

Repensando la utilidad de la historia de las ideas en el estudio de las transformaciones sociales: ideología, cultura y poder en las prácticas de atención a la maternidad en México.

Karla S. Ruiz Oscura ¹

Resumen:

En el presente trabajo se plantea la determinación política de las transformaciones en las prácticas de atención a la maternidad en el medio rural de México. Por una parte se delimitan las grandes tendencias económico-políticas que han influido en el diseño de las políticas públicas en el campo de la atención materna, destacando las implicaciones y problemáticas inherentes a la adopción mundial del modelo neoliberal en el tema de la salud en general y en el de la atención materna en específico, y revisado a partir de algunas experiencias de mujeres de diferente edad en una comunidad rural de la costa de Oaxaca, México. Es así que el estudio de las prácticas de atención materna, requiere de una aproximación a la historia de los procesos de medicalización y mercantilización de la atención (clínica) de la maternidad desde el terreno de la política sanitaria.

Palabras clave: Prácticas de atención a la maternidad, política sanitaria, procesos de medicalización y mercantilización.

Abstract

In this paper, talk about Social Determination of change of motherhood attention practices in rural context of Mexico. First, delineate the economic and politics big tendencies than influenced the public policy design in the motherhood attention field, with the implications and inherent problems of neoliberal model in health topic and the motherhood attention in specific, and revised from some experiences of women of different age in a rural community of the Cost of Oaxaca, México. And so, the study of motherhood attention practices, require a history approach of process of medicalization and mercantile of (clinical) motherhood attention from sanitary policy field.

Key words: Motherhood attention practices; sanitary policy, medicalization and mercantile processes.

¹ UAM-Xochimilco, México. Correo electrónico: koscura@yahoo.com.mx

Introducción

Actualmente, las ciencias sociales han planteado diversos marcos teóricos que explican el proceso por el que una sociedad se reproduce, y si bien el proceso de reproducción social implica la *repetibilidad* de las estructuras que condicionan relaciones de poder y el establecimiento de la hegemonía en el terreno ideológico y práctico, también entraña una constante *transformación* de las sociedades que va tejiendo procesos sociales performativos y diversos en la trama social que se van combinando con otros procesos de mayor amplitud y/o de más especificidad que van desenvolviéndose a lo largo del tiempo y a partir de la acción de los actores sociales.

En esa inaprensible complejidad, el marco general de las ciencias sociales y de las ciencias de la salud en este caso, se han establecido diversas perspectivas con las que son vistas las relaciones entre lo macrosocial y lo microsociales, entre lo general y lo particular, entre lo individual y lo social (o colectivo) y por supuesto entre sujeto y estructura, por mencionar algunas de las relaciones paradigmáticas recientes. No obstante, la transformación de las prácticas sociales que es el tema de interés de este trabajo ha sido tratada ampliamente. Sin embargo lo anterior solo sirve de marco de referencia, ya que no es la finalidad de este trabajo la elaboración de una secuencia histórica minuciosa o el estado de arte de la temática; más bien se plantea un interés por reflexionar sobre el papel de la política en la determinación social de las prácticas sociales en general y las prácticas de atención del embarazo, parto y puerperio en específico.

Suponemos que el estudio de las prácticas de atención de la maternidad, constituye un “pretexto” para el estudio de la reproducción social y un campo de estudio propicio para revisar la determinación política de las prácticas sociales referidas a la atención, como parte de un proceso donde se estableció la práctica médica como hegemónica y que bajo ciertas perspectivas teóricas ha sido tratado como proceso de medicalización y funcionalidad al sistema económico. En ese sentido, la atención es un ámbito de estudio que permite reflexionar sobre el curso de la historia de la política social y sanitaria, ya que permite acercarse por una parte a las grandes tendencias ideológico-prácticas de la institucionalización de la biomedicina como modelo médico hegemónico (Menéndez, 1990) que ha promovido las políticas de Estado; y por otra parte nos permite la aproximación a las múltiples respuestas que los actores han tenido frente al establecimiento de una estructura institucional de la práctica médica estatal.

Este trabajo como parte de una investigación de tesis, recupera algunas reflexiones sobre las transformaciones recientes en cuanto a la atención de la maternidad en un contexto rural mexicano, tomando en cuenta el papel de las mujeres en dichas transformaciones. Los relatos de 15 mujeres en el tema de las prácticas de atención a la maternidad, las charlas con diversos actores respecto al contexto de estudio y con personal de salud en unidades médicas de primer nivel nutren esta reflexión sobre la historia de la medicalización y mercantilización de la maternidad, es decir, nos revela la forma en la que se introdujo la práctica médica

de la atención a la enfermedad en el contexto, donde pieles femeninas específicas han encarnado experiencias particulares en procesos de discriminación, explotación y violencia herencia de las estructuras precoloniales y coloniales en la región. Color de la piel, pertenencia a un grupo étnico, género, edad y clase social, son mapas de los sistemas clasificatorios que legitiman un orden social dentro de una estructura de poder que se basa en categorías raciales para justificar las relaciones entre dominantes y oprimidos, y quizá “ocultan” –por su propia naturaleza ideológica- las diferencias más discriminatorias de los grupos subordinados frente a la estructuración del sistema de salud.

Escuchado las historias de cada una me di cuenta de un proceso histórico complejo donde el modo de producción capitalista en el contexto local-nacional se ha consolidado a partir de su adherencia a las representaciones de las doctrinas raciales que han predominado desde tiempos remotos en la historia de la humanidad. El capitalismo es el modo de producción vigente porque quizás esta basado en la parte oscura del hombre, donde se constituyen órdenes basados en criterios discriminatorios y opresivos que estructuran las diferencias, las asocian a un gran sistema de clasificación donde existe un orden jerárquico y las someten a dinámicas específicas para llevar a cabo el ciclo de reproducción social. Así las diferencias raciales y étnicas, genéricas, de clase y de generación establecen estructuras de poder que parten de relaciones históricas entre distintos y desiguales.

Ojo al gato, también al garabato

Un tema que se ha planteado desde las ciencias sociales en la relación sujeto-estructura es la adopción de modelos de sociedad que legitiman y hacen que parezca “natural” (en un sentido evolucionista y biologicista) lo históricamente construido.

Por una parte hay bastantes trabajos que se han orientado a la naturalización, incorporación y *corporeidad* de las estructuras, y la reproducción de éstas en la vida cotidiana, donde hay bastantes referentes en varias disciplinas sociales que pueden ejemplificarse en la actualidad con los trabajos de Pierre Bourdieu con el concepto de *habitus*, y con la teoría de la estructuración de Giddens, por mencionar a dos de los representantes de la corriente posestructuralista de la sociología moderna y de la escuela francesa e inglesa respectivamente.

Por otra parte se trabajó durante mucho tiempo sobre la perspectiva histórica en las ciencias sociales sobre todo por el desarrollo e influencia de la propia disciplina histórica en Occidente; por el materialismo histórico como influencia específica del pensamiento crítico europeo con que nació el siglo XX, así como por la naciente etnología y antropología del siglo pasado que en América se desarrollaron primeramente sobre el particularismo histórico “boasiano” como parte de la respuesta que se dio a los procesos de colonización europea en América y a las propuestas políticas específicas en el tratamiento de la diferencia cultural en la

consolidación de los Estados Nación, y que se desarrolló principalmente por la escuela norteamericana de antropología; así como, en otro contexto, respondió la escuela francesa de etnología y la de antropología social inglesa al estudio de las sociedades tribales africanas, americanas y asiáticas.

La historicidad de las ciencias sociales nos puede hacer reflexionar no sólo sobre los procesos sociales estudiados, es decir sobre los procesos en sí, sino en el papel que las ciencias sociales han tenido en la reproducción social; y especialmente el que han jugado en el establecimiento de las estructuras de poder desde una posición de privilegiada basada en la legitimación social conferido a las ciencias en general por sus específicas características (y podemos pensar entonces en procesos para sí). La historia de las ciencias en general nos señala la importancia y obligación, como estudiosos de lo social, de hacer sociología de las ciencias, y revelarnos el papel histórico que hemos tenido, el que tenemos, y sobre todo, el que queremos tener. Para adentrarnos al tema del papel de la determinación política de la reproducción social, y específicamente en la relación entre ideología y prácticas sociales, debemos tener presentes las estructuras de poder en las que nos movemos con una mirada siempre constante y crítica a nuestro propio quehacer.

Así, después de este posicionamiento, encuentro una extraordinaria utilidad en el estudio de las ideologías desde la relación que guardan con las prácticas sociales, para la comprensión de la reproducción social, así que me acerco al terreno empírico con un método particularmente usado en las ciencias sociales y tradicionalmente en la antropología social, en donde las prácticas de individuos históricos, sociales y concretos son vistas por otro individuo histórico, social y concreto a través de la narratividad de las experiencias de vida. Algunas señoras de Charco Redondo, Oaxaca, me platicaron su experiencia en las formas en las que “atendieron” su embarazo, parto y puerperio, sin embargo no fue lo único que dijeron, por supuesto la vida de estas mujeres no ha sido fácil, y me hablaron de una vida productiva muy intensa desde la infancia, problemas de maltrato desde esa edad, condiciones paupérrimas de vida, relaciones donde se ejerce violencia de todo tipo con sus parejas y en general con sus familias, sus preocupaciones de siempre, de ese momento, de lo que vendrá, y de las enfermedades propiciadas en gran medida por todo ello.

El género es definido como la construcción social en la cual la diferenciación socio-cultural que se ha establecido entre hombre y mujeres ha sido desigual, porque se ha basado en la subvaloración, la opresión y la inequidad de la mujer con respecto del hombre, apoyada en la diferenciación biológica (Oliveira en Fernández, 1998: 65). La relación entre los rasgos biológicos y los cultural y socialmente fijados, hace que ambos tipos de características femeninas y masculinas aparenten ser parte de la naturaleza de cada sexo. (Maier en Fernández, 1998:65).

La manera en la que se concibe la maternidad influye en las maneras de actuar frente a ella, considero, con la intención de partir de una generalidad, que la concepción biomédica de la maternidad, y bajo la óptica del enfoque de riesgo, es muy cercana a la de enfermedad, quizá por el discurso político en donde ha adquirido un importante peso, dado que la muerte materna se ha construido como indicador de desarrollo, a la vez que telón de fondo de muchas organizaciones políticas, sociales y civiles. Sin duda la maternidad es el tema central en un tipo de activismo político contemporáneo, pero también y en contraposición a éste, la medicina que es considerada una ciencia moderna, aparece con un carácter neutral, con ese atributo eminente de la ciencia positiva que oculta el carácter político e ideológico y por tanto la relación con la estructura de poder. La medicina científica que es el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1990), se ocupa de un cuerpo de conocimientos aplicados a un campo de acción institucional, para curar y restablecer los cuerpos en base a un sistema de representaciones y prácticas enfocados a la *atención de la enfermedad*, y también bajo este mismo enfoque de riesgo, a la prevención y cuidado de la salud basado en la “corresponsabilidad” entre el médico y el paciente.

Gracias a ese carácter ideológico y práctico de la medicina y a su naturaleza política, el concepto “atención” no nos muestra “evidencias” de atropellos y violaciones de los derechos humanos de miles de personas y en específico hacia ciertos grupos que han sido dominados en la historia, más bien reafirma constantemente sus funciones en el mantenimiento de la estructura, donde la atención (y en específico la clínica) nos recuerda precisamente lo que no ha cambiado en mucho tiempo respecto a las relaciones entre pueblos, entre géneros y entre clases que por supuesto se sustentan en las relaciones de poder en la sociedad moderna (Foucault, 1980). La atención es un espacio más de intervención y dominio por parte de las instituciones de Estado, y en su vertiente más clínica es un lugar propicio para el florecimiento de la compra-venta de servicios, que en el caso de la maternidad se conforma como un negocio altamente rentable en los servicios privados que cada vez tienen mayor oferta. La salud materna en términos de atención clínica especializada, es cada vez más mercantilizada por medio de un proceso consolidado de medicalización de la maternidad que emprendió el aparato estatal desde la consolidación de los sistemas de salud, de donde fueron excluidos otros modelos médicos subalternos, sin tomar en consideración el respeto a las formas comunales y colectivas de conocimiento en la gnoseología popular (Menéndez, 1990).

Entonces, ¿es posible pensar en las prácticas de atención como prácticas de salud?... me parece que no, más bien considero que se trata de alcanzar a ver que desde la visión hegemónica, la reproducción es un conjunto de procesos ligados básicamente a la procreación, en aquello que se podría suponer le confiere su naturaleza biológica, con un sistema clasificatorio y binario basado en la distinción entre lo normal y lo patológico, donde la salud se relaciona a lo normal y la enfermedad a lo patológico (Canguilhem, 1978), y donde buena parte de la salud “materna” es vista políticamente en términos de morbilidad y mortalidad y prioritariamente en el terreno de la epidemiología clásica. Las mujeres juegan un

papel central en esta visión, ya que son ellas “el sujeto que se menciona permanentemente a lo largo de [la] conceptualización y el objeto concreto de acción sobre el cual se aplica el rigor de la política, de la estrategia y del discurso...” (Fernández, 1998: 65)

Así que considero, que las políticas sanitarias que están ancladas al modelo médico hegemónico hablan de salud materna, pero actúan en función de dar atención clínica a la maternidad, donde los objetivos principales son la prevención del riesgo obstétrico y de la muerte materna mediante el manejo clínico del embarazo, parto y puerperio con especial énfasis en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las complicaciones, cuestión que es muy importante para el abatimiento de la muerte materna, pero que no habla de prácticas de salud, sino de control de la enfermedad, del control médico del útero y del cuerpo femenino, nos habla del proceso de medicalización en un contexto.

La política absorbe sentidos de la vida cotidiana y los refuncionaliza de acuerdo a intereses de clase específicos. La medicina ha sido funcional al modo de producción capitalista, es por tanto partícipe de la política, al participar en la ideología y prácticas relacionadas a la reproducción social de la estructura donde se establece que la salud es una mercancía más y no un derecho social y humano. Actualmente el sistema de salud mexicano, reproduce en el discurso la concordancia que se tiene con los acuerdos internacionales en el tema del derecho a la salud, posicionándose en términos éticos; sin embargo ha adoptado medidas propuestas por los bancos de financiamiento internacional, adoptando una posición dura en la disolución de los sistemas de seguridad social a favor de la privatización de los servicios, donde adopta la lógica del mercado en la aplicación de la política social. Las contradicciones del sistema político en su toma de posición frente al modelo macroeconómico aunadas a una estructura burocrática corrupta se ven claramente ejemplificadas en el sistema de salud mexicano, su características específicas es que históricamente ha estado basado en la estructura de clases, lo que ha derivado en un sistema fragmentado, contradictorio, desorganizado y corrupto que está cada vez más lejos de proveer y garantizar para el futuro el derecho a la salud.

Es así que podríamos proponer el estudio de las ideologías como parte de una reflexión más amplia que nos ayude a entender las estructuras de poder y generar rompimientos en los aspectos que no nos son favorables, ya que la narrativa de las clases dominantes ha coadyuvado al establecimiento de un “orden social” naturalizado por todos nosotros, que hoy más que nunca nos es ajeno y nos sujeta a un control donde el objetivo se planea explícito: salvaguardia del orden social como el primer interés común, aún si en ello se atropella la vida de otros, o si ese orden en principio no existe más que en los discursos que detentan las clases políticas en el poder, o para ir más allá, ese orden es aprovechado con todos sus recursos y mecanismos para el enriquecimiento de una clase política cada vez más descaradamente ambiciosa.

Por otro lado, las políticas de salud reproductiva en México parten de un constructo estereotipado de la salud (muy acotado y totalmente sustituido por

atención a la enfermedad) que se lleva al ámbito de la función reproductiva de la mujer (desde un rol tradicional) y que se limita básicamente a cuatro ámbitos de acción en la lógica de la focalización y costo efectividad en la atención a la enfermedad y no en la salud en sí, las líneas de acción de las políticas de salud reproductiva son:

- Manejo de la fecundidad (acceso a anticonceptivos, interrupción segura y legal de los embarazos, prevención y tratamiento de la infertilidad)
- Atención para la salud materna (atención prenatal y posparto, partos seguros, nutrición)
- Sexualidad (manejo de las infecciones del tracto genital, manejo de las enfermedades de transmisión sexual, expresión sexual plena)
- Detección y tratamiento (cáncer de mama, cáncer cérvico-uterino)

Esta visión medicalizada de la salud reproductiva, implica ver a la salud como estado ideal, y actuar más bien en función de la lógica de prevención y atención del daño a la salud, es decir se trata de un problema médico, en términos de desorden, alteración o anormalidad (Conrad, 1992). La medicina es un conjunto de saberes legitimados por pertenecer al dominio científico y más específicamente al campo de las ciencias exactas y biológicas; que han sido adoptados por una forma específica de estructuración del aparato estatal. La “atención” implica un proceso de medicalización del parto y del cuidado de los periodos prenatal y el puerperio, en el que se han establecido ordenamientos jerarquizados entre los modelos médicos donde el modelo dominante se basa en los criterios cientificistas nutridos por la biología específicamente en la relación salud-enfermedad y sobre la concepción del cuerpo reproductor femenino como espacio de control social.

La definición de maternidad en la visión medicalizada, parte del supuesto de que el cuerpo de la embarazada es objeto de intervención, control y sometimiento a procedimientos clínicos que cada vez son más quirúrgicos (cesáreas) o enfocados al consumo de fármacos y medicamentos como por ejemplo el uso indiscriminado de oxitócicos durante la labor de parto.

En una comunidad rural colindante a un Área Natural Protegida, zona federal mexicana, con un ecosistema de selva tropical en la Costa de Oaxaca, donde viven familias de campesinos, comerciantes y migrantes, siendo estas actividades económicas predominantes en la región; estuve en la casa de tres mujeres: la abuela, la madre y la hija, la primera de 94 y la nieta de aproximadamente 35 años, y pensaba constantemente sobre la reproducción de las formas de violencia hacia estas personas ya sea por su condición étnica y racial, de clase, de género y/o de generación. Y entonces quise reconstruir la historia de cómo ha sido visto, sentido, vivido el cuerpo reproductor en esta antigua comunidad costeña, así que en particular me centré en dos procesos implícitos en la revisión de las prácticas de atención del embarazo, parto y puerperio: el proceso de medicalización del útero en su función reproductiva y el proceso de mercantilización de la atención

clínica de la maternidad a partir de la adopción del modelo neoliberal, ambos vinculados a las estructuras de poder.

Las experiencias de cómo tuvieron a sus hijos, los relatos sobre la llegada de los primeros pobladores al lugar, la conflictiva y constante interacción entre grupos sociales adscritos y autoadscritos a categorías étnicas y/o raciales antes y después de la colonización española, se combinaron para mostrar un panorama rico a los ojos de quien se interesa por los procesos históricos de las relaciones de poder. Las mujeres que me hablaron de su vida, de sus sentires, de sus reservas, de sus dolores, de sus recuerdos de infancia tenían diferente edad, la más grande de 94 años, quien me alojó en su vida durante algunas semanas... decía constantemente: "Todo cambia".

Las transformaciones en las prácticas atención: del espacio doméstico a los servicios públicos, y de éstos a la privatización del sector

De acuerdo a los relatos de las mujeres de Charco, y recurriendo al recurso metodológico de la historia oral, la política de salud general se comenzó a introducir a la comunidad con las campañas de vacunación del sarampión y varicela hacia los años sesentas, y en el área de la atención materna con los programas de panificación familiar consolidados para los años ochenta en la región.

"Antes no había doctores...", mencionaba doña Teresa, "...y cuando comenzaron a venir los doctores ni queríamos vacunarnos porque pensábamos que nos querían enfermar, hasta que nos explicaron que se trataba de la reacción a la vacuna... y antes la gente si se moría de sarampión"

Las personas se fueron acostumbrando a la presencia de médicos y personal de salud en la comunidad, y en el caso específico de Charco Redondo este proceso se consolidó de manera rápida con la llegada de un médico de la capital oaxaqueña que vivió en la comunidad por alrededor de 10 años y prestaba sus servicios a muy bajo costo, incluyendo los partos. El médico no practicaba cesáreas en ese tiempo, mencionaba Zeferina: *"si teníamos problemas, llamaba al marido, a la familia y les decía que consiguieran carro para llevarnos al hospital de Pinotepa... y bueno también aplicaba inyecciones para tenerlos"*.

Hace aproximadamente 15 años se construyó la casa de salud en la comunidad y la encargada por más de 12 años fue hasta hace un par de años Doña Martina, quien era partera como su mamá quien era originaria de Veracruz.

Martina durante ese tiempo se certificó como partera en la Secretaría de salud por medio de la gestión municipal de ese momento (mediados de los noventa aproximadamente) y tuvo una formación básica de enfermería y primeros auxilios. Así que combinó sus conocimientos en la partería y herbolaria con los de enfermería y atendió a la mayoría de mujeres de esa y dos generaciones más utilizando el método de expulsión vertical durante el parto.

Una mujer refería: “nos colgaban del mecate amarrado a las vigas de las casas, de ahí se agarraba uno y a pujar” y ante este recuerdo colectivo varias de las presentes manifestaron sus temores y en general sus experiencias aludiendo que muchas veces les daban cerveza o las inyectaban para atenuar un poco el dolor del parto o para apresurarlo, y que la partera ingería muchas cervezas, más si el trabajo de parto se prolongaba muchas horas.

Parece ser que las transformaciones de las prácticas de atención a la maternidad en la comunidad obedecen, sí, a una estructuración de los servicios en lo que se vio anteriormente acerca de la medicalización y del control de la fecundidad como política de Estado que supongo toma forma con las políticas y programas de Planificación Familiar de los ochentas y noventas, aunque definitivamente estas transformaciones también tuvieron que ver con la actuación de los agentes de salud en el terreno local, quienes facilitaron que las prácticas de atención se llevaran al espacio público desencadenando un proceso de transformación en las formas de concebir y de mirar la maternidad, así como en las prácticas de atención médica. Aunado a ello la incorporación de la mujer al trabajo asalariado y las formas de organización familiar, facilitan que las mujeres comiencen a utilizar algún método de planificación familiar (que ha sido predominantemente hormonal en las comunidades de México) inclusive uno definitivo como “la salpingo” que generalmente se han hecho tras haber dado a luz y casi siempre por sugerencia de los médicos.

Hoy en día y entre las generaciones de mujeres que van de poco más de los treinta años a los 18 (edad de la entrevistada más joven), se puede pensar que la tendencia a medicalizar y contratar servicios privados crece día a día. De ahí que la atención tienda a buscarse directamente en unidades médicas de segundo nivel, ya que los hospitales regionales del sector público se ubican en dos centros urbanos importantes donde además tienen la opción, en caso de no encontrar respuesta en los servicios públicos, de acudir a varios sanatorios y hospitales privados. Estas decisiones han sido tomadas por las experiencias anteriores y gracias a la disposición de dinero mediante microcréditos o préstamos a rédito, por la incorporación de la mujer al trabajo asalariado y a la migración laboral que se ha constituido como la principal actividad económica de la región, sobre todo a partir de los desastres naturales que provocaron los huracanes Dolores en 1974 y Paulina en 1995.

Las remesas han conformado la principal fuente de recursos económicos en las familias, y han sustentado la atención clínica de los partos en sanatorios privados ante la deficiencia de los servicios estatales y el acceso restringido a dichos servicios. Junto con los microcréditos y préstamos de particulares, las remesas financian la atención cada vez más clínica de la maternidad, trasladándose de manera marcada al mercado de la oferta de servicios privados. Así la mayoría de la gente en la región pasó de ser población abierta (por la tasa tan baja de incorporados a los sistemas de seguridad social) a ser clientes que pagan aproximadamente 1500 pesos (en los servicios públicos) y 12 mil pesos en los servicios privados, por una cesárea.

Las tendencias en las prácticas de atención nos revelan transformaciones acordes y coherentes a las transformaciones de la sociedad y en este caso al modelo de Estado que en años recientes ha implementado una política sanitaria bajo un esquema de paquetes básicos y en la lógica del costo-beneficio dictadas por Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. Con la llegada de los programas de gobierno Oportunidades y Seguro Popular se ha hecho latente este tránsito en la forma de mirar a “las pacientes”, en el primero eran beneficiarias, por ser parte de la población abierta que está excluida de la seguridad social; en el segundo ya son clientes que se deben apegar a las cláusulas del contrato donde se establece un catálogo de responsabilidades y restricciones en el tipo de servicios que recibirán de las instituciones de salud, y donde, por cierto la cesárea no es parte de lo que el seguro cubre, quedando sujetas a cualquier tipo de criterios en las tarifas que supuestamente se rigen bajo el criterio de gratuidad para los más pobres en los servicios del sector público o a la contratación de un servicio de alto costo.

Con lo anterior podemos reposicionar la importancia del estudio de las ideologías como parte de metodología para el cambio social con conciencia histórica. Ahora más que neutralidad, las ciencias sociales necesitan tomar posición política a partir de la reflexividad y el conocimiento de la historia en la sociedad moderna occidental. Es importante mirar esas grandes líneas que nos van condicionando y posicionando frente a los demás, que conforman los marcos políticos de nuestros tiempos y que nos determinan como sujetos frente a la estructura social. En un trazo histórico tan grueso, se busca retratar la determinación política de las transformaciones de las prácticas de atención a la maternidad en el México rural, pero también se plantea un necesario reposicionamiento de nosotros como sujetos históricos ¿o quizá no es tiempo de alcanzar a ver el futuro que nos espera en el neoliberalismo más fundamentalista?.

Bibliografía consultada

Aguado, J.C. y Portal, A.M. (1991) “Ideología, identidad y cultura: tres elementos básicos en la comprensión de la reproducción cultural” *Boletín de Antropología Americana*, México.

Bourdieu, P. (1990) *Sociología y cultura*, Grijalbo, México.

Campos, R.; Arganis, N.E.; Torrez, D. (2006) “Prácticas de atención utilizadas por adultos mayores con enfermedades crónicas” *Revista Salud Problema*, núm. 20, UAM Xochimilco, México.

Donangelo, M.C. (1976) *Salud y sociedad*, Librería Dos Ciudades, Sao Paulo.

García Canclini, N. (1995) *Ideología, cultura y poder*. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Canguilhem, G. (1978) *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI Editores, México.

Conrad, P. (1992) "Medicalization and social control" *Annual Review of Sociology*, E.U.

Fernández, B. (2007) "Interfase epistemológica entre salud y reproducción social". *Revista Salud Problema* núm. 1 y 2, UAM-X, México.

Fernández, S. (1998) "Aproximación teórico-metodológica a los estudios en salud reproductiva" *Papeles de población*, abril-junio, núm. 016, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México. (www.redalyc.org : consulta del 20 de octubre de 2009).

Foucault, M. (1979) *El nacimiento de la clínica*. SXXI Editores, México.

Leal, G.; Martínez S., C. (2002) *Cuatro ensayos sobre calidad clínica de la atención. El caso de la salud reproductiva*, UAM Xochimilco, México.

Menéndez, E. (1990) *Antropología médica orientaciones, desigualdades y transacciones*. Cuadernos de la casa Chata/Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México.

Rosen, G. (1985) *De la policía médica a la Medicina social*, SXXI, México.

Sesia, P.; Zentella, A.; Ruiz, K.; Chávez, C. (2007) "Violencia y mortalidad materna en contextos indígenas de Oaxaca, una mirada etnográfica". *Revista GénEros* núm. 1 (2), Universidad de Colima, México.

Stern, C.; Figueroa, J.G. (Coords.) (2001) *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*. COLMEX, México.