y sistemas de representación política, las transformaciones se manifiestan primeramente en el ámbito público que en la familia (Arnot et al. 2000). A este espacio “privado” llegan paulatinamente los cambios que han permitido a las mujeres adueñarse de sus cuerpos y su salud. Tal vez este rezago tiene que ver con la multitud de acuerdos tácitos, sobreentendidos y reglas no explícitas que impiden una negociación abierta y clara entre los integrantes de la familia, a diferencia de las negociaciones que se dan con otros actores como veremos a continuación.

La negociación con las amistades y conocidos

La negociación de las prácticas de atención al embarazo entre las madres-trabajadoras y sus amistades y conocidos, como los compañeros de línea y las vecinas más cercanas, suele darse en términos de mayor simetría que las negociaciones con los familiares. Se vive entre quienes se dan intercambios de ayuda mutua y consejos, al mismo tiempo que se presentan tensiones y fricciones sin que medie una jerarquía laboral o de parentesco. Las repercusiones de las decisiones no tienen el mismo peso que las decisiones que tendrán que tomar en el ámbito familiar, por ejemplo sobre la anticoncepción o las relaciones sexuales, como las amigas que le dicen a Lorenia: “agarra la onda, que ya tienes tres hijos, tienes que empezar a cuidarte ya”, recomendándole el uso de anticoncepción.

Estas negociaciones entre amistades y conocidas son marcadas por la simetría de la relación y moldean sus prácticas de diversas maneras: la información que se socializa sobre temas como la anticoncepción; las formas cotidianas de cuidado en la fábrica; los remedios caseros y domésticos que cada una aporta al cuidado de la salud reproductiva; así como

el intercambio de recomendaciones sobre la preferencia de uno u otro médico o servicio institucional de atención a la salud. Las frases “se oye por ahí” o “se dice por ahí”, o “las muchachas dicen”, “uno escucha”, se refieren generalmente a sus compañeras de trabajo con quienes tienen contacto mas no demasiada amistad. Sin embargo, estas referencias suelen alimentar una cultura de la salud compartida por las madres-trabajadoras.

Los remedios más comunes a los que las mujeres acudían para contener con las náuseas y los vómitos, sobre todo al inicio del embarazo, eran tratamientos que compartían entre ellas, no recetas médicas ni sugerencias que les hubiera dado el personal médico.

Pero en este nivel también se introducen nuevos elementos, como la información que dieron en las pláticas del Seguro, lo que dijo el médico de la empresa en cuanto a cierta medicina, los problemas con la menstruación y la anticoncepción, y los remedios para las náuseas. Se comparten los arreglos que se hacen respecto a las incomodidades de la posición en el trabajo, como para proteger los dedos y las manos, o descansar los brazos, la espalda, la cintura y las piernas. Se cuidan y se cubren cuando alguna tiene que ausentarse para ir al baño, realizar algún trámite o checar al niño en la guardería. En la línea, en el baño, en la cafetería o a la salida, se intercambian los últimos comentarios sobre el trabajo, que si es cierto que van a cerrar una línea, o que van a cambiar a algunas compañeras, que si hay nuevo supervisor, y que si ya entró una jefa de línea que detestan. En la etapa del embarazo, cuando ya se nota y sus compañeros se han dado cuenta, algunas de ellas relatan que son cuidadas en la planta.

Los ritmos de trabajo y los horarios tan prolongados en la fábrica hacen que ésta sea un espacio importante de socialización, pues el tiempo que las madres-trabajadoras tienen para pasar con sus amistades fuera de ella, considerando sus obligaciones y responsabilidades en el hogar, es limitado. Por ello, es de suponer que el intercambio entre compañeras de trabajo aumenta en función del mayor número de horas que pasan juntas.

También se dan pugnas por el poder entre las compañeras de trabajo, esto es, los chismes y cabildeos que llevan a cabo para acomodar con las jefas de línea o supervisores y ganar más horas extra o una mejor posición en la línea o alguna prestación que sus superiores deben autorizar. De acuerdo con lo relatado por los trabajadores, esta competencia entre ellos se da sobre todo para contar con acceso a préstamos de corto plazo, préstamos para vivienda, permiso para ausentarse o llegar tarde, las fechas a tomar las vacaciones, entre otras.

Las negociaciones con el personal de mando

Las negociaciones entre el personal de mando en la fábrica se concentran con el supervisor, la supervisora o el jefe (jefa) de línea, así como ocasionalmente con alguien del Departamento de Personal y muy esporádicamente con algún otro gerente. Ya subrayamos la relación maternalista de las jefas de línea o supervisoras que cuidan “a sus muchachas”, como Martha, quien les lleva vitaminas, Patricia, quien les hace regalos, y la misma Francisca, de Personal, quien las apoya y conversa con ellas cuando tienen problemas. Este fue el caso que nos relató Alicia, quien encontró en los superiores de la fábrica el mejor consuelo durante el periodo de separación de su segunda pareja. Se comparten alimentos y remedios como los aceites que Martha trae para mantener saludables a “sus muchachas”. También está el caso de Teresa, a quien se le permitió usar el elevador y no las escaleras, y quien recibió ayuda de sus compañeros para no levantar cosas pesadas.

Frente al temor de que el trabajo pueda afectar su bebé, o si sienten molestias en su trabajo, hay trabajadoras que se quejan y solicitan cambios de lugar o modificaciones en sus tareas. Por ejemplo Teresa, al estar embarazada, recibió el apoyo que buscaba de parte de sus compañeros varones y posteriormente de la jefa de Personal.

Sí, el trabajo es riesgoso. En las máquinas, donde hay riesgos, para mí, es estar en una [que] recorta alambres, que corta unos cablecitos así [muestra el movimiento], es porque se cae mucho el material al

piso y uno se tiene que estar agachando, recogerlos cada rato. Eso sí es riesgo para mí porque ya me he visto delicada por esas cosas de estarse agachando, cualquier cosita ya me hace daño. Porque en el embarazo de Nicolás aquí trabajaba ya; yo me notaba que cuando recogía las cosas del piso que se caían o algo que me agachaba mucho era cuando presentaba sangrado y era cuando el doctor me incapacitaba porque tenía miedo, pues, de perder al bebé. Eso fue una de las causas. Yo les dije a los muchachos [compañeros del trabajo] de ahí, les dije que no podía estar agachándome, que sí podía estar en la máquina, pero que ellos recogieran el material, porque no me puedo estar agachando. Es que el doctor así me dice: “tú estás delicada, tienes que cuidarte...” En las remachadoras [también afecta] porque es manual la remachadora, o sea tienes que hacer fuerza con el brazo, y luego está uno sentado, estuve ahí el otro día y me sentí con dolor aquí [apunta al vientre]. Fui al Seguro y sí. Entonces al otro día les dije que me quitaran de ahí antes de que pasara algo peor y le dije al muchacho [jefe de línea] y ya me cambiaron. También subir las escaleras lo tengo prohibido... En contaminación son los componentes que hay. Ahí, como está muy cerquita del departamento donde pintan el tablero, y eso, pues huele mucho el tiner, que es lo que usan en la pintura y sí está muy fuerte el olor, incluso una vez me cambiaron para allá. Me sentía mal, se me subió la presión, vine con la enfermera y le dije que me puse mal. Me dieron mareos, vomité muy feo y me dijo la enfermera que ya no me pusieran ahí. Y sí, el muchacho es comprensivo. No dijo nada y me quitó. Ni tampoco me han puesto en las otras máquinas y tengo permitido usar el elevador para subir y bajar, porque en el embarazo del niño se presentaron muchos problemas y les dije que no podía subir y bajar escaleras a cada rato y entonces él me dijo que no, que sí usara el elevador. Después también él le mandó a decir a ella [una gerente de personal] que yo no podía estar usando las escaleras, que me bajarán a la planta de abajo o que me permitieran usar el elevador que normalmente no lo usan los trabajadores. A mí sí me mandaron a decir que no lo usara porque era para los de la oficina o emergencia. Entonces le dije a Francisca [la gerente

de Personal] que a mí un señor me había dicho que no lo usara porque era para las puras oficinas y me dijo ella que lo usara, que si alguien me decía algo le comentara para ir con el jefe de Personal. Pues ya vez que el elevador lo ocupan también, y estarlo ocupando y desocupando y esperar a que lo desocuparan llegaba tarde a veces a la línea del trabajo. Y habló con el supervisor y le dijo que yo tenía que usar el elevador y que a veces llegaba tarde porque el elevador no estaba, y pues tenía que subir y bajar las escaleras porque fíjate que en el embarazo de Juan me caí de las escaleras y me lastimé un brazo, y éste [señala el otro brazo] también pero ahora no me ha molestado.

Otras no recibieron este apoyo ni se sintieron con derecho a solicitarlo, sino que disminuían el ritmo de su trabajo lo suficiente para descansar, pero no para arriesgarlo. La negociación con este personal de mando no deja de ser jerárquica, de autoridad, con la ventaja de que las reglas son más claras que las de sus negociaciones de pareja, pues en este caso es posible tener un contrato escrito de por medio y saben qué es lo que se juegan en el caso de infringirlas.

Frente a estas autoridades tienen que negociar también sus permisos, tanto los cotidianos como para ir al baño, o los menos frecuentes, para ir con el médico de la empresa o al Seguro. Cecilia nos relató que tuvo que insistir para que la dejaran ir a las pláticas prenatales del Seguro. A pesar de que son obligatorias desde el punto de vista de esta institución, ella no recibió apoyo por parte de la Planta X para asistir.⁸² En la Planta no cuentan con apoyo de transporte ni pago de horas perdidas en caso de la asistencia a las pláticas prenatales. Entre otras cosas, esta falta de apoyo hacia las mujeres embarazadas implica el desarrollo de estrategias para posponer el aviso a la Planta, o disfrazar su embarazo lo más posible. De esta manera se protegen de cualquier despido y garantizan el acceso al Seguro para la atención al parto. Mientras no se note el

⁸² Decir que son obligatorias (para el Seguro) es para garantizar que asista la trabajadora, sin embargo, no se lleva ningún control de asistencia, ni repercute en su proceso de “ir haciendo expediente” si no asiste.

embarazo, las madres-trabajadoras hacen todo lo posible por que no se sepa en la fábrica puesto que implicará cuestionamientos sobre su definitividad, si es que no tiene contrato seguro, o posibles regaños.

La identidad primaria de las madres-trabajadoras es la de ser madre. Esto se observa aun en posiciones de autoridad en las que existe alguna jerarquía en la Planta X, pues ser trabajadora en puesto de mando es ser maternal. Entre las preocupaciones y prioridades de las mujeres parece pesar más el hogar que la fábrica. En algunas entrevistas sobre la relación entre el trabajo y el ámbito doméstico se observa una prolongación de las relaciones familiares hacia el ámbito del trabajo, más que a la inversa. Esto se explica si se considera que la identidad primaria de la mujer no radica en el trabajo sino fuera de éste, principalmente en la maternidad. También puede explicarse principal pero no exclusivamente, desde las diferencias de género que centran la construcción de la identidad femenina en su papel de reproductora biológica. Sin embargo, puede proponerse que para los varones también se observaría el poco peso del trabajo en la construcción de la identidad. Al respecto, Óscar Contreras, en un estudio sobre movilidad y mercados de trabajo en la frontera norte señala al “(...) mercado de trabajo local como una fuerza de trabajo ‘socialmente flexible’, cuya identidad social no se define a partir de la adscripción laboral” (Contreras 2000, 175).

Trabajan porque son madres y a esa identidad se incorporan los rasgos de ser además trabajadora. Martha, la supervisora del turno diurno, siempre está pendiente de “sus muchachas”: les lleva medicamentos, alimentos y “las cuida”. Mientras que Patricia, jefa de línea, se esfuerza por llevar regalos que ella misma hace y anima a las trabajadoras bajo su mando al estar pendiente de ellas, cuidando de que no se lastimen o cansen demasiado. Esta relación con sus subordinadas es reconocida por ellas al grado de preferir quedarse en un lugar, antes que cambiarse a otra línea de trabajo. Lorenia, con 14 años de trabajar en la Planta X, está muy a gusto con su supervisora: “Todo el tiempo ha sido mi jefa y no me gustaría cambiar de jefa, créeme, es que ya me impuse con ella”.

Patricia ilustra otra forma de negociación al separarse de la fábrica por motivos que desconozco. Especulo que es su respuesta ante una

situación que no logra modificar, puesto que en las últimas entrevistas ella nos había dicho que se podría ir de la Planta X. Tendría que trabajar hasta los sesenta años para cobrar su retiro: “Sólo me faltan 30 años”, me decía riéndose, “pero no me voy a quedar aquí, no veo nada de superar más adelante, no veo nada, tal vez si me ofrecen otro trabajo me voy”. Aunque ella tuvo buenas relaciones con los supervisores, no identificó formas para negociar mejores condiciones de trabajo para ella en la Planta X.

Las negociaciones de las prácticas de atención al embarazo cambian de una mujer a otra, y dependen de la relación que tenga con sus supervisores y el personal de mando. El caso de Marina sobresale por el interés y conocimiento que tiene sobre el proceso de trabajo y sobre su inconformidad con la situación laboral propia y de sus compañeros. Ella no considera, como Patricia, salirse de la fábrica, aunque sigue en el mismo puesto de operadora e inspectora. Se pregunta si será porque es medio enojona y se ha puesto al tú por tú con los supervisores, pero “ni modo que me deje, ¿verdad?” y lo “peor es que por estar defendiendo a otros de las injusticias”. Aún no puede traerse a la hija del pueblo donde vive con sus papás. Sigue preocupada de que sus hijos no crecerán conociéndose bien: el pequeño que tuvo aquí en Nogales y la niña que fue de su primera pareja y a quien cuidan sus papás. Ahora dice que tiene que trabajar más para mandar el dinero a sus padres para que no batallen y para ayudarse a mantener al más chiquito que vive con ella. Tal vez parte de la diferencia de Marina se debe al mayor grado de escolaridad, pues ella terminó la secundaria, la preparatoria y dos años de carrera técnica de Trabajo Social. También es de las que tienen más curiosidad por su trabajo, la que identifica más riesgos y tiene más preguntas. Su discurso es distinto al de las otras entrevistadas, es más cerebral en su análisis y relaciona el trabajo con daños corporales más precisos. Al escuchar sus quejas le pregunto qué más le gustaría saber de su trabajo.

Me gustaría saber cómo se llama cada pieza que tengo, qué movimientos hace y para qué sirve, o sea nada más nos ponen a hacerlo, pero no nos explican para qué sirve. Nada más dice el 520, 540, 320,

pero apenas ellos saben que es el radio control, pero nunca nos explican, o sea los tienen por modelos y todos están numerados... A veces al jefe le pregunto y dice: “ay tú, ponte a trabajar y tú no averigües”, me dice. [Le pregunto si sus compañeros no saben] Pues no saben tampoco, es que ahí el trabajo es práctico. Ahí entra uno y le van enseñando lo que quieren que haga uno, pero en la práctica no le enseñan a uno para qué es. Nada más: “mira, siéntate ahí y ponte hacer esto”. Son unos 15 ó 20 minutos cuando mucho y ya la dejan sola a uno, y haz el trabajo porque son trabajos que son muy laboriosos pero fácil de hacer. Se aprende rápido. Te cansas también porque tienen unas bobinas los tableros, que las tienen que estar aceitando para que agarre la banda. Tiene sus funciones cada tablero, pues en algunos tiene que quedar la señal muy abierta, en otros a la mitad y así como la aceitadora... Es muy chiquito, tienen que estar dándole muchas vueltas y todo el día con los tableros y si se pasa uno, en otras las tienes que regresar y así... nada más hay que ponerlos y probar el tablero en la máquina. La máquina lo puede hacer o ponerles unas terminales y ahí soldarlas; en otras, poner la pura tapadera y al final ya le ponen los tornillos... me gustaría ser supervisora, salir de operadora, ser supervisora de pérdida, de todos modos la supervisora no hace nada, nada más checa que llegue la gente y ponerle falta cuando no llega.

Marina revela no sólo su conocimiento sobre su trabajo y comparte la descripción de una parte del proceso en la línea en donde ella trabaja, también transmite su inconformidad con la relación que tiene con la supervisión en general y con el jefe, quien no se ocupa de explicarle lo que desea saber sobre el proceso de trabajo. Esta actitud de inconformidad la lleva a establecer negociaciones más tensas con el personal de mando, “con los supervisores y los jefes, pura relación de trabajo, con los demás, pues compañerismo”, me responde al preguntarle sobre sus relaciones de trabajo. En una ocasión se distrajo y le hicieron firmar un papel por un faltante en la línea. Ella explica que era porque estaba pensando en su hija.

Generalmente estoy pendiente en el trabajo, porque ahí donde estoy yo se necesita. Pero hay momentos en que uno tiene sus problemas personales, y totalmente estás trabajando las puras manos y la mente está en otra parte... con mi hija que tengo lejos. Yo desearía con todo el corazón tenerla conmigo, poder atenderla a ella también como atiende al niño, y pues problemas con el papá del niño que surgen de repente, problemas económicos, todo eso, se piensa en ese momento... por eso, pues nunca me había pasado, por eso aquel día firmé el faltante ese, porque hubo un momento en que yo me distraje.

No sólo son las supervisoras las que cuidan a sus trabajadores, puesto que meses después, en una de las últimas entrevistas con Marina, compartió su opinión sobre un nuevo supervisor que había reemplazado a la supervisora previa:

Pero, más a gusto con este supervisor que con la otra, pues ella nos ponía nerviosos a todos y aquí no se mete con la gente mientras no pase nada. Mira, esta semana hizo [el supervisor] una carne asada y nos invitó a todos [se refiere a los de la línea], la mayoría fuimos... La pasamos muy bien, jugamos, anduvieron en caballo, los niños se bañaron. Muy bien. Fuimos veinte personas.

El hecho de que existan posibilidades de negociación de las prácticas de atención al embarazo en la Planta X, también es revelado por las distintas experiencias de cada una de las madres-trabajadoras entrevistadas y por la de una médica del Seguro que entrevistamos sobre las condiciones específicas de trabajo para las embarazadas.

Según Martha, quien se desempeña como supervisora y como tal suponemos que debe conocer los reglamentos de la Planta X, siempre se tiene consideración con las embarazadas para ajustar sus condiciones y hacer cambios y arreglos especiales. Sin embargo, nos tocó conocer a varias trabajadoras que laboraban durante el turno nocturno a pesar de estar embarazadas. De acuerdo con la médica del Seguro, especialista en Medicina del Trabajo, las embarazadas no deben trabajar turnos noctur-

nos. Pero Martha nos explicaba que “pues es a según ellas si están en la noche y están embarazadas, pues ahí siguen hasta que se alivien. Porque ellas quieren estar en la noche”. En el caso relatado, tal vez opere el hecho de que tanto la trabajadora como la Planta X hagan caso omiso de la normatividad por razones distintas; la madre-trabajadora por desconocer o por no convenirle el otro horario; la Planta X por no convenirle tener que cambiar a una trabajadora. En esta negociación la invisibilidad de los daños potenciales, tanto para la madre-trabajadora como para su bebé, facilitan el no hacer nada. Pero las opciones no son iguales para todas las empleadas de la Planta X. Algunas tienen acceso a otras formas de atención.

Una de las gerentes de la Planta X me cuenta su experiencia sobre los preparativos para una operación de la matriz y relata que la planta le va a pagar la operación en un hospital privado. Ella así lo pidió porque no confía en el Seguro. Sus opciones son más amplias que las de las obreras, que tienen que conformarse con el servicio de esta institución aunque no confíen en ella. Esta opinión sobre el Seguro se escucha entre otras personas del personal de mando, al compadecerse de un caso extremo de una madre-trabajadora que rogó por que la contrataran a pesar de que su bebé sólo tenía diez días de nacido. Lorenia pidió trabajo en la Planta X porque su niño había nacido con problemas de salud en otro hospital de la Secretaría de Salud, puesto que ella no trabajaba ni tenía Seguro por su esposo. Una de las gerentes le dijo que no podría trabajar porque su niño estaba muy chico, pero ella se defendió. Nos contaba:

Si no me muevo para darle Seguro, pues en dónde me lo hubieran atendido, pues se me hubiera muerto y este fue el motivo para que yo empezara a trabajar, ya de ahí para acá... [Y ¿por qué no te dejaban trabajar?] Pues no le dan a uno permiso de trabajar porque si le pasa alguna cosa a uno y tiene poquito tiempo y acabas de entrar, ellos no responden porque acabas de entrar a trabajar... Pero yo le quería dar el Seguro a mi hijo, ¿cómo iba a dejar que se me muriera?, ¿y luego...? Finalmente el gerente se convenció y dijo: ‘voy a poner el nombre del niño, pero no voy a poner la edad’, y comencé a trabajar.

Esta descripción de la negociación con el personal de mando apunta hacia otras relaciones centrales en las prácticas de atención al embarazo de las madres-trabajadoras, como las relaciones con los practicantes de medicina, tema del siguiente apartado.

Las negociaciones con el personal médico

Las madres-trabajadoras también negocian sus prácticas de atención al embarazo con el personal médico, sean médicos, enfermeras, sobadoras o parteras; tanto médicos de la empresa como médicos del IMSS, de la Secretaría de Salud o privados. En mi investigación sobre esta negociación se plasma el peso del control médico que el Seguro pretende ejercer sobre las mujeres, proceso no exento de contradicciones debido a las ventajas relativas de las tecnologías médicas en el manejo del embarazo y del parto. A los médicos —públicos o privados— se acude en busca de apoyo y garantía de la salud del bebé, mientras que al Seguro se asiste para abrir administrativamente un expediente que les garantiza la atención del parto. Esta atención médica por parte de la principal institución mexicana al servicio de los trabajadores es muy demandada por las mujeres no sólo para el parto, sino también para la posterior atención de los hijos, motivo que mencionan numerosas veces como la razón por la cual siguen trabajando en la maquila, no obstante el desgaste físico que sufren en sus cuerpos.

La demanda de atención biomédica por gran parte de la población y por los propios investigadores suele ser un dilema para la antropología médica. Lock y Kaufert (1998, 2) proponen que las mujeres, a fuerza de sus circunstancias, siempre han tenido que adaptarse a lo que les es accesible, y si la tecnología biomédica les sirve, usualmente harán uso de ella. Este pragmatismo es parte de su explicación sobre la selección y negociaciones que las mujeres hacen de los servicios médicos. En esta investigación observamos que las madres-trabajadoras hacen uso de la biomedicina y de las tecnologías que ofrecen en el Seguro, específicamente para la atención del parto, y para ello deben cumplir con lo que les solicitan del “control prenatal”.

Un problema no resuelto para la antropología médica es el “reto de enfrentar a la biomedicina, reconocer su eficacia cuando es apropiado y mantener una postura crítica constructiva” (Lock y Scheper Hughes 1996, 44). Este no es un dilema para las mujeres, pues ellas combinan la atención biomédica con la medicina doméstica y tradicional con el mayor pragmatismo, y en los relatos que siguen se observan estas combinaciones. En algunas etapas del embarazo, parto y puerperio predomina cierto tipo de práctica médica, por ejemplo, durante el parto se busca la atención en el hospital del IMSS en Nogales, y en el puerperio predomina la atención alternativa.

La base de las negociaciones con el médico es una relación asimétrica. Aunque les toque un médico atento y respetuoso, él (ella) es fuente de sabiduría sobre el cuerpo de la paciente y le ordenará ciertas acciones, no siempre las más acertadas para las mujeres. A diferencia de otras investigaciones en la región (Castro y Salazar 2001), las madres-trabajadoras no mostraron demasiada preocupación respecto a que les tocara ser atendidas por médico varón o mujer. Simplemente pedían que se les atendiera con respeto, que se les informara y que las revisaran con cuidado. No era aceptable una visita en la que no hubiera exploración clínica y siempre era preferible una receta médica, ya fuera para vitaminas o medicinas. Los regaños por parte de los médicos eran frecuentes, comenzando porque se hubieran embarazado, porque hubieran subido demasiado de peso, porque no hubieran descansado, o porque no se hubieran cuidado lo suficiente. A sus quejas y solicitud de atención recibían frecuentemente como respuesta de parte del médico: “es natural”, como justificación no sólo de que no se pudiera hacer nada, sino de que ellas debían soportar dichas molestias como parte de su maternidad. Esta “naturalización” de la maternidad era llevada a cabo tanto por los médicos de la empresa, como por el Seguro y los médicos privados.

La consulta con el médico particular era preferible al inicio del embarazo porque éste haría un ultra-sonido, tecnología conocida por varias de las entrevistadas y deseada por la certeza que brinda sobre la salud del bebé. Posteriormente se haría el seguimiento en el IMSS. El Seguro sólo hace ultrasonidos en caso de embarazos de alto riesgo.

El tema del Seguro Social asume centralidad en esta investigación. Esto se refleja en los relatos de las mujeres y es constatado en las entrevistas con los médicos y médicas, gerentes de la Planta X y directoras de guarderías. El derecho a este servicio, particularmente a la atención médica, fue justificante inclusive para buscar el empleo en la maquila y para no dejar el trabajo. Irónicamente, este servicio tan deseado también fue intensamente criticado, tanto que en algunos casos a las madres-trabajadoras pospusieron la búsqueda de atención médica a costa de poner en riesgo sus vidas y las de sus bebés. El meollo de sus críticas se define en la negociación con el personal médico, particularmente con el médico.

Quiero recalcar que la calidad de la atención en el Seguro fue criticada por todas las mujeres entrevistadas en algún momento de mi relación con ellas. Se cuestionaba la mala atención de parte del personal médico, la falta de medicamentos adecuados, la falta de dispositivos y anti-conceptivos orales, y los largos tiempos de espera. Por este motivo se buscaba ocasionalmente atención en el Hospital Básico de Salud (dependiente de la Secretaría de Salud),⁸³ el cual daba citas a más corto plazo y no tenía tanto tiempo de espera, o si se podía pagar iban con el médico privado.

Las respuestas de las mujeres a estos tratos eran diversas; a veces les reclamaban directamente a los médicos o enfermeras, otras veces pedían cambio de médico o de turno, o regresaban a otra hora. Sin embargo, para estas madres-trabajadoras el Seguro es tan importante como servicio de atención médica que ocasionalmente prefieren aguantar el mal trato y esperar a que les toque un mejor médico. Estos médicos atentos se caracterizan por tomarse el tiempo de explicarles, o de tratar de que realmente entiendan la seriedad de una intervención, en el caso de la salpingoclasia o del uso de un anticonceptivo. “Me tocó buen médico” contaban, “todo me decía”. La ambigüedad con la que relatan sus experiencias en el Seguro se refiere fundamentalmente a su convenci-

⁸³ La Secretaría de Salud, que cobra el servicio a las pacientes de acuerdo con un estudio socio-económico, atiende a mujeres que tienen derecho al Seguro –aunque muchas veces no dicen que cuentan con él– e intenta referirlas a su institución para servicio.

miento de que el servicio médico es necesario y el deseo de que éste sea más respetuoso.

Cuando Cecilia detectó las gasas en la matriz, causa de su fiebre puerperal, fue al Seguro a atenderse y a reclamar, no silenciosamente, sino gritando a los médicos; sin embargo, no puso una queja formal ni procedió con su inconformidad de otra manera. Cuando Patricia iba a atenderse el parto de los cuates se resistía a llegar al Seguro para evitar el maltrato y la espera, posponiendo una atención médica que pudo haber necesitado dado el alto riesgo de su embarazo. Estos dos ejemplos de las acciones que las madres-trabajadoras toman y dejan de tomar en sus prácticas de atención al embarazo, parto y puerperio, ilustran la complicada relación entre las madres-trabajadoras y esta institución de seguridad social.

Existe una idea bastante generalizada de lo que debe hacerse cuando se saben embarazadas. Martha explicó que cuando se embarazan deben ir al *doctor familiar* del Seguro para que les pongan cita, las revisen y, si no se sienten mal, ir cada mes. Pero ella no tuvo esos cuidados. Sólo tenía mareos y:

Ni modo que estuviera yendo al Seguro nomás porque sí... empecé a ir desde los cuatro meses, porque si no iban a querer que fuera desde el primer mes y no le veía caso, no te hacen nada y dicen: “venga al siguiente mes”. Nada más te pesan al principio: “ya va bien su embarazo, venga el siguiente mes”, y para que me digan eso, no le veía el caso. Yo muchas veces le dije al doctor del Seguro que me sentía atarantada, que necesitaba vitaminas, que me sentía muy mal y me dijo que no, que no necesitaba nada. Después fui con particular y él sí me dio para las agruras, para vómito, y esas no me las tomé, para qué tanta pastilla, nomás tomé las vitaminas y para las agruras.

Sin embargo, es la misma Martha quien habla de un exceso de atención en el caso de la atención a su parto en Tucson, “desde que llega uno ahí al hospital, te acuestan y te están viendo, te están haciendo el tacto y no te dejan en paz, no te dejan un rato, no sé, no me sentí a gusto,

deseaba salirme de ahí”. Algunas de las madres-trabajadoras hubieran deseado esa atención, puesto que ellas se quejaban en las entrevistas de que a la hora del parto en el Seguro no les hacían caso, “nomás dejan a uno ahí”. La falta de comunicación por parte del personal médico dificulta una mejor reacción por parte de las mujeres, las entrevistadas nos decían que recibían instrucciones de acostarse ahí, o sentarse ahí y tuvieron que esperar mucho tiempo sin saber qué seguía, “con tan sólo una palabrita, pero ni siquiera se regresó el médico, me tuve que esperar hasta el siguiente turno”, nos relató alguien que pasó toda la noche en trabajo de parto.

Evelia también se quejaba de la atención en el IMSS:

Mira, en el Seguro tienes que ir a poner una cita, vas con tu médico familiar y el médico te dice que vayas a fulana parte y poner otra cita y pasa el tiempo y muchas veces ni te atienden. Pero en el Centro de Salud te hacen todo ahí mismo, te hacen todo. Es más fácil, hay mucha gente, pero es más fácil.

Sin embargo, si saben que tienen Seguro, en el Centro de Salud (ahora Hospital Básico) no las atienden de parto y ellas se han enfrentado a esta situación; por eso saben que no tienen más alternativa que ir al IMSS. Alicia va al Seguro cuando:

de veras es necesario, mientras, no. Por ejemplo, cuando estaba embarazada del niño, hasta el cuarto mes fui. Y porque en la fábrica me empezaron a poner la cita.⁸⁴ Por eso, pero para ir a sacar cita al Seguro no me gusta ir, duras todo el día y son 25 gentes a las que anotan, no alcanzas. Por ejemplo, yo consulto en la tarde, te tienes que ir a las 12 ó a las 11:45 para no alcanzar consulta y pides el permiso, pierdes todo el día y no te consultan. Entonces hasta el cuarto mes fui.

⁸⁴ La Planta X y otras maquiladoras pueden solicitar citas para atención prenatal en las tardes, y evitar así que sus trabajadoras pierdan tiempo sacando fichas en la mañana, sin embargo, este programa es poco conocido y sólo tres madres-trabajadoras entrevistadas lo usaron esporádicamente.

Sus opiniones sobre el Seguro, como la de muchas compañeras, están influenciadas por lo que escuchan y por los casos de iatrogenia en el Hospital al que acuden. Alicia nos contaba:

Pues en veces ni siquiera operan bien. En la fábrica una muchacha está trabajando, está operada y salió embarazada. De esas rarezas. Lo bueno que esos niños que tienes, cuando estás operada del Seguro, te los tiene que mantener de por vida, son hijos del Seguro, yo no me la sabía esa.

A Elizabeth los médicos le dijeron que tenían que operarla para quitarle la matriz, luego otro médico le dijo que no tenía nada. La última vez fue con el ginecólogo que siempre la ha atendido en el Seguro y le pidió que la revisara. El médico le dijo que no encontró “nada” en el estudio que mandó hacerle, sólo más miomas. Pero en otra visita al Seguro la mandaron con otro médico, “me valoraron y todo para operarme y me dijo: ‘no pues yo no te encuentro nada, estás muy gorda nada más, pero si tú quieres yo te meto cuchillo’, dijo, y cómo iba a querer yo y no me metí”.

Un médico del Seguro en Los Mochis, Sinaloa, trataba a Lorenia después del último embarazo (durante la incapacidad) por los dolores de espalda que tenía.

Me dijo el doctor que tenía contaminado el cuerpo por el tiempo que tenía trabajando (13 años en la Planta X) y dijo que agarrara una tina con agua caliente lo más que la aguantara y que le echara media tasa de cloro chica, no grande y que tenía que aguantar quince minutos ahí, que lo hiciera tres veces por semana, sentada”. Dicha recomendación también se la hicieron a otra compañera del Seguro, pero ninguna de las dos siguió las instrucciones.⁸⁵

⁸⁵ En consultas a expertos en salud ocupacional ratifiqué que este remedio haría más daño que provecho por el efecto nocivo del cloro.

Teresa duda del Seguro, dice que en el primer embarazo le diagnosticaron diabetes. Sin embargo, cuando el doctor la checó de nuevo le dijo que no, que los análisis no eran de ella. Volvieron a examinarla y salió bien de todo.

Para evitar este tipo de situaciones, ellas buscan entre varias opciones, una de las cuales es la de acudir a diferentes instituciones y otra la de plantarse en actitud de reto, enfrentarse al Seguro y exigir la atención que desean. Alicia hizo esto cuando quiso que le hicieran la salpingoclasia en el último parto. A pesar de que era joven (de 33 años), ella había decidido que ya no quería tener más hijos y había experimentado dos embarazos no planeados. Sin embargo, el médico que le tocó se rehusó a operarla con el argumento de que estaba muy joven. Ella decidió no abandonar el hospital hasta que la atendieran y aunque tuvo que quedarse tres días ahí, logró que la operaran al tercer día cuando encontró un médico que respetara su decisión.

TRABAJAR EMBARAZADA O NO: LA VINCULACIÓN DE CONDICIONES DOMÉSTICAS Y LABORALES

Este segundo apartado permite ver cómo las prácticas de atención de las madres-trabajadoras y sus ideas sobre la relación entre el trabajo doméstico y fabril son modeladas a la luz de las identidades de género. Aunque hemos hecho referencia a las condiciones de trabajo durante los apartados anteriores, en esta sección nos referimos más concretamente a las respuestas de las mujeres al comparar la experiencia del embarazo cuando trabajan o cuando no están trabajando. La primera respuesta solía ser: “No, pues es igual”, por lo que tuve que desarrollar estrategias más específicas e insistentes durante las entrevistas. Las madres-trabajadoras no dividen sus vidas entre el espacio doméstico y laboral como insistía en hacerlo yo. En entrevistas subsecuentes, las respuestas variaban si la mujer había trabajado durante un embarazo anterior o no, sobre su percepción de los riesgos de trabajo para la mujer embarazada, si había sentido su embarazo “muy pesado” y sobre la necesidad del ingreso eco-

nómico, presente sobre todo en madres solas, jefas de hogar y aquellas con una carga doméstica muy pesada, por ejemplo, las que tuvieran muchos hijos. Quienes nunca habían dejado de trabajar pensaban que sería “bien suave” no tener que hacerlo durante el embarazo y poder descansar, aunque hay que advertir que esta es una situación hipotética que nunca experimentaron. Sin embargo, las que se habían quedado en casa con los hijos sabían que a veces se podía “descansar” trabajando. Marina nos contó:

Mira, se me hizo muy difícil porque mi primer embarazo estuve de ama de casa, eran mis quehaceres normales, me cansaba y me acostaba, me sentaba, todo lo normal, fue difícil para mí estar embarazada con todos los problemas que tuve, que se puede decir que son normales [vómitos], y tener que venir a trabajar, aparte las condiciones del clima que me tocó el frío, todo eso.

A Patricia le preguntamos:

[¿Es lo mismo para ti trabajar durante el embarazo que no trabajar?] Nada, la diferencia es que cuando ya estás gorda no puedes, te cansas mucho y te enfadas de estar trabajando, pero yo trabajé muy a gusto del otro embarazo, de éste sí me cansé. Porque eran dos y era mucho peso y la presión sí me falló ya a lo último, para mí sí es igual, no sé, estuve muy bien yo. [¿Qué significó para ti embarazarte?] Nada, porque no tenía ganas, se me chispoteó. Del primero y del segundo también. Yo me atendía [de atención prenatal] hasta allá a los cinco meses, nunca fui a los primeros sino hasta los cinco meses. [¿Y hay diferencias cuando uno trabaja o no?] Pues sí, porque donde estamos nosotros es puro sentada y eso hace daño, dicen los doctores que se les pega el chamaco,⁸⁶ quién sabe, pero estamos toda la noche, sentadas son ocho

⁸⁶ La idea de que los bebés se pegan es antigua –hay textos desde el siglo XVI– y también se encuentra en estudios sobre prácticas tradicionales de atención al embarazo, para lo cual se requiere la sobada de la partera (Carlos Zolla y Virginia Mellado 1995, 82). Curiosamente, aquí Patricia cita al médico como fuente de esta información.

horas. También los solventes. [¿En qué afectan los solventes?] Pues en la formación del niño, aquí han salido mucho con la cuestión, ¿cómo se llama? la cuestión del cerebro. Yo tengo un primito, de una tía mía, salió así, le metieron una válvula en el cerebro en una operación. [¿Tú has sabido de muchos casos?] Aquí no, aquí unos cuantos. En Chihuahua, allá lo pasan en el radio, televisión. Nosotros en el área que estamos no hay nada, no usamos nada de eso, nada de solventes, nada más eso de estar sentada toda la noche... De no trabajar y estar embarazada, ah, pues yo nunca he estado embarazada y no trabajar, yo siempre he trabajado. [¿Y tú qué crees?] Pues que es suave estar en la casa y no trabajar. Mira, fue igual, no sé, era lo único que yo sentía, todo eso que te dije, y todo lo demás fue igual para mí, yo no me sentía sin ánimos de nada, muchas dicen que es como una enfermedad. [¿Tú qué crees?] Pues sabe, se quejan que no puedo hacer esto, que tengo eso, pues claro que no te vas a poner a hacer cosas pesadas que te puedan hacer daño, pero todo lo demás, que no lavan, que no pueden hacer eso. Yo no.

Para otras, el trabajo significa poder distraerse —y esto no corresponde exclusivamente a la condición de embarazada—. Posiblemente esto les permite aceptar mejor las preocupaciones y demandas domésticas y familiares.

Teresa compara sus diferentes experiencias trabajando durante distintos embarazos.

Considero que al contrario, [el trabajo] sirve de distracción porque las veces que no te sientes mal, ahora, por decir, así del primer embarazo que no trabajé, todos los demás los he trabajado, ahora este último que estoy trabajando yo me siento a gusto, me siento bien trabajando, me distraigo.

Los riesgos del trabajo para la embarazada son temas de preocupación y algunas toman medidas para evitarlos. Sin embargo, generalmente el embarazo va acompañado de la “práctica de no hacer nada, de aguan-

tar”, y una percepción generalizada de que en la Planta X no suceden los riesgos más peligrosos como los que se escuchan en la radio. Para Cecilia por ejemplo:

El trabajar embarazada es pesado, una siente cosas, el estómago, sueño. Donde quiera tiene uno riesgos, y luego todo el día sentada, dicen que una mujer embarazada no debe estar tanto tiempo sentada, pero es el trabajo, ni modo, uno se tiene que aguantar. A veces puede ser riesgoso y es molesto por el olor a flux. En mi primer embarazo me preocupaba más, pero les pedí que me cambiaran, ahora me expongo sólo por ratos, estoy lejos de los olores. Sólo me llega muy leve. Una escucha versiones de que los niños nacen mal por los gases y los solventes, en la fábrica casi no se ve eso. Donde estoy es el segundo piso, pues bajar escaleras para ir a comer, salir al terminar el trabajo, una caída puede ser peligrosa, pero uno tiene que tener cuidado.

Las mujeres reconocen que el descanso es bueno para la embarazada, pero sus horarios de trabajo laboral y la carga doméstica no dejan mucho tiempo para ello.

Los relatos que se presentan a continuación tienen dos finalidades, ambas asociadas con la intención de mostrar la complejidad de la vida de las madres-trabajadoras y los riesgos inherentes al querer dividir por distintos factores –como se hace en este trabajo– un comportamiento por demás interrelacionado. Ilustraré la unión casi indisoluble entre los malestares que describen las mujeres y las estrategias que desarrollan para atenderlos en cualquier espacio.

El otro tema que se aborda en los relatos es la identificación de riesgos. Inicialmente tenía la idea de la falta de una “cultura de salud laboral” que se originaba en la ausencia de reconocimiento de los riesgos de trabajo y en lo reciente que era su incorporación al trabajo asalariado e industrial,⁸⁷ hecho que afectaría sus embarazos. Desde la clasificación de

⁸⁷ Para una discusión sobre las culturas de trabajo véase a R. Guadarrama (1998).

la epidemiología clásica ocupacional en riesgos de postura y posición, físicos, mecánicos, de exposición y de estrés, se verifica que entre todas las mujeres no sólo logran identificar la gran mayoría de los riesgos, sino que responden a ellos. Pero su conocimiento es fragmentado y parcial, proviene de las “pláticas con las doñas”, o de una noticia o comentario que oyeron en la televisión o en la radio, de hechos que comparten entre los propios trabajadores. Escasamente reciben información sistematizada y regular, y no por parte de la empresa ni del IMSS o la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, ni de los sindicatos registrados en Nogales para defender los derechos de los trabajadores. Alicia nos habló mucho de los riesgos del trabajo y el embarazo, y acepta una relación causal –comúnmente manejada en las campañas más recientes de salud ocupacional– que responsabiliza al trabajador individual de sus problemas por su negligencia en el uso del equipo de seguridad.

En el embarazo [en la planta] casi ninguna se queja, se quejan por ejemplo las que están en soldadura, porque no quieren soldar, ésas son las que se quejan. El olor de la soldadura molesta y se marean... [Relata otro caso] Luego de un problema con una muchacha embarazada fue cuando todo el mundo quiso la mascarilla. O sea que tenía muchos problemas la muchacha por lo fuerte del silicón, tenía muchos problemas con el embarazo, se mareaba, cada rato estaba en el Seguro y la quitaron de ahí, en ese mismo tiempo nació un niño deforme de ahí de Los Tápiros [una colonia en donde viven muchos trabajadores de las maquilas y sus familias] y dicen que era por eso por el silicón, de ahí de la Planta X. Era niña, o sea, no le salió la columna y dijeron que era por el silicón, y otro niño que le faltaba no sé, algo le valvularon, o sea le pusieron una válvula en la cabeza y tenían que estar cada cierto tiempo revisándolo también. De la Planta X, también ahí trabajaba la muchacha, ya se fue para Sinaloa. Le dijo el doctor que el niño le iba a vivir hasta los siete años, no podía vivir más tiempo, pero el chamaquito que salió sin columna nunca va a poder caminar, por más que le haga... El problema es que [los trabajadores] no siguen las precauciones debidas. Si las siguen no hay

problema. Si el trabajador no se pone la protección, la pone en el piso en vez de... se contaminan las manos y la ropa y cuando comen, fuman, lo ingieren o bien se lo llevan a su casa... Lo que pasa es que si siguen las precauciones debidas no hay problema, el problema es que no las siguen. No es de concientización... es de cultura.

Esta misma trabajadora explicará después que la soldadura no hace daño –reconocida como riesgo por la mayor parte de las trabajadoras– que es cosa de “la mentalidad que tenga uno”. Alicia no es supervisora o inspectora como Martha, que en muchas de sus intervenciones defiende a la empresa, pero sí tiene un grupo de empaque a su cargo y ya no se siente igual que las otras operadoras. Alicia dice que es suplente de supervisora y refleja la contradicción entre quien asume una mayor responsabilidad y a la vez se identifica con las trabajadoras. Justifica los riesgos como responsabilidad individual y minimiza los daños potenciales que pueden presentarse.

No existen clasificaciones similares para los riesgos domésticos, aunque algunas investigaciones señalan la importancia de considerar los riesgos en el hogar (W. Chavkin 1984; Fee y Krieger 1994). Éstos pueden clasificarse de manera similar a los riesgos ocupacionales en la empresa: físicos y mecánicos y de postura y posición que tienen que ver con el acarreo de agua, cargar a los niños, el aseo de la casa, lavar y planchar ropa; la exposición a productos potencialmente tóxicos como solventes, ácidos, detergentes, fumigantes; el estrés permanente de la negociación con los hijos y la pareja, o el de la propia sobrevivencia. Un tema a explorar a mayor profundidad en otra investigación es el origen social de los problemas que las mujeres identifican en el ámbito doméstico, siempre asociado con las tensiones de las relaciones de pareja y las responsabilidades con los hijos. Sobre todo les pesa la responsabilidad que ellas asumen, no sin quejarse, como propia en las tareas domésticas.

Si tienen conocimiento de problemas similares de embarazo en otros familiares o entre personas que no trabajan, no establecen ninguna relación con las condiciones de trabajo. Este es el caso de Patricia, quien se

refiere a problemas (calambres) que también tuvo su tía. En respuesta a la pregunta ¿Tú crees que tiene que ver con el trabajo?, señala:

No pues no, mi tía no trabaja, no, yo desde que me movía me daba el calambre, tenía hasta miedo moverme porque ya sabía, mucha gente te decía levántate, también me decían pisa el piso, no, si estaba bien a gusto acostada, qué me iba a andar levantando, nada más me sobaba los pies.

La relación del embarazo con los riesgos del trabajo no es aparente para todas las trabajadoras, pues pareciera que sólo el estómago está involucrado en el embarazo, como lo relatan enseguida. Además, las condiciones de su jornada doméstica son tales que también tienen que trabajar en casa, aunque se tomen un descanso al llegar para deshinchar los pies. Otra decide que no debe hacer trabajo pesado en casa y se cuidó al igual que en el trabajo. Es diferente cuando una está en casa y puede tomar la decisión de cuándo trabajar y cuándo descansar.

Me fue bien [en el embarazo] y me atendí en el Seguro. Lo único es que tuve mucho vómito y los nueve meses duré así, pero nomás eso. Me dijeron que nunca me darían nada para el vómito, porque traía baja presión. El segundo embarazo igual, vómitos todos los meses... Yo trabajaba todo el tiempo sentada, parada, como quieras, y pues nunca me cuidé. Subía, bajaba escaleras, en cada comida, nunca me sentí mal, se me hinchaban los pies mucho, llegaba a la casa y ponía los pies para arriba, se me hinchaban los pies todos los días como a las 3:00 de la tarde... No veo la diferencia porque trabajando, somos más las que trabajamos, además nada haces con el estómago y muchas veces eso de que aquí sí hay mucho negocio [trabajo doméstico] y en cambio allá no. Mientras no levante cosas pesadas, no hay problema... Se me hinchan mucho los pies, dice el doctor que por estar sentada, pero yo me sentaba y me paraba y así, y los pies hinchados, mucho, aquí así. Llegaba aquí [a la casa] y me acostaba y se me deshinchaban. Me acostaba con los pies para arriba (Gloria).

Pues no, será que uno ya se acostumbra al trabajo, yo sí he sabido que muchas se sienten achacosas que el trabajo y todo esto, pero yo digo que el trabajo no tiene nada que ver con la panza. Sino el quehacer que hace uno en su casa, cuando ya tiene hijos uno y sale embarazada, pero el trabajo no. O sea que en eso sí, a lo último estuve seis meses parada porque había otras incapacitadas que estaban embarazadas y las que estaban no sabían la posición de estar parada y ahí me tuvieron hasta que casi cumplí los siete meses, pero ya mero me incapacitaban cuando me sentaron, así que estuve parada mucho tiempo. Sí me salieron várices, se me hincharon mucho los pies, trabajaba parada y a los siete meses, ya me senté, pero de los tres [embarazos] he tenido las várices, pero en cada embarazo me salían y se me hinchaban más (Elizabeth).

El trabajo se presenta para algunas mujeres como una opción con buenos y malos momentos. Además del ingreso que aporta, el trabajo se puede concebir como un lugar en donde pueden desconectarse, olvidarse un rato de sus penas e inclusive sentarse a descansar. Esto se aplica particularmente a las mujeres que ya tienen hijos en casa.

Mira, se me hizo muy difícil el segundo embarazo [cuando trabajaba]. Pues en mi primer embarazo, porque estuve de ama de casa, eran mis quehaceres normales, me cansaba y me acostaba, me sentaba, todo lo normal. Cuando trabajaba fue difícil para mí estar embarazada con todos los problemas que tuve que se puede decir que son normales, vómitos... y tener que venir a trabajar, aparte las condiciones del clima, que me tocó el frío, todo eso. Mira, los primeros tres meses me sentí mucho muy mal; pasando al cuarto mes, no tuve problemas más que engordar y engordar y comer. Es algo diferente cuando uno trabaja, es más pesado cuando estás embarazada porque las molestias del embarazo siempre la trastornan a uno, las preocupaciones también, el qué me voy a poner, porque ya no me queda la ropa, también eso... Pero con todo y los malestares y todo, me sentía bien, a la vez, me sacaba de la rutina, de los pensamientos del pasado. Había quedado muy

decepcionada, era en lo que me clavaba pensando. En esos momentos estando embarazada y trabajando pensaba qué hubiera sido de mi vida... (Marina).

Más a gusto no trabajar. Sin trabajar, porque siempre que estás embarazada, ya cuando uno ya está en los últimos meses que la incapacitan, es muy pesado, pues cuando ya tienes hijos que todavía tienes más obligaciones que hacer, ¿no? Las obligaciones cuando ya tienes más hijos, la panza no, pues al menos yo no tuve problemas nunca con el embarazo y en ese entonces todo el embarazo ese yo trabajé parada y me salieron muchas várices, no podía estar parada Entonces como en la línea había muchas incapacitadas, entonces no me podía sentar, porque no había quien me sustituyera, a mí lo pesado que se me hacía o sea que yo tenía a estos dos [hijos] ya y llegar pues y tenerles que lavar todos los días, bañarlos, cambiarlos, pues por la guardería, no tanto al contrario, cuando iba al trabajo descansaba, porque aquí en la casa no para uno todo el día, estando todo el día a uno le sale negocio... Yo creo que no trabajar cuando uno está embarazada, cuando ya tienes otros hijos, cuando no tienes, pues sí... Ahora sí descanso en el trabajo. Pues ahora que trabajo sentada sí porque me levanto tarde. Por eso, ponle porque estoy desvelada, pero desde que me levanto no paro, ya les doy comida y todo eso, entonces cuando llego al trabajo, pues es descansar, porque me siento y aquí [en la casa] no me siento (Elizabeth).

La vinculación que hacen las trabajadoras entre la casa y la fábrica se expresa de diferentes formas y en distintos momentos: al llegar a casa y subir los pies para descansar de estar sentadas tanto tiempo en la fábrica; pero también en la fábrica al llegar a descansar de tanto quehacer en sus casas. Para muchas se expresa continuamente en sus pensamientos mientras trabajan: se quedan pensando en sus hijos, se preocupan de su relación de pareja y enlistan mentalmente las tareas que tienen pendientes. En otros momentos se olvidan de las preocupaciones, “descansan” del trajinar en la casa. Para entender qué es lo que las motiva a mantener esta

situación de doble jornada, explican que es “normal” para quien es madre, identidad principal de las madres-trabajadoras. Las estrategias a que acuden para enfrentar los conflictos que tienen con sus parejas, con los médicos, o con los gerentes les permiten resultados sorprendentes, como obtener consideraciones en la línea, lograr la atención requerida en el Seguro, o el regreso de su pareja bajo nuevas condiciones.

CONCLUSIONES

Este capítulo final tiene tres propósitos. En primer lugar haré una recapitulación de los hallazgos de la investigación sobre prácticas de atención al embarazo de madres-trabajadoras de la Planta X, una maquiladora ubicada en Nogales, con la finalidad de desarrollar mi argumento sobre la emergencia de una cultura de salud entre las madres-trabajadoras de esta fábrica. El segundo objetivo es reflexionar sobre las implicaciones de estos hallazgos a la luz de los debates mayores: para el conjunto de la industria maquiladora, el tema de cambio social y trabajo femenino, maquila y salud, esto es, más allá de la Planta X y el grupo de mujeres entrevistadas. Al final de cada uno de estos dos objetivos, incluyo la evaluación de estos aportes y sus relaciones con otras investigaciones. Terminaré, en el tercer apartado, con la identificación de algunas recomendaciones breves para la formulación de políticas sobre salud.

Con base en las prácticas de atención al embarazo, argumento que esta cultura de la salud se construye fundamentalmente sobre un discurso de *normalidad* para justificar y/o sobrellevar las dolencias y malestares del embarazo; la combinación de distintas prácticas de auto-atención, que incluyen el auto-cuidado como ejercicio de la salud positiva, y de atención médica, que varía de acuerdo con las diferentes etapas del embarazo y la historia de embarazos de la mujer; así como la centralidad del derecho al Seguro en el abanico de prácticas, toda vez que la calidad del servicio es cuestionado, y el ocultamiento del embarazo

el mayor tiempo posible se realiza como una práctica de cuidado en el trabajo.⁸⁸ Estas prácticas se negocian con otros actores sociales y están guiadas por las identidades y relaciones de género también en construcción. Estas negociaciones se llevan a cabo desde posicionamientos desiguales en una jerarquía social, mas no son inmutables. Las madres-trabajadoras estudiadas no son víctimas, sino que echan mano de cartas que juegan selectivamente. En la elección y la implementación de estas prácticas de atención, ellas negocian con cuatro tipos de actores sociales: familiares, practicantes de diversas medicinas, personal de mando y amistades, y compañeros de trabajo.

RECAPITULACIÓN DE LOS HALLAZGOS

En este trabajo se ha construido el argumento de la emergencia de una incipiente cultura de salud de las madres-trabajadoras de una maquiladora en Nogales, Sonora, con base en sus prácticas de atención al embarazo. Estas prácticas se construyeron mediante las entrevistas a profundidad desarrolladas con cinco madres-trabajadoras y entrevistas extensas con nueve otras de la misma maquiladora; una encuesta aleatoria a 374 trabajadores, varones y mujeres, del turno diurno de la Planta X; entrevistas a médicos y médicas del IMSS, de la Secretaría de Salud, activistas de la ciudad de Nogales, así como gerentes y personal de mandos medios en la Planta X, junto con mis observaciones en Nogales, material hemerográfico, fotográfico, mapas, y el recurso de investigaciones previas en esta ciudad y otras investigaciones sobre el tema.

Durante el curso de la investigación, cuestioné a las madres-trabajadoras sobre las prácticas de atención a sus embarazos, y registré lo que ellas relataban de las distintas etapas, qué hacían durante cada una –tanto en la fábrica como en el hogar– y con quiénes tenían que nego-

⁸⁸ Estos son los pilares que en el curso de mi investigación logré identificar, pero no se descarta la existencia de otros y que sigan modificándose en el proceso continuo de construcción.

ciar dichas prácticas de atención. Además, reconstruí sus historias de migración, laborales y familiares, particularmente en relación con sus embarazos, incluyendo, a menos profundidad, información sobre menstruación, anticoncepción y sus relaciones de pareja, la atención del parto y la etapa del puerperio.

Encontré que las prácticas de atención al embarazo de las madres-trabajadoras son mucho más amplias y diversas que las que usualmente se reconocen en los programas de salud pública⁸⁹ vigentes y en los enfoques de epidemiología ocupacional que investigan la salud reproductiva de la trabajadora. Mis resultados dejan entrever la participación activa de las madres-trabajadoras al modelar sus prácticas, mediante negociaciones con actores como sus parejas, ciertos familiares, el personal de mando en la fábrica y los médicos, agentes que intentan tradicionalmente ejercer control sobre el cuerpo de la mujer de diferentes formas y en diferentes momentos de sus vidas. También negocian con sus compañeras y compañeros de trabajo y con sus amistades. Estas negociaciones generalmente se caracterizan por el sentido de solidaridad –aunque no están exentas de conflicto–, con base en condiciones de vida y de trabajo compartidas. A lo largo de la investigación, excavé en las entrevistas y, mediante mi propio análisis e interpretación de las narraciones y mis observaciones, identifiqué y clasifiqué las prácticas de atención. Dichas prácticas, tanto de auto-atención como de atención médica, abarcan un conjunto de formas, algunas cotidianas, otras esporádicas o puntuales, que responden a necesidades definidas por las mujeres, ya sea para atender una molestia, iniciar un trámite administrativo, construir y mantener la salud durante el embarazo, o restablecer el cuerpo después del parto.

Así identifiqué el manejo selectivo de la alimentación y las bebidas durante el curso del día, ya sea en la fábrica o en sus casas; como tomar tecitos de diversas hierbas y raíces para limpiarse y desintoxicarse

⁸⁹ La Norma Oficial Mexicana sólo considera la orientación alimentaria y nutricional y la búsqueda de atención médica como la participación de la madre en su atención al embarazo (Secretaría de Salud 1993).

después del parto. Algunas de estas modificaciones en la alimentación fueron aprendidas desde jóvenes, ya que cuando empezaron a menstruar les recomendaron evitar algunos alimentos “para no oler mal”.

Ninguna de las mujeres entrevistadas fumaba o tomaba alcohol en exceso y ninguna dijo haber tomado durante el embarazo, aunque “tomarse una chela” era parte de algunos festejos. “La tomadera” era un problema que adjudicaban a sus esposos y parejas, pero no a ellas. En la encuesta, las primeras dos causas de riesgo para las embarazadas, identificadas por los trabajadores, fueron el consumo de bebidas alcohólicas y fumar, y en cuarto lugar, los malos hábitos alimenticios. Estas prácticas se realizaban tanto en el hogar como en la fábrica, a pesar de la prohibición de introducir alimentos a la planta o comer en horas de trabajo fuera de la cafetería.

El aseo del cuerpo forma parte de los cuidados cotidianos, especialmente antes de una visita médica, o previo al parto; o bien el manejo del cuerpo para acomodarse en la silla o ganar el mejor asiento. También se usaba sobarse durante varias etapas y caminar, especialmente durante el trabajo de parto. En cuanto al cuerpo, algunas constantes identificadas en las entrevistas fueron ratificadas en la encuesta en la Planta X: levantar cosas pesadas es un riesgo para las embarazadas, así como estar mucho tiempo sentadas, subir y bajar escaleras, agacharse o exponerse a solventes. Al respecto, algunas pedían consideraciones especiales para evitar estas condiciones y negociaban su cambio con sus superiores. Ocasionalmente, los supervisores y compañeros de trabajo alertaban a las embarazadas de que no debían acercarse mucho al humo de soldadura, pero ellas no conocían ningún programa especial orientado a proveer esta información (ni de parte del Seguro, ni de la fábrica) y a ninguna “les salió el bebé soldado”. Las trabajadoras que no tenían contrato definitivo trataban de esconder su embarazo a fin de no correr el riesgo de perder la recontractación, no contar con la incapacidad y la atención en el Seguro y “para que no les dieran mucha carrilla”; posiblemente tendrían que aguantar más incomodidades y exponerse a riesgos que hubieran podido evitar. Estas prácticas forman parte de la paradoja del Seguro, derecho clave en los relatos, pero cuya calidad en

el servicio es a la vez seriamente criticada, tanto que en ocasiones se pospone la búsqueda de atención médica oportuna.

En mi análisis, la distinción entre el auto-cuidado, que se refiere a prácticas de construcción y mantenimiento de la salud, en comparación con las de auto-atención, referidas a la atención de una molestia o episodio específico de daño a la salud, se entiende como una diferencia importante y que apunta hacia prácticas de salud positiva. Estas prácticas de auto-cuidado se desarrollan tanto en la fábrica como en la casa, se repiten y se comparten. Entre las madres-trabajadoras de la Planta X, estas prácticas de auto-cuidado se ajustan en las negociaciones con el personal de mando o con las parejas, e involucran no sólo a la alimentación, el aseo y el manejo del cuerpo, sino también la actitud frente a éste y su cuidado durante el embarazo, la preocupación por que “venga bien el bebé” y su responsabilidad por tener que cuidar su salud y la de su familia “para sacarlos adelante”. Ellas perciben dicha responsabilidad como únicamente suya, sin mucho respaldo ni compromiso de parte de sus parejas. La salud y bienestar de su familia representa una preocupación y carga central para las mujeres, pero, por lo mismo, es una gran satisfacción cuando logran cubrirlo, “sacar adelante a los hijos”.

Las prácticas de auto-atención respondían generalmente a molestias específicas: dolor de cintura, pies hinchados, dolor de cabeza, vómito, comezón, calambres y cansancio excesivo sobre todo al comienzo y al final del embarazo. A veces se atendían con las mismas prácticas de auto-cuidado, pero motivadas por un episodio específico, ya no como medida preventiva.

La acepción más común del término de *cuidado* es para referirse al cuidado de ellas, por sí mismas. Se refiere al descanso, la alimentación, las sobadas, las apapachadas, darse un antojo o satisfacer algún deseo, a las pláticas con las amigas, o a las fiestas con los compañeros. Los resultados de los embarazos relatados por las entrevistadas son positivos si se miden con los indicadores tradicionales de mortalidad infantil, puesto que en esta investigación, no hubo ningún caso de un hijo muerto, aunque sí se dieron casos de iatrogenia, errores médicos referidos anteriormente por parte de médicos del Seguro en el manejo

del parto, en relación con los anticonceptivos, particularmente el dispositivo, y en el seguimiento del parto.

Las madres-trabajadoras no tenían remedios para todos los males-tares, ni recibieron el apoyo de otros actores para combatirlos. Pero sí tenían respuestas. Dos prácticas de auto-atención identificadas fueron “*aguantar*” y “*no hacer nada*”. Nuevamente la distinción es de matiz, pero la diferencia se refiere a la *aceptación resistente*, por ejemplo apachugar y gritar, y la *aceptación pasiva* (“ni modo, no se puede hacer nada, es normal”). Esta situación fue caracterizada por ellas –y fuertemente por los médicos– como parte del discurso de la *normalidad*. Este proceso de *normalización* moldea su cultura de salud y es fomentada constantemente por los médicos, particularmente los del Seguro, y también por ellas mismas. El discurso sobre *normalidad* posee la implicación de que todas las mujeres tienen que pasar por estos malestares para llegar a la maternidad, identidad enaltecida que merece un sacrificio para alcanzarse.

Recurrir a la atención médica dependía del tipo de molestia, la necesidad sentida, la etapa del embarazo y los recursos a los que tenían acceso. Durante la etapa inicial del embarazo combinaban la atención biomédica, tanto privada como de la Secretaría de Salud y del Seguro, mientras que durante el parto, la asistencia al Seguro fue predominante. En el puerperio se recurría a la medicina tradicional, y a la utilización de hierbas y tecitos en el proceso de limpieza, la expulsión del cochinero y la reafirmación de los tejidos. La biomedicina no les ofrecía ningún tratamiento para este proceso, el Seguro se limitaba a la atención del bebé y a la promoción de la lactancia.

Los relatos de las mujeres revelaron repetidamente la importancia del Seguro, inclusive fue referido como una de las razones para mantener el empleo en la Planta X. Se recurría a la medicina particular, si se tenía dinero, para aclarar alguna duda sobre el embarazo y acceder a alguna tecnología que el Seguro no les proveía, particularmente el ultrasonido, el cual confirmaba su estado y el bienestar del bebé. Los familiares de una madre-trabajadora le pagaron la atención del parto en un hospital de Tucson, Arizona, para poder registrar al bebé en Estados

Unidos, aunque a ella se le “afiguraba” que la atención en el Seguro era mejor. Antes de trabajar y vivir en Nogales, dos madres tuvieron la experiencia de atender su parto con partera, y otra madre-trabajadora recurría a una sobadora como preparación para concebir o para acomodar al bebé antes del nacimiento. Sin embargo, a lo largo de todo el embarazo, la atención con la medicina tradicional no tuvo el mismo peso en los relatos de las madres-trabajadoras, como la atención biomédica, particularmente en el Seguro.

La primera visita de las madres-trabajadoras a esta institución tenía como objetivo asegurarse de que estaban embarazadas. Esta incertidumbre no provenía de la ignorancia o desconocimiento de los procesos biológicos, sino de fallas en los métodos de anticoncepción, particularmente en el dispositivo intrauterino. En esta visita abrían el expediente que posteriormente les permitiría la atención al parto, recibir el pago de la incapacidad y practicarse los análisis prenatales. Una vez confirmado el embarazo, volvían al Seguro para mantener el proceso del expediente administrativo. Esto generalmente implicaba una visita mensual a partir del cuarto mes. Las reacciones de las madres-trabajadoras a este procedimiento, estipulado por la normatividad del IMSS, fueron diferentes. Algunas no consideraban necesarias estas visitas, salvo para que no las regañaran; otras deseaban recibir una atención menos rutinaria y mayor calidad en la atención. Dicha calidad fue cuestionada por varios motivos: en primer lugar, la falta de un trato respetuoso por parte del personal médico y una atención completa a su caso, lo cual incluía una cuidadosa revisión clínica y no sólo la receta de medicinas; también refirieron la ausencia de información completa y comprensible, la mala calidad de los medicamentos, los largos tiempos de espera tanto para citas como para recibir resultados de análisis, los regaños de las enfermeras y los médicos, y los engorrosos trámites burocráticos. Sin embargo, debe advertirse que cuando las atendía un médico atento y respetuoso lo demás no adquiría tanta importancia y el hecho de que las medicinas tardaran más en hacer efecto pasaba a segundo término, o bien pedían una receta para comprarlas en una farmacia comercial y desarrollaban diversas estrategias para aguantar y manejar las largas esperas.

Los médicos a su vez refirieron que las pacientes no seguían sus instrucciones: “descuidan su alimentación, no toman los medicamentos como les instruyen, no regresan a cita cuando es indicado”. Un médico en entrevista, y varios médicos en conversaciones esporádicas, caracterizaron a las trabajadoras de la maquila como promiscuas. Pero cuando se les pedía aclarar si esto era simultáneo o durante toda la vida, no pudieron precisar. Sin embargo, en el caso de nuestras entrevistadas, aunque varias tuvieron más de una pareja, nunca fue de manera simultánea, como en el caso de dos parejas varones que mantenían “segundo frente”.

A lo largo del trabajo de campo, las madres-trabajadoras mantuvieron una opinión ambivalente respecto a la atención médica, caracterizada fuertemente por la última experiencia de consulta, ya fuera para la atención del embarazo o de uno de sus hijos. En su evaluación final siempre insistían en la importancia del Seguro, particularmente para la atención de los hijos, a pesar de sus quejas sobre la atención. Todas las mujeres relataron cuando menos una experiencia con un médico atento y respetuoso, e intentaban mantener la consulta con éste, al grado de buscarlo en su consultorio particular.

Los médicos del Seguro, a la vez, refirieron las condiciones difíciles bajo las que trabajan, la necesidad de atender más pacientes de lo que permite una atención adecuada, y la exigencia de una capacitación continua en amplios temas de la medicina familiar, a pesar del tiempo limitado para la consulta. Se quejaban además de la falta de materiales y medicamentos para dar una atención adecuada, la burocracia excesiva para cualquier trámite interno que ellos mismos tuvieran que hacer, y transmitieron su preocupación por el futuro de la institución, sus trabajadores y los trabajadores a los que atiende.

Los gerentes de la Planta X tuvieron la misma actitud ambivalente en cuanto al Seguro, por un lado lamentaban la falta de calidad, se referían sobre todo a los tiempos de espera perdidos para el tiempo de producción; al alto costo de las primas pagadas por la empresa, pero a la vez, reconocían la importancia del servicio médico y la amplitud de las prestaciones en comparación con otros países, incluido Estados Unidos.

Las negociaciones de las madres-trabajadoras con los diferentes actores dan la pauta para su propia atención y cuidado. Entre unas prácticas y otras existen matices muy finos. Este es el caso de las diferencias entre aguantarse y no hacer nada como prácticas de auto-atención. Si mantengo la diferencia es que mi interpretación de las entrevistas me permitió vislumbrar una leve distinción entre quienes aguantaban, con coraje o resistencia, y quienes aceptaban, como parte de su destino de ser mujer. A mis preguntas sobre qué hacían, la respuesta de “aguantarse” tenía varias implicaciones. Éstas incluyen el reconocimiento de molestias o malestares que deben asumirse como parte del embarazo, pero con deseos de que no fuera así. Las que respondían “nada” expresaban cierta resignación refiriéndose a lo “natural” de las molestias como parte normal de la maternidad. Una misma mujer podría mencionar una u otra respuesta, sobre todo considerando distintos embarazos y experiencias. En cuanto a la distinción entre aguantarse y no hacer nada, es en referencia a un proceso de naturalización de la maternidad y a un grado, posiblemente muy leve, pero presente, de aceptación o rechazo de dicha “naturalidad”, pero también con implicaciones más generales. La distinción entre pasividad y resistencia apunta a un cambio a nivel de la conciencia de las mujeres, al reconocimiento de la injusticia de su situación subordinada, y señala la existencia de transformaciones que pudieran convertirse eventualmente en acciones individuales y colectivas.

En el caso de Alicia, podemos entrever una inconformidad respecto a que el médico únicamente ofreciera una explicación sobre la normalidad de su malestar sin recomendarle algún remedio.

Alicia compara su último embarazo, durante el cual trabajó en la Planta X, con el embarazo anterior, en el cual no trabajó fuera de la casa, y hace una caracterización de los malestares como normales:

Más a gusto sin trabajar, como te digo, aunque haya tenido un embarazo pues mal, porque siempre he estado mal, pero muy diferente sin trabajar, porque no tienes que levantarte temprano, muchas veces sin ganas de trabajar, menos los primeros cuatro meses de mareos. El doctor me decía que era normal, porque le decía que nada me caía,

que todo tenía aborrecido, le decía que todo me caía mal, me decía que era normal, eso es lo único que me decía.

A pesar de que la maternidad es pesada, ésta es tan enaltecida que contrarresta los malestares que sufren las mujeres por alcanzar una situación social que les beneficia de otras maneras, les brinda un mayor prestigio y poder de decisión y negociaciones con otros agentes. En su investigación sobre derechos reproductivos en tres regiones del país, incluyendo la ciudad de Nogales, A. Ortiz-Ortega et al. (1998) encontraron que la maternidad no sólo era una carga o un peso para las mujeres. Irónicamente, además de ser una carga emocional, física y económica también las proveía de un prestigio y un marco más amplio de decisiones para defenderse de la violencia doméstica, para justificar el empleo y “sacar adelante a los hijos” y controlar su reproducción. En dicha investigación, la maternidad no sólo es la referencia primaria que permite a las mujeres reconocer sus derechos, sino el marco en el cual organizan sus vidas. En las tres regiones estudiadas, las mujeres escasamente tomaban decisiones sobre sí mismas o sobre su salud reproductiva antes de ser madres, sin embargo, después de tener por lo menos dos hijos, comenzaban a reclamar derechos sobre la integridad de sus cuerpos.

En esta investigación, la maternidad aparece como fuente de un poder de negociación y una legitimidad, no sólo para el sacrificio, sino también para ganarse ciertas condiciones. Se convierte en una carta que las madres-trabajadoras pueden jugar a su beneficio, como cuando solicitan mejores condiciones de trabajo porque están embarazadas, o pelean la anticoncepción y tener menos bebés para poder cuidar a los hijos que ya tienen, o cuando entran a trabajar para mantenerlos. La maternidad cambia sus vidas no sólo porque sea una carga o un sacrificio. Las madres-trabajadoras explican que trabajan para mantener a sus hijos y “sacarlos adelante”, es dicha maternidad la que moldea sus prácticas de atención al embarazo para *apechugar*, pero también para negociar más consideraciones en el trabajo o tomar decisiones en contra de la voluntad de su pareja, al decidir tomar anticonceptivos.

Los embarazos se suceden en un periodo definido de la vida reproductiva, pero sus resultados persisten e imprimen transformaciones en las mujeres por el resto de sus vidas, con implicaciones más trascendentales que muchos otros eventos de la salud. Esto tal vez pudiera ayudar a entender algunas prácticas de atención y las decisiones que toman para vivir con los resultados de sus embarazos, muy concretamente para “sacar adelante a los hijos”.

Martha es la mayor de todas las mujeres que entrevisté en este núcleo pequeño. Al despedirnos, tiene 44 años y 24 de trabajar en la Planta X; tiene un hijo de seis años y no tiene pareja, le preocupa cómo va a sobrevivir y mantenerlo. Me cuenta que ya compró otra máquina de coser para trabajo pesado. Ahora ya tiene dos en su casa y pudo conseguir a una señora que está aprendiendo a usarlas y que va a trabajar con ella. Pronto dejará la Planta X, pero quiere esperar a ver si no le toca “aunque sea un poquito de dinero”, puesto que son muchos los casi 25 años que lleva de trabajar ahí.

Martha se embarazó cuando un doctor del Seguro le dijo que tendría que quitarle la matriz por falta de uso. Ahora su hijo es el motivo de sus preocupaciones y también de sus satisfacciones, pero está muy sola y dice que necesita planear el futuro cuidadosamente para garantizar el sostenimiento de ambos. Cuando su hijo alcanzó la edad en la que ya no pudo estar en la guardería de la Planta X —pero aún no tenía la edad para entrar a una escuela pública— lo inscribió en una “escuelita de monjas”.

Las prestaciones de la Planta X (IMSS, INFONAVIT, préstamos, guardería, entre otros) son valoradas por las madres-trabajadoras, además del ingreso, y son un gancho que las retiene en la maquila cuando piensan dejarla para atender a sus hijos o cuando están cansadas. Estas prestaciones son elementos que consideran cuando deciden quedarse en la fábrica, a pesar del cansancio y las dolencias, o cuando piensan salirse y arriesgarse con un negocio propio o en otra maquila. Cuando logran más posibilidades de aumentar sus ingresos y prestaciones, como con las horas extra o el préstamo para la casa de Infonavit, más dudan en abandonar y aplazar el plan para dejar el empleo actual, como ilustra el caso de Alicia.

En una entrevista encontré a Alicia muy arreglada como para fiesta, se nota que es viernes.⁹⁰ Presume que ya compró un carro ONAPAF⁹¹ y que ya le entregaron su casa, la que pidió con el crédito de Infonavit tramitado en la Planta X. Pondrá a la renta su otra casa o abrirá finalmente el abarrotes que tenía pensado, sólo que ahorita la tiene prestada a un pariente. Sus hijos están bien y sigue con el esposo: “Se compuso mucho con la dejada que le di” [se refiere a una vez que lo dejó porque se peleaban mucho].

Ahora estamos muy bien, gracias a Dios. Ya no toma, muuy bien se ha portado... Ya no batallo. Fíjate [refiriéndose al esposo], se va a la casa, me ayuda con los niños, me ayuda con el quehacer, juega con ellos, y antes ¡qué esperanza!

A ella ya no le duele nada, dice que finalmente: “[Le] cambió mucho la suerte”. Le pregunto si ya se va a salir de la fábrica, puesto que la penúltima vez me había dicho:

Nomás me den la casa y me voy a salir, voy a poner una tienda y me voy a salir, mejor así. Porque mira, el niño ya va a salir de la guardería y luego yo... pago porque lo cuiden y ¿pagar porque me cuiden al niño? Pues ya son 140 pesos a la semana pues, y nomás voy a trabajar para que me los cuiden, no trae caso. Mejor pongo la tienda. Me salgo. Los cuido yo. Y yo de ahí saco para ir pagando la casa. ¿No se te hace mejor así?

Sus padres quieren que deje el trabajo, pues su papá le comenta que tiene cansancio acumulado por tanta actividad. Además de llevar a los

⁹⁰ En varias ocasiones, los viernes en la Planta X nos tocó ver a las obreras vestidas para los bailes que se organizan en la ciudad los fines de semana, y a los que van con sus parejas o con un grupo de amigas.

⁹¹ Estos carros no cuentan con todos los trámites legales para la internación, son automóviles estadounidenses viejos también llamados “chocolates” (porque entraron de forma chueca, ilegal).

dos niños –uno en cada brazo– a la guardería, subía y bajaba el cerro todos los días. Dice que su papá le va a prestar para poner su tienda, pero luego duda:

¿Cómo crees? perder el Seguro. [Se queda muy pensativa] Por ejemplo, allá [en la Planta X] el Seguro [sirve]. Como quiera que sea, pero te atienden y tienes el Seguro para una emergencia o para lo que sea y allá pues [en su tienda] yo no iba a tener Seguro o necesito pagarlo yo. Nooooo, el Seguro, no sé. ¿Cómo se puede arreglar eso?... Luego en la fábrica ya mejoraron el servicio médico, hasta camilla metieron, una cama como la que usan para cuando estás embarazada. Han mejorado mucho. Enfermería [se refiere al servicio médico en la Planta X] antes estaba pa'l arrastre y ahora no. Ahí mismo te pueden dar una incapacidad y todo, luego cualquier cosa y si no quieres incapacidad, te dan permiso.

Pero no sólo duda en perder el derecho al Seguro. Duda también de perder los ingresos adicionales y otras prestaciones. En la fábrica, además de las mejoras en el servicio médico, ya puede trabajar más horas extra y le dicen que para ella “siempre hay horas extras”⁹² por eso ya no se dedica a vender nada, “ya con lo que trabajo con tiempo extra, ya lo que quiero es llegar a descansar”.

Para las madres que no cuentan con apoyo económico de su pareja para el mantenimiento de los hijos –como el caso de Marina, quien mantiene sola a su niña–, las decisiones sobre quedarse o irse de la Planta X son difíciles. Su caso ilustra bien lo anterior, ya que el trabajo en la Planta la cansa y tampoco ve alternativas en otros lados. Su relato sobre la ambigüedad de sus relaciones con los colegas y el supervisor expresa además la incertidumbre acerca de sus decisiones más amplias.

⁹² La asignación de horas extras es tarea del supervisor o supervisora, por lo que suele realizarse con cierta arbitrariedad, y se facilitan a los obreros y obreras preferidas. En algunas maquiladoras no dan horas extra a las madres “para forzarlas a pasar tiempo con sus hijos”, según me contó una directora de guardería.

Cómo no me voy a cansar, pues me duele la espalda, es que la banda viene así de arriba hacia abajo, entonces yo tengo que voltearme, ponerlo aquí [describe el movimiento] y acomodarlo y son 1 300 veces así al día... Me duele seguido, y en dos ocasiones he ido con el médico. Una vez fui con el de la planta y hace poco fui con el del Seguro. Dice que es cansancio. Me han recetado vitaminas de complejo B-6... Luego una vez me levantaron un reporte de que llevé huachas, porque en el lugar en donde estoy yo debo de llevar zapato cerrado. Pero más a gusto con este supervisor que con la otra, pues ella nos ponía nerviosos a todos y aquí no se mete con la gente mientras no pase nada. Mira, esta semana hizo una carne asada y nos invitó a todos, la mayoría fuimos... La pasamos muy bien, jugamos, anduvieron en caballo, los niños se bañaron. Muy bien. Fuimos veinte personas.

A pesar de identificar las fuentes de los daños y describir el proceso de trabajo, Marina parece hacer un ajuste mental que le permite distinguir entre dicho proceso y las personas con quienes trabaja. El agrado con el que describe el paseo con los de su línea de trabajo puede ser una justificación para quedarse en la fábrica. De acuerdo con lo que Marina me ha contado, por el momento no tiene otra opción más que seguir trabajando en esta maquiladora.

La “paradoja” del Seguro requiere una anotación adicional. Si éste es el gancho que las atrajo a emplearse en la maquila, también es un ancla que las ata, pues aun en los casos en los que dudarían, o cuando tienen posibilidades de dejar el empleo, “tener Seguro” representa el motivo para no abandonarlo. Su ambivalencia confronta su insatisfacción de la calidad del servicio con el reconocimiento de la necesidad de esta prestación. Para resolver algunos dilemas que se les presentan y evitar esperas largas, trámites burocráticos, filas y regaños, asumen un protagonismo plasmado en la combinación de prácticas de atención. Pero en ocasiones van a los extremos de poner en riesgo su vida y la de sus bebés, como en los casos que hemos relatado, que no son reconocidos por los médicos del Seguro como parte de la responsabilidad de la institución.

En el apartado anterior he hecho una recapitulación de los principales hallazgos a la luz de mi investigación con madres-trabajadoras en la Planta X. Esta recapitulación responde a mi propósito de centrarme en los relatos de las madres-trabajadoras, para construir sus prácticas de atención al embarazo considerando el continuo entre vida fabril y familiar. Considero que he logrado identificar las principales prácticas, mismas que han sido clasificadas y construidas en un proceso de análisis que confrontó información de distintas fuentes, incluyendo mis observaciones. Estos hallazgos proveen un punto de partida para futuras investigaciones, que podrán basarse en la identificación de los actores y las prácticas, para construir un concepto más amplio de prácticas que se refiera a ellas tal y como se construyen por la totalidad de los actores sociales involucrados.

La tarea de escuchar a las madres-trabajadoras revela su agencia, temática poco explorada en otras investigaciones que vislumbran a las trabajadoras sólo como víctimas (Denman 1990a, 1991; *Human Rights Watch* 1997; Márquez y Romero 1988; Torres 1991; Moure-Eraso et al. 1997, entre otras). Y revela, a la vez, su punto de vista de las negociaciones con distintos actores mostrando cómo se estructuran y moldean las prácticas, y cómo la agencia de las madres-trabajadoras también es limitada y constreñida. Mi investigación sitúa las prácticas de atención en los contextos personales, familiares, fabriles y en las colonias de Nogales, y relaciona la construcción de prácticas con elementos de estos contextos, ejemplificado en mi señalamiento sobre el peso del origen rural de las madres-trabajadoras en la construcción de ciertas prácticas de atención, particularmente durante el puerperio.⁹³ Una tarea pendiente de gran envergadura es la elaboración teórica de la relación entre las prácticas y los referentes estructurales.

⁹³ González Block (1996) ha identificado, a mi parecer correctamente, a las trabajadoras migrantes con pocos años en la ciudad de Tijuana como un grupo de mayor riesgo. Yo planteo que es necesario considerar además del riesgo a las prácticas protectoras y no sólo la vulnerabilidad de dicha población.

LOS RESULTADOS A LA LUZ DE LOS DEBATES MAYORES

He propuesto que en tanto las madres-trabajadoras comparten experiencias recurrentes y comunes, que son mediadas por prácticas de atención creadas y aprendidas, y que las llevan a desarrollar un conjunto de esquemas similares, en esta medida “comparten una cultura”.⁹⁴ Esto es lo que identifiqué como una incipiente cultura de salud de la madre-trabajadora. La emergencia de esta cultura se caracteriza por varios hechos compartidos. Éstos se construyen continuamente por las mujeres con base en experiencias comunes, como el acceso y uso del Seguro, el origen predominantemente rural de las trabajadoras o sus historias de migración, el trabajo en una maquiladora, la vida en una colonia de Nogales y sus negociaciones con la pareja, los médicos y el personal de mando en la fábrica. La combinación de la atención biomédica del parto, la auto-atención y la medicina tradicional durante el puerperio son prácticas que desarrollan en estas nuevas situaciones, combinaciones que surgen del enfrentamiento a nuevas opciones de atención biomédica, como la que constituye el Seguro, con las prácticas tradicionales que ellas han transportado a su nuevo contexto.

La combinación de prácticas se da en varias etapas del embarazo, como el manejo de náuseas y vómitos con remedios de alimentación; y la naturalización de las molestias del embarazo como parte de la maternidad por parte de todos los actores clave, incluyéndolas a ellas mismas, y particularmente a los profesionales de la biomedicina. Las ideas sobre un cuerpo femenino que debe limpiarse periódicamente después de la menstruación o del parto (para *cerrarse* y fortalecerse), mantienen una práctica común en el puerperio (toma de alimentos y bebidas desintoxicantes y purificantes) que ellas desarrollan, y que la atención biomédica en el Seguro ignora.

Podemos entender esta diversidad de prácticas en las vidas fluidas y cambiantes de las madres-trabajadoras como manifestaciones de esta

⁹⁴ Al respecto, véase la discusión sobre cultura presente en U. Hannerz (1993) y D'Andrade y Strauss (1992).

cultura de la salud. Lo cultural nos explica por qué lo socialmente construido, como el empleo femenino o la atención a la salud, puede ser un proceso diverso en el que las negociaciones constantes de lo cotidiano transforman y construyen nuevos procesos.

La cultura de cuidado del embarazo y de la salud reproductiva forma parte de una cultura de cuidado de la salud más amplia, que al mismo tiempo la alimenta y se alimenta de ella. Sus conexiones son difusas porque el cuidado de la salud forma parte de una práctica cotidiana que no separa en partes al cuerpo ni a sus necesidades, sino que atiende en su integridad la vida individual.

Por eso partí de la antropología médica. Uno de sus supuestos es la construcción social y cultural de la salud-enfermedad, y su corolario más importante es el que cuestiona la autoridad/legitimidad del conocimiento biomédico como explicación única y exclusiva de la salud-enfermedad-atención. La antropología rehuye las explicaciones y teorías universales para establecer la historicidad de la generación de conocimiento sobre la salud-enfermedad⁹⁵ y examinar las condiciones sociales de la producción del saber (Young 1982, 277). Con esto pretende llegar a constituirse como una “poderosa herramienta para reevaluar lo natural y lo normal en relación al cuerpo humano” (Lindenbaum y Lock 1993, xi).

Frecuentemente, los médicos recurren a la justificación sobre lo normal para explicar los malestares de las madres-trabajadoras y convencerlas de que no hay remedios. Es una de las manifestaciones más claras de la hegemonía del modelo biomédico y de una de las identidades de género: la maternidad. Contribuciones a la formación de herramientas para la reevaluación de lo *normal* son la identificación de las prácticas de auto-atención, en respuesta a malestares, y el reconocimiento de iniciativas para el auto-cuidado. Estos elementos revelan la construcción de saberes que son utilizados para justificar el sufrimiento y los malestares, no sólo para el caso del embarazo.

⁹⁵ Aclaro que saber médico se refiere a saber sobre prácticas de todos los actores, no sólo biomédicos, por lo que yo me referiré a saber salud-enfermedad.

Otra ilustración es la paradoja de recurrir a la biomedicina para justificar la naturalidad y normalidad del embarazo como un pretexto para el sufrimiento de las mujeres, y que a la vez se mantengan los ojos cerrados respecto a un sistema productivo que mantiene a los seres humanos sentados en posiciones y con movimientos “anti-naturales”, por cerca de diez horas diarias, en ambientes contaminados e insuficientemente ventilados y también anti-naturales.

De acuerdo con Lock y Kaufert se recurre al argumento de que algo es natural para justificar algunas conductas como inevitables. Por ejemplo, ciertas culturas consideran que algunas normas asociadas con la edad o el género están enraizadas en la biología, y como tal, están determinadas *naturalmente*. Este es el caso que hemos visto en cuanto al sufrimiento de los malestares durante el embarazo. Debido a que se considera que la práctica médica es benévola, se ignoran los mecanismos mediante los cuales dicha práctica hace dóciles los cuerpos, controla el conocimiento y distrae de los arreglos jerárquicos mediante los cuales la medicalización naturaliza el control del cuerpo (1998, 19-20).

Es precisamente el sometimiento a este proceso de naturalización, o la adaptación y la resistencia a ella, lo que revela la hegemonía de la biomedicina y los juegos de poder que ahí se encierran. Para el caso de las trabajadoras de la maquila, el Seguro juega un papel fundamental en este proceso de control, un juego en el que ellas tienen manifestaciones esporádicas de resistencia, ninguna de las cuales se ha convertido en acción colectiva. Las prácticas más significativas se desarrollan independientemente de la biomedicina en el campo de las prácticas de autocuidado.

Nos podemos referir a algunas de estas prácticas de cuidado como prácticas de salud positiva. La profundización en este tema podrá identificar justamente esos campos donde los individuos consideran que tienen mayores márgenes de acción frente a la hegemonía medicalizadora. No tengo conocimiento de que exista una discusión académica en torno al concepto, aunque, como he mencionado previamente, los temas de atención primaria a la salud y promoción de la salud⁹⁶ abarcan una

⁹⁶ Desafortunadamente, en el ámbito de la salud pública estos programas pierden cada vez más su importancia, y son sustituidos por intervenciones individualizantes con base en tecnologías médicas.

parte de lo que podemos denominar salud positiva. Ésta, en mi opinión, se refiere a los cuidados que las personas desarrollan como parte de una construcción y mantenimiento de la salud, son cotidianas y se definen además por las acciones desarrolladas en ausencia de episodios de enfermedad, accidentes, traumatismos u otros daños. La salud positiva es poco estudiada en la literatura, en parte porque las ciencias sociales han imitado la tendencia de las ciencias médicas al centrarse en la parte negativa de la salud, i.e. las enfermedades e incapacidades.

Recientemente ha surgido una discusión sobre temas de psicología positiva⁹⁷ que investiga la interrogante de “porqué algunas personas son más felices que otras” (Lyubormirsky 2001, 239-249) y que se asocia al tema de resiliencia,⁹⁸ cada vez más en boga en algunos programas de educación para la salud. Sin embargo, poco se asemeja a mi preocupación por definir y estudiar las prácticas cotidianas de cuidado a la salud, que podemos definir como positivas, y que se desenvuelven en campos en donde la práctica médica y las tecnologías acompañantes no han ingresado. Un tema a investigar en relación con las prácticas de salud positiva entre trabajadores, se refiere no sólo a su caracterización, sino a indagar cómo se han transformado a la luz de las características del trabajo. En el caso de mujeres que trabajan por primera vez, podría preguntarse cómo combinan las prácticas frente a una nueva situación de trabajo, si disminuyen, aumentan y se transforman. En el caso de varones trabajadores se interrogaría si desarrollan nuevas prácticas a la luz de sus distintas experiencias laborales.

Propongo que parte del dilema sobre la salud positiva se aclara al observar la diferencia entre *cuidar* y *atender*. Como dice Haro, el autocuidado se trata del nivel individual y es definido por “las prácticas domésticas cotidianas de promoción de la salud, mientras que auto-atención incluye las conductas activadas en caso de ruptura del bienestar” (Haro 2000, 119). En algunos casos, los relatos de las trabajadoras

⁹⁷ Véase la edición especial sobre psicología positiva de *American Psychologist* (2001).

⁹⁸ “La resiliencia se define como una clase de fenómenos caracterizados por buenos resultados a pesar de amenazas serias a la adaptación o desarrollo” (Masten 2001, 228).

permiten distinguir entre atención y cuidado en función del actor. Por ejemplo, los médicos recomiendan “cuidarse”, pero las mujeres no hacen mención de algún cuidado que tengan los médicos hacia ellas, más bien se trata de recomendaciones para que atiendan sus indicaciones. En cuanto a los esposos, éstos a veces las “cuidan”, pero generalmente se refiere al uso de anticoncepción, particularmente el uso del condón o el retiro. Sólo una trabajadora se refirió al cuidado de su pareja en términos del apapacho o el afecto que recibía cuando estaba triste.

Posiblemente una de las decisiones más importantes en las consideraciones sobre la salud positiva sea la capacidad de escuchar a sus propios cuerpos. Este conocimiento les permite adelantarse a sus fatigas y quebrantos, introyectando descansos, alimentos y distracciones que las mantienen con una condición de salud aceptable a su situación. Sin embargo, estas prácticas de auto-cuidado no son suficientes para hacer frente a la intensidad del trabajo en la maquila, las demandas de la pareja, las exigencias de los hijos y las limitaciones de campos de negociación.

La negociación para obtener mejores condiciones de trabajo y salud en esta situación es delicada. Esto lo tienen presente mejor que nadie las propias mujeres, quienes protegen su trabajo y su salud con todos los medios que tienen a su alcance. Lo que resulta es que dichos medios son limitados. El abanico al que nos referimos tiene restricciones, las constriñe la actual situación económica, las demandas de la pareja, las limita la ausencia de otras ofertas de trabajo en sus lugares de origen, o en las mismas ciudades a las que han migrado. Como constata González de la Rocha en su revisión sobre la importancia de las redes y apoyo mutuo para la sobrevivencia de las unidades domésticas, estos recursos son limitados y posiblemente estén llegando al límite de su posibilidad de responder a las necesidades (2000, 34).

La investigación desde la antropología médica, en tanto escudriña las prácticas de atención a la salud para entender la construcción y representación de los seres humanos, contribuye a entender no sólo la cultura de la salud, sino las formas en que los actores aceptan o moldean las visiones dominantes. En esta investigación sobre las prácticas del cuidado del embarazo de madres-trabajadoras como Patricia, Martha,

Marina, Alicia y Elizabeth, he argumentado que dichas prácticas están fuertemente influenciadas por la práctica biomédica representada por el Seguro y el peso de la identidad maternal, que sin embargo moldean en continua negociación con sus parejas, el personal de mando en la Planta X y los médicos. Pensar la salud de los trabajadores en consideración a las identidades y relaciones de género permite observar los procesos mediante los cuales las madres-trabajadoras y los actores sociales clave de este estudio negocian sus visiones del mundo (Comaroff y Comaroff 1992, 27-28). Tomando en cuenta las prácticas de auto-atención y auto-cuidado a la salud del embarazo, esta investigación ha revelado el continuo vital entre ámbitos privados y públicos y ha generado una propuesta para abarcar más integralmente la salud en la vida de los trabajadores.

En este apartado he trasladado mis hallazgos a la luz de los debates mayores para reconocer sus aportaciones y limitaciones. Voy a referirme sólo a una de sus limitaciones de carácter teórico y metodológico dada su vigencia en los debates sobre el quehacer de las ciencias sociales. Se refiere a un antiguo problema en la ciencia: la forma en la que se representa a la realidad (véase Cortés 2000). Como he repetido a lo largo de este trabajo, los hallazgos de mi investigación se construyen sobre la base de las entrevistas a catorce madres-trabajadoras y otros informantes, y, en menor nivel, de mis observaciones. En tanto se expresan mediante el lenguaje, en este texto, las prácticas se construyen con base en representaciones que sólo fueron analizadas para la construcción de aquéllas y no en un estudio sistemático de imágenes, conocimientos y símbolos.⁹⁹ Esta es otra tarea para futuras investigaciones. En la medida en que las prácticas de atención al embarazo fueron recurrentes y compartidas, se refieren a prácticas sociales que pueden considerarse válidas para otras madres-trabajadoras que comparten condiciones semejantes.

⁹⁹ Para una discusión sobre las representaciones sociales en investigaciones sobre salud-enfermedad véase a Castro (2000).

RECOMENDACIONES PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS

Dada la situación política económica actual, difícilmente se podría concluir este trabajo sin elaborar algunas recomendaciones en torno al tema que he investigado.¹⁰⁰ Me limitaré a mencionar únicamente tres puntos que han resaltado: 1) soluciones a la “paradoja” del Seguro Social; 2) la necesidad de considerar el continuo vida familiar y fabril en el diseño de los programas de salud; y 3) la promoción de las prácticas de autocuidado de la salud.

La vulnerabilidad en la que se encuentra el gobierno, y con ello la sociedad, frente a las maquilas es grave. En Nogales, las autoridades municipales, del Seguro, de la Secretaría de Salud, de Desarrollo Urbano, así como otras, tienen proscrito, por lo menos en la cultura política vigente, llevar a cabo cualquier acción que pueda interpretarse como provocación a las maquilas. La amenaza de las fábricas de irse es real. En los últimos cinco meses, el número de empleos en la maquila ha descendido en cerca de 70 000 y los asegurados permanentes en el IMSS a 370 000.¹⁰¹ En varias ciudades fronterizas se relata el caso de los trabajadores que llegan a la fábrica un lunes en la mañana y la encuentran cerrada; durante el fin de semana la planta se trasladó a otro país. Frente a una situación como ésta, pueden entenderse los esfuerzos por mantener fuentes de empleo, mas no la ausencia de esfuerzos similares que negocien mejores condiciones de trabajo y de vida. Estas acciones sólo pueden realizarse construyendo amplios campos de debate y diálogo entre las partes involucradas. Entre éstas deben estar representados los trabajadores que escasamente han sido considerados en la elaboración de las políticas públicas que les conciernen, incluyendo las negociaciones de los tratados de libre comercio.

El Instituto Mexicano del Seguro Social es uno de los espacios en donde podría hablarse de mejoras concretas que beneficiarían directa-

¹⁰⁰ Una mayor elaboración sobre las recomendaciones se incluye en Denman y Cedillo (2001).

¹⁰¹ INEGI <http://www.inegi.gob.mx/estadistica/espanol/economia/feconomia.html>.

mente a los trabajadores. Lo que hemos llamado la “paradoja” del Seguro para las madres-trabajadoras, se refiere a la alta valoración que tienen del derecho al Seguro, adquirido con su empleo en la maquila, no obstante las críticas que hacen de la calidad de la atención. Esta paradoja requiere solución y el IMSS podría instrumentar mejoras concretas. Como vimos en los relatos incluidos en este trabajo, las mujeres llegan a poner en riesgo sus vidas y las de sus bebés al no acudir a buscar la atención médica necesaria oportunamente, al tratar de evitar las humillaciones, las esperas y los malos tratos. En esta investigación he documentado sus quejas y lamentos, mismos que podrían ser analizados con la institución para encontrar soluciones comunes.

Hemos demostrado la existencia de un continuo entre las condiciones familiares y fabriles en relación con la salud. Por lo tanto es necesario considerar la salud de los trabajadores, desde el Seguro, para fines de atención médica; desde la fábrica, para fines de capacitación; y en la escuela, para fines de formación, tomando en cuenta sus condiciones familiares y domésticas. Si no se toma en cuenta dicho continuo, se desvanecen las posibilidades de diagnosticar y tratar adecuadamente los perfiles de salud, y se empobrece nuestra comprensión de la cultura de la salud. Esta recomendación tiene su corolario, puesto que el continuo corre en dos direcciones: se requiere una política de atención integral a la salud que considere las condiciones familiares de los trabajadores, como hemos mencionado, pero que también considere las condiciones de trabajo de los integrantes de las familias. Dicha recomendación también corresponde a instituciones como la Secretaría de Salud, otras instituciones de salud y organizaciones no gubernamentales.

La necesidad de la acción en la salud pública, incluyendo a la salud laboral y la salud reproductiva, ha aumentado, a la vez que los gobiernos han limitado los recursos para su ejecución. En esta investigación hemos demostrado la existencia y amplitud de las prácticas de autocuidado. Sería conveniente promover y desarrollar las prácticas orientadas a construir y mantener la salud, antiguo argumento de varios enfoques de salud pública. Mi recomendación es que se elaboren e implementen programas para identificar, promover, facilitar e instigar,

tanto por parte de las autoridades de salud, como de la sociedad en su conjunto, evitando la creciente vulnerabilidad de la población.

Una cultura de salud no se desarrolla independientemente del modo general de andar por la vida. Complementa, se tropieza, se funde, y se contradice con la manera en que los seres humanos nos desenvolvemos en el trabajo, en la familia, en la sociedad, en el poder. Lograr una visión holística de esta cultura de salud rebasa las intenciones de la investigación presentada en este libro, pero no deja de ser un reto para el futuro. Implica identificar y desentrañar un tejido armado con hebras de muy diverso colorido y textura, algunas muy recientes, otras antiguas; que se enriquecería sin duda de los aportes sobre cultura del trabajo.

POST SCRIPTUM

El presente trabajo es un estudio inserto en el tiempo, sujeto a la dinámica siempre cambiante de la realidad y sus estructuras sociales. Los resultados que he presentado corresponden a un periodo en el que el número de maquiladoras establecidas en México había aumentado considerablemente en relación con décadas anteriores. Las repercusiones de la apertura de estos establecimientos abarcan dimensiones diversas del tejido social, desde la migración –y la consecuente necesidad de vivienda y servicios–, la incorporación de la mujer a los mercados de trabajo y la modificación de estructuras familiares, hasta los daños a la salud y la demanda de sus servicios. A casi más de diez años del inicio de esta investigación en la ciudad de Nogales, las condiciones laborales de las madres-trabajadoras han cambiado. Sea como fuere, el estudio del fenómeno debe incluir una mirada inclusiva y penetrante que no deje de lado el elemento humano, es decir, las formas en que los individuos construyen su cotidianidad laboral, familiar, etcétera.

Para comprender qué sucede en lugares como la maquiladora y acercar al lector a la realidad de las madres-trabajadoras, decidí emplear una estrategia discursiva que permitiera construir un puente entre ambos, resaltando la preeminencia del diálogo entre el lector y el texto. Consi-

dero que cualquier narrativa es una explicación del mundo y una forma de producción simbólica, por lo que la atención a los detalles de la escritura no es cuestión baladí. Optar por una narración en primera persona obedece, primero, al rechazo de una frialdad distante que encuentra su justificación en el mito de la objetividad del discurso científico, el cual muchas veces termina imponiendo una visión del mundo que enmascara u opaca las voces de los informantes. A mi ver, esta supuesta separación de voces entre investigador-informante, deja de lado las condiciones sociales del sujeto que enuncia el discurso, en vez de recordar que él mismo también es producto de una formación, experiencias y prejuicios culturales determinados. La estructura lingüística de un idioma no está exenta de los matices ideológicos que se deslizan tras la palabra. En segundo término, la colaboración de otros asistentes en la investigación obliga a ampliar la reflexión sobre este tipo de apoyo, incorporando, adaptando y desarrollando estilos y estrategias discursivas que den cuenta de la realización de un trabajo mancomunado. Esta decisión es también una estrategia metodológica que revela cómo nos acercamos al objeto/sujeto de estudio. La presentación final de los resultados de una investigación forma parte de un flujo que va de la oralidad (representada por las entrevistas, cuestionarios, charlas informales) a la escritura (trascipción de testimonios, redacción del documento) y de la interpretación (análisis por parte del investigador) a la lectura (el usuario del texto como decodificador). Se trata finalmente de reconocer la importancia de la comunicación social y reflexionar sobre el sentido de la investigación.

GLOSARIO DE MODISMOS LOCALES
USADOS POR MADRES-TRABAJADORAS

Achaques – molestias y malestares físicos, dolencias no graves.

Al otro lado – en el lado estadounidense.

Apechugar – aguantar, soportar, asumir el destino/ o desgracias.

Aseo – proceso de preparación para el parto, rasurado.

Barril – contenedor de cerveza.

Baquetón, anduvo volado – con referencia al hombre mujeriego.

Cachoriar, cachondear – con referencia al juego sexual, al “faje”.

Carrilla – vacilar o burlar, jugar.

Changarro – tienda pequeña de abarrotes o miscelánea.

Chelas – cervezas, generalmente heladas.

Chichi – pecho.

Chicura – planta medicinal.

Chipilear – consentir.

Chispotea – algo que pasa sin planear, sin pensar, accidental.

Chucherías – para referirse a alimentos poco nutritivos o chatarra.

Cooler – aparato de enfriamiento de aire con agua, más barato que el aire acondicionado.

Cundinas – forma de ahorro popular (¿Vendrá de cundir: hacer rendir?).

Encharcar – endeudarse.

Enfadarse – aburrirse, hartarse.

Enfermar – alusivo al embarazo y a la menstruación.

Estrujó – con referencia a la revisión física, el tacto durante la atención prenatal (exprimir, apretar, apretujar).

Hacer de cardiaca – asustar, estresante.

Hacer el paro – ayudar, cubrir, por ejemplo para ir al baño.

Huareque – planta medicinal utilizada como remedio en salud reproductiva.

Limpiarse el cochinerito – con referencia a la menstruación y el posparto, generalmente a sangre.

Material – de construcción, i.e. ladrillo y cemento.

Me aborreció – en referencia a la pareja que la repudió.

Me subieron a la plancha – subirse a la mesa de expulsión, de revisión o camilla en el hospital a la hora del parto.

Mitotes – chismes.

Negocio – se refiere a que uno tiene mucho trabajo, negocio en casa, o en otro lado.

Pa'l arrastre – un término para describir cuando alguien ya “no sirve”.

Panzonear – término utilizado para referirse al proceso de estar embarazada.

Raite – recibir o irse de aventón (autostop).

Raspa – término despectivo para referirse a la gente “corriente” o vulgar.

Sanar – parir.

Tachap – (*touch up*), un proceso en la fábrica.

Tirar al niño – parir.

Tomar una a las quinientas – no tomar vitaminas en los tiempos recomendados, sino muy espaciados.

Vicioso – para referirse al consumo de alcohol.

Zapetas – pañales para los infantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Amuchástegui, Ana. 2001. *Virginidad e iniciación sexual en México: Experiencias y significados*. México: EDAMEX, Population Council.
- Anderson, Benedict. 1983. *Imagined communities*. Londres: Verso.
- Anderson, Norman B. (editor) 2001. *American Psychologist* 56 (3).
- Arenal, Sandra. 1986. *Sangre joven. Las maquiladoras por dentro*. México: Nuestro Tiempo.
- Arnot, Madeleine, Helena Araujo, Kiki Deliyanni y Gabrielle Ivinson. 2000. Changing Femininity, Changing Concepts of Citizenship in Public and Private Spheres. *The European Journal of Women's Studies* 7 (2): 149-168.
- Balcázar, Héctor, Catalina A. Denman y Francisco Lara. 1995. Factors Associated with Work-related Accidents and Sickness Among Maquiladora Workers: The Case of Nogales, Sonora, México. *International Journal of Health Services* 25 (3): 486-502.
- Barajas Escamilla, María del Rosario y Maritza Sotomayor Yalán. 1995. Rotación de personal en la industria maquiladora de Tijuana: mujeres y condiciones de vida. En *Mujeres, migración y maquila en la*

- Frontera Norte*, compilado por Soledad González, Olivia Ruiz, Laura Velazco y Ofelia Woo, 189-213. México: El Colegio de México, El Colegio de la Frontera Norte.
- Barajas, Rosio y Carmen Rodríguez. 1990. La mujer ante la reconversión productiva: El caso de las maquiladoras electrónicas. En *Subcontratación y empresas transnacionales: Apertura y reestructuración en la maquiladora*, compilado por Bernardo González Aréchiga y Juan Carlos Ramírez Rodríguez. México: El Colegio de la Frontera Norte, Fundación Friedrich Ebert.
- Benería, Lourdes y Martha Roldán. 1987. *The Cross Roads of Class and Gender: Industrial Homework, Subcontracting and Household Dynamics in Mexico City*. Chicago: University of Chicago Press.
- Berkowitz, Gertrud S. y J. R Daling. 2000. Reproductive Health. En *Women and Health*, compilado por Marlene B. Goldman y M. C. Hatch, 133-164. San Francisco: Academic Press.
- Bonde, J. P., Jorgen H. Olsen y Klaus S. Hansen. 1992. Adverse pregnancy outcome and childhood malignancy with reference to paternal welding exposure. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 18 (3): 169-177.
- Borofsky, Robert. 1994. Assessing the field. En *Assessing Cultural Anthropology*, editado por Robert Borofsky, 468-491. New York: McGraw-Hill.
- Brown, Peter J. 1998. *Understanding and Applying Medical Anthropology*. Mountain View: Mayfield Publishing.
- Burin, Mabel. 1995. Subjetividad femenina y salud mental. En *Género y salud femenina*, compilado por Sara Elena Pérez-Gil Romo, Juan Carlos Ramírez Rodríguez y Patricia Ravelo Blancas, 81-108. México: CIESAS, Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Nutrición.

BIBLIOGRAFÍA

- Campos Navarro, Roberto, comp. 1992. *La antropología médica en México*. México: UAM, Instituto Mora.
- Canales Cerón, Alejandro. 1995. Condición de género y determinantes sociodemográficos de la rotación de personal en la industria maquiladora de exportación. En *Mujeres, migración y maquila en la Frontera Norte*, compilado por Soledad González, Olivia Ruiz, Laura Velasco y Ofelia Woo, 133-164. México: El Colegio de México, El Colegio de la Frontera Norte.
- Cáñez de la Fuente, José Rafael. 1994. *Primer Encuentro de Medicina Tradicional Guarijío*, Culturas Populares-INI Sonora: Universidad de Sonora.
- Caplan, Arthur L., T. Jr. Engelhardt y J. McCartney (editores). 1981. *Concepts of Health and Disease: Interdisciplinary Perspectives*. Reading Mass.: Addison-Wesley Publishing.
- Carlesso, Edite María y Julia del Carmen Rodríguez García. 1985. Proceso laboral y desgaste obrero: caso maquila de procesamiento de mariscos en Matamoros. Tesis de maestría en Medicina Social, UAM-Xochimilco.
- Carrillo, Jorge. 1994. Mujeres en la industria maquiladora de autopartes. En *Nuevos textos y renovados pretextos*, compilado por Vania Salles y Elsie McPhail, 177-219. México: El Colegio de México.
- . 1992. *Mujeres en la industria automotriz*. México: El Colegio de la Frontera Norte.
- . 1990. *Mercados de Trabajo en la Industria Maquiladora de Exportación. Síntesis del Reporte de Investigación*. Tijuana, B. C.: Secretaría del Trabajo y Previsión Social y El Colegio de México.
- . 1990. Desideologización de los estudios sobre maquiladoras. *Frontera Norte* 2 (3): 147-151.

- . 1984. Industrialización fronteriza: Accidentes y enfermedades de trabajo. El caso de Baja California, México. Ponencia presentada en el Segundo Congreso Internacional de la Asociación Norteamericana de Economía y Finanzas 25-28 de julio, en la Ciudad de México.
- Carrillo, Jorge y Alberto Hernández. 1985. *Mujeres fronterizas en la industria maquiladora*. México: SEP-Cultura, Centro de Estudios Fronterizos del Norte de México, Colección Frontera.
- Carrillo, Jorge y Alfredo Hualde. 1996. Maquiladoras de tercera generación. El caso Delphi-General Motors. *Espacios* 17 (3): 111-134.
- Carrillo, Jorge y Mónica Jasis. 1983. *La salud y la mujer obrera en las plantas maquiladoras. El caso de Tijuana*. Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte.
- Carrillo, Jorge y R. J. Santibáñez. 1993. *Rotación del personal en las maquiladoras de exportación en Tijuana*. Tijuana: Secretaría del Trabajo y Previsión Social y El Colegio de la Frontera Norte.
- Castro, María del Carmen y Gilda Salazar. 2001. *Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino: Un estudio en Hermosillo, Sonora*. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Castro, Roberto. 2000. *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca, Morelos: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Castro, Roberto y Mario Bronfman. 1995. Salud, embarazo y anticoncepción en dos comunidades rurales de México: Un estudio comparativo. En *Las mujeres y la salud*, editado por Soledad González Montes, 27-69. México: El Colegio de México.
- Cedillo Becerril, Leonor. 1999. Psychosocial Risk Factors and Economic Development in México. The case of women workers in the

maquiladora industry in México. Tesis de doctorado, Universidad de Massachussets/Lowell.

———. 1997. Psychosocial Risk Factors and Economic Development in México. The case of women workers in the maquiladora Industry. Doctoral dissertation proposal. Michigan: Universidad de Michigan/Lowell.

Cedillo, Leonor y Catalina A. Denman. 2000. Estado de arte en la investigación sobre maquila y salud. Puntos cruciales y perspectivas hacia el futuro. Ponencia presentada en Conferencia Internacional “Libre comercio, integración y el futuro de las industrias maquiladoras, producción global y trabajadores locales”, 19-21 de octubre, en Tijuana, B. C.

Cedillo, Leonor, Siobán. D. Harlow, Roberto Sánchez y David Sánchez-Monrroy. 1997. Establishing Priorities for Occupational Health Research among Women Working in the Maquiladora Industry. *International Journal of Occupational Health* 2 (3): 221-230.

Cedillo Becerril, Leonor A. y Roberto Karasek. s.f. Psychosocial Risk Factors among Women Workers in the Maquiladora Industry in Mexico.

Cervera Gómez, Luis Ernesto. 1998. Problemática ambiental en Nogales. *Ciudades* (38): 56-57.

Chavkin, Wendy. 1984. *Double Exposure. Women's Health Hazards on the Job and at Home*. Nueva York: Monthly Review Press.

Cicourel, Aaron V. 1981. Notes on the integration of micro and macro-levels of analysis. En *Advances in social theory and methodology. Toward an integration of micro-and macro-sociologies*, editado por Karin Knorr-Cetina y Aaron V. Cicourel, 51-80. Boston: Routled and Kegan Paul.

- Comaroff, John y Jean Comaroff. 1992. *Ethnography and the Historical Imagination*. Boulder: Westview Press.
- Contreras, Óscar. 2000. *Empresas globales, actores locales: producción flexible y aprendizaje industrial en las maquiladoras*. México: El Colegio de México.
- Cortés, Fernando. 2000. Algunos aspectos de la controversia entre investigación cualitativa e investigación cuantitativa. *Argumentos* 36: 81-108.
- . 1994. *El ingreso en los hogares, Monografías censales de México*. México: INEGI-COLMEX
- Cosminsky, Sheila. 1992. La atención del parto y la antropología médica. En *La antropología médica en México*, t. 2, compilado por R. Campos, 139-160. México: Instituto Mora y Universidad Autónoma Metropolitana.
- Covarrubias, Álex. 1992. *La flexibilidad laboral en Sonora*. México: El Colegio de Sonora.
- Cravey, Altha. 1998. *Women and work in Mexico's maquiladoras*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers Inc.
- Cruz Piñeiro, Rodolfo. 1993. Algunos factores asociados a la participación femenina en los mercados de trabajo: ciudades de la frontera norte y áreas metropolitanas de México. *Revista Frontera Norte* 5 (9): 97-116.
- D'Andrade, R. G. y Claudia Strauss (editores) 1992. *Human Motives and Cultural Models*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Daniel, Wayne W. 1988. *Estadísticas con aplicaciones a las ciencias sociales y a la educación*. McGraw-Hill.

BIBLIOGRAFÍA

- De la O Martínez, María Eugenia. 1995. Maquila, mujer y cambios productivos: Estudio de caso en la industria maquiladora de Ciudad Juárez. En *Mujeres, migración y maquila en la frontera norte*, compilado por Soledad González, Olivia Ruiz, Velasco Laura y Ofelia Woo, 241-270. México: El Colegio de la Frontera Norte, El Colegio de México.
- De la O Martínez, María Eugenia y Cirila Quintero. 2000. Las industrias maquiladoras en México: Orígenes comunes, futuros distintos. Ponencia presentada en la Conferencia Libre comercio, integración y el futuro de la industria maquiladora. Producción global y trabajadores, octubre, en Tijuana B. C.
- Denman, Catalina A. 2006. Local Response to Global Development: An Emerging Culture of Health among Pregnant Women in Mexican *Maquiladoras*. En *Trading Women's Health & Rights? Trade Liberalization and Reproductive Health in Developing Economies*, editado por Caren Grown, Elissa Braunstein y Anju Malhotra, 143-163. New York: Zed Books.
- . 2002. Maquilas and Health on the México-U.S. Border: Challenges for Research and Action (Maquilas y salud en la frontera de México y Estados Unidos: Los retos para la investigación y la acción). Ponencia presentada en el Centro de Estudios de Derechos Humanos, en el Instituto de Estudios sobre América Latina de la Universidad de Columbia, 14 de octubre de 2002, en Nueva York, E.U.
- . 2002. Negotiating Health Care Practices During Pregnancy: Working Mothers in a Mexican Maquiladora Factory (Negociando prácticas de cuidado de la salud durante el embarazo: Madres trabajadoras en una maquiladora mexicana). Ponencia presentada durante la serie de Seminarios de Otoño (Fall Lectures) del Center of Research on Ethnicity, Culture and Health de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan, 9 de octubre, en Ann Arbor, Michigan.

- . 2002. Health Care Practices during Pregnancy of Maquiladora Workers in México (Prácticas de cuidado de la salud durante el embarazo de mujeres trabajadoras de la maquila en México). Ponencia presentada en el Third International Congress on Women, Work and Health, 2-5 de junio, en Estocolomo, Suecia.
- . 2002. Prácticas de atención al embarazo de obreras de la maquila. Ponencia presentada en la Reunión sobre Investigación en Salud Reproductiva en el Noroeste de México, 7-8 de febrero, en Hermosillo, Sonora.
- . 2001. Prácticas de atención al embarazo de madres-trabajadoras de una maquiladora en Nogales, Sonora, México. Tesis de doctorado en Ciencias Sociales, El Colegio de Michoacán.
- . 1998. Salud y maquila: Acotaciones del campo de investigación en vista de las contribuciones recientes. *Relaciones* 19 (74): 73-100.
- . 1997. Salud en la maquila: Preguntas para la investigación. *Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales* 16 (52): 167-185.
- . 1994. Madres y maquiladoras en Nogales, Sonora. En *Nuevos textos y renovados pretextos*, compilado por Vania Salles y Elsie McPhail, 277-316. México: El Colegio de México.
- . 1992. Productos tóxicos y potencialmente peligrosos en la industria fronteriza. En *Ecología recursos naturales y medio ambiente en Sonora*, coordinado por José Luis Moreno, 277-298. México: El Colegio de Sonora, SIUE.
- . 1991. Las repercusiones de la industria maquiladora de exportación en la salud: el peso al nacer de hijos de obreras en Nogales, *Cuaderno de Trabajo* 2. Hermosillo: El Colegio de Sonora.

BIBLIOGRAFÍA

- . 1990a. Industrialización y maternidad en el noroeste de México. *Cuadernos de Trabajo de la Gaceta* (2).
- . 1990b. La salud de las obreras de la maquila: El caso de Nogales, Sonora. En *Crisis, conflicto y sobrevivencia. Estudios sobre la sociedad urbana en México*, compilado por Guillermo de la Peña, 229-255. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, CIESAS.
- Denman, Catalina A. y Leonor A. Cedillo. 2001. Work and Health in the Export Industries at National Borders: The Case of the Maquiladoras in Mexico. Ponencia presentada en International Conference on The Impact on Health of Global Inequalities at Work in Harvard Center for Society and Health, junio 20-22, en Boston, Massachusetts.
- . 2000. Estado del arte en la investigación sobre maquila y salud. Puntos cruciales y perspectivas hacia el futuro. Ponencia presentada en la Conferencia Internacional “Libre comercio, integración y el futuro de las industrias maquiladoras, producción global y trabajadores locales, El Colegio de la Frontera Norte (COLEF) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 19-21 de octubre, en Tijuana, Baja California.
- Denman, Catalina A., Leonor Cedillo y Siobán D. Harlow. 2003. Work and Health in Export Industries at National Borders. En *Global Inequalities at Work: Work's Impact on the Health of Individuals, Families, and Societies*, editado por Jody Heymann, 247-277. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Denman, Catalina A. y Armando Haro. 1994. De la investigación a la acción. La revisión de la atención primaria a la salud en Nogales, Sonora. *Revista de El Colegio de Sonora* V (7): 39-72.
- Denman, Catalina A., Blanca Lara, Francisco Lara y Héctor Balcázar. 1993. Reestructuración productiva y condiciones de trabajo en la maquila en Sonora. En *Sindicalismo, relaciones laborales y libre*

- comercio*, coordinado por Alejandro Covarrubias y Vicente Solís, 135-163. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Di Leonardo, Micaela. 1991. *Gender at the Crossroads of Knowledge: Feminist Anthropology in the PostModerna Era*. California: University of California Press.
- Edwards, Rosalind y Jane Ribbens. 1998. Living on the Edges: Public Knowledge, Private Lifes, Personal Experiences. En *Feminist Dilemmas in Quantitative Research*, editado por Jane Ribbens y Rosalind Edwards, 1-23. London: Sage.
- Elder, Glen H. Jr. 1987. Families and Lives: Some Developments in Life-Course Studies. En *Family History at the Crossroads: A Journal of Family History*, editado por Tamara Hareven y Andrejs Plakans, 179-199. Princeton: Princeton University Press.
- Engel, George L. 1981. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. En *Concepts of Health and Disease: Interdisciplinary Perspective*, editado por A. Caplan, H. T. Engelhardt Jr. y J. J. McCartney, 589-608. Reading: Addison Waley.
- Eskenazi, Brenda, Sylvia Guendelman y Eric P. Elkin. 1993. A Preliminary Study of Reproductive Outcomes of Female Maquiladora Workers in Tijuana, Mexico. *American Journal of Industrial Medicine* 24: 667-676.
- Espinoza Valle, Víctor Alejandro, coord. 2000. Alternancia y transición política. ¿Cómo gobierna la oposición en México? Tijuana: El Colegio de la Frontera Norte.
- Fábrega, Horacio Jr. 1981. Concepts of Disease: Logical Features and Social Implications. En *Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives*, editado por Engelhardt Caplan, 493-522. Reading: Addison Wesley Longman.

BIBLIOGRAFÍA

- Fee, Elizabeth y Nancy Krieger. 1994. *Women's Health, Politics, and Power: Essays on Sex/Gender, Medicine, and Public Health*. Amityville: Baywood.
- Fernández-Kelly, M. P. 1983. *For We Are Sold, I and My People*. Albany: State University of New York Press.
- Figueroa Perea, Juan Guillermo. 1998. *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México: El Colegio de México.
- . 1997. Elementos para definir una agenda de docencia, investigación y análisis de las políticas en el ámbito de la salud reproductiva. En *Población y desarrollo: una perspectiva latinoamericana después de El Cairo-94*, coordinado por Carlos Welti, 156-202. México: Programa Latinoamericano de Actividades en Población e Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM.
- Gaines, Atwood D. y Robert A. Hahn. 1985. *Physicians of Western Medicine*. Dordrecht: Reidel.
- Gambrill, Mónica-Claire. 1981. *La fuerza de trabajo en las maquiladoras. Resultados de una encuesta y algunas hipótesis interpretativas*, editado por CEESTEM. México: Lecturas del CEESTEM.
- GAO/GGD. 1993. *U.S.-Mexico Trade: The Work Environment at Eight U.S.-Owned Maquiladora Auto Parts Plants*. Washington: García, Brígida y Orlandina de Oliveira. 1994. *Trabajo femenino y vida familiar en México*. México: El Colegio de México.
- García, Brígida. 2000. Economic Restructuring, Women's Work, and Autonomy in Mexico. En *Women's Empowerment and Demographic Processes. Moving Beyond Cairo*, editado por Harriet B. Presser y Gita Sen, 261-286. Oxford: Oxford University Press.

- García, Brígida, Humberto Muñoz y Orlandina de Oliveira. 1982. *Hogares y trabajadores en la Ciudad de México*. México: El Colegio de México.
- Garduño, María de los Ángeles y Julia del Carmen Rodríguez. 1990. Salud y doble jornada: Las taquilleras del sistema de transporte colectivo (Metro). *Salud Problema* (20): 41-45.
- Giddens, Anthony. 1981. Agency, Institution and Time-space Analysis. En *Advances in Social Theory and Methodology. Toward an Integration of Micro and Macro-sociologies*, editado por Karin Knorr-Cetina y Aaron V. Cicourel, 161-174. Boston: Routledge and Kegan Paul.
- Ginsburg, Faye y Rayna Rapp. 1995. *Conceiving the New World Order: the Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California.
- . 1991. The Politics of Reproduction. *Annual Review of Anthropology* (20): 311-343.
- González Aréchiga, Bernardo y José Carlos Ramírez. 1989. Productividad sin distribución: Cambio tecnológico en la industria maquiladora mexicana (1980-1986). *Frontera Norte* 1 (1): 97-124.
- González Arroyo, Michele, Garrett Brown, Simone Brumis, Elizabeth Knight y Tim Takaro. 1997. The CAFOR Survey of Maquiladoras Workers on Occupational Health and Safety in Tijuana and Tecate, Mexico. *Newsletter of the Maquiladora Health and Safety Support Network* 1 (2).
- González Block, Miguel Ángel. 1996. *La salud reproductiva de las trabajadoras de la maquiladora de exportación en Tijuana, Baja California, diagnósticos y retos para las políticas de salud*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, El Colegio de la Frontera Norte y la Fundación Mexicana para la Salud.

BIBLIOGRAFÍA

- González de la Rocha, Mercedes. 2000. *Private adjustments: Households Responses to the Erosion of Work*. New York: United Nations Development, Program (UNDP), Social Development & Poverty Elimination Division (SEPED) y Bureau for Development Policy.
- . 1999. *Divergencias del modelo tradicional hogares de jefatura femenina en América Latina*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Plaza y Valdés.
- . 1994. The Resources of Poverty: Urban Households, Survival, and Reproduction. En *The Resources of Poverty. Women and Survival in a Mexican City*, Mercedes González de la Rocha, 1-38. Oxford: Blackwell.
- . 1993. Respuestas domésticas, respuestas femeninas: la organización social de la pobreza y la reproducción. En *Antropología breve de México*, editado por Lourdes Arizpe, 319-342. México: Academia de la Investigación Científica.
- . 1988. De por qué las mujeres aguantan golpes y cuernos: un análisis de hogares sin varón en Guadalajara. En *Mujeres y sociedad. Salario, hogar y acción social en el occidente de México*, compilado por Luisa Gabayet, Patricia García, Mercedes González de la Rocha, Silvia Lailson y Agustín Escobar, 205-227. Guadalajara: El Colegio de Jalisco, CIESAS, SPP.
- . 1986. *Los recursos de la pobreza. Familias de bajos recursos de Guadalajara*. México: El Colegio de Jalisco, CIESAS, SPP.
- González Montes, Soledad, coord. 1993. *Mujeres y relaciones de género en la antropología latinoamericana*. México: El Colegio de México, PIEM.
- Graetz, Brian. 1993. Health Consequences of Employment and Unemployment: Longitudinal Evidence for Young Men and Women. *Social Science and Medicine* 36 (6): 715-724.

- Greenhalgh, Susan, ed. 1995. *Situating Fertility: Anthropology and Demographic Inquiry*. Oxford: Cambridge University Press.
- Grupo Binacional de Investigación. 1999. *Prevalencia del VPH, clamidia y displasia cervical en la frontera Arizona-Sonora*. México: El Colegio de Sonora, Secretaría de Salud Pública de Sonora, Universidad de Arizona, Departamento de Servicios de Salud de Arizona.
- Guadarrama Olvera, Rocío. 1998. *Cultura y trabajo en México: estereotipos, prácticas y representaciones*. México: Juan Pablos Editores, UAM y Fundación Friedrich Ebert.
- Guendelman, Sylvia y Mónica Jasis. 1993. The Health Consequences of Maquiladora Work: Women on the US-Mexican Border. *American Journal of Public Health* 83 (1): 37-44.
- . 1991. *Health and Lifestyles of Women Working in the Electronics and Garment Maquiladoras in Tijuana, Mexico*. Final report submitted to the funding agencies, Carnegie Corporation, Pew Charitable Trusts and the Pan American Health Organization.
- Guendelman, Sylvia, Steven Samuels y Martha Ramirez. 1998. Women who Quit Maquiladora Work in the U.S.-Mexico Border: Assessing Health, Occupation, and Social Dimensions in two Transnational Electronics Plants. *American Journal of Industrial Medicine* 33: 501-509.
- Gruenbaum, Ellen. 1998. Resistance and Embrace: Sudanese Rural Women and Systems of Power. En *Pragmatic Women and Body Politics*, editado por Margaret Lock y Patricia A. Kaufert, 58-76. Cambridge: Cambridge University.
- Hall, Ellen M. 1992. Double Exposure: The Combined Impact of the Home and Work Environments on Psychosomatic Strain in Swedish Women and Men. *International Journal of Health Services* 22 (2): 239-260.

BIBLIOGRAFÍA

- Hannerz, Ulf. 1993. *Cultural Complexity. Studies in the Social Organization of Meaning*. New York: Columbia University Press.
- Harlow, Siobán, Catalina A. Denman y Leonor Cedillo. 2004. Occupational and Population Health Profiles: A Public Health Perspective on the Social Costs and Benefits of Export-led Development. En *The Social Costs of Industrial Growth in Northern Mexico*, editado por Kathryn Kopinak, 133-178. La Jolla, California: Center for U.S.-Mexican Studies, University of California, San Diego.
- Harlow, Siobán D., Leonor Cedillo, J. N. Sholten, Sánchez D. y R Sánchez. 1999. The Prevalence of Musculoskeletal Complaints among Women in Tijuana, México: Sociodemographic and Occupational Risk Factors. *International Journal of Environmental Health* 5 (4): 267-275.
- Haro Encinas, Jesús Armando. 2000. Cuidados profanos: Una dimensión ambigua en la atención de la salud. En *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, editado por Enrique Perdiguero y Josep M. Comelles, 101-162. Barcelona: Bellaterra.
- . 1991. Epidemiología y sociedad en la Frontera Norte. El caso de Nogales, Sonora. Tesis de maestría en Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Guerrero.
- Hartmann, Heidi I. 1981. The Family as the Locus of Gender, Class, and Political Struggle: The Example of Housework. *Journal of Women in Culture and Society* 6 (3): 366-394.
- Henderson, J., H. W. Baker y P. J. Hanna. 1986. Occupation-related Male Infertility: a review. *Clinical Reproduction and Fertility* 4 (2): 87-106.
- Hobsbawm, Eric y Terence Ranger (editores) 1983. *The Invention of Tradition*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Hochschild, Arlie Russell. 1983. *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Hovell M. F., C. Sipan, C. R. Hofstetter, B. C. DuBois, A. Krefft, J. Conway, M. Jasis y H. L. Isaacs. 1988. Occupational Health Risks for Mexican Women: The Case of Maquiladora Along the Mexican-United States Border. *International Journal of Health Services* 18: 617-627.
- Huel, G., D. Mergler y R. M. Bowler. 1990. Evidence for Adverse Reproductive Outcomes among Women Microelectronic Assembly Workers. *British Journal of Industrial Medicine* 47 (6): 400-404.
- Human Rights Watch/Americas. 1996. *México. El tratado de libre comercio y los derechos laborales. Análisis de un caso*. New York: Human Rights Watch.
- Iglesias, Norma. 1985. *La flor más bella de la maquiladora*. México: Secretaría de Educación Pública, Centro de Estudios Fronterizos del Norte de México.
- Illich, Iván D. 1976. *Medical Nemesis. The Expropriation of Health*. New York: Bantam Books.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI]. 2007. *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)*. México: INEGI. <http://www.inegi.gob.mx/>
- . 2006. *Estadística de la Industria Maquiladora de Exportación*. México: INEGI. <http://www.inegi.gob.mx/>
- . 2003. *Encuesta industrial anual*. México: INEGI.
- . 2001. *Estadística de la industria maquiladora de exportación, 1995-2000*. Aguascalientes: INEGI.

BIBLIOGRAFÍA

- . 1997. *Encuesta nacional de dinámica demográfica*. México: INEGI.
- . 1996. *Estadística de la industria maquiladora de exportación, 1990-1995*. Aguascalientes: INEGI.
- . 1995. *Encuesta nacional de empleo urbano*. Aguascalientes: INEGI.
- . 1995. *Sonora: Resultados definitivos del Censo*. México: INEGI.
- . 1994. *Estadística de la industria maquiladora de exportación, 1989-1993*. Aguascalientes: INEGI.
- . 1991. *Estadística de la industria maquiladora de exportación, 1979-1989*. Aguascalientes: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], Instituto Nacional de la Juventud [INJ]. 2001. *Encuesta Nacional de la Juventud 2000, Datos preliminares*. México: INEGI -INJ.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], Secretaría del Trabajo y Previsión Social [STYPS]. 1997. *Encuesta Nacional de Empleo 1995*. México: INEGI.
- Instituto Nacional Indigenista [INI]. 1994. *Atlas de Plantas de la Medicina Tradicional Mexicana I*. México: INI.
- Jasis, Mónica y Sylvia Guendelman. 1993. Maquiladoras y mujeres fronterizas: ¿Beneficio o daño a la salud obrera? *Salud Pública de México* 35 (6): 620-629.
- Jodelet, Denise. 1986. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En *Psicología Social, vol. II. Pensamiento y vida social*.

- Psicología social y problemas sociales*, dirigido por Serge Moscovici, 469-494. Barcelona: Paidós.
- Jordan, Brigitte. 1993. *Birth in Four Cultures. A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Illinois: Waveland Press, Inc.
- Kamel, Rachael y Anya Hoffman (editoras) 1999. *The Maquiladora Reader: Cross-Border Organizing Since NAFTA*. Philadelphia: Mexico-U.S. Border Program, American Friends Service Committee.
- Knorr-Cetina, Karin y Aaron V. Cicourel (editores) 1981. *Advances in Social Theory and Methodology. Toward an Integration of Micro and Macro- sociologies*. Boston: Routled and Kegan Paul.
- Kopinak, Kathryn. 1996. *Desert Capitalism: Maquiladoras in North America's Western Industrial Corridor*. Tucson: The University of Arizona Press.
- Lagarde y de los Ríos, Marcela. 1993. *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: UNAM.
- Lailson, Silvia. 1990. Las obreras en sus hogares. En *Crisis, conflicto y sobrevivencia. Estudio sobre la sociedad urbana en México*, compilado por Guillermo de la Peña, Juan Manuel Durán, Agustín Escobar y Javier García de Alba, 399-413. México: Universidad de Guadalajara, CIESAS.
- Lamas, Marta. 1996. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría 'género'. En *El Género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, compilado por Marta Lamas, 327-365. México: Miguel Ángel Porrúa.
- . 1986. La antropología feminista y la categoría género. *Nueva Antropología* VIII (30): 173-198.

BIBLIOGRAFÍA

- Langer, Ana y Mariana Romero. 1996. El embarazo, el parto y el puerperio. ¿Bajo qué condiciones se reproducen las mujeres en México? En *Mujer, sexualidad y salud reproductiva en México*, compilado por Ana Langer y Kathryn Tolbert, 13-37. México: EDAMEX, The Population Council.
- Lara Enríquez, Blanca y Lorenia Velásquez, comps. 1997. *México y Estados Unidos: el reto de la interdependencia económica*. Hermosillo: Gobierno del Estado de Sonora.
- Lara Enríquez, Blanca. 1991. Los patrones de producción de la industria maquiladora en Sonora (1980-1989): el caso del grupo de plantas eléctricas-electrónicas. Tesis de maestría en Ciencias Sociales, El Colegio de Sonora.
- Lara, Francisco. 1993. Industrialización y urbanización en la frontera: el caso de Nogales, Sonora. *Estudios Sociales* IV (7): 95-116.
- . 1992. Patrones de absorción de mano de obra en la industria maquiladora en Sonora (1980-1989). *Estudios Sociales* III (6): 163-183.
- Lara, María Asunción. 1998. Investigación sobre el trabajo femenino y salud: avances y propuestas. En *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, compilado por Juan Guillermo Figueroa Perea, 131-160. México: El Colegio de México.
- Lerner, Susana, ed. 1998. *Varones, sexualidad y reproducción: diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación*. México: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Sociedad Mexicana de Demografía.
- Lestage, Françoise. 1999. Mujeres bajo influencia: el peso de familiares y conocidos sobre la salud femenina. En *Género, Familia y Conceptualización de la Salud Reproductiva*, coordinado por Ojeda Norma, 275-325. México: El Colegio de la Frontera Norte.

- Lindbohm, Marja-Liisa y Helena Taskinen. 2000. Reproductive Hazards in the Workplace. En *Women and health*, editado por Maureen C. Hatch y Marlene B. Goldman, 463-473. San Diego: Academic Press.
- Lindenbaum, Shirley y Margaret Lock (editoras) 1993. *Knowledge, Power, and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Berkeley: University of California.
- Lininger, Charles A. y Donald P. Warwick. 1978. *La encuesta por muestreo teoría y práctica*. México: CECSA.
- Lock, Margaret y Patricia A. Kaufert (editoras) 1998. *Pragmatic Women and Body Politics*. Cambridge: Cambridge University.
- . 1998. Introduction. En *Pragmatic Women and Body Politics*, editado por Margaret Lock y Patricia A. Kaufert, 1-27. Cambridge: Cambridge University.
- Lock, Margaret y Nancy Scheper-Hughes. 1996. A Critical-Interpretative Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent. En *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, editado por Carolyn F. Sargent y Thomas M. Johnson, 41-70. Londres: Greenwood Press.
- López Estrada, Silvia. 1995. Estructura familiar y empleo femenino en Tijuana. En *Mujeres, migración y maquila en la frontera norte*, compilado por Soledad González, Olivia Ruiz, Laura Velasco y Ofelia Woo, 165-188. México: El Colegio de la Frontera Norte, El Colegio de México.
- Lundberg, U. 1996. Influence of Paid and Unpaid Work on Psychophysiological Stress Responses of Men and Women. *Journal of Occupational Health Psychology* 1 (2): 117-130.

BIBLIOGRAFÍA

- Lyubormirsky, Sonia. 2001. Why Are Some People Happier than Others? The Role of Cognitive and Motivational Processes in Well-being. *American Psychologist* 56 (3): 239-249.
- Manning, Patricia, Janice Monk y Catalina A. Denman. 2006. "Making Believe" and "Willing Partners" in Academic's Activism in the U.S.-Mexico Borderlands. En *Women and Change at the U.S.-Mexico Border*, editado por Doreen J. Mattingly y Ellen R. Hansen, 178-193. Arizona: University of Arizona Press.
- . 2004. En la búsqueda de un espacio común: Colaboración en la Investigación y Acción en la frontera México-Estados Unidos. En *Compartiendo historias de fronteras: Cuerpos, géneros, generaciones y salud*, editado por Catalina A. Denman, Janice Monk y Norma Ojeda, 211-244. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Márquez, Margarita y Josefina Romero. 1988. El desgaste de las obreras de la maquila electro-electrónica. *Salud Problema* 14: 9-28.
- Martin, Emily. 1994. *Flexible Bodies: Tracking Immunity in American Culture: From the Days of Polio to the Age of AIDS*. Boston: Beacon.
- . 1987. *The Woman in the Body. A cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Martínez, Marielle Pepin-Lehalleur y Teresa Rendón. 1983. Las Unidades Domésticas Campesinas y sus Estrategias de Reproducción. En *El campesinado en México. Dos perspectivas de análisis*, editado por Kirsten de Appendini, Marielle Pepin-Lehalleur Martínez, Teresa Rendón y Vania A. de Salles, 13-125. México: El Colegio de México.
- Masten, Ann S. 2001. Ordinary Magic Resilience Processes in Development. *American Psychologist* 56 (3): 227-238.

- Mellado, Virginia, Carlos Zolla y Xóchitl Castañeda. 1989. *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*. México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.
- Méndez, Eloy. 1993. Territorio y Ciudades de la Frontera Sonorense. *Revista de Estudios Sociales* 14 (7): 39.
- Menéndez Spina, Eduardo L. 2000. Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos. En *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, editado por Enrique Perdiguero y Josep M. Comelles, 163-188. Barcelona: Bellaterra.
- . 1997. El Punto de vista del actor: Homogeneidad, diferencia e historicidad. *Relaciones* XVIII (69): 237-270.
- . 1992. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención: Caracteres estructurales. En *La antropología médica en México*, compilado por Roberto Campos Navarro, 97-114. México: UNAM.
- . 1990a. Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. Colección *Cuadernos de la Casa Chata* 179. México: CIESAS.
- . 1990b. *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. México: Alianza, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- . 1988. Antropología médica: Orientaciones, tendencias y omisiones. En *Teoría e investigación en antropología social mexicana*, colección *Cuadernos de la Casa Chata* 160, coordinado por CIESAS y UAM-Iztapalapa 109-142. México: CIESAS, UAM-Unidad Iztapalapa.
- . 1984. Hacia una práctica médica alternativa: Hegemonía y autoatención (gestión) en Salud. *Cuadernos de la Casa Chata* No. 86. México: CIESAS.

BIBLIOGRAFÍA

- Menéndez Spina, Eduardo L. y René B. Di Pardo. 1996. *De algunos alcoholismos y algunos saberes*. México: CIESAS.
- Menéndez Spina, Eduardo L. y Javier García de Alba. 1992. *Prácticas populares, ideología médica y participación social. Aportes sobre antropología médica*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, CIESAS.
- Mercado, Francisco Javier. 1996. *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Messing, Karen. 1983. Do Men and Women Have Different Jobs Because of their Biological Differences? En *Women and Health: The Politics of Sex in Medicine*, editado por Elizabeth Fee, 139-148. Farmingdale: Baywood.
- Módena, María Eugenia. 1990. Madres, Médicos y curanderos: Diferencia cultural e identidad ideológica. *Cuadernos de la Casa Chata* 37. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Moliner, María. 1992. *Diccionario del uso del español*. Madrid: Gredos.
- Morales, Josefina. 2000. Maquila 2000. En *El eslabón industrial. Cuatro imágenes de la maquila en México*, coordinado por Josefina Morales, 17-102. México: Nuestro Tiempo.
- Moreno Murrieta, Ramón. 2000. La formación de la colonia Buenos Aires en Nogales, Sonora. Tesis de maestría en Ciencias Sociales, El Colegio de Sonora.
- Moure-Eraso, Rafael, Meg Wilcox, Laura Punnett, Leslie Copeland y Charles Levenstein. 1997. Back to the Future: Sweatshop Conditions on the Mexico-U. S. Border. II. Occupational Health impact of Maquiladora Industrial Activity. *American Journal of Industrial Medicine* 31 (5): 587-599.

- Mummert, Gail. 1995. El proceso de incorporación de la mujer al mercado de trabajo: Tres cohortes de obreras, maestras y comerciantes en el Valle de Zacapu, Michoacán. En *Relaciones de género y transformaciones agrarias*, coordinado por Soledad González Montes y Vania Salles, 53-89. México: El Colegio de México.
- . 1994. Back to the Future: Sweatshop Conditions on the Mexico-U.S. Border. I. Community Health Impact of Maquiladora Industrial Activity. *American Journal of Industrial Medicine* 25: 311-324.
- . 1994a. *Tierra que pica: transformación social de un valle agrícola michoacano en la época post-reforma agraria*. Michoacán: El Colegio de Michoacán.
- . 1994b. From Metate to Despate: Rural Women's Salaried Labor and the Redefinition of Gendered Spaces and Roles. En *Creating spaces, Shaping Transition: Women of the Mexican Countryside, 1850-1990*, editado por M. K. Vaughan y H. Flower Salaini, 192-209. Tucson: University of Arizona Press.
- . 1993. Familias frente a los mercados de trabajo: una relación recíproca. En *Familia, Salud y Sociedad: Experiencias de Investigación en México*, coordinado por Francisco Javier Mercado y Catalina A. Denman. Hermosillo: Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Salud Pública, CIESAS, El Colegio de Sonora.
- . 1990. Mercado de trabajo y estrategias familiares de reproducción social en el Valle de Zacapu, Michoacán. En *Población y trabajo en contextos regionales*, editado por Gail Mummert, 145-180. Zamora: El Colegio de Michoacán.
- Núñez, Guillermo. 1999. *Sexo entre varones: Poder y resistencia en el campo sexual*. México: El Colegio de Sonora, Programa Universitario de Estudios de Género, Grupo Editorial Porrúa.

BIBLIOGRAFÍA

- Oakley, Ann. 1992. *Social Support in Motherhood*. London: Blackwell Publishers.
- Ojeda, Norma. 1999a. Curso de vida femenino y conceptualización social de la salud reproductiva. En *Género, familia y conceptualización de la salud reproductiva en México*, coordinado por Norma Ojeda, 203-274. México: El Colegio de la Frontera Norte.
- , coord. 1999b. *Género, familia y conceptualización de la salud reproductiva en México*. México: El Colegio de la Frontera Norte.
- . 1995. Salud materno-infantil entre la población trabajadora en Tijuana: un estudio de caso. *Estudios Demográficos y Urbanos* 1 (1): 651-686.
- Ong, Aihwa. 1987. *Spirits of Resistance and Capitalist Discipline: Factory Women in Malaysia*. New York: State University of New York Press.
- Ortiz-Ortega, Adriana, Ana Amuchástegui y Marta Rivas. 1998. Because they Were Born from Me. En *Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives Countries and Cultures*, editado por Rosalind P. Petchesky y Karen Judd, 145-179. London: Zed Books.
- Ortiz-Ortega, Adriana, comp. 1999. *Los derechos reproductivos de las mujeres: Un debate sobre justicia social en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-EDAMEX.
- Ortner, Sherry. 1984. Theory in Anthropology since the Sixties. *Comparative Studies in Society and History* 26: 126-166.
- Osorio Carranza, Rosa María. 1994. La cultura médica materna y la salud infantil. Síntesis de representaciones y prácticas sociales en un grupo de madres de familia. Tesis de maestría en Antropología Social, Escuela Nacional de Antropología e Historia.

- . 1993. Sistemas de saberes y prácticas de atención a determinados padecimientos gastrointestinales. El rol materno de la carrera curativa. En *Familia, salud y sociedad*, coordinado por Francisco Javier Mercado, 294-309. CIESAS, El Colegio de Sonora.
- Pastides, Harris, Edward J. Calabrese, David W. Hosmer y D. R. Harris. 1988. Spontaneous Abortion and General Illness Symptoms Among Semiconductor Manufacturers. *Journal Occupational Medicine* 30 (7): 543-551.
- Pérez Prado, Luz Nereida y Gail Mummert. 1998. Introducción: La construcción de identidades de género vista a través del prisma del trabajo femenino. En *Rehaciendo las diferencias: Identidades de género en Michoacán y Yucatán*, editado por Gail Mummert y L. A. Ramírez Carrillo, 15-32. México: El Colegio de Michoacán, Universidad Autónoma de Yucatán.
- Petchesky, Rosalind P. y Karen Judd (editoras) 1998. *Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives Countries and Cultures*. London: Zed Books.
- Poder Ejecutivo Federal. 1995. *Programa de salud reproductiva y planificación familiar 1995-2000*. México: Secretaría de Salud Pública.
- Porter, Marilyn. 1994. Second-hand Ethnography: Some Problems in Analyzing a Feminist Project. En *Analyzing qualitative data*, editado por Alan Bryman y Robert G. Burgess, 67-88. Londres: Routledge.
- Presser, Harriet B. y Sen Gita. 2000. *Women's Empowerment and Demographic Processes Moving Beyond Cairo*. New York: Oxford University Press.
- Quintero Ramírez, Cirila. 2000. Maquila y sindicatos en Ciudad Acuña, Coahuila. *Papeles de Población* 6 (25): 97-119.

BIBLIOGRAFÍA

- Rabinow, Paul y William M. Sullivan (editores) 1987. *Interpretative Social Science: A Second Look*. Berkeley: University of California Press.
- Raj, Des. 1980. *Teoría del muestreo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- . 1979. *La estructura de las encuestas por muestreo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ramírez, José Carlos. 1988. La nueva industria sonorenses: el caso de las maquilas de exportación. En *La nueva industrialización en Sonora: El caso de los sectores de la alta tecnología*, coordinado por José Carlos Ramírez, 5-19. Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Ravelo Blancas, Patricia. 1998. 'Aprisionamiento' y sociabilidad en las fábricas del vestido. Identidad ocupacional con atributos de género. En *Cultura y trabajo en México: estereotipos, prácticas y representaciones*, coordinado por Rocío Guadarrama Olivera, 333-354. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Fundación Friedrich Ebert.
- . 1995. Perspectivas teórico-metodológicas para el estudio de la salud en el trabajo femenino. En *Género y salud femenina*, compilado por Sara Elena Pérez-Gil Romo, Juan Carlos Ramírez Rodríguez y Patricia Ravelo Blancas, 217-241. México: CIESAS, Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Nutrición.
- Reza, Francisco. 2000. Aumentan intoxicados en Nogales. *El Imparcial*, 11 de diciembre.
- Romero, Josefina, Marcela Zubieta y Margarita Márquez. 1986. Proceso de producción y patrones de desgaste en las obreras de la industria maquiladora eléctrico-electrónica: Estudio de 2 casos: E.C.C. y Zenith. Tesis de maestría en Medicina Social, UAM-Xochimilco.

- Rosenberg, Michael, Paul Feldblum y Elizabeth Marshall. 1987. Occupational Influences on Reproduction: A Review of Recent Literature. *Journal of Occupational Medicine* 29 (7): 584-591.
- Rubin-Kurtzman, Jane R., Catalina A. Denman, y Gabriela Grijalva Monteverde. 2006. *Cambios en el mundo del trabajo y la salud de las mujeres: una revisión desde América Latina*. Hermosillo, Sonora: El Colegio de Sonora.
- Ruiz, Rubén. 2001. Mueren calcinados niños en Nogales. *El Imparcial*, 30 de mayo.
- Saint-Germain, Michelle, Jill de Zapién y Catalina A. Denman. 1993. Estrategias de atención a hijos de las obreras de las plantas ensambladoras de la frontera. *Revista de El Colegio de Sonora* I (5): 77-93.
- Salas, Monserrat. 1995. Lactancia materna y trabajo asalariado: ¿Irreconciliables? En *Las mujeres y la salud*, compilado por Soledad González Montes, 93-127. México: El Colegio de México.
- Sánchez, Roberto y Fernando Lara. 1993. Estudios sobre el manejo del agua en Nogales: en busca de un enfoque integral. En *Población y ambiente, ¿nuevas interrogantes a viejos problemas?*, compilado por Haydea Izazola y Susana Lerner, 371-397. México: Sociedad Mexicana de Demografía, El Colegio de México, The Population Council.
- Salazar Antúnez, Gilda. 1998. Significados de la maternidad en obreras de la maquila un estudio exploratorio en Nogales, Sonora. Tesis de maestría en Ciencias Sociales, El Colegio de Sonora.
- Scheper-Hughes, Nancy. 1994. Embodied Knowledge: Thinking with the Body in Critical Medical Anthropology. En *Assessing Cultural Anthropology*, editado por Robert Borofsky, 229-242. New York: McGraw-Hill.

BIBLIOGRAFÍA

- . 1992. *Death Without Weeping. The violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.
- Scheper-Hughes, Nancy y Margaret Lock. 1997. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 1 (1): 6-41.
- Scott, Joan Wallach. 1996. Gender: A Useful Category of Historical Analysis. En *Feminism and History*, editado por Joan Wallach Scott, 152-180. New York, NY: Oxford University Press.
- Secretaría de Programación y Presupuesto [SPP], Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI]. 1983. *Estadística de la industria maquiladora de exportación, 1974-1982*. México: SPP, INEGI.
- Secretaría de Salud, ed. 1993. *La Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido*. México: Secretaría de Salud.
- Simón, Miguel Ángel, ed. 1999. *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Singer, Merrill y Hans Baer. 1995. *Critical Medical Anthropology*. New York: Baywood.
- Stern Feitler, Claudio. 1996. *El papel del trabajo materno en la salud infantil. Contribuciones al debate desde las ciencias sociales*. México: El Colegio de México, The Population Council.
- Stoddard, Ellwyn R. 1990. La Investigación sobre las maquiladoras fronterizas: El papel que desempeña la ideología en la interpretación de datos. *Frontera Norte* 2 (3): 162-167.

- Szasz, Ivonne. 1999. Género y salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja. En *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, coordinado por Mario N. Bronfman y Roberto Castro, 109-122. México: EDAMEX, Instituto Nacional de Salud Pública.
- . 1995. La condición social de la mujer y la salud. En *Las mujeres y la salud*, compilado por Soledad González Montes, 13-26. México: El Colegio de México.
- Szasz, Ivonne y Susana Lerner. 1996. *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México: El Colegio de México.
- Taylor, Charles. 1987. Interpretation and the Sciences of Man. En *Interpretative social science: A second look*, editado por Paul Rabinow y William M. Sullivan. Berkeley: University of California.
- Tilly, Louise A. 1987. Women's History and Family History: Fruitful Collaboration or Missed Connection? En *Family History at the Crossroads: a Journal of Family History Reader*, editado por Tamara K Hareven y Andrejs Plakans, 305-315. Princeton: Princeton University Press.
- Torres Muñoz, M. 1991. *Proceso de trabajo y salud en la industria maquiladora: El caso de una maquiladora textil*. Chihuahua: Universidad Autónoma de Chihuahua.
- Uribe, G, J. C. Ramírez, Romero L. G y N. C. Gutiérrez. 1991. El trabajo femenino y salud de cuatro grupos de mujeres en Guadalajara, México. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 111 (2): 101-110.
- Vázquez Tercero, Héctor. 2000. Medición del influjo de divisas de la balanza comercial de México. *Comercio Exterior* 50 (10): 894.

BIBLIOGRAFÍA

- Virchow, Rudolf. 1981. Three Selections. En *Concepts of Health and Disease: Interdisciplinary Perspectives*, editado por A. Caplan, H. Tristram Engelhardt y J. J. McCartney, 187-195. Reading Mass: Addison-Wesley.
- Waldron, Ingrid. 1983. Employment and Women's Health: An Analysis of Causal Relationships. En *Women and Health: The Politics of Sex in Medicine*, editado por Elizabeth Fee, 119-138. New York: Baywood Publishing Co.
- West, Candace y D. H. Zimmerman. 1991. Doing Gender. En *The Social Construction of Gender*, compilado por Judith Lorber y Susan A. Farrell, 13-38. Newbury Park: Sage Publications.
- Weston, Kath. 1998. *Long slow burn: Sexuality and Social Science*. New York: Routledge.
- Williams, Raymond. 1980. *Marxismo y literatura*. Barcelona: Península.
- Young, Allan. 1982. The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology* 11: 257-283.
- Zolla, Carlos y Virginia Mellado. 1995. La función de la medicina doméstica en el medio rural mexicano. En *Las mujeres y la salud*, compilado por Soledad González Montes, 71-92. México: El Colegio de México.

ANEXO I

MATRIZ DE ANÁLISIS DE DATOS

MATRIZ DE ANÁLISIS DE DATOS*

Prácticas de auto-atención				
	Cuidado	Auto-atención	Aguantar	“Nada”
Menstruación				
Anticoncepción				
Reconocimiento del embarazo				
Primera etapa del embarazo (no se ve)				
Segunda etapa del embarazo (sí se ve)				
Tercera etapa del embarazo (se ve y se siente)				
Esperando el momento del parto				
Parto				
Puerperio				
Salud reproductiva (otros)				
Salud laboral				
Salud (general)				

* Este es el diseño que se utilizó para la matriz, que en la práctica tomó dimensiones mucho más amplias. Se incluye para fines de ilustración de una etapa de análisis.

Negociaciones con otras personas

	Pareja	Mamá	Otros familiares (Hermanos/as, primas, tías, abuelas, etc.)	Redes informales (Amigas, vecinas, otros recomendados)	Profesionales médicos y practicantes de medicina tradicional y alternativa	Redes en la Planta (Recursos humanos, supervisor, compañeros y compañeras)
Menstruación						
Anticoncepción						
Reconocimiento del embarazo						
Primera etapa del embarazo (no se ve)						
Segunda etapa del embarazo (sí se ve)						
Tercera etapa del embarazo (se ve y se siente)						
Esperando el momento del parto						
Puerperio						
Salud reproductiva (otros)						
Salud laboral						
Salud (general)						
Comentarios						

Prácticas de atención médica

	IMSS	Hospital Básico de Salud	Medicina privada	Servicios médicos de la empresa	Medicina tradicional	Medicina alternativa	Otros
Menstruación							
Anticoncepción							
Reconocimiento del embarazo							
Primera etapa del embarazo (no se ve)							
Segunda etapa del embarazo (sí se ve)							
Tercera etapa del embarazo (se ve y se siente)							
Esperando el momento del parto							
Parto							
Puerperio							
Salud reproductiva (otros)							
Salud laboral							
Salud (general)							
Cuerpo							

Fuente: entrevistas a madres-trabajadoras de la maquila, médicos privados, del IMSS y de la Secretaría de Salud, así como profesionales de la atención alternativa a la salud y observación-participante en Nogales, durante los años 1994-1999 e investigaciones previas, cfr. Denman 1990a y 1990b, 1991.

ANEXO II

CUESTIONARIO

CUESTIONARIO

Número _____

Este es un cuestionario completamente anónimo. Sólo hay que poner una paloma en la respuesta o las respuestas correctas o poner los números que se piden. Puede añadir otra información si así lo desea.

Edad: _____

Sexo: Mujer _____ Hombre _____

Escolaridad:

Primero de primaria _____

Segundo de primaria _____

Tercero de primaria _____

Cuarto de primaria _____

Quinto de primaria _____

Sexto de primaria _____

Primero de secundaria _____

Segundo de secundaria _____

Tercero de secundaria _____

Escuela técnica _____

Preparatoria _____

Otro _____

Universidad _____

Lugar de nacimiento _____
(localidad y estado)

¿Hace cuántos años que llegó a Nogales? _____

Edad de su primer trabajo (cualquier trabajo) _____

Edad de su primer trabajo en la maquila _____

Número de maquiladoras donde ha trabajado _____

Años de trabajar en esta empresa _____

Estado civil _____

Si usaron algún método anticonceptivo ¿Cuál fue?:

- Pastillas _____
- Condón/ preservativo _____
- Dispositivo _____
- Óvulos _____
- Operación masculina (vasectomía) _____
- Operación femenina (salpingoclasia) _____
- Otro (favor de especificar) _____

Señale con una paloma cuáles considera los principales riesgos para la mujer embarazada: _____

- Malos hábitos alimenticios _____
- Exposición a solventes _____
- Exposición a soldadura _____
- Levantar pesado _____
- Agacharse _____
- Estar mucho tiempo sentada _____
- Subir o bajar escaleras _____
- Funmar _____
- Tomar bebidas alcohólicas _____
- No ir a revisión al seguro (prenatal) _____
- Otros _____

¿Cómo cree que es su salud?

- Excelente _____
- Buena _____
- Regular _____
- Mala _____
- Pésima _____

¿Cuándo fue su última visita al médico? _____
¿Por qué fue? _____

¿Cómo se siente en general de salud? _____

¿Qué mejoras le gustaría que hubiera en su lugar de trabajo para mejorar su salud? _____

¿Qué mejoras le gustaría que hubiera fuera de su lugar de trabajo para mejorar su salud?: (en su casa, colonia, familia, etc.) _____

Por favor doble el cuestionario y deposítelo en el buzón a la entrada de la Planta.
Gracias por su colaboración

ANEXO III

DISEÑO DE MUESTRA

DISEÑO DE MUESTRA

En este estudio se pretenden conocer las características sociodemográficas generales del conjunto de trabajadores de la planta industrial X, así como algunas cuestiones relativas a sus prácticas anticonceptivas y su percepción de riesgos sobre la salud (?).

Dada la formulación de la mayor parte de las preguntas de interés (ver anexo 2, cuestionario), el diseño se enfocó hacia la estimación de proporciones a través de una muestra aleatoria de la población objetivo, en este caso formada por todos los trabajadores de la planta. Para determinar el tamaño de muestra utilizamos la expresión:

$$n \geq \frac{N}{1 + \frac{(N-1)d^2}{0.25z^2\alpha/2}} \dots(1)$$

donde N es el tamaño de la población y n es el tamaño de muestra necesario para asegurar una precisión de al menos d y una confianza de (1-a) x100% en las estimaciones realizadas a través de la encuesta.¹

¹ Para una discusión sobre estimación y diseños muestrales en el contexto específico de una encuesta se pueden consultar los textos de Lininger y Warnick (1978, capítulos 3 y 4) y Raj (1979, capítulos 7, 8 y 9). Para una presentación más general y la deducción de la fórmula (1) se pueden consultar a Daniel (1988, capítulo 5) o Raj (1980, capítulo III).

Según los datos proporcionados por la empresa, previamente al levantamiento, ésta contaría con $N = 2116$ trabajadores directos ubicados a lo largo de 40 líneas de producción. Diciéndose por un nivel de confianza de 95% y una precisión $d=0.05$,² el tamaño de la muestra debería ser al menos:

$$n = 326.$$

De acuerdo con lo convenido con la empresa, la aplicación de las encuestas se realizaría durante dos días, contando para esto con los supervisores de cada una de las 40 líneas de producción. Los supervisores de línea seleccionarían en forma sistemática a los trabajadores de su línea utilizando un arranque aleatorio y un período de cinco trabajadores.³

- ² Este valor significaría que los porcentajes estimados por la encuesta (para cualquiera de sus preguntas) pueden estar a una diferencia de a los sumo 5 puntos de los porcentajes válidos para toda la población.
- ³ En principio, un período de 6 hubiera resultado suficiente para completar el tamaño de muestra programado (pues $2116 \div 40 \gg 6.4$), pero se prefirió utilizar un período menor y garantizar así un mejor manejo de las no respuesta o los cuestionarios incompletos sin tener que regresar a campo.

ANEXO IV

CARTA ENVIADA A GERENCIA

CARTA ENVIADA A GERENCIA

Estimados señores:

Durante los últimos dos años he estado realizando un proyecto de investigación para mi tesis de Doctorado en Ciencias Sociales. El tema específico del estudio es sobre la salud reproductiva de mujeres trabajadoras de la maquila. A diferencia de otros estudios que he realizado sobre el tema, en esta investigación considero dos ámbitos de efectos en la salud, tanto el lugar de trabajo, como el lugar donde residen las trabajadoras.

A este efecto he realizado durante dos años una serie de entrevistas con trabajadoras que son empleadas en su planta, así como visitas a la empresa. A fin de conocer información más general sobre las opiniones de otros trabajadores me gustaría aplicar un cuestionario muy sencillo a los trabajadores de su planta. Al respecto le anexo tres páginas que contienen las preguntas que contiene este cuestionario, que ya hemos aplicado en una prueba piloto a varios trabajadores.

Como podrá observar, la mayor parte de los datos son sobre condiciones generales de vida, prácticas de salud reproductiva y opiniones que se registran de forma anónima.

Toda la información generada será capturada en una base de datos y si a ustedes les interesa la información se la podemos entregar en hojas impresas y en diskette. Estoy en la mejor disposición a discutir con ustedes cualquier modificación que quieran sugerir, así como sobre la estrategia para aplicar el cuestionario.

Agradezco su atención y me pongo a sus órdenes en la siguiente dirección:

Avenida Obregón 54
Colonia Centro
Hermosillo, Sonora 83000
Tel. (62) 12-52-92, 12-65-51
Fax (62) 12-50-21

Correo electrónico: cdenman@colson.colmex.edu

Muy atentamente,

M. en C. Catalina A. Denman
Profesora-Investigadora
Coordinadora del Programa de Salud y Sociedad
El Colegio de Sonora

ANEXO V

CARTA ENVIADA A LOS TRABAJADORES

CARTA ENTREGADA A LOS TRABAJADORES

a 13 de julio de 1996

Estimados trabajadores y trabajadoras:

El Colegio de Sonora es una institución de investigación y de educación que realiza estudios sobre diferentes temas culturales, económicos, sociales y de salud en la región. Actualmente estamos haciendo una investigación sobre salud de trabajadoras de la industria maquiladora en Nogales.

Agradecemos su apoyo para llenar este cuestionario. Es importante que contesten con cuidado cada pregunta. No es necesario que ponga su nombre, porque la información que aquí escriban es completamente anónima.

Cuando termine de llenar el cuestionario lo puede devolver a cualquiera de nosotras, que estaremos en una mesa junto a la guardería. A todas las personas que devuelvan el cuestionario respondido les entregaremos un bono por \$15.00 (quince pesos) en agradecimiento por su atención y colaboración con el estudio que realizamos. Este bono sirve en Ley, V.H. y Benavides.

Si tiene alguna duda puede consultarnos. Esperamos que pueda terminar el cuestionario de hoy a mañana para entregar los bonos puntualmente.

Muy atentamente,

Catalina A. Denman

Gilda Salazar

El Colegio de Sonora
Avenida Obregón 54
Hermosillo, Sonora 83000
(62) 12-52-92

ANEXO VI

RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

**RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS
DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS***

Nombre y edad	Martha, 40 años
Procedencia	Vino de Sinaloa. Hace 20 años que vive en Nogales con su mamá y un hermano. Su papá era pequeño agricultor y su mamá los cuidaba a todos.
Arreglos familiares	Vive sola con un hijo de 2 años. Tiene la primaria completa. Nunca se casó con el papá de su hijo, pues éste era casado y luego se murió.
Situación laboral	Puesto: inspectora del turno diurno. Antigüedad: 20 años en la Planta X.
Salud	No se considera sana; tiene dolores de garganta, espalda y cansancio. No le gusta el Seguro, se atiende con médicos privados y acude a la medicina alternativa. Da la impresión de ser una mujer muy madura.

Nombre y edad	Patricia, 30 años
Procedencia	Vino de Nayarit a quedarse con una hermana en casa de su tío. Tiene 12 años en Nogales. Su mamá murió joven y su papá trabajaba el campo.
Arreglos familiares	Vive sola con tres hijos, el mayor de 4 años y unos cuates de 2 años. Tiene una pareja que la visita. Su hermano y su familia viven en el cuarto de cartón que hizo cuando invadieron el predio en la colonia los Encinos.
Situación laboral	Puesto: fue operadora universal y ahora es jefa de línea en el turno nocturno. Antigüedad: 3 años en la Planta X.
Salud	Se considera sana, sólo se cansa a veces y le duele la garganta. Da la impresión de ser una persona muy alegre.

Fuente: entrevistas personales en Nogales 1994-1997

MUJERES, MAQUILA Y EMBARAZO

Nombre y edad	Marina, 30 años
Procedencia	Llegó de Guasave, Sinaloa hace 6 años, con una amiga. Su padre es ejidatario y su mamá, ama de casa. Su hija mayor, por la que vino a trabajar, vive con sus papás en Sinaloa, y tiene la ilusión de traerla a vivir con ella.
Arreglos familiares	Tiene una hija de 6 años en Sinaloa y un hijo de 3 años, cuyo padre vive con ellos unos días a la semana. Tiene preparatoria y dos años de Trabajo Social. Acaba de llegar su hermana a vivir con ellos y a trabajar en la maquila.
Situación laboral	Es operadora e inspectora de línea. Tiene 5 años en la Planta X. Ha participado en varias denuncias en la planta.
Salud	Se considera sana, aunque cada vez más tiene dolores en la espalda. Da la impresión de ser una persona muy inquieta y viva.

Nombre y edad	Alicia, 33 años
Procedencia	Llegó de Caborca, Sonora, hace 4 años con su hija mayor, a donde llegaban camiones a reclutar trabajadores para la maquila. Al principio vivió en los dormitorios para trabajadoras. Su papá es pequeño propietario.
Arreglos familiares	Tiene una hija de 6 años, de cuyo padre se divorció, un niño de 1 año y una niña de 4 meses. Vive a veces con el papá de estos últimos, pero se ha separado varias veces, porque él está enfermo y se pone "difícil". Estudió secundaria y tres años de comercio. Su casa es un cuartito lleno de materiales de construcción, sobre una ladera con mucha pendiente, sin baño ni agua.
Situación laboral	Tiene 3 años en la Planta X, donde es operadora universal. Le ha tocado ir a testificar por una compañera que fue acusada de robar material. Le gustaría poner una tienda y dejar de trabajar.
Salud	Considera que sus problemas han sido por sus embarazos, por los anticonceptivos y su operación de miomas uterinos. Parece una mujer que ha sufrido mucho, pero que también sabe disfrutar la vida.

RESUMEN DE CARACTERÍSTICAS DE LAS ENTREVISTADAS

Nombre y edad	Elizabeth, 26 años
Procedencia	Llegó de Cd. Obregón, Sonora, hace 7 años.
Arreglos familiares	Vive con sus tres hijos de 6 meses, 3 y 5 años y su esposo en una casa que construyeron en la Colonia Encinos a donde llegaron con la invasión. Tiene refrigerador, una lavadora, calentón, abanicos, dos camas y sillas y una mesita. Terminó secundaria, preparatoria y escuela comercial.
Situación laboral	Tiene 4 años de antigüedad y es operadora universal. Cuando llegó a Nogales, trabajó de secretaria en un despacho de abogados, pero lo dejó porque salía muy tarde en la noche y eso no le gustaba a su esposo. Trabaja el turno nocturno porque así en el día puede estar con sus hijos y su esposo los cuida en la noche.
Salud	No se siente enferma, considera que sólo de resfriado de vez en cuando, pero desde que se hizo la salpingoclasia se le han rajado las plantas de los pies y está esperando que se le quite solo (como le dijo el médico de la fábrica), también se le cae mucho el pelo y tiene mucha comezón en la piel.

Nombre y edad	Teresa, 32 años
Procedencia	Llegó de Vícam, Sonora hace 4 años en busca de trabajo para ganar más. Su papá era vendedor de hortaliza, pero se murió, igual que su mamá.
Arreglos familiares	Tiene dos hijos (3 años y 12 años) y tiene 8 meses de embarazada. Tiene un cuarto en Los Tápiros, colonia formada por invasión. Está de arrimada porque su esposo la golpea, más cuando está embarazada
Situación laboral	Trabaja en la Planta X desde hace tres años como operadora
Salud	Dice que sus problemas de salud tienen que ver con los embarazos, la anticoncepción, los partos. Además con los golpes. Su crisis de violencia no permite mayor acercamiento.

MUJERES, MAQUILA Y EMBARAZO

Nombre y edad	Magdalena, 47 años
Procedencia	Llegó de Nayarit hace 20 años buscando trabajo con su hermana. Su papá era ejidatario y su mamá ama de casa.
Arreglos familiares	Tiene un hijo de 11 años y su hermana lo cuida. Vive separada de su pareja. Terminó la primaria.
Situación laboral	Tiene 19 años en la Planta X, donde es reparadora.
Salud	Es diabética, pero dice que no tiene problemas. Sólo que se siente cansada y le dan muchos resfriados; tiene carnosidades en los ojos. Dice que sólo va al Seguro.

Nombre y edad	Cecilia, 27 años
Procedencia	Llegó de Sinaloa hace 6 años. Antes trabajó en el campo. Al morir su madre quedó a cargo de sus hermanos, pero su padre alcohólico la maltrató mucho y los tuvo que dejar. Se fue con un primo que trabajaba en Nogales.
Arreglos familiares	Tiene un hijo de 2 años y está embarazada. Viven con su esposo.
Situación laboral	Tiene 5 años en la Planta X como inspectora.
Salud	Sus problemas de salud son por el embarazo, siente mucho cansancio, dolor de cabeza y tiene várices. Da la impresión de ser una mujer muy tierna y serena.

Nombre y edad	Delfina, 43 años
Procedencia	Llegó de Magdalena, Sonora hace 21 años para buscar trabajo.
Arreglos familiares	Tiene 3 hijos, el de 19 trabaja en una maquiladora, el de 16 estudia prepa, la de 12 secundaria. Vive con su esposo e hijos. Su esposo es chofer y trabaja el carro de otro señor.
Situación laboral	Tiene 22 años en la planta de operadora, trabaja en el turno nocturno. Antes trabajó en dos maquiladoras. Le gustaría poner un puesto de comida en su casa.
Salud	Se le nubla la vista, tiene dolores de cerebro y nuca y alta presión.

RESUMEN DE CARACTERÍSTICAS DE LAS ENTREVISTADAS

Nombre y edad	Isela, 34 años
Procedencia	Llegó de El Fuerte, Sinaloa hace cinco años. Se vino con su esposo a buscar trabajo.
Arreglos familiares	Su papá era velador, su mamá se murió. Terminó tercero de primaria. Su esposo también es operador en la Planta X. Tiene 6 hijos: la de 18 trabaja en la maquila, la de 15 estudia secundaria, las de 11 y 9 y el de 7 están en la primaria y la niña de 3 está en casa y la cuida el esposo.
Situación laboral	Es operadora desde hace 3 meses. Trabaja el turno diurno y su esposo el nocturno.
Salud	Dice que se siente bien, lo normal. Sólo le duele la cintura y a veces se le entumen las piernas.

Nombre y edad	Mireya, 29 años
Procedencia	Nació en Nogales. Trabajó 1 año de recepcionista, 4 de secretaria en una oficina y 1 de secretaria en una maquiladora. Se salió al casarse y además la empresa quebró. Su papá era contratista, albañil y carpintero, ahora está jubilado y su mamá es ama de casa.
Arreglos familiares	Tiene un hijo de 4 años y una hija de 2 que vive con ellos y su esposo. Estudió comercio y contabilidad. Su esposo es ingeniero industrial y trabaja en la maquila. Tienen casa con refrigerador, abanicos, estufa, boiler, agua, drenaje, y tienen carro.
Situación laboral	Es operadora universal desde hace 2 años. Pero le gustaría tener una florería o una miscelánea.
Salud	Se siente sana, pero le tiene miedo al cáncer o al SIDA. Le duele la garganta y el estrés en el trabajo le causa dolores de cabeza.

MUJERES, MAQUILA Y EMBARAZO

Nombre y edad	Claudia, 45 años
Procedencia	Nació en Zacatecas y a los 12 años se fue a Mexicali. De ahí viajó a Nogales hace 21 años con su esposo. Su padre y madre trabajaban en el campo, y se separaron cuando ella era chica. Trabajó en la pizca de algodón para ayudar.
Arreglos familiares	Vive con su tercera pareja, quien también trabaja en maquiladora, no tienen hijos juntos, pero su pareja sí tiene otros hijos. Estudió hasta tercero de primaria. Participa mucho en la parroquia y le ayuda a Martha a cuidar a su hijo. Su mayor preocupación es su mamá.
Situación laboral	Es operadora hace 7 años. Trabaja en la misma línea que Martha, quien es su jefa y amiga.
Salud	Dice que en la planta siente mucho calor, y eso le da dolores de cabeza, pero fuera de eso, no tiene problemas de salud, se siente bien. Dice que no es enfermiza y se ve muy sana.

Nombre y edad	Lorenia, 39 años
Procedencia	Nació en Chihuahua y llegó hace 16 años buscando trabajo para darles "Seguro" a sus hijos. Antes vivió en Durango y Sinaloa. Su padre es ejidatario y su mamá ama de casa.
Arreglos familiares	Tiene 5 hijos, el de 20, el de 18 y el de 16 años están en preparatoria, el de 14 en secundaria y el de 11 en sexto de primaria. Vive con todos ellos y su pareja, que trabaja de albañil.
Situación laboral	Es operadora universal en el turno diurno, trabaja en la Planta hace 13 años, antes trabajó en otras dos maquiladoras.
Salud	Dice que siempre le duele la mano, se le hincha y la siente sin fuerza. Tiene miedo que el dolor de espalda que siente sea "otra cosa".

RESUMEN DE CARACTERÍSTICAS DE LAS ENTREVISTADAS

Nombre y edad	Gloria, 28 años
Procedencia	Nació en Huatulco, Oaxaca. Viajó hace 10 años a trabajar de empleada doméstica en Nogales. Tiene diez hermanos, es la única en Nogales.
Arreglos familiares	Tiene dos hijos, una niña de 6 años y un niño de 2. Su esposo es operador en otra maquiladora
Situación laboral	Su segundo trabajo fue en la maquila, pero se salió dos veces por embarazo. Es operadora hace tres años en la Planta.
Salud	Se siente bien, nunca se enferma. Se siente a gusto en su trabajo.

ANEXO VII

RESUMEN DE LA HISTORIA REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

**RESUMEN DE LA HISTORIA REPRODUCTIVA
DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS**

Nombre y edad	Martha, 40 años
Prácticas de anticoncepción	A los 37 años se embarazó, nunca se cuidó con algún método anticonceptivo; sólo tuvo relaciones para embarazarse.
Pareja (s)	Sólo nos relata de una pareja a quien ella quiso, y que escogió sobre todo para que fuera el padre de su único hijo. Luego se murió y no tiene ganas de tener otra pareja.
Historia embarazos	Dice que sólo sufrió lo normal, muchos vómitos, y que se cuidó la alimentación para no engordar. Tomó vitaminas.
Prácticas de atención a la salud	Durante el embarazo fue al Seguro a partir del cuarto mes; el parto fue por cesárea en un hospital particular que pagaron sus hermanas y hermanos en Tucson, Arizona.

Nombre y edad	Patricia, 30 años
Prácticas de anticoncepción	Su primer novio la cuidó con óvulos, ahora usa el ritmo y a veces óvulos. Su segunda pareja y padre de los hijos nunca usó nada, ella tampoco. Dice que le caen mal las pastillas, aunque las ha tomado para secarse la leche y a veces cuando no quiere menstruar. Hizo que su pareja la revisara para asegurarse que no tuviera el dispositivo, pues le sorprendió no haberse embarazado.
Pareja (s)	Patricia nos cuenta de sus relaciones con dos parejas: al primero, padre de sus 3 hijos, a quien dejó después por tomador y mujeriego, nunca lo ve, ni éste le ayuda con los hijos. Su pareja actual es casado y aunque fue su primer novio, no viven juntos. La apoya a veces con los hijos y, según ella, tienen una buena relación sexual y afectiva
Historia embarazos	Tiene 3 hijos, una niña de 4 años y unos cuates (niño y niña) de 2 años. Ambos nacieron en el hospital del IMSS en Nogales. Se atendió con médico particular, médico de la fábrica y en el Seguro.
Prácticas de atención a la salud	Durante el embarazo, levantaba los pies, modificó la alimentación, usaba cremas para la comezón, usó romero y chicura durante el puerperio y aún después.

Fuente: entrevistas personales en Nogales 1994-1997

MUJERES, MAQUILA Y EMBARAZO

Nombre y edad	Marina, 30 años
Prácticas de anticoncepción	En su primera relación sexual ni ella ni su pareja usaron método anticonceptivo y se embarazó de su hija mayor. Luego tomó pastillas, pero le cayeron mal y su pareja se cuidó durante un año (condón). Después usó dispositivo intrauterino, a pesar del cual se embarazó. Se hizo la salpingoclasia a los 27 años.
Pareja (s)	Se juntó con el padre de su hija de seis años, pero lo dejó al ver que no iba a ayudarlo. Ya en Nogales, luego de embarazarse del hijo que tiene de 3 años se juntó con el padre de éste, pero viven juntos sólo unos días, pues él es casado.
Historia embarazos	No registra malestares en su primer embarazo, sólo los normales. En el segundo, tuvo molestias en los últimos meses pues se le hincharon mucho los pies. Lo más importante para ella fue la tristeza que sentía al no tener una familia con el padre en casa y que los hijos no compartieran el mismo padre.
Prácticas de atención a la salud	El primer parto fue atendido por una partera en el ejido. Le gustó que ésta le platicara todo el tiempo y que nunca la dejara sola. En el trabajo la cambiaron de departamento para que no tuviera que hacer cosas pesadas, ni agacharse. El segundo parto fue en el Seguro. No la anestesiaron y le hicieron episiotomía y le dolió mucho.
Nombre y edad	Alicia, 33 años
Prácticas de anticoncepción	Tomó pastillas anticonceptivas durante siete años, luego las dejó de tomar y se embarazó. Con su segunda pareja no se cuidaba y se embarazó. Luego le pusieron el dispositivo y se embarazó con el dispositivo puesto. Decidió hacerse la salpingoclasia en el tercer parto.
Pareja (s)	Duró 7 años con su primer esposo. Al divorciarse se fue a Nogales, cuando su hija tenía año y medio. Luego se juntó con la pareja actual, de quien se ha separado en dos ocasiones. Él tiene 2 hijos, sufre de cáncer y se deprime mucho.
Historia embarazos	Ha tenido tres embarazos. Su hija mayor tiene 6 años y nació en la clínica del Seguro en Caborca. Los otros dos nacieron en el Seguro de Nogales. Su último hijo tiene 1 año.
Prácticas de atención a la salud	Tuvo problemas en el primer embarazo por miomas y su bebé nació prematura. Durante los dos embarazos siguientes siempre trabajó y no tuvo problemas mas que en el parto. No le gusta el servicio del Seguro. Tuvo mala experiencia en el segundo embarazo, pues le tuvieron que hacer cesárea y además estaba completamente sola.

RESUMEN DE LA HISTORIA REPRODUCTIVA DE LAS ENTREVISTADAS

Nombre y edad	Elizabeth, 26 años
Prácticas de anticoncepción	Le cayeron mal unas pastillas que le dieron para descansar del dispositivo. Su esposo se cuidó dos años con condones. En el tercer parto, él le insistió mucho que se operara y se hizo la salpingoclasia. Dice que desde entonces se le ha caído mucho el pelo y tiene los pies rajados. Le dijeron que solito se le quitaría.
Pareja (s)	Vive con su esposo, con quien ha tenido 3 hijos. Dice que él es un hombre bueno, aunque a veces la presiona para que deje de trabajar. Ha dejado de trabajar dos veces en la Planta X, cuando los niños estaban muy chicos y porque tiene una niña muy enfermiza. Pero ha vuelto a entrar porque necesita el ingreso.
Historia embarazos	Dice que no tuvo ningún problema en el embarazo, todo normal. Le salieron muchas várices por estar tanto tiempo parada. No la incapacitaron porque ya había muchas incapacitadas en su línea. También se le hace pesado el trabajo doméstico, dice que a veces descansa en el trabajo. Durante el último embarazo tuvo agruras y se le entumían las piernas .
Prácticas de atención a la salud	Tuvo partos normales, los tres atendidos en el hospital del Seguro en Cd. Obregón, donde vive su mamá. Para quitarse el “cochinerito” luego de los partos, su mamá le dio huareque. Cuidó dela alimentación y no trabajar cosas pesadas. Se le cae mucho el pelo y tiene mucha comezón en la piel.
Nombre y edad	Teresa, 32 años
Prácticas de anticoncepción	Solicitó el dispositivo en su segundo embarazo, pero no tenían. Le dijeron que volviera. Cuando volvió, le dieron pastillas, pero le cayeron mal. La cuidó su esposo con condones, pero irregularmente, así que se embarazó
Pareja (s)	Ha tenido tres parejas. Se separó porque su pareja actual la golpea mucho durante el embarazo.
Historia embarazos	Tiene dos hijos, de 3 y 12 años, y tiene 8 meses de embarazo. Sus tres embarazos los ha sentido diferentes. Durante el segundo tuvo amenaza de aborto y la internaron.
Prácticas de atención a la salud	En la fábrica cuidan mucho de que no levante cosas pesadas ni suba escaleras. Dice que la muerte de su papá afectó el embarazo. Le han hecho muchos estudios en el Seguro por las amenazas de aborto. Ahí sólo le dan vitaminas. Sus partos han sido normales, rápidos, pero le sale mucho “cochinerito”, por lo que toma chicura, té de anís estrella y manzanilla.

MUJERES, MAQUILA Y EMBARAZO

Nombre y edad	Cecilia, 27 años
Prácticas de anticoncepción	Dice que no le caen bien los anticonceptivos. Después de su primer embarazo, su esposo la cuidaba con condón, pero luego se auto-recetó unas pastillas que le causaron mucho dolor de cabeza. En el Seguro le dieron otras. Aprovechando que su esposo se había ido a Sinaloa, dejó las pastillas y cuando éste volvió, se embarazó sin planearlo.
Pareja (s)	Vive con la única pareja que ha conocido. Ella dice que es un buen matrimonio y que tienen buena comunicación. Él siempre va por ella a la fábrica.
Historia embarazos	Tiene un hijo de 2 años y 8 meses de embarazo. Siente mejor el segundo embarazo que el primero, sin náuseas ni vómitos. Tuvo altas calenturas y una infección después del primer parto, el esposo la revisó y traía unas gasas, por lo que fue al Seguro a que la atendieran y a reclamar, y le dieron unas pastillas.
Prácticas de atención a la salud	A veces consulta al médico de la fábrica. Se atiende cada mes en el Seguro y va a las pláticas. Le salen várices, se le hinchan un poco los pies y le da mucho sueño. Tiene bolitas en los senos y se ha revisado varias veces, le dan miedo.

Nombre y edad	Delfina, 43 años
Prácticas de anticoncepción	Le hicieron la salpingoclasia en la última cesárea porque se vio muy mala. Los médicos hablaron con su esposo, quien autorizó que se hiciera
Pareja (s)	Su esposo es chofer, tiene 42 años. Con él ha tenido a sus tres hijos.
Historia embarazos	Ha tenido tres embarazos, el primero a los 18 años, una niña; el segundo a los 23, un niño, el tercero a los 26, un niño. Tuvo problemas de parto en el último y fue cesárea
Prácticas de atención a la salud	La primera niña la tuvo en su pueblo porque andaba mal con su esposo y se fue con su mamá. Los dos siguientes fueron partos por cesárea en el Seguro.

RESUMEN DE LA HISTORIA REPRODUCTIVA DE LAS ENTREVISTADAS

Nombre y edad	Isela, 34 años
Prácticas de anticoncepción	Ha tomado pastillas, pero luego las deja y se embaraza. Le pusieron el dispositivo, pero le cayó mal; se lo quitaron y se embarazó. Se hizo la salpingoclasia en el sexto y último parto que fue su única cesárea. Quiso operarse antes, pero su esposo quería varón. El sexto fue varón y se operó.
Pareja (s)	Vive con su pareja, quien tiene 42 años. Él vino de Sinaloa, primero con una hija, y luego la trajo a ella con el resto de las hijas.
Historia embarazos	Ha tenido seis embarazos, a los 16 años, a los 19, a los 23, 25, 27 y 31 años. Los primeros 5 hijos fueron niñas.
Prácticas de atención a la salud	Se cuida la alimentación durante el puerperio y la menstruación, así le enseñó su mamá y así le dice a su hija. Siempre se ha atendido en el Seguro.
Nombre y edad	Mireya, 29 años
Prácticas de anticoncepción	Ella sola decidió ponerse el dispositivo después del primer embarazo. Fue al Seguro, por decisión de los dos, y luego volvió a que se lo quitaran. Actualmente tiene el dispositivo puesto.
Pareja (s)	Ha estado con la misma pareja que es padre de sus 2 hijos. Se embarazó seis meses después de casarse.
Historia embarazos	Tiene una niña de 2 años y un niño de 4. En el primer embarazo tuvo amenaza de aborto, náuseas y lo normal. En ese tiempo no trabajaba. Durante el segundo embarazo no tuvo molestias y el bebé nació muy bien, aunque de ocho meses. Tuvo muchas hemorragias antes de los 20 años y su mamá creía que eran abortos, luego el médico del Seguro la revisó y le dijo que sólo que fueran “del Espíritu Santo”, pues ella no había tenido relaciones. Después de casada volvió a tener una hemorragia, nunca supo si fue embarazo o no.
Prácticas de atención a la salud	Se atendió con médico particular durante el primer embarazo, pero luego éste la canalizó al Seguro donde le hicieron cesárea. Fue a recuperarse a casa de su mamá. Va al Centro de Salud porque ahí es más rápido y hacen todo en una misma visita. Su primera menstruación fue a los 8 años, fue con a contarle a su mamá quien le dijo que no corriera, que no comiera picante y que su vida iba a cambiar.

Nombre y edad	Lorenia, 39 años
Prácticas de anticoncepción	Con los primeros tres hijos no usó anticonceptivos sino que como con la lactancia no menstruaba, al ablactar, le bajaba la menstruación y se embarazaba. Con los últimos tomó varias pastillas. Luego quiso usar el dispositivo, para desintoxicarse, pero se le salió y se embarazó. Hace siete años fue al Seguro porque se le hinchaba mucho el estómago, no encontraron nada y le dijeron que iban a abrirle para ver qué veían, no encontraron nada y le sacaron la matriz porque la tenía “cansada”.
Pareja (s)	Hace diez años se separó del papá de sus 5 hijos y hace cinco se juntó con otro que le ayuda mucho; sus hijos le dicen papá.
Historia embarazos	Ha tenido cinco embarazos. Sus hijos tienen 20, 18, 16, 14 y 11 años, todos varones. Entró a la Planta X cuando su hijo de 14 años tenía diez días de nacido, porque le quería dar Seguro. Antes había tenido el Seguro de su esposo. Dice que la Virgen de Guadalupe se le aparece durante los dolores de parto.
Prácticas de atención a la salud	Su primera menstruación fue a los 11 años, su mamá le dijo después de los cuidados de alimentación que tendría que tomar. Se atiende en el Seguro y con médica particular. Tuvo a su primer hijo en una clínica privada en Guachochic, Chihuahua, y se puso mala. El segundo nació muy rápido. El tercero, estaba en Sinaloa, se atendió con partera en su casa. El cuarto fue un parto difícil en el Seguro de Nogales, Sonora, y el bebé estuvo internado 27 días. Durante el embarazo le daban hielo para los mareos.

Nombre y edad	Claudia, 45 años
Prácticas de anticoncepción	No se cuida.
Pareja (s)	Ha tenido tres parejas.
Historia embarazos	Nunca se ha embarazado.
Prácticas de atención a la salud	Claudia no es madre biológica, sino social. Es madre sustituta del hijo de Martha, quien es su supervisora.

RESUMEN DE LA HISTORIA REPRODUCTIVA DE LAS ENTREVISTADAS

Nombre y edad	Gloria, 28 años
Prácticas de anticoncepción	Va con la sobadora cuando quiere embarazarse, para que le soben la matriz tres veces. Dice que nunca se ha cuidado, pero ella explica que su esposo la cuida a veces en sus días fértiles (se retira antes); él compra los preservativos.
Pareja (s)	En Oaxaca se puso de novia, lo trajo a Nogales y aquí se casaron cuando tenía 22 años. Es la única pareja que ha tenido. Él le dice que los anticonceptivos hacen daño, que es mejor no tomar porque puede desarrollar tumores en los ovarios.
Historia embarazos	Ha tenido dos hijos. Durante los embarazos ha trabajado siempre. Tuvo vómitos y baja presión los nueve meses. En su primer parto duró dos días hospitalizada porque no tuvo dolores de parto; el segundo fue muy rápido. En su primer embarazo fue al Seguro a los dos meses, en el segundo a los cinco meses. Tuvo retención de la regla durante siete meses y creía estar embarazada.
Prácticas de atención a la salud	Sólo se ha atendido en el Seguro, pero primero va con el médico de la fábrica. Cuida su alimentación. Sube los pies y no levanta cosas pesadas. Su mamá nunca le habló sobre la menstruación ni nada de eso. Se asustó mucho en su primera menstruación a los 11 años, le platicó a su abuelita, quien le dijo que no se asustara, pero que se cuidara de que no la tentara un hombre para no encargar.

ÍNDICE ANALÍTICO

A

- abanico 23, 75, 76, 94, 101, 210, 246, 282, 329, 348
aborto 203, 204, 208, 238, 249, 264, 278, 290, 291
acupuntura 24, 67, 98
adiciones 179
agencia 62, 69, 75, 79, 92, 97, 100, 101, 105, 113, 114, 343
agruras 248, 250, 315
aguantarse 21, 337
alcohol 144, 179, 251, 261, 332
Alicia 16, 17, 18, 149, 212, 222, 229, 230, 231, 233, 239, 245, 246, 248,
258, 294, 300, 304, 316, 317, 318, 322, 323, 337, 339, 340, 349
alimentación 24, 68, 95, 99, 103, 168, 181, 210, 211, 221, 229, 250, 256,
260, 265, 276, 280, 282, 331, 332, 333, 336, 344
ámbito laboral 167
amas de casa 50, 55, 61, 167, 168, 203, 208
ámbito laboral 22, 33, 54
Amuchástegui, Ana 102, 230
anemia 51, 200, 203, 204, 208, 260, 264
anomalías congénitas 47, 167
anticoncepción 84, 85, 88, 94, 187, 142, 206, 211, 220, 221, 232, 243, 246,
247, 286, 331, 335, 338, 348
antigüedad 17, 53, 54, 115, 116, 120, 139, 153, 154, 155, 189, 190, 192,
196, 209, 242

Antropología médica 20, 65, 66, 68, 69, 73, 77, 78, 80, 95, 96, 100, 103,
104, 105, 197, 256, 312, 313, 345, 348
Arenal, Sandra 48, 165
Arizona 142, 146, 151, 163, 174, 221, 275, 334
articulación 82, 128, 129, 130, 131
aseo 256, 272, 274, 282, 323, 332, 333
atención a la salud 18, 19, 20, 26, 32, 66, 67, 68, 69, 70, 75, 95, 98, 102,
107, 113, 115, 208, 225, 229, 262, 303, 345, 348
atención prenatal 24, 127, 204, 236, 262, 263, 264, 269, 316, 319
auto-atención 21, 24, 25, 28, 65, 67, 70, 84, 85, 97, 98, 99, 101, 105, 119,
208, 218, 224, 225, 226, 235, 244, 250, 252, 254, 256, 257, 282, 283,
329, 331, 333, 334, 337, 344, 345, 347, 349
auto-cuidado 70, 85, 235, 254, 256, 282, 329, 333, 345, 346, 347, 348, 349,
350, 351

B

Balcázar, Héctor 50, 119, 180, 188, 206
baño 16, 111, 134, 164, 229, 256, 259, 260, 261, 282, 297, 303, 306
basura 111, 170, 175, 177, 178, 179, 181
Benería, Lourdes 31, 33
bio-poder 90, 91, 100
brazos 33, 62, 152, 198, 201, 203, 303
Butiliosina 229

C

cabeza 15, 48, 51, 62, 63, 87, 111, 142, 151, 201, 205, 248, 256, 260, 279,
281, 322, 333
Caborca 212, 222
calambres 248, 252, 253, 274, 324, 333
calentón 210, 212
Campos Navarro, Roberto 77, 99, 105
Canales Cerón, Alejandro 45, 46, 154
Carrillo, Jorge 40, 45, 46, 48, 49, 50, 153, 165, 197
Carrillo, Jorge y Alberto Hernández 48, 49, 165
Carrillo, Jorge y Alfredo Hualde 40, 153
Castro, Roberto y Mario Bronfman 103

ÍNDICE ANALÍTICO

- Castro, María del Carmen y Gilda Salazar 300, 313
cautín 111, 161
Cecilia 168, 230, 243, 250, 251, 262, 267, 281, 289, 291, 293, 299, 301, 306, 315, 321
Cedillo Becerril, Leonor 31, 46, 47, 50, 52, 53, 55, 89, 165, 180, 184, 185, 188, 197, 201, 202, 203, 204, 207, 350
Cervera Gómez, Luis Ernesto 174
cesárea 221, 223, 275, 280, 281
Chavkin, Wendy 32, 323
cintura 16, 109, 111, 161, 201, 213, 248, 281, 303, 333
Ciudad Juárez 41, 143, 193
Ciudad Obregón 213, 223, 257, 301
climas 170, 277
cólicos 229, 280
Comaroff, John y Jean Comaroff 70, 101, 106, 113, 349
comercio 144, 146, 166, 213, 350
comezón 48, 261, 333
condiciones de trabajo 20, 45, 48, 60, 63, 92, 107, 167, 191, 196, 197, 198, 199, 201, 249, 291, 308, 318, 323
condiciones de vida 18, 20, 46, 48, 49, 52, 53, 69, 70, 79, 92, 107, 165, 166, 187, 331
condiciones de vida y de trabajo 331
condiciones domésticas 63, 168, 318
condiciones laborales 21, 23, 63, 166, 318, 352
condón 85, 222, 232, 233, 290, 348
confidencialidad 124, 129, 133, 138
Contreras, Óscar 40, 41, 153, 307
control prenatal 246
control prenatal 118, 269, 312
coolers 173, 210
Cortés, Fernando 33, 349
Cosminsky, Sheila 104
Cravey, Altha 149
cuarentena 276
cuello 51, 53, 203

cuidar 20, 35, 58, 63, 64, 85, 86, 91, 94, 133, 135, 162, 170, 173, 213, 221, 224, 240, 242, 243, 256, 258, 267, 271, 272, 291, 293, 301, 302, 333, 338, 347
cultura de la salud 70, 128, 219, 303, 329, 345, 348,351

D

daños a la piel 51
daños a la salud 31, 47, 49, 51, 60, 61, 62, 64, 94, 165,199, 200, 205, 352
deficiencias 27, 55, 146, 148, 175, 176, 177
Denman, Catalina A. 27, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 55, 61, 74, 89, 94, 118, 119, 165, 166, 168, 173, 180, 188, 197, 199, 202, 203, 206, 343, 350
depresión 201
derechohabientes 18, 24, 127, 241
derechos 20, 47, 74, 91, 93, 101, 102, 103, 104, 105, 158, 241, 247, 262, 322, 338
descansar 138, 173, 198, 243, 248, 256, 277, 282, 303, 306, 319, 324, 325, 326, 341
desechos 175, 276
desigualdades 56, 86
Di Leonardo, Micaela 56
diabetes 264, 318
dieta 259, 276, 277, 282
discurso 68, 80, 81, 101, 142, 164, 329, 334, 353
dispositivo 93, 213, 222, 223, 232, 233, 234, 238, 239, 259, 267, 290, 334, 335
dolores de cabeza 15, 51, 62, 63, 87, 201, 205, 260, 333
dolores de cintura 161, 248, 333
dolores de estómago 201
Doripirón 229
drenaje 48, 148, 170, 175, 177, 178

E

edad reproductiva 21, 26, 57, 59
Edwards, Rosalind y Jane Ribbens 125
eficacia médica 77
eficacia pragmática 99

- Elder, Glen 194
 electricidad 148, 177
 Elizabeth 15, 17, 18, 202, 213, 223, 230, 250, 268, 269, 296, 297, 298, 300,
 317, 325, 326, 349
 embobinado 162
 entumecimiento de brazos 201
 enfermedades crónicas y accidentes 204
 enfermera 206, 267, 305
 entorno 33, 74, 90, 112, 121, 131
 equipo 93, 126, 158, 168, 322
 equipo de seguridad. 322
 equipo protector 206
 ergonómicos 200, 205, 207
 escaleras 109, 129, 151, 259, 267, 281, 304, 305, 306, 321, 324, 332
 esfuerzo físico 167
 Eskenazi, Brenda, Sylvia Guendelman y Eric P. Elkin 27, 50, 167
 espalda 16, 51, 53, 62, 142, 201, 210, 211, 212, 248, 303, 317, 342
 Espasmosidón 229
 Estados Unidos 32, 36, 56, 63, 74, 142, 144, 145, 146, 151, 158, 166, 175,
 241, 264, 275, 336
 Esthela 110, 111
 estrategias de investigación 60
 estrés 50, 51, 52, 53, 54, 55, 63, 78, 87, 96, 167, 169, 183, 184, 322, 323
 estructura social 22, 114, 176
 estudios etnográficos 68, 104, 208
 estufa 210, 212, 274
 etnografía 21, 122, 126, 127, 128
 etnografía de segunda mano 122, 126, 127
 etnomedicina 24, 28, 65, 77, 94, 98
 Europa 63, 264
 excusados 164
 expediente 236, 246, 256, 267, 268, 269, 306, 312, 335
 experiencias 17, 21, 23, 29, 80, 83, 104, 108, 114, 116, 117, 139, 142, 209,
 210, 241, 259, 286, 310, 314, 320, 337, 344, 347, 353
 exploración clínica 313

exposición 27, 49, 61, 62, 166, 174, 196, 197, 198, 199, 201, 203, 204, 207,
219, 322, 323
exposición a sustancias químicas 201
exposiciones acumulativas 50
extractor 161

F

Fábrega, Horacio Jr. 64
familia 17, 18, 23, 24, 30, 31, 34, 35, 45, 46, 89, 90, 91, 104, 106, 107, 108,
159, 176, 179, 181, 184, 186, 188, 194, 211, 212, 231, 232, 239, 240,
243, 247, 249, 261, 277, 295, 298, 300, 302, 333, 352
fatiga 51, 201, 205, 248
fecundidad 31, 59, 65, 262
Fee, Elizabeth y Nancy Krieger 61, 323
Fernández-Kelly, M. P. 48, 165
fiebre 293, 315
Figuroa Perea, Juan Guillermo 74, 102, 103, 104
fotos 128, 129, 163
Francisca 155, 158, 159, 164, 304, 305
frontera 18, 21, 22, 23, 35, 36, 39, 40, 43, 44, 46, 74, 142, 144, 146, 162,
165, 175, 180, 188, 189, 191, 197, 202, 241, 307
frontera norte de México 23, 46, 74

G

Gaines, Atwood D. y Robert A. Hahn 78
Gambrill, Mónica-Claire 48, 165
García, Brígida y Orlandina de Oliveira 34, 182
García, Brígida, Humberto Muñoz y Orlandina de Oliveira 33
Garduño, María de los Ángeles y Julia del Carmen Rodríguez 31, 63
garganta 201, 210, 211
gasas 281, 315
gastrointestinales 173, 201
gerente 132, 137, 155, 158, 212, 242, 304, 305, 311
Giddens, Anthony 22, 31
Ginsburg, Faye y Rayna Rapp 105, 106, 282
globalización 68

ÍNDICE ANALÍTICO

Gloria 228, 230, 233, 237, 242, 259, 276, 277, 289, 324
González Block, Miguel Ángel 27, 43, 177, 180, 184, 186, 188, 197, 200,
202, 204, 206, 207, 208, 242, 343
González de la Rocha , Mercedes 31, 33, 108, 131, 182, 348
gritar 93, 261, 334
Gruenbaum 276
Guanajuato 211
guantes 206
guardería 15, 84, 112, 118, 121, 127, 132, 133, 135, 136, 137, 155, 156,
157, 162, 163, 164, 177, 182, 210, 303, 326, 339, 340, 341
guardería del IMSS 164
Guaymas 144

H

Hall, Ellen 61, 62, 184
Harlow, Siobán D. 47, 52, 53, 177, 202
Haro Encinas, Jesús Armando 20, 59, 85, 119, 144, 257, 347
hepatitis 264
hermanas 117, 118, 139, 187, 190, 218, 221, 232, 233, 246, 257, 259, 275,
286, 301
hermano 16, 117, 187, 190, 209, 210, 211, 219
Hermosillo 55, 123, 125, 126, 133, 143, 144, 155, 163, 175, 184, 202, 279
herramientas 55, 115, 159, 160, 345
higiene 158, 168, 182, 256
hipertensión 51, 200, 203, 204, 208, 264
hipotermia 171
hipótesis 21
homeopatía 24
Hochschild, Arlie Russell 87
hogares 32, 57, 183, 186, 187
Holanda 161, 275
holístico 32, 84, 112
hombros 53, 203
homeopatía 67
horarios 89, 159, 173, 303, 321
horas extra 16, 189, 198, 298, 304, 339, 341

Hospital Básico de Salud 226, 314
hostigamiento sexual 31, 47, 51, 61
Huel, G., D. Mergler y R. M. Bowler 166

I

identidades 21, 22, 69, 70, 73, 76, 79, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 225, 244, 248,
285, 286, 318, 330, 345, 349
identidades maternas 87
Iglesias, Norma 48, 165
Illich, Iván D. 59
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) 18, 20, 21, 23, 24, 26, 49, 65,
76, 94, 101, 109, 118, 127, 132, 136, 137, 164, 166, 181, 197, 202, 206,
208, 218, 219, 226, 235, 237, 241, 242, 243, 245, 246, 252, 254, 256,
257, 261, 262, 263, 265, 267, 268, 269, 271, 276, 286, 287, 288, 312,
313, 316, 322, 330, 335, 339, 350, 351
Industria Maquiladora de Exportación (IME) 18, 21, 22, 27, 30, 35, 37, 38,
40, 42, 43, 44, 46, 76, 113, 153, 165, 191
informante 113, 123, 140, 142, 353
ingresos 170, 189, 190, 214, 257, 339, 341
insomnio 48, 201
inspectora 116, 152, 209, 211, 308, 323
instituciones médicas 60, 66, 82, 91, 98, 246
insumos 158
integración 23, 74
intersubjetividad 81
intervenciones 82, 207, 265, 323, 346
invierno 127, 143, 170, 274
Isela , 233, 239, 281, 290, 294, 295, 296

J

japonesas 45, 137, 161
Jasis, Mónica y Sylvia Guendelman 27, 167, 49, 50, 177
jefa de línea 16, 116, 189, 210, 303, 307
Jodelet, Denise 80
Jordan, Brigitte 65, 275

K

Kamel, Rachel y Anya Hoffman 27

L

la negociación 25, 70

la vecina 218

lactancia 65, 276, 277, 334

lactancia y trabajo 65

Lailson, Silvia 31, 33

Lamas, Marta 89, 90, 104

lámina 117, 173

Langer, Ana y Mariana Romero 264

Lara Enríquez, Blanca 31, 36, 119, 151, 153, 175, 180, 188, 191, 206

Lara, Francisco 146, 148

lástima 110, 240

lavabos 164

lenguaje 81, 82, 83, 84, 280, 349

Lerner, Susana 104

Lestage, Françoise 186, 187, 188, 301

limpieza 95, 99, 168, 179, 274, 280, 334

Linda 136, 137, 138, 155, 158, 159, 164

Lindbohm, Marja-Liisa y Helena Taskinen 169

Lindenbaum, Shirley y Margaret Lock 345

Lock, Margaret y Patricia A. Kaufert 76, 90, 91, 98, 100, 312, 346

Lock, Margaret y Nancy Scheper-Hughes 59, 77, 78

López Estrada, Silvia 45, 183

Lorenia 230, 233

Los Tápiros 271, 322

Lundberg, U. 184

M

maternidad 307

madre-trabajadora 22, 225, 244, 247, 256

madres-trabajadoras 17, 18, 19, 20, 21, 22, 28, 31, 34, 35, 44, 46, 60, 67,
68, 70, 73, 76, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 101,
102, 104, 106, 108, 113, 116, 118, 119, 122, 128, 129, 130, 139, 140,

- 167, 173, 190, 201, 209, 218, 219, 220, 225, 226, 230, 231, 232, 233, 244, 246, 257, 270, 275, 276, 282, 283, 285, 286, 287, 288, 290, 291, 293, 299, 301, 302, 303, 307, 310, 312, 313, 314, 315, 316, 318, 321, 327, 329, 330, 331, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 343, 344, 345, 349, 351, 352
- Magdalena 230, 233, 281
- malestar 54, 77, 78, 173, 187, 236, 251, 254, 262, 276, 337
- malestares normales 248
- manos 15, 110, 111, 152, 159, 198, 203, 303, 310, 323
- mareo 162, 201, 217, 260
- mareos 51
- Marina 16, 17, 18, 159, 211, 212, MT 214, 222, 226, 228, 229, 231, 232, 233, 237, 238, 239, 240, 246, 249, 260, 267, 268, 270, 274, 275, 293, 294, 299, 300, 301, 308, 309, 310, 319, 326, 341, 342, 349
- Márquez, Margarita y Josefina Romero 343
- Martha 16, 17, 18, 33, 162, 163, 190, 209, 210, MT 214, 220, 221, 228, 230, 231, 232, 243, 247, 249, 250, 258, 263, 275, 304, 307, 310, 311, 315, 323, 339, 349
- Martínez, Marielle y Teresa Rendón 33
- Matamoros 41, 49, 176, 177, 193, 201, 202, 203, 206
- maternidad 26, 28, 29, 76, 87, 88, 91, 92, 233, 248, 313, 334, 337, 338, 344, 345
- matriz 83, 119, 151, 221, 233, 234, 243, 266, 278, 279, 311, 315, 317, 339
- medicalización 59, 96, 98, 100, 106, 264, 270, 346
- medicina alternativa 24, 76, 77, 98, 210, 226, 283
- medicina privada 226, 235, 245, 246, 252, 265
- medicina tradicional 19, 20, 24, 65, 70, 76, 98, 119, 226, 245, 256, 278, 283, 287, 334, 335, 344
- médicos privados 76, 219, 267, 268, 269, 287, 313
- Menéndez Spina, Eduardo L. 22, 25, 59, 66, 67, 68, 74, 77, 82, 97, 98, 99, 254
- Menéndez Spina, Eduardo L. y René B. Di Pardo 66, 67, 82, 97, 98
- menstruación 28, 57, 58, 84, 95, 142, 187, 219, 220, 221, 222, 223, 226, 228, 229, 237, 286, 300, 303, 331, 344
- menú 23, 110
- mercados de trabajo 30, 33, 39, 89, 156, 307, 352

mesa-bancos 164
 Messing, Karen 32, 89
 metáfora 75
 metodología 49, 52, 60, 69, 112, 202, 140
 migrantes 21, 43, 114, 154, 204, 343
 modelo biomédico 67, 96, 98, 99, 345
 modelo corporativo privado 97
 modelo médico 65, 67, 96, 97, 98, 100
 modelo médico corporativo 97
 modelo médico hegemónico 67, 97, 98, 100
 modelos médicos 69, 79, 97, 98, 99
 molestias normales 218
 monóxido de carbono 171, 172
 morbilidad 31, 60, 106, 203, 208
 Moure-Eraso, Rafael et al. 176, 177, 196, 201, 202, 206, 343
 Mummert, Gail 33, 183

N

narraciones 76
 nacimientos pretérmino 167, 169
 nariz 201
 narraciones 19, 78, 83, 117, 120, 129, 142, 283, 331
 náuseas 248, 249, 259, 283, 303, 344
 Nayarit 110, 180, 210, 211, MT 214
 negociar 86
 negociación 81, 91, 92, 93, 94, 106, 107, 115, 132, 246, 247, 283, 285, 286,
 289, 290, 294, 296, 298, 299, 300, 302, 306, 307, 310, 311, 312, 314,
 323, 338, 348, 349
 negociar 35, 78, 88, 246, 285, 288, 306, 308, 331, 338
 nervios 63, 78, 200
 Nike 197
 niños 15, 56, 110, 112, 123, 124, 127, 129, 141, 164, 169, 173, 182, 187,
 212, 213, 291, 293, 295, 297, 298, 301, 310, 317, 321, 323, 340, 341,
 342
 Nogales, Sonora 17, 55, 61, 146, 166, 174, 263, 330
 normalidad 245

Norma Oficial Mexicana 263, 331
normal 16, 88, 158, 217, 222, 223, 224, 229, 245, 247, 250, 253, 254, 260,
263, 269, 272, 283, 319, 325, 327, 334, 337, 338, 345
normalidad 29, 88, 89, 219, 229, 245, 249, 291, 329, 334, 337, 346
normalización 334
normas 30, 32, 34, 45, 75, 81, 86, 121, 263, 346
Noruega 275
Nuevo Laredo 176, 206
Núñez, Guillermo 83

O

Oakley, Ann 125, 264
observaciones 23, 80, 113, 128, 135, 152, 288, 330, 331, 343, 349
Ofelia 15, 58
oído 201
Ojeda, Norma 27, 43, 50, 103, 131, 200, 202, 203, 207, 208
ojos 35, 48, 129, 161, 201, 346
olor 305, 321, 322
olvidos 201
Ong, Aihwa 45, 125
operacionalización 69, 108
operadora 116, 161, 189, 210, 212, 308, 309
operadoras 86, 90, 116, 161, 323
Ortiz-Ortega, Adriana 91, 104, 338
Ortner, Sherry 66
Osorio Carranza, Rosa María 66, 80, 83
ovulación 26, 221

P

padres 18, 20, 23, 107, 108, 115, 164, 186, 187, 212, 218, 227, 234, 239,
246, 260, 281, 290, 299, 300, 301, 308, 340
panza 217, 279, 280, 292, 325, 326
Papanicolaou 96, 214, 274
parches 253
pareja 28, 29, 34, 35, 47, 86, 88, 89, 107, 111, 116, 117, 129, 136, 139, 140,
141, 190, 209, 211, 212, 219, 222, 226, 228, 229, 230, 231, 232, 233,

- 235, 236, 237, 239, 240, 242, 243, 246, 247, 248, 249, 257, 258, 261, 266, 280, 286
- parentesco 89, 170, 181, 302
- parto 16, 17, 19, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 29, 65, 77, 79, 81, 84, 85, 95, 96, 98, 99, 101, 103, 104, 105, 108, 117, 128, 142, 191, 197, 204, 206, 212, 213, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 234, 235, 236, 239, 246, 255, 256, 257, 258, 262, 263, 264, 268, 269, 270, 271, 272, 274, 275, 276, 277, 278, 280, 287, 293, 300, 301, 306, 312, 313, 315, 316, 318, 331, 332, 334, 335, 344
- Pastides, Harris Edward et al. 166
- pastilla 111, 315
- pastillas 218, 221, 222, 223, 233, 234, 238, 243, 244, 250, 259, 260, 264, 266, 281, 289
- Patricia 15, 17, 18, 58, 109, 110, 111, 112, 161, 190, 210, 211, MT 214, 218, 221, 228, 229, 231, 237, 242, 251, 252, 260, 263, 265, 266, 268, 269, 271, 274, 276, 277, 278, 279, 293, 294, 301, 304, 307, 308, 315, 319, 323, 349
- pechos 276
- pérdida fetal 167, 169
- permiso 132, 155, 159, 197, 206, 229, 250, 259, 260, 262, 304, 311, 316, 341
- personal médico 24, 235, 303, 312, 314, 316
- perspectiva de género 65, 104
- Perú 76
- peso al nacer 27, 47, 50, 51, 55, 61, 74, 166, 167, 168, 169, 178, 204
- pesticidas 167
- piernas 53, 62, 112, 142, 152, 198, 201, 203, 250, 251, 252, 274, 282, 303
- pieza 308
- piezas 151, 160, 161
- placer 91, 221, 279, 289
- plancha 234, 274, 298, 299
- plantas 18, 49, 52, 53, 120, 127, 143, 146, 151, 153, 156, 158, 175, 184, 197, 198, 202, 203, 205, 206, 213, 278
- poder 40, 75, 76, 78, 83, 90, 91, 92, 93, 100, 101, 104, 128, 129, 140, 146, 285, 286, 287, 288, 304

- Porter, Marylin 122, 126
prácticas 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 34, 47, 57, 59,
60, 66, 68, 69, 70
prácticas alternativas 98
prácticas alternativas 67, 98, 252
prácticas anticonceptivas 58, 85, 226, 232, 235
prácticas de atención 73, 75, 77, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89,
91, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 103, 105, 107, 112, 113, 115, 125,
128, 130, 166, 180, 191, 206, 217, 218, 219, 224, 225, 226, 235, 244,
252, 253, 254, 255, 257, 258, 268, 271, 276, 282, 283, 285, 286, 288,
289, 290, 301, 302, 308, 310, 312, 315, 318, 329, 330, 331, 338, 339,
342, 343, 344, 348, 349
prácticas de auto-atención 84, 85, 105, 119, 208, 218, 226, 235, 250, 252,
254, 282, 283, 329, 333, 334, 337, 345, 349
pragmatismo 76, 98, 100, 312, 313
presión en el pecho, 201
precariedad 148, 180
prematurez 27, 47, 55
prestaciones 121, 154, 181, 189, 336, 339, 341
prevención 21, 98, 99, 203, 205, 206, 265
privado 33, 56, 97, 117, 121, 143, 213, 237, 267, 269, 275, 302, 311, 314
problemas de la piel 201
problemas menstruales 167
problemas músculo-esqueléticos 51, 52, 53
programas de prevención 203
programas preventivos 206
puerperal 276, 293, 315
puerperio 17, 19, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 65, 77, 79, 81, 84, 85, 95, 96, 98,
99, 101, 103, 104, 105, 108, 125, 128, 142, 191, 220, 224, 225, 226,
235, 255, 256, 257, 260, 263, 271, 276, 287, 293, 300, 301, 313, 315,
331, 334, 343, 344
punto de vista del actor 23
- Q
- químicos 25, 52, 96, 152, 167, 169, 174, 198, 200, 203, 207, 256

Quintero Ramírez, Cirila 36, 41, 163

R

Rabinow, Paul y William M. Sullivan 81

Ramírez, José Carlos 36, 153

Ravelo Blancas, Patricia 31, 66, 104

relaciones de género 73

receta de medicinas 335

receta médica 313

recursos 33, 44, 67, 74, 75, 76, 91, 101, 136, 219, 244, 245, 257, 261, 287, 334, 348, 351

redes familiares 28

redes sociales y familiares 177, 180

refrigerador 210, 212

regla 227, 228, 229, 236, 237, 243, 277

relaciones de género 349

relación de pareja 34, 289, 290, 291, 294, 299, 326

relaciones afectivas 230

relaciones de género 285

relaciones de género 21, 22, 69, 70, 79, 86, 89, 90, 93, 103, 104, 108, 225, 244, 302, 330

relaciones de pareja 226, 230, 233, 331

relaciones domésticas 23

relaciones sexuales 219, 220, 230, 243, 276, 286, 289, 290, 291, 302

relatos 19, 26, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 90, 92, 93, 115, 117, 130, 138, 170, 197, 210, 211, 218, 219, 226, 234, 236, 241, 245, 248, 249, 256, 258, 261, 262, 265, 266, 270, 282, 285, 286, 288, 293, 299, 300, 313, 314, 321, 332, 334, 335, 343, 347, 351

remedios 16, 101, 210, 251, 280, 301, 302, 303, 304, 334, 344, 345

reposo 24, 95, 211, 256, 282

representaciones sociales 80, 349

resina 162

resistencias 34

resistencias 162, 296

Reynosa 176, 177, 201, 202, 203, 206

- rieles 151, 156, 158
riesgo reproductivo 27
riesgos químicos 52, 167, 203, 207
romero 221
Romero, Josefina, Marcela Zubieta y Margarita Márquez 49, 63, 264, 278,
343
rotación 45, 46, 154, 207
ruido 127, 151, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 168, 169, 198, 203, 204
Ruiz, Rubén 173
rural 33, 167, 343, 344
- S
- saberes y prácticas 20, 27, 257
Saint-Germain, Michelle, Jill de Zapién y Catalina A. Denman 173
salario 19, 46, 189, 295
Salas, Montserrat 65, 66
salpingo 233
salpingoclasia 213
salpingoclasia 88, 222, 223, 232, 233, 234, 290
salud ocupacional 55, 61, 62, 63, 166, 167, 183, 196, 317, 322
salud positiva 22, 29, 54, 59, 60, 64, 67, 69, 75, 79, 84, 94, 95, 96, 97, 99,
170, 205, 265, 271, 282, 329, 333, 346, 347, 348
salud reproductiva 28, 74, 77, 79, 84, 91, 94, 95, 98, 101, 102, 103, 104,
105, 106, 107, 119, 122, 130, 131, 142, 166, 167, 168, 177, 180, 181,
197, 200, 201, 203, 204, 206, 207, 220, 226, 230, 262, 270, 286, 300,
302, 331, 338, 345, 351
Scott, Joan W. 89
seguridad 48, 49, 50, 120, 128, 136, 157, 158, 180, 235, 315, 322
Seguro 18, 19, 20, 84, 88, 90, 93, 94, 117, 118, 120, 129, 141, 164, 167,
210, 211, 212, 213, 218, 221, 222, 223, 227, 228, 229, 233, 234, 235,
236, 237, 238, 239, 240, 242, 246, 247, 248, 252, 253, 256, 258, 259,
260, 261, 262, 263, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 274, 275, 281, 283,
292, 293, 301, 303, 305, 306, 307, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316,
317, 318, 322, 324, 327, 329, 332, 333, 334, 335, 336, 339, 341, 342,
344, 346, 349, 350, 351

sexo 30, 41, 42, 43, 44, 95, 152, 153, 154, 191, 192, 193, 194, 195, 196,
239
sexualidad 28, 47, 102, 103, 104, 300
significado 57, 66, 81, 82, 85, 101, 106, 112, 224
sillas 16, 111, 127, 135, 157, 158, 164, 256, 282, 297
Sinaloa 180, 209, 211, 212, 222, 244, 278, 317, 322
sindicalización 41, 193
Singer, Merrill y Hans Baer 78
sobadora 28, 210, 211, 218, 335
sociocultural 22, 25, 28, 65, 104
sociología 32, 65, 73, 96, 165
sofocación por humo 171
soldadura 48, 111, 151, 152, 161, 162, 198, 204, 256, 259, 322, 323, 332
solventes 167, 169, 174, 175, 199, 320, 321, 323, 332
Sonora 17, 55, 61, 74, 91, 133, 135, 137, 138, 142, 143, 146, 147, 163, 166,
174, 180, 184, 192, 193, 194, 212, 213, 263, 278, 279, 330
sub-registro de enfermedades 49
Sudán 276
Suecia 62
sueño 16, 51, 110, 213, 248, 273, 282, 298, 321
suero 274
supervisor 54, 88, 110, 111, 134, 152, 158, 184, 190, 229, 259, 303, 304,
306, 310, 341, 342
supervisora 288, 304, 307, 309, 310, 323
susto 78
Szasz, Ivonne 74, 86, 87, 104, 230

T

tableros 151, 160, 162, 213, 305, 309
Tamaulipas 176
Taylor, Charles 81, 82, 83, 94
tecitos 256, 293, 331, 334
temores 28, 300
Teresa 230, 233, 237, 239, 240, 259, 266, 280, 282
Tijuana 41, 43, 49, 52, 53, 144, 167, 177, 178, 180, 184, 186, 188, 193, 202,
203, 204, 206, 207, 208, 301, 343

trabajo asalariado 65,108, 321
trabajo de campo 17, 19, 69, 75, 77, 84, 108, 109, 112, 117, 121, 122, 123,
124, 125, 126, 127, 128, 129, 139, 140, 159, 336
trabajo doméstico 53, 62, 188, 286, 318, 324
trabajo femenino 21, 22, 30, 32, 33, 34, 35, 40, 61, 329
trabajo nocturno 298
transacciones 68
transporte 48, 148, 154, 170, 174, 178, 190, 191, 306
transversal 53, 202
Tucson 210, 221, 275, 315, 334
turno vespertino 135, 198

U

ultrasonido 218, 237, 243, 264, 267, 269, 272, 334
Uribe, G.et al 31

V

vacunaciones 96
várices 248, 250, 251, 325, 326
verano 173
vendedores 179
ventilación 172, 199, 203, 204
verano 127, 170, 173
vergüenza 221, 222, 228
víctimas 21,23, 33, 62, 75, 91, 330, 343
vida sexual activa 232
violencia familiar 35
vitaminas 210, 211, 221, 240, 260, 265, 304, 313, 315, 342
vivencias 28, 76, 114, 115, 127, 139, 217, 236
viviendas 129, 147, 148, 149, 171, 175, 177
vómito 260, 333
vómitos 51, 217, 221, 222, 247, 248, 250,260, 263, 283, 303, 319, 324,
325, 333, 344
vulnerabilidad 95, 147, 178, 204, 236, 343, 350, 352

ÍNDICE ANALÍTICO

W

Waldron, Ingrid 32, 61, 201

West, Candace y D. H. Zimmerman 87, 88

Z

Zolla, Carlos y Virginia Mellado 65, 67, 319

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento a las innumerables personas e instituciones de quienes recibí apoyo para la realización de este trabajo en sus distintas etapas. Primero quiero mencionar a Gail Mummert, profesora-investigadora de El Colegio de Michoacán. En ella encontré siempre el apoyo y el ánimo para llevar a buen término toda la investigación.

Gracias a Gilda Salazar, cuya entusiasta participación en la primera etapa del trabajo de campo en la ciudad de Nogales, Sonora, fue de gran ayuda para la realización de las entrevistas y la aplicación de la encuesta.

Deseo expresar mi reconocimiento a El Colegio de Michoacán, institución que contribuyó a mi proceso de crecimiento como investigadora. Varias personas me apoyaron durante mi estancia en este lugar y se interesaron por que la investigación llegara a buen fin. Agradezco el apoyo recibido de los coordinadores del Programa de Doctorado, Andrés Lira, Gail Mummert, Andy Roth y Chantal Cramausse. Aprecio la calidez y el apoyo recibido de Blanca Corrales, Martha Manzo y Antonieta Delgado.

Durante los Seminarios de Investigación del Programa del Doctorado en Ciencias Sociales, recibí comentarios útiles de profesores-investigadores, profesores invitados, así como de mis colegas en el Programa. Quiero reconocer sus aportaciones: Lucy Atkin, Claudio Stern, Mercedes González de la Rocha y Elizabeth Cartwright. En más de una ocasión, los incisivos, precisos y respetuosos comentarios de Eduardo

L. Menéndez y de Andy Roth me forzaron a buscar mayor definición y sustento a mi trabajo y me ayudaron a definir mis opciones. A ellos estoy profundamente agradecida. En particular, Eduardo Menéndez me brindó generosamente una visión rigurosa y sagaz del documento, que no sólo me permitió mejorar la versión final, sino que contribuyó a consolidar mi formación como investigadora. Mis compañeros del grupo de Salud y Sociedad me animaron siempre a continuar y apoyaron con sus propios ejemplos y contribuciones a un tema común. Por su compañía, crítica y ejemplo, agradezco a Francisco Javier Mercado, Judith Ortega, Rosario Román, Ana Leticia Salcedo y Raquel Abrantes.

Tuve el privilegio de presentar mi investigación en un Seminario del Grupo de Intercambio Académico en Salud Reproductiva (GIASAR), formado por investigadores de El Colegio de la Frontera Norte, El Colegio de la Frontera Sur, El Colegio de México y El Colegio de Sonora. En particular, agradezco los cuidadosos comentarios de Norma Ojeda, Leonor Cedillo, Juan Guillermo Figueroa y Rolando Tinoco.

El Colegio de Sonora fue durante toda esta etapa la institución que me albergó y alentó a desarrollar todas las actividades relacionadas con la investigación. Por su apoyo y por constituir un referente amplio y amable para el desempeño académico, estaré por muchos años agradecida. Es difícil mencionar a todas las personas de dicha institución que en un momento u otro me apoyaron como Ignacio Almada Bay, Patricia Aranda, Pilar Barrientos, Patricia Barrón, Carmen Castro, Mariana Castillo, Lucía Castro, Leti Cheno, Óscar Contreras, Elsa Cornejo, Rosario Estrella, Leonardo Cruz, Mayoya Fonseca, Graciela García, Blanca Lara, Armando Haro, Alba López, Martha López, Miguel Manríquez, Lupita Martínez, José Luis Moreno, Ana Lilián Moya, Bertha Navarro, Miguel Rascón, Isabel Rentería, Macrina Restor, Blanca Zepeda, Mónica Robles, Coyito Rodríguez, Raquel Torres y Martín Valenzuela. Deseo expresar mi reconocimiento especial a Gabriela Grijalva, quien me apoyó en el diseño de la muestra para la encuesta y en el análisis estadístico de la misma, apoyada por Soledad Barrientos. Muy particularmente quiero agradecer el apoyo de Verónica Larios, Miriam García, Fernanda Aguilar y Orfilia Arvizu por sus finas manos y ojos de águila en la conversión del manuscrito en libro.

La gratitud que siento con las mujeres que fueron entrevistadas durante los cuatro años de esta investigación es muy profunda; compartieron su muy limitado tiempo personal y abrieron sus casas desinteresadamente para recibirnos.

En la Planta X, agradezco el apoyo de varios gerentes y administrativos, cuyos nombres omito por el compromiso establecido de no mencionar el nombre de la fábrica. A los médicos y médicas entrevistadas en el Instituto Mexicano del Seguro Social y en los Servicios Médicos de la Secretaría de Salud en Sonora, agradezco su tiempo y disposición para compartir.

En Nogales, durante los años de investigación, el primer punto de llegada fue la oficina de El Colegio de la Frontera Norte. En particular al coordinador de la Oficina de Nogales, Francisco Lara, agradezco que la institución haya sido tan buen anfitriona, pues en el COLEF encontramos un lugar desde donde pudimos realizar el trabajo de campo, locutores que conocían el contexto local y regional, críticos académicos que no permitieron que ignoráramos algún aspecto relevante, referencias obligadas para la temática amplia de maquila y desarrollo y vínculos con otros colegas.

A Eliseo Gaxiola, de Nogales, mi agradecimiento por las fotografías que amablemente puso a mi disposición.

La deuda que tengo con estas personas y sus respectivas instituciones la tomo con la mayor seriedad, asumiendo mi responsabilidad por compartir con otros lo que ha sido compartido tan ampliamente conmigo. Deslindo, a la vez, a unas y otras de su responsabilidad con los resultados que aquí se presentan.

Este trabajo fue financiado por CONACYT a través de la beca 49141, del 1 de enero de 1993 al 30 de agosto de 1995, para la realización de estudios de doctorado. Agradezco muy especialmente el apoyo recibido de la Fundación Ford para realizar la investigación que sustenta a este libro.

Esta reimpresión consta de quinientos
ejemplares, y se terminó de imprimir
el mes de noviembre de 2008
en los talleres de Flexomex,
Simón Bley no. 35,
col. Olivares,
Hermosillo, Sonora
Tel./ fax: (662) 218 80 75.

Diseño de portada: Natalia Trejo
a partir de una obra de Carmen Parra

Compuedición: Fernanda Aguilar Almada
Corrección: Miriam García

La edición se formó en QuarkXPress 7.3
con tipografía *Times New Roman*
de 11/14 y estuvo a cargo del
Departamento de Difusión Cultural de
El Colegio de Sonora



**EL COLEGIO
DE SONORA**

Publicaciones recientes

Conjunción de pasiones.

Trayectoria vital e intelectual de Darío Galaviz

Quezada

(Guaymas, Sonora, 1951-1993)

Silvestre Hernández Uresti

"Soy pescadora de almejas..."

Respuestas a la marginación en el Alto Golfo de

California

Gloria Ciria Valdéz-Gardea

Fundación y primeros años de la gobernación

en Sonora y Sinaloa 1732-1750

(reimpresión)

María del Valle Borrero Silva

Casa de tiempo y sol

(reedición)

Eloy Méndez Sáinz

región y sociedad

Revista de El Colegio de Sonora, no. 41

Varios autores

www.colson.edu.mx

En este libro se plantea que las prácticas de atención al embarazo de las madres-trabajadoras son mucho más amplias y diversas que las que usualmente se reconocen en los programas de salud pública vigentes y en los enfoques de epidemiología ocupacional que investigan la salud reproductiva de las trabajadoras. Los resultados dejan entrever la participación activa de las madres-trabajadoras al modelar sus prácticas, mediante negociaciones con actores como sus parejas, ciertos familiares, el personal de mando en las fábricas y los médicos, agentes que intentan tradicionalmente ejercer control sobre el cuerpo de las mujeres de diferentes formas y en diferentes momentos de sus vidas. También negocian con sus compañeras y compañeros de trabajo y con sus amistades. Estas negociaciones generalmente se caracterizan por el sentido de solidaridad –aunque no están exentas de conflicto–, con base en condiciones de vida y de trabajo compartidas. Ignorar estas condiciones conlleva a la ejecución de programas de salud pública parciales y deposita en las trabajadoras y sus familias una carga extraordinaria de cuidado de su salud.



**EL COLEGIO
DE SONORA**