



**DISCURSOS Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD Y EPRODUCCIÓN: LOS
CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**
Yolanda Bodoque Puerta

ISBN: 978-84-693-6294-5
Dipòsit Legal: T-1601-2010

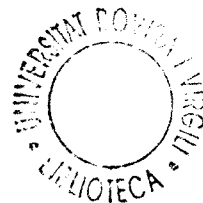
ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tesisenxarxa.net) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tesisenred.net) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tesisenxarxa.net) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

DISCURSOS Y PRÁCTICAS SOBRE
SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN:
LOS CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

YOLANDA BODOQUE PUERTA



DISCURSOS Y PRÁCTICAS SOBRE
SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN:
LOS CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

YOLANDA BODOQUE PUERTA

Octubre 1996

Universitat Rovira i Virgili

Tarragona

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DISCURSOS Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD Y EPRODUCCIÓN: LOS CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Yolanda Bodoque Puerta
ISBN:978-84-693-6294-5/DL:T-1601-2010

0101-02160

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
Departament d'Antropologia Social i Filosofia
de la Facultat de Lletres de Tarragona

Programa de Doctorado: "Antropología Urbana" (1988-1990)

**DISCURSOS Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN:
LOS CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.**

Yolanda Bodoque Puerta

Directoras:

Dra. Dolors Comas d'Argemir i Cendra

Profesora Titular de la Universitat Rovira i Virgili.

Dra. Mari Luz Esteban Galarza

Profesora asociada de la Universidad de León.

Tesis presentada para optar al título de Doctora en Antropología Social

Tarragona, octubre 1996.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DISCURSOS Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD Y EPRODUCCIÓN: LOS CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Yolanda Bodoque Puerta
ISBN:978-84-693-6294-5/DL:T-1601-2010

A las personas que siempre me han acompañado.

*I'll be there time and I'll pay the cost,
For wanting things that can only be found
In the darkness on the edge of town.*

*(Estaré allí a tiempo y pagaré el precio,
por querer cosas que sólo se encuentran
en la oscuridad de los límites de la ciudad).*

Bruce Springsteen

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DISCURSOS Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD Y EPRODUCCIÓN: LOS CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Yolanda Bodoque Puerta
ISBN:978-84-693-6294-5/DL:T-1601-2010

ÍNDICE

O. INTRODUCCIÓN	13
PRIMERA PARTE: DEFINIENDO EL OBJETO DE ESTUDIO	23
1. MARCO TEÓRICO	25
1.1 Alrededor de la planificación familiar	25
1.2 Discursos dominantes vs. discursos alternativos	27
1.3 El control de la natalidad como reivindicación	31
1.3.1 Reivindicaciones ilegítimadas	31
1.3.2 Reivindicaciones aceptadas	33
1.4 Aproximación a una parcela de la historia de las mujeres	36
1.5 La importancia de la visión desde el género	40
1.5.1 La producción de la norma alternativa: los modelos emergentes	43
1.5.2 Ideología y modelos referenciales	47
1.6 Mujer, gestión del cuerpo y cambio social	50
1.6.1 La gestión del cuerpo como modelo	54
1.6.2 La concreción de las propuestas: los CPF	56
2. OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA	61
2.1 Objetivos y niveles de análisis	61
2.2 Hipótesis de trabajo	64
2.3 Metodología y técnicas	65
2.3.1 Entrevistas en profundidad	67
2.3.1.1 Tipos de entrevistas y variables principales	69
a) Profesionales	69
b) Usuaris	75
2.3.1.2 Selección y realización de las entrevistas	87
2.3.1.3 Contenido de las entrevistas	89
2.3.2 Observación participante	90
2.3.2.1 La etnografía en casa	92

2.3.2.2 La constitución del objeto de estudio	94
SEGUNDA PARTE: ANÁLISIS HISTÓRICO	97
3. MOVIMIENTOS SOCIALES EN TORNO AL CONTROL DE LA NATALIDAD DESDE FINALES DEL SIGLO XIX	99
3.1 Contexto demográfico	99
3.1.1 La transición demográfica europea	101
3.1.2 La transición demográfica en España y Catalunya	104
3.2 Contexto social	107
3.2.1 Gérmenes y genes: el control social de la sexualidad y la reproducción	109
3.2.1.1 La política higienista	110
3.2.1.2 La defensa de la eugenesia	113
3.2.1.3 La consideración de la prostitución	116
3.2.1.4 Los anhelos populacionistas en España y Catalunya	117
3.2.1.5 La voluntad de limitar los nacimientos	121
3.2.2 Las primeras feministas opinan y reivindican	124
3.2.2.1 Neomalthusianismo y eugenesia	131
3.3 Cambio de siglo, cambio de estrategia	133
3.4 Curas y ginecólogos	140
3.4.1 El control médico-social de la natalidad	145
3.5 Nuestros cuerpos, nuestras vidas: mujeres para mujeres	146
4. EL PROCESO DE FORMACIÓN DE LOS CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (CPF)	149
4.1 Contexto histórico: política, ciencia y religión	150
4.2 El despertar del feminismo en España: las reivindicaciones en torno a la gestión del cuerpo	153
4.2.1 Legalización de métodos anticonceptivos	156
4.2.2 Apertura masiva de Centros de Planificación Familiar	160

4.3 La especificidad de los Centros de Planificación Familiar	165
4.3.1 Propuestas desde el feminismo	166
4.3.2 Separación entre sexualidad y reproducción	168
4.3.3 Autoconocimiento	171
4.3.4 Estrategias organizativas: estructuración no jerárquica y trabajo multidisciplinario	174
4.3.4.1 Médica especialista en P.F	176
4.3.4.2 Enfermera/consultora	178
4.3.4.3 Comadrona	180
4.3.4.4 Psicosexóloga	182
4.3.4.5 Secretaria	184
4.3.5 El "tiempo para hablar": la difusión de la información	185
4.3.6 La información como soporte	190
4.4 El Estado se hace cargo	193
4.4.1 La integración que marca diferencias	194
4.4.1.1 Diferente concepción de la asistencia	196
4.4.1.2 Diferente estilo de trabajo	197
4.4.1.3 Un caso práctico de integración	198
4.5 Un grupo de mujeres, un CPF. El caso de Tarragona	205
4.5.1 Iniciativas locales	205
4.5.2 Las Comisiones de Planificación Familiar	207
4.5.3 El movimiento feminista en la puesta en funcionamiento del CPF	215
4.5.4 Cierres y nuevas aperturas: un largo camino por recorrer	222
TERCERA PARTE: ANÁLISIS ETNOGRÁFICO	227
5. ESTUDIO DE CASO: ANÁLISIS DE UN CPF	229
5.1 El CPF de Cambrils	229
5.1.1 Marco local: el pueblo	229

5.1.2 Ni carne ni pescado: entre la sanidad y los servicios sociales	232
5.2 Un día en el CPF	233
5.2.1 La llegada: distribución de horas y de trabajos	235
5.2.2 La consulta médica	237
5.2.3 La charla	268
5.2.3.1 Elaboración de la historia personal	277
5.2.4 Preparación al parto	281
5.2.5 Consulta psico-sexológica	283
6. LOS CPF A TRAVÉS DE LA MIRADA DE LAS USUARIAS	287
6.1 El centro: símbolos e ideas	287
6.1.1 La decisión de ir a un CPF	288
6.1.2 Las "históricas": la percepción de las ideas	290
6.1.3 El espacio y la cuestión de las competencias	294
6.2 Pero... ¿qué sugiere la planificación familiar?	301
6.3 Motivos para visitarse en un CPF	303
6.4 La charla: el primer contacto	306
6.5 La consulta: pequeños detalles, grandes diferencias	314
6.5.1 Cuando al otro lado de la mesa hay una mujer	315
6.5.2 La bata como símbolo de jerarquía	318
6.5.3 La consulta ginecológica como ritual	320
6.5.3.1 "¿Dónde me cambio de ropa?"	323
6.5.3.2 El espejo: "mirarse para conocerse"	326
6.5.4 La (creación de la) necesidad de las revisiones ginecológicas	328
6.5.4.1 Los resultados: entre la preocupación y la tranquilidad	330
6.5.4.2 Prevención y autoconocimiento	331
6.5.5 La interrelación profesionales-usuarias	334
6.5.5.1 La negociación de las decisiones	336
6.5.5.2 La otra cara de la moneda	337

6.5.6 Las trabajadoras del planning y los otros profesionales sanitarios	342
7. LA PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES SOBRE LOS PROCESOS RELATIVOS A LA SEXUALIDAD Y LA REPRODUCCIÓN	349
7.1 La socialización respecto a la sexualidad y la reproducción	349
7.1.1 Lo que nos contaron: familia, escuela y amistades	351
7.1.2 Lo que aprendimos de nuestras experiencias personales	362
7.1.3 Una reflexión sobre la información relativa a la salud	369
7.2 Sexualidad y reproducción: ¿control o libertad?	372
7.2.1 Métodos anticonceptivos: los invisibles límites entre la transgresión y la eficacia	378
7.2.2 Sexualidad: entre la pasión y el control	388
7.2.3 Reproducción: tener o no tener, poder o no poder	390
7.3 Menopausia: una frontera que marca un inicio o un final	400
7.4 ¿Asuntos propios o compartidos?	402
7.4.1 Los hombres: la mitad olvidada	402
7.4.2 ¿Cosas de mujeres?	405
8. CONCLUSIONES	413
BIBLIOGRAFÍA	425
EPÍLOGO	439

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DISCURSOS Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD Y EPRODUCCIÓN: LOS CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Yolanda Bodoque Puerta
ISBN:978-84-693-6294-5/DL:T-1601-2010

0. INTRODUCCIÓN

Considero que en la confección de cualquier tesis doctoral tienen importancia las circunstancias personales del autor o autora y las personas que le rodean, y esta introducción pretendo que sirva para todo: para contar como se ha gestado, para justificar el resultado y para agradecer a las personas que directa o indirectamente contribuyen, con su apoyo incondicional, a que el resultado final sea posible.

Desde que en el año 1984 decidí entrar en la Universidad, nada de lo que he hecho ha sido calculado. Todo ha sido producto de los acontecimientos por los que me he dejado llevar, por las personas que he tenido a mi alrededor y por esa maldita manía de pensar "ya veremos lo que pasa". Ni en la Antropología, ni en los Centros de Planificación Familiar, ni en escribir, ni en investigar; en nada de todo esto pensaba cuando me hacían, de niña, aquella lapidaria pregunta "y tú ¿qué quieres ser cuando seas mayor?" La verdad es que no recuerdo bien lo que contestaba. Quizás la respuesta, tan estúpida como la pregunta, era contestada con algún resquicio de duda, al azar, aunque lo que no recuerdo es que contestara con ninguna de aquellas profesiones o cargos que se suelen envidiar: seguro que no quería ser ni princesa, ni misionera.

No hace mucho, mi amiga Anna Sabaté me dijo que cuando nacimos - nuestra generación- seguramente nos pusieron alguna inyección que nos potenció la inseguridad, la duda y los complejos, de ahí que no veamos nunca el momento de decidir qué hacer con nuestra vida porque nunca estamos seguras de nada. Así, el dejarme llevar por los acontecimientos me ha traído hasta aquí, hasta la entrega de una tesis doctoral que he realizado sobre todo, por mí, pero también, como reza la dedicatoria, por las personas que siempre me han acompañado y me han animado a hacerla a lo largo de estos años.

Las primeras personas que me encontré en el inicio de este curioso viaje, son las que me formaron académicamente: Juanjo Pujadas, Josep M^a Comelles, Oriol Romaní, Joan Prat y Dolors Comas d'Argemir. Joan me presentó magistralmente la Antropología, durante el segundo año de carrera, y, desde entonces, es una de las personas que más admiro por su integridad tanto profesional como personal; Dolors, durante los últimos cursos, se convirtió en un modelo a seguir para mí y para muchas de mis compañeras que iniciamos el viaje juntas, ya que ella nos animó a continuar a pesar de las dificultades que pudiéramos encontrar en el camino.

Cuando estaba en el último año de carrera tomé una de las decisiones que más han marcado mi vida: continuar el viaje por el que te lleva la antropología (como una forma de vivir, como una manera de ver las cosas que hace a las personas "más que normales"), más allá de la "aburrida" vida académica. Todos los profesores del departamento me habían mostrado ampliamente diferentes caminos: medicina, inmigración, etnicidad, religiosidad, marginación y parentesco. Otros maestros, esporádicamente, también me mostraron otros temas no menos interesantes, como Lluís Mallart que durante tres meses, en la licenciatura, nos enseñó que África existía; como Louis Assier-Andrieu que nos reveló las etnologías de lo cotidiano, los pequeños detalles que pueden llegar a convertirse en grandes descubrimientos porque, bien mirados, tienen la capacidad de explicarlo todo. Sin embargo no hacía este viaje sola. Había conocido gente que, ahora, continúa siendo importante para mí, tanto de mi curso (sobre todo Sílvia Ferreres, Anna Sabaté, Montse Gibert y Luisa de la Torre), como de cursos anteriores (Montse Soronellas, Jordi Roca o Baltasar Ballester -que aunque decidió apearse del viaje de la vida, todavía está con nosotros-) y otros muchos compañeros y compañeras de los que, en este momento, no tengo noticias pero que estuvieron en algún momento allí, junto con todos los demás.

Mis padres -Juan José y Leo- (a los que, junto con mi hermana Paz y mi hermano Jose Manuel, les agradezco toda la confianza que han depositado en mí) no podían continuar enfrentándose al gasto que suponía subvencionarme los años posteriores a la licenciatura y, además, no entendían qué era lo que yo quería hacer después de terminada la carrera. Ya tenían una hija licenciada, cosa que para ellos valía mucho porque consideraban que habían cumplido uno de sus cometidos, pero ahora tenía que espabilarme yo sola. Hablé con Dolors, con la cual estuve trabajando en diferentes proyectos¹ durante los tres últimos años de la licenciatura, de la posibilidad de realizar una tesis dirigida por ella -a lo cual accedió de muy buen grado-, y de buscar algún tipo de beca que me permitiera vivir e investigar. Finalmente y después de redactar un proyecto de investigación (que titulé algo así como *El cambio en las estructuras de la familia: el control de la natalidad*), me fue concedida una beca FPI, es decir, cuatro años dedicados exclusivamente a realizar la tesis. Bueno, quizás no tanto. La verdad es que la tesis, durante este tiempo quedó relegada a un segundo plano, aunque eso sí, con la excusa de realizar la tesis tuve la oportunidad de vivir, introducirme en grupos de investigación, hacer trabajo de campo, viajar a París, conocer a mucha gente y vivir experiencias muy gratificantes.

Me instalé definitivamente en Tarragona en un piso con gente con la que he estado compartiendo unos cuantos años de mi vida y que todavía forman, de alguna manera, parte de ella (en principio con Júlia Idiarte y posteriormente con Tere Oviedo, Inés Filgueras y Montse Esteban). También conocí a fondo a Montse Soronellas y a Salvador, su compañero, los cuales me adoptaron y me enseñaron lo que es la nobleza, el tesón, el cariño incondicional y, por encima de todo, el valor que tiene la vida.

¹ Uno de los cuales dio como fruto un libro escrito conjuntamente con Dolors Comas, Jordi Roca y Sílvia Ferreres, titulado *Vides de dona. Treball, família i sociabilitat entre les dones de classes populars (1900-1960)* y editado por Alta-Fulla (1990), del cual me siento especialmente orgullosa por ser el primer libro en el que figuro como co-autora, a pesar de que la editorial creyó conveniente "normalizar" tanto mi nombre (de Yolanda pasé a ser Iolanda) como mi apellido (de Bodoque pasé a ser Bodoqué).

Los dos primeros años los dediqué a realizar los cursos de doctorado. La verdad es que recuerdo más a la gente con la que tuve la oportunidad de compartir experiencias (las portuguesas Antonia Lima y Graça Indias), que los cursos en sí. Por otra parte estuve ayudando en un proyecto de investigación subvencionado por el Ayuntamiento de Tarragona y el INEM² donde aprendí lo que es una investigación, pero sobre todo a compartir el trabajo sin pisarse mutuamente, cosa que en antropología es un tanto difícil.

Una vez acabado este periodo, en el que yo todavía no tenía las cosas claras en cuanto a la realización de la tesis, pedí al Ministerio una ampliación de la beca para completar la investigación en un centro extranjero. Y en octubre del año 90 me fui a París.

En París me dediqué, sobre todo, a visitar dos bibliotecas -el Laboratoire d'Anthropologie Sociale y la Maison des Sciences de l'Homme- y a conocer la ciudad. Realmente el viaje me sirvió para varias cosas, pero sobre todo para darme cuenta de que el tema de tesis escogido no era lo que yo quería hacer; me sirvió, también, para reflexionar sobre la antropología y la etnología, sobre quiénes eran verdaderamente "los otros", sobre la pertinencia de realizar el trabajo de campo en una cultura diferente a la nuestra, sobre el teatro, sobre Africa, etc. Todas estas conversaciones las mantuve, por la tarde-noche, con la familia que me acogió y que desde aquellos meses se convirtieron en mis padres y hermanos adoptivos, los Mallart (Lluís, Neus y Myriam, primero, y después Oriol).

Al llegar a Tarragona, tenía claro qué era lo que no quería hacer, pero no sabía qué camino escoger (nuevamente hacía estragos la inyección). Sin embargo, y sin esperarlo, dos acontecimientos provocaron, si no una recapitulación inmediata, sí una reconsideración de posibles caminos a seguir. Por una parte, Dolors me sugirió que, como mínimo, empezara el trabajo de

2 Se tituló *La situació sòcio laboral de la dona a Tarragona*. Estaba dirigido por Dolors Comas y en él trabajamos Elena Arasa, Silvia Ferreres, Montse Gibert, Jordi Roca, Anna Sabeté, Montse Soronellas y yo.

campo donde había pensado hacerlo desde un principio, en el centro de planificación familiar de Cambrils. Y así lo hice. Los primeros contactos fueron efímeros: iba una tarde por semana y salvo a la secretaria (cuyas miradas interrogantes -tipo "qué vendrá ésta a hacer aquí"- intimidaron mis primeras incursiones en el terreno) no logré contactar con ninguna de las otras trabajadoras. En fin, no veía por dónde tenía que empezar ni la manera de abordar el tema del trabajo de campo. Lo dejé por unos meses, tiempo que dediqué a reflexionar sobre la forma de entrar en el centro aunque fuese a hacer el café. Cuando volví, aquella secretaria ya se había ido definitivamente y conocí a la psicosexóloga -que ahora también hacía de secretaria- y a la consultora, las cuales me dieron una afectuosa bienvenida. Mi sugerencia para hacer de "moza de los recados" mientras tomaba los datos suficientes para realizar la tesis doctoral fue aceptada, aunque poco a poco me convertí encantada en la "alumna en prácticas", de cara a las mujeres, y en la ayudante de cada una de ellas. Poco a poco me fui familiarizando con el trabajo, no sin la sorpresa de descubrir numerosas posibilidades de investigación: el funcionamiento del centro, las trabajadoras, su relación conmigo, con las usuarias, la consultas, todo. Empecé a buscar bibliografía sobre el tema y, en principio, decepcionada comprobé que no había nada; sin embargo, a medida que iba introduciéndome en él me alegré porque por fin había encontrado la "luz": ya tenía tema de tesis. Quería escribir sobre aquello, quería hacerlo público. Sorprendentemente, cuando comentaba con la gente que tenía alrededor (compañeros, amigas y colegas) lo que me estaba sucediendo sólo sabían decirme "cuidado con las feministas; ese centro seguro que funciona como una secta"; incluso ahora cuando comento que he trabajado en un centro de planning hay gente que recurre directamente a la pregunta "¿eres feminista?", no sin un tono de sorna maléfica. Sin embargo, trabajar en un centro de planificación familiar ha sido para mí una gran experiencia personal y profesional, independientemente de la gente que he conocido (las Pilares O. M. y S., Mamen, Chus, Marta, Basi,

Roser...) que, finalmente, se han convertido en confidentes y buenas amigas. De hecho, nunca he conocido a nadie que esté tan satisfecho con el trabajo y que, además, se realice de una forma tan profesional. Desde un principio no sólo me facilitaron la labor, también me proporcionaron su amistad y me contagiaron su buen humor. Trabajar con ellas, ha significado para mí conocer la igualdad de condiciones y la flexibilidad de los comportamientos ("si no lo sabes, te lo explico"; "si no tienes, a mí me sobra"; "si buscas, yo te ayudaré a encontrarlo"; "si no puedes ahora, ya lo harás más tarde"). Al principio, pensaba que la rutina que supone el trabajo entre cuatro paredes, viendo siempre las mismas caras de las compañeras o compañeros de trabajo (personas con ambiciones diferentes y medios poco ortodoxos para conseguirlos), puede hacer surgir conflictos por cualquier causa que acaben por hacer del trabajo lo más odioso de la existencia; o bien que siempre haya alguien (el/la "amargueta vinagreta" de turno) que sea insolidario, o sencillamente tenga un punto de vista diferente del de los demás, que se acabe por maldecir la mala suerte de trabajar en estas condiciones. Contrariamente a lo que mucha gente piensa, puedo dar fe de que este tipo de conflictos no se han dado nunca en el tiempo (cinco años) que he estado trabajando en el centro. Por otro lado todas estas mujeres me han enseñado a compartir, a trabajar en equipo (aunque ya lo había hecho y sabía de qué iba) y a relacionarme con la gente. En lo personal, intentaron a toda costa ponerme un antídoto a la inseguridad -aunque yo creo que lo único que han conseguido es que les tenga mucho cariño-. Bueno y también me han enseñado todo lo que sé de la práctica de la planificación familiar.

A propósito de esto, quisiera introducir una reflexión que, como un fantasma, me ha ido persiguiendo durante los cinco años que ha durado el trabajo de campo en el centro de planificación familiar. He de confesar un cierto recelo inicial al relacionarme con las personas que trabajaban allí. Este recelo procedía, básicamente, de mi formación antropológica, la cual me imponía una objetividad que muchas veces creía que perdía de vista. Esta

objetividad me obligaba a mantener una relación neutral, casi antipática, con el objeto de estudio ya que cualquier incursión personal o, mejor dicho, emocional hacía peligrar el sentido mismo de la investigación. En numerosas ocasiones, hablar en términos positivos de las trabajadoras del centro y del trabajo que realizaban me ha supuesto críticas de colegas que me recordaban mi condición de antropóloga, la cual yo nunca consideré olvidada. Y es que yo creía (o me hicieron creer) que la objetividad no sabía de sentimientos. Sin embargo, como personalmente me sentía más obligada a alimentar esa relación que a mantener la distancia (antropológicamente hablando) requerida, en numerosas ocasiones pensé, con cierta tristeza, que no servía para la antropología. Poco a poco me fui dando cuenta que precisamente esa interrelación ha sido la base fundamental de la investigación.

El otro acontecimiento, que ocurrió el mismo año que empecé a hacer el trabajo de campo en el planning, se refiere a mi entrada en un equipo de investigación a nivel europeo. En estas andanzas me acompañaron Jordi Roca y Montse Soronellas, pero conocí a Montse Juan, de la Universidad de Barcelona y a Roland Viader de la Universidad de Toulouse. El profesor Assier-Andrieu nos escogió para que formáramos "el comando", el grupo español de un proyecto europeo sobre la gestión de las leyes sobre la familia en diferentes países de la comunidad europea. Él mismo junto con Jacques Commaille en Francia, dirigían la investigación. No me detendré en enumerar a toda la gente que conocí y que formaba parte del proyecto, porque la lista sería interminable. Aún así recuerdo gratamente a Sarah Hillcoat Nallétamby, que también investigaba en centros de planificación familiar de la Isla Mauricio y con la cual intercambiamos algunos artículos. Todos los encuentros en lugares como Bruselas, Menorca, Tarragona, Toulouse o Cadaqués han servido de escenario para discusiones, para dudas... Era como si de pronto, al finalizar cada reunión, tuviera unas inmensas ganas de trabajar en mi propio proyecto y, a partir de él, aportar cosas a los demás. De

este grupo han surgido muchas cosas: un libro³, el proyecto "Susana" - además de otros que se han ido gestando-, muchísimas ideas para la tesis y una estrecha relación basada en el respeto, la cooperación y la amistad.

Cuando se acabó el periodo que duraba la beca, la suerte en el terreno laboral no dejó de sonreirme. Bueno, la suerte y la confianza que depositaron en mí tanto Joan Prat como Dolors Comas al escogermme para catalogar e informatizar los materiales depositados en el Arxiu d'Etnografía de Catalunya con lo cual no dejaba de estar en contacto con el Departamento.

Por otra parte en el planning me hicieron un contrato laboral que me permitía, también, poder continuar mi trabajo de campo. Económicamente estaba muy bien, pero no me quedaba tiempo para hacer absolutamente nada. Cada día recogía información: frases, palabras, conversaciones... cada día pasaba algo que registraba. Poco a poco fui confeccionando la lista de informantes e hice las entrevistas, las transcribí y las vacié. He llegado ha tener montañas de material recogido tanto de observación participante como de entrevistas. Pero por la mañana iba al planning, por la tarde al Arxiu, con lo cual me era completamente imposible ponerme delante de una mesa a trabajar: a pensar, a coordinar los pensamientos, a ordenar tanto material, en definitiva, a elaborar la tesis.

Además, llegó un momento en que cualquier excusa era buena para no sentarme delante del ordenador y escribir. Mi conciencia estaba tranquila porque tenía una cierta estabilidad económica, estaba conectada con el departamento a través del Arxiu y estaba conectada a la tesis a través del plannig, tenía 28 años, muchos más amigos y amigas (Ana, Pili, Rafa, Jose

3 Bajo la dirección de Louis Assier-Andrieu y de Jacques Commaille se editaron, en el año 1995, las investigaciones realizadas por los miembros de los diferentes países participantes bajo el título *Politique des lois en Europe*, París Ed. L.G.D.J. Col. Droit et Societé. Esta investigación contó con el apoyo del Ministère de la Recherche et de la Technologie en el marco del Programme Intelligence de Europa, del Institut de l'Enfance et de la Famille, y de las Facultés Universitaires Saint-Louis de Bruselas. No menos orgullosa estaba, también, de esta publicación extranjera donde aparecía como una colaboradora del grupo español... aunque fuera nuevamente "normalizado" mi nombre (aquí me convirtieron en Yolande).

y Enric cuyas bromas sobre la tesis y sobre mis ideas me conectan a la realidad...), unas compañeras de piso que me aguantaban mis "neuras", un coche y mucha libertad de movimientos. La gota que colmó el vaso fue la entrada de Albert Garrit, mi compañero, en esta lista de excusas. Tenía que aprovechar cualquier oportunidad para vivir lo que se me presentara en todo momento y su cariño era para mí una de las más importantes. Pero conocer a Albert, no sólo me sirvió durante un tiempo de excusa para aparcar, aún con más motivo, la tesis, sino que también, y a la vez, me sirvió y me sirve en la actualidad, para tranquilizar mi vida, para recapitular, en fin, para tener a alguien cerca para llorar, pelear, discutir y querer mucho. Desde que compartimos nuestra vida, he conseguido sentarme a redactar la tesis.

Ya había conocido a Mari Luz Esteban, que posteriormente se ha convertido en la co-directora de esta tesis. Si Dolors me infundió los ánimos para investigar, me encaminó y me proporcionó las pistas necesarias para el análisis antropológico, Mari Luz se encargó de enseñarme lo que todavía no sabía del plannig, de ofrecerme todo su conocimiento y apoyo para el spring final y de ayudarme en la elaboración del proyecto final en el que se concretaron todas las ideas fundamentales y el trabajo de campo realizado hasta el momento. Las dos, pacientemente, han ido leyendo y releyendo y corrigiendo una y otra vez todos los textos; me han puesto entre la espada y la pared; han contribuido, en definitiva, a que no desistiera de realizarla.

A finales de enero de este año, me comunicaron que la prórroga de la que disfrutaba se acababa en septiembre y que no había posibilidad alguna de ampliarla.

Esta resolución se encadena con otro acontecimiento que, si bien supone el final de una etapa muy importante en este proceso -se decreta, por parte del Institut Català de la Salut el cierre de los centros de planificación familiar de la provincia de Tarragona sin posibilidades de integración de las trabajadoras-, también contribuye a que disponga del tiempo necesario -el

22

trabajo en el Arxiu se terminó en julio de 1995- para dedicar todo mi tiempo a terminar la redacción de la tesis.

Durante este periodo, otras personas, a las que debo mi eterno agradecimiento, han tenido la paciencia de leerse el borrador: Isabel de la Parte, Montserrat Soronellas y Rosa M^a Osorio han puesto su mirada como antropólogas; Antonio Delgado lo ha hecho como filólogo y Pedro F. Marta como informático.

A todas y todos, gracias.

La Riera de Gaià, septiembre de 1996.

**PRIMERA PARTE:
DEFINIENDO EL OBJETO DE ESTUDIO.**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DISCURSOS Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD Y EPRODUCCIÓN: LOS CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Yolanda Bodoque Puerta
ISBN:978-84-693-6294-5/DL:T-1601-2010

1. MARCO TEÓRICO

En este primer capítulo expondremos los objetivos de la presente investigación y los ejes teóricos y metodológicos que la han guiado.

En el marco de la antropología social apenas hay investigaciones relacionadas directamente con el tema de los Centros de Planificación Familiar⁴. Pero si desglosamos este tema en los aspectos que lo configuran, desembocamos en otros temas que discurren paralelos pero relacionados con la temática principal de esta investigación. Hablar de Centros de Planificación Familiar -CPF- es hablar de instituciones, de feminismo, de reivindicaciones de mujeres, de discursos dominantes y discursos alternativos, de modelos referenciales y de modelos emergentes.

1.1 Alrededor de la planificación familiar

En primer lugar es preciso aclarar la significación del término mismo de planificación familiar. De hecho no hay ninguna referencia etimológica que desvele la naturaleza del significado de este término, mientras que sí la tenemos, por ejemplo, de "planificación económica" o "planificación urbanística". En el *Diccionario de la Lengua Española* de la Real Academia Española (vigésima primera edición) se define el término "planificación" en su primera acepción como "Acción y efecto de planificar" y en su segunda acepción como "Plan general, científicamente organizado y frecuentemente de gran amplitud, para obtener un objetivo determinado tal como el desarrollo económico, la investigación científica, el funcionamiento de una industria, etc" (1992:1618). Que los académicos no hayan introducido el término "familia" de forma más explícita no quiere decir que en esta definición no

⁴ En el año 1993, Mari Luz Esteban presentó su tesis doctoral, titulada *Actitudes y percepciones de las mujeres respecto a la salud reproductiva y sexual*, donde los CPF sirven de marco de referencia para analizar los discursos sobre salud reproductiva y sexual. Esta obra ha servido de apoyo a esta investigación.

pueda incluirse directamente la "planificación familiar" en el "etc" que queda abierto al final de la frase.

De hecho, si indagamos un poco en publicaciones más especializadas en el tema, la definición (una definición) de planificación familiar no se hace esperar. Roberto López de Medina aporta la siguiente: "La capacidad de decidir y los métodos aplicables para ello, que tiene la pareja en cada momento, de los hijos a tener y en qué momento tenerlos, pudiendo incluir quizás en este término los de esterilidad e infertilidad. Sobre ella actuarían una serie de factores como problemas médicos, culturales, económicos y sociales que van a condicionar la cantidad de hijos a tener por pareja" (1990:16-17). Por otra parte, un boletín editado por la Generalitat de Catalunya va más allá, cuando sus autores, basándose en el dictamen del Comité de Expertos de la OMS (1971), dicen que la planificación de la familia es una manera de pensar y de vivir adoptada voluntariamente por individuos, parejas, basándose en conocimientos, actitudes y decisiones tomadas con sentido de la responsabilidad, con la finalidad de promover la salud y el bienestar de la familia y, secundariamente, de la comunidad. Planificar la familia es supeditar el número de hijos y el momento de la concepción para conseguir el mayor grado posible de salud y de bienestar de la unidad familiar y de la comunidad. Incluye también evitar los hijos no deseados, así como el tratamiento de la infecundidad (1983:9). Según este Comité, los objetivos básicos que se han de conseguir mediante la planificación familiar son tres: respetar los derechos humanos de los individuos, parejas y familias; regular el crecimiento demográfico de la población y mejorar la salud de la familia y de la comunidad (Ídem:9). Estas definiciones nos hablan de actitudes, de comportamientos y de decisiones a tomar, con unos fines determinados: el bienestar de la familia y del Estado que los promueve con fines normativizadores. Pero la planificación familiar en el marco de los centros, los cuales, según su nombre indica, se dedican a gestionar estos actos y decisiones, va mucho más allá de la definición que se propone.

Los CPF son susceptibles de dos lecturas posibles: por un lado se trata de una institución socio-sanitaria que nació con el objetivo de reivindicar y cubrir unas necesidades de salud que en su momento no eran percibidas como importantes por el sistema médico hegemónico. Por otro lado, poseen un discurso propio, que en este caso se incluye claramente en el feminismo, desde donde se propone que estas necesidades de salud sean satisfechas mediante una forma asistencial alternativa (estilo de trabajo, organización interna, relación profesionales-usuarias/os, etc.), al tiempo que se reclama un cambio de actitudes en relación no sólo a la situación social de la mujer sino también en cuanto a las concepciones dominantes sobre la reproducción y la sexualidad.

La alternatividad que caracteriza tanto a la institución como a las personas y los discursos y prácticas que éstas llevan a cabo, cuestionan la hegemonía de un poder establecido, que es en este caso la medicina oficial, que se ha asentado sobre bases que parecen, en principio, inamovibles. Así, lo que se cuestiona no es la eficacia de la medicina, sino el discurso social sobre el que se apoya, la ideología que tiñe muchas actuaciones médicas y la fina barrera, invisible en algunos casos, que hay entre la razón moral y la razón médico-científica.

1.2 Discursos dominantes vs. discursos alternativos

Los discursos e instituciones dominantes poseen un peso específico en la cultura y la sociedad puesto que sientan las bases de comportamientos apoyados en la legitimidad que confiere el poder: posicionan a las personas en los ámbitos que les corresponden en nombre de instancias de dominio que las hacen merecedoras de la credibilidad generalizada. En los extremos, se encuentran discursos e instituciones minoritarias, cuya base es la alternatividad, lo diferente a lo normativo, y cuya construcción y peso específico están precisamente fundamentados en el cuestionamiento de lo

dominante. Peter Berger y Thomas Luckmann se refieren también a los discursos alternativos como "subuniversos de significado" surgidos de la variedad de perspectivas de la sociedad en general a la que cada uno contempla desde el ángulo de un solo universo (1993:113).

La existencia de esta situación de pluralidad de discursos es consecuencia sobre todo de una estructura social de desigualdad que la genera. Jordi Roca define, en este sentido, dos grandes construcciones diferenciadas y relacionadas jerárquicamente: una, representante de los intereses de las clases dominantes, y otra, emergente de las clases subordinadas. Esto supone a su vez que, cuanto más estratificada está una sociedad más posibilidades tendrán estas dos construcciones básicas de ramificarse en otras que aportarán elementos diferenciados producto de los intereses particulares de sus posiciones específicas. Asimismo, determina que los niveles de ramificación son fruto de un proceso de negociación y reelaboración de otras construcciones, pero que no suponen, necesariamente, la construcción de una propuesta alternativa (1992:43).

El discurso emergente de los CPF, resultado de la reelaboración de otras construcciones, incluye un posicionamiento discordante y alejado de otros dominantes. En este sentido y teniendo en cuenta las consideraciones que apuntábamos anteriormente, este discurso, generado desde los CPF, se situaría en una posición subordinada que a su vez serviría de argumento fundamental para validar la justificación de su existencia⁵. Pero su subordinación y/o alternatividad no implica una estigmatización de las personas que se adhieren al discurso y a la práctica institucional. En todo caso, se trata de una posición de militancia ideológico-institucional con base en una serie de ideas y prácticas nacidas en un determinado contexto social. Raquel Osborne afirma que no es adecuado utilizar una aproximación teórica

5 Según M^a Angeles Durán, frente al modelo medicalista (dominante) se sitúa el modelo social de atención, (alternativo); frente al sistema curativo y reparador (dominante), se sitúa el sistema preventivo, ambiental y rehabilitador (alternativo) (1987:84). (El contenido de los paréntesis es de la autora de este estudio)

que vea al grupo dominante como una especie de voluntad superior ya sea "la sociedad", tal y como sostiene la sociología funcionalista, "el capitalismo", como dirían los marxistas, o incluso "el patriarcado", como afirmarían algunas feministas. El poder opera por medio de complejos y contradictorios mecanismos que producen dominación, oposición, subordinación y resistencia (1991:135-136).

Algunas instituciones que generan discursos dominantes dentro de nuestra sociedad son el sistema científico, la práctica médico-sanitaria, la Iglesia y la Justicia (del Valle, 1991:42) y sus características fundamentales son, en primer lugar, su posición de poder (cuyo rasgo principal es la competencia para enunciar normas) y, en segundo lugar, una función de marco de referencia para la constitución del resto de construcciones subordinadas. Isabel de la Parte resume este proceso afirmando que "vivimos en una realidad construida, parte de un proceso histórico y resultado de una determinada relación de dominación en continua redefinición" (1993:41). En este sentido, hay que decir que es necesario que exista una conciencia de dominación para que se puedan llevar a término procesos de redefinición, negociación, manipulación e impugnación del sistema de valores dominante. En el marco más general de las relaciones entre construcciones dominantes y grupos dominados, el abanico de posibilidades iría, según Roca, desde el consenso más decidido que incluye la activación de mecanismos de identificación, producto del convencimiento⁶, hasta la disconformidad, disidencia o desviación que supone la oposición y la desvinculación del modelo dominante, pasando por los diferentes registros de aceptación, conformidad o resistencia. Es necesario que exista una identificación y rechazo de este poder que genera discriminación y subordinación para formar

⁶ Existe una gran diferencia entre convencimiento y coacción. El primero sería una coacción sutil -ideológica- que se produciría a lo largo de todo el proceso de socialización, determinado y controlado por el grupo dominante.

una conciencia de voluntad de cambio. La conciencia es tan importante como la organización que se genera a su alrededor (Ídem:48).

Algunas autoras (Teresa del Valle, 1991; Henrietta L. Moore, 1991) argumentan que el problema de hablar sobre las mujeres utilizando estereotipos da lugar a que éstas pasen a ser un grupo en situación de mutismo cultural lo cual refuerza los conceptos de grupo dominante y grupo dominado. Para ello se inspiran en la teoría de los grupos callados de Edwin Ardener (1975), que afirma la existencia de diversos grupos/colectivos que tienen una forma de percibir la realidad distinta a la de los grupos dominantes y de los que hablan; en una palabra, son colectivos que generan modelos distintos (del Valle, 1991:41-42). Así, los "modelos silenciados" se sustentan en la premisa de que las mujeres tienen sus propias ideas y discursos alternativos, que se encuentran escondidos e inarticulados ante el discurso masculino, que sería el dominante. Las estructuras sociales eminentemente masculinas (androcéntricas), según Moore, inhiben la libre expresión de modelos alternativos y los grupos dominados deben estructurar su concepción del mundo a través del grupo dominante (1991:15-16).

En áreas como el control de la natalidad y la sexualidad se ve claramente esta imposición de modelos puesto que a la sociedad le interesa delimitar las formas en cómo se reproduce la especie. Es ahí donde aparecen de forma más clara los controles ideológicos, de tipo político, moral y religioso, y las formas en que inciden en la teoría y en especial en la práctica médica. De esta forma, una de las áreas donde se dirigen los cambios que las mujeres experimentan y donde se centran sus protestas y exigencias es la reivindicación de la autogestión del cuerpo, como una forma de eliminar estos controles ideológicos.

Los grupos silenciados pueden elaborar modelos alternativos que funcionan dentro de su grupo y que, a su vez, pueden ser el reverso del que luego adopten en relación al grupo dominado. Todo lo cual ha quedado expresado a través de los movimientos para conseguir cambios en las leyes

a favor del aborto de los Centros de Planificación Familiar (del Valle, 1991:47).

1.3 El control de la natalidad como reivindicación

1.3.1 Reivindicaciones ilegítimadas

Para hablar de control de la natalidad contemporáneo hay que remontarse al siglo XIX. Y esta investigación parte de este siglo como punto de partida que se justifica porque es una época de grandes cambios en el mundo occidental a todos los niveles: demográfico, político, social, económico, científico-médico. A raíz de estos cambios la población se reajustará dando lugar a múltiples manifestaciones tanto de rechazo como de aprobación de las nuevas situaciones que tienen que vivir.

El auge de la medicina, que pasa de ser una ciencia natural a ser una ciencia social (Gracia, 1983) -con un poder práctico incalculable-, obliga a redefinir su objetivo de manera que "su fin primario debe ajustar a los individuos a su entorno como miembros útiles de la sociedad, o reajustarlos cuando se hayan desviado como consecuencia de la enfermedad"⁷. El quid de la cuestión, en este caso es la propia definición de la enfermedad, la cual en el siglo XIX se identificó con la anormalidad, más allá de lo puramente físico y mental. La sociología organicista recuperó el concepto de patología social y lo vinculó a una noción etnocéntrica de anormalidad social, que se asociaría rápidamente a la noción biológica de degeneración. La controversia se situaba entonces en la primacía de lo biológico o de lo social/cultural. En el contexto de la consolidación del modelo médico, el discurso biológico tuvo un eco importante en amplios sectores de la profesión (Rodríguez Ocaña,

⁷ Sigerist, Henry E.: *On the sociology of Medicine*, New York, 1969. Citado en: Gracia, Diego: "Humanismo y Medicina". En: *Primeras Jornadas de Sociología de la Medicina*. Getxo, 1983.

1987:13). En muchos casos la enfermedad era una actitud que se salía de la programación normal (normatividad) de la sociedad y, como tal, había que sanear y erradicar (modelo medicalista). La clasificación de los individuos, según esta categoría de normalidad/anormalidad, significó su resituación en espacios simbólicos y reales que ya detallaremos más adelante.

De las manifestaciones de rechazo a esta situación de encasillamiento, según los baremos que se fueron imponiendo, destacamos las realizadas por las mujeres que, en algunos casos, lucharon por su libertad política y, en otros, por su libertad reproductiva y sexual. Esta última reivindicación es la protagonista de este estudio que pretende analizar el seguimiento de la misma desde el momento en que se concreta como reivindicación no legitimada por el poder establecido. Lo legítimo y dominante existe porque se acompaña de una serie de manifestaciones no legitimadas y subordinadas, mal consideradas y marginadas que intentan sobrevivir bajo el peso de las normas dominantes hasta el momento en que se conviertan, o las conviertan -según los intereses-, en parciales manifestaciones legitimadas. En este punto se sitúa el propósito fundamental de esta tesis que es el estudio de los Centros de Planificación Familiar, nacidos de las reivindicaciones de la última oleada feminista de los años sesenta. A pesar de su legitimación, a nivel institucional, estos centros continúan perteneciendo al mundo de lo alternativo, puesto que cuestionan elementos fundamentales de la ideología médica dominante y persiguen, todavía, la modificación de una serie de aspectos que consideran fundamentales no sólo para las mujeres sino también para la población, en general.

Junto a este movimiento, que podemos considerar como una manifestación cultural occidental más, discurre paralelo otro que pretende imponer el discurso de la planificación familiar más allá de los límites culturales de occidente. Lo resaltamos brevemente porque nos parece que resume claramente la diferencia entre la planificación familiar como opción

en un contexto cultural concreto y la planificación familiar como obligación en otro.

1.3.2 Reivindicaciones aceptadas

La lucha por la libertad reproductiva y sexual en la actualidad es una reivindicación bastante "normalizada". Como podremos observar en las líneas que siguen, de la indiferencia e incluso del rechazo se ha pasado a la consideración de la planificación familiar como un derecho mundial. Grandes instituciones internacionales con gran poder de influencia (Organización de la Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud, Federación Internacional de Planificación Familiar, etc.) la avalan:

"Todas las parejas y personas tienen el derecho básico de decidir libre y responsablemente el número de hijos que deseen y el espaciamiento entre cada embarazo, así como la posibilidad de acceder a la información, educación y medios necesarios para ejercer estos derechos; la responsabilidad de las parejas y personas en el ejercicio de este derecho ha de tener en cuenta las necesidades tanto de sus hijos nacidos como futuros, así como sus responsabilidades hacia la comunidad" (Plan de Acción de Población Mundial, United Nations World Population Conference, Bucarest, 1974).

Pero se trata de una normalización parcial puesto que del discurso original han sido apropiados los conceptos que ha interesado destacar para llevar a cabo unos fines muy determinados. La planificación familiar definida como tal es muy reciente, pero su corta historia, incluso antes de que la ONU dictaminara esta sentencia a nivel mundial, no está exenta de conflictos. Dejando de lado esta definición de la ONU cuya sentencia, como derecho, la convierte inmediatamente en una obligación (recordemos que uno de los puntos básicos sobre los que se apoya la definición de planificación familiar, según la OMS, es "regular el crecimiento demográfico de la población"), la planificación familiar es, ante todo, una opción personal que emana de toda una serie de construcciones históricas, políticas, religiosas, sociales, económicas y, sobre todo, culturales.

Por mi parte, coincido con lo que algunas autoras (Izquierdo, 1979; Osborne, 1991; Esteban, 1993a) han teorizado con respecto al control de la natalidad⁸, en general, y la contracepción, en particular. La aparición de los modernos métodos anticonceptivos se realiza en un contexto de necesidad por parte de los estados de controlar la actividad reproductora de la mujer, incrementada por los avances de la medicina y el espectacular descenso, con anterioridad, de la alta tasa de mortalidad. Los anticonceptivos no han sido concebidos para aligerar a la mujer de su dependencia con respecto a la biología, sino que responden en principio a intereses demográficos por lo demás no uniformes (Izquierdo, 1979). Es decir, por un lado estarían "las diferentes luchas por el control de la natalidad, realizadas sobre todo en los dos últimos siglos, y las políticas demográficas o de natalidad, aplicadas estas últimas por diferentes gobiernos de manera diferenciada en los países del Norte y del Sur. En los primeros, donde el índice de natalidad ha bajado incluso por debajo del nivel de recambio, se potencian acciones pro-natalistas; mientras que en los segundos se llevan a cabo campañas de anticoncepción y esterilidad apoyadas directamente por potencias imperialistas, y sin contar con la conformidad de las personas, o mediante engaños y chantajes" (Esteban, 1993a:217-218). Efectivamente, a pesar de que está definida como un derecho mundial, la planificación familiar es una construcción cultural de Occidente. La generalización que de la planificación familiar se ha hecho a nivel mundial, se justifica porque a partir este concepto se ha desarrollado un gran proyecto que tiene objetivos como: la reducción de la mortalidad infantil, la mejora salud de la mujer, el respeto por los derechos humanos, la reducción de la natalidad (que se relaciona

8 Esteban habla de "lucha por el control de la natalidad" para referirse a las actividades que ciertos sectores de la población han llevado a cabo por el derecho a la libre elección del número de hijos/as y del momento de tenerlos, pero que ha tenido siempre lugar de forma paralela a la libertad sexual" (1993a:217). Cuando estos dos aspectos se unen (la lucha por el control de la natalidad y el derecho a la libertad sexual) se produce lo que posteriormente se ha convertido en el discurso de los CPF que se ha desarrollado desde el movimiento feminista más contemporáneo.

directamente con la mejora de la calidad de vida) y, más recientemente, el control del sida, entre otros. Este proyecto, a diferencia de los objetivos que persigue la Planificación Familiar, estaría englobado dentro de lo que sería el control de la natalidad, resultado de una política demográfica llevada a cabo por parte de terceros, el Estado, con el fin de regular (reducir y controlar) la natalidad de un país.

El control de la natalidad que se lleva a cabo desde las grandes organizaciones internacionales es, en sí mismo, un proyecto político llevado a cabo desde una mentalidad contraceptiva, desde la visión occidental sobre la contracepción como un medio fundamental para lograr proyectos de vida individuales, que se calcula introducir en otras culturas donde la contracepción se impone como necesaria para alcanzar una mejora de la calidad de vida. En Occidente se dieron toda una serie de circunstancias que movieron a la población a controlar racionalmente la natalidad, en base a unas necesidades más económicas que sociales de las que nos encargaremos en capítulos posteriores. Pero no hay que despreciar que los avances científicos en materia de anticoncepción junto con toda una serie de teorías contrarias o a favor, mayoritarias o minoritarias, favorecieron que se fuesen adoptando como normativos unos comportamientos a nivel familiar e individual que se fueron introduciendo dentro de la mentalidad occidental.

De todas formas, las ideas acerca de la planificación familiar, tal y como se conciben en nuestra cultura, también están fuertemente unidas a conceptos como modernidad, estatus socio-económico, trabajo extradoméstico o "liberación" de la mujer. Se han nutrido de aspectos culturales que la han alimentado, sobre todo, de conflictos también culturales (regulaciones, tabúes y prohibiciones). El concepto de planificación familiar fue asociado a los primeros proyectos que tenían como objetivo la difusión de métodos anticonceptivos en la población. Pero no olvidemos que no fueron sólo motivos de carácter demográfico o político los que impulsaron la introducción de la mentalidad contraceptiva en la población, sino que también

se trató de proyectos ideológicos, mayoritariamente feministas. No obstante fue la expansión de unos métodos anticonceptivos, relativamente eficaces e inocuos, lo que redundó en el control por parte de las mujeres de su fertilidad, cosa que permitió la separación entre sexo y reproducción, el control del cuerpo, la posibilidad de buscar el placer sexual y la maternidad voluntaria (Osborne, 1991:231-232).

En la actualidad, con algunas variaciones, la mayor parte de las instituciones que emanan de los primeros proyectos continúan conservando el mismo nombre: Centros de Planificación Familiar. No hay un consenso generalizado para cambiar este nombre, aunque todos los centros lo rechacen en bloque por dar una imagen parcial de lo que en realidad ofrecen. La propuesta, a nivel mundial, es hablar de salud reproductiva y sexual para caracterizar, sin excluir ningún aspecto, el trabajo que se realiza en ellos. Ahora se puede decir que la mentalidad contraceptiva está muy arraigada, y los CPF, lejos de dedicarse a proporcionar y/o informar sobre métodos anticonceptivos y sobre aborto a las personas que a ellos acuden, se encargan de otras cuestiones, entre ellas: ofrecer una calidad asistencial alternativa y divulgar ideas e información innovadoras, que afectan directamente a la conducta sexual, a la reproducción, a las relaciones familiares y al rol social de las mujeres.

1.4 Aproximación a una parcela de la historia de las mujeres

Dentro de los estudios históricos sobre este tema, Mary Nash tiene un espacio singular con sus aportaciones a la reconstrucción de la Historia de las Mujeres. En el capítulo introductorio de la compilación que hace en el libro *Presencia y protagonismo* (titulado "Nuevas dimensiones en la historia de la mujer"), se ofrece una revisión de las aportaciones que historiadoras e historiadores han realizado respecto a este tema. Su afirmación fundamental es que las nuevas líneas de investigación que se estaban llevando a cabo en

las últimas décadas -recordemos que la obra es de 1984- han mostrado básicamente que "la mujer tiene una historia, y que esta historia no puede considerarse como un conjunto de datos olvidados cuyo destino sería incorporarlos a las categorías tradicionales ni tampoco como simple contribución marginal a la supuesta historia definitiva -la historia del hombre vista desde una perspectiva masculina y un sistema de valores masculinos-. Así, para acceder a la recuperación histórica de la mujer hubo que entender que la experiencia histórica del sexo femenino no puede concebirse, obligadamente, igual a la del hombre, sino como experiencia y existencia diferenciable y separada de aquél" (1984:11-12). Cada una de las corrientes que analiza nos muestra intentos por comprender de otra manera la experiencia histórica de las mujeres en diferentes ámbitos: la relevancia de las mujeres notables y su papel en la historia tradicional (Historia Tradicional de la Mujer); la participación en movimientos sociales contemporáneos -de control de la natalidad, obrero, de reforma, de templanza, neomalthusianos...- (Historia Contributiva), hasta llegar a lo que esta autora llama la "Nueva Historia de la Mujer", en la cual el enfoque pasa de un predominio de los acontecimientos políticos y del marco de la esfera pública a incluir un mayor conjunto de cuestiones: la familia, el hogar, las relaciones interpersonales, la infancia y la salud (1984:25).

En la presente investigación se partirá de lo que se denomina la Historia Contributiva⁹ -la participación y experiencia de las mujeres en movimientos de reivindicación neomalthusianos y de control de la natalidad- pero sin caer en la limitación que tuvo este enfoque al presentar a las mujeres como víctimas que reaccionan, exclusivamente, en función de la explotación masculina. Los procesos históricos reconstruidos, nos servirán, precisamente, para presentar la evolución de unas determinadas reivindicaciones que

⁹ Según Nash, Gerda Lerner emplea el término "contribution history" y se remite a Buhle, M.I.; Gordon, A.G. y Schron, M., para una formulación de la misma en "Women in American society: an Historical Contribution", en *Radical America*, julio-agosto de 1971.

contribuyeron a asentar las bases de los movimientos sociales, que se desarrollaron posteriormente.

Mi contribución a esta perspectiva se orienta hacia el análisis de un periodo histórico concreto que abarca este último siglo y que tiene como marco de referencia el movimiento social que dio paso al nacimiento de los CPF. Este movimiento social, que no es otro que el feminismo, no se centró exclusivamente en las reivindicaciones políticas y de ámbito exterior, sino que también desde sus inicios planteó la reforma sexual desde diferentes perspectivas.

En este sentido, y sin dejar de lado la obra anteriormente citada, la historiadora americana Linda Gordon contribuye, con el artículo "Maternidad voluntaria: inicios de las ideas feministas en torno al control de la natalidad en los Estados Unidos" (1984), a la aportación de datos que dejan un poco de lado la idea general que se tiene de los primeros movimientos de mujeres reivindicativos, fundamentalmente, del sufragio universal. El movimiento por la planificación familiar tal y como se entiende ahora está cumpliendo un siglo. No fue substancialmente un movimiento masivo, pero sí que marca el inicio de una lucha por "otras" oportunidades para las mujeres.

La misma autora, en otro artículo titulado "La lucha por la libertad reproductiva: tres etapas del feminismo" (1980) define tres periodos históricos como posibilidades que el movimiento feminista ha hecho imaginables en cuanto a la autodeterminación reproductiva de las mujeres, argumentando como postulado principal que el control de la natalidad no se introdujo en un momento histórico determinado, sino que, como otras formas de regulación sexual, era conocido, como en la mayoría de las sociedades, como una práctica genérica más. Gordon analiza la eliminación del control y subsiguiente lucha para su legalización y mejoramiento (Ídem:125). Es decir, que de lo que se trata es que deje de ser, como su mismo nombre indica, un control. Por ello sus aportaciones más importantes en este campo han sido el análisis de grupos como los *Amantes Libres*, cuya contribución más

importante a la reforma sexual fue la afirmación de la existencia, legitimidad y dignidad del impulso sexual femenino (1984:205), y la reivindicación de la maternidad voluntaria, aunque también eran contrarias a la utilización de métodos anticonceptivos.

A través de las tres etapas del feminismo en la lucha por la libertad reproductiva y sexual, que describe Gordon, se llega a la reivindicación y creación de CPF cuya concepción de la sexualidad y la reproducción se acerca a estas primeras ideas sobre la autodeterminación de la mujer en relación a su cuerpo: la libertad reproductiva y sexual. Sin embargo, a pesar de que este movimiento ha contribuido, junto a otros, a un avance en la adquisición de nuevos hábitos reproductivos y sexuales por parte de mujeres y hombres, no se puede hablar todavía de una libertad sexual ni reproductiva. Como apunta Linda Gordon, el control (de la natalidad y sexual) existe, aunque se tengan a disposición toda una serie de mecanismos y estrategias (los métodos anticonceptivos) que den una ilusión de libertad. Es decir, se van reproduciendo unos determinados *modelos* (formas dominantes de percibir, de gestionar y de clasificar) en condiciones sociales diferentes puesto que las instituciones hegemónicas, que propician la asunción de estos modelos de percepción, continúan siendo las mismas.

Para del Valle, la definición de modelo sería la de "conjunto de ideas que representan una realidad, un lugar, personas en la mente de los que lo generan" (1991:42), y en el caso de las mujeres los modelos desde las mujeres serían aquellos que expresan conceptos que ellas generan en sus mentes (Ídem:42). Pero éstos son más minoritarios, puesto que ciertos aspectos de su vida responden más a modelos acerca de las mujeres que a modelos que ellas hayan generado. Esto ocurre porque una buena parte éstas se conforman con los que elaboran los grupos dominantes; otras transmiten aquellos propios y utilizan un lenguaje propio de modelos acerca de mujeres; finalmente, y de forma muy minoritaria, están las que utilizan un lenguaje propio para transmitir sus modelos, independientemente de que se acepten

o no. Coincido con esta autora cuando afirma que los modelos desde las mujeres contienen un conocimiento tanto de la reproducción como de la sexualidad experiencial, y que no es el que aflora ni en los laboratorios ni en la práctica médica. Aunque concretamente, en relación a la sexualidad, las mujeres se han movido con conceptos heredados de una sexualidad subordinada a la reproducción (Ídem:44). Por eso los planteamientos feministas que han removido y cuestionado "verdades", por decreto, inamovibles han llevado a nuevas elaboraciones -sobre todo en el terrero de la sexualidad- algunas de las cuales no están generalmente aceptadas: son modelos emergentes que aún permanecen en ese estado inicial que encuentra eco entre grupos minoritarios (Ídem:45).

1.5 La importancia de la visión desde el género¹⁰

El marco global de la investigación se sitúa dentro de la antropología del género, desde donde se nos pueden aportar elementos necesarios para hacer una aproximación analítica a los CPF. Así, se investigarán más que los orígenes de las diferencias entre hombres y mujeres, la forma en que las mujeres históricamente han propuesto sus propios modelos para intentar superar la eterna dialéctica que enmarca al género humano.

En esta investigación se utiliza la categoría "género" para definir, a nivel simbólico, unos valores sociales de jerarquización¹¹ determinados por la existencia de diferencias fisiológicas. Sin embargo, como afirma Dolors

10 La noción de género, según Comas d'Argemir, se refiere al conjunto de contenidos o de significados que cada sociedad atribuye a las diferencias sexuales. Se trata de una construcción social que expresa la conceptualización que hace cada sociedad de lo masculino y de lo femenino (o de otros géneros posibles) en relación a las categorías de hombre y de mujer como seres sexuados y, por lo tanto, biológicamente diferenciados (1995:39).

11 El género, junto con el sexo, la etnia, la raza y la clase son categorías construidas socialmente. Están constituidas por el conjunto de ideas y representaciones sobre las características humanas y sus diferencias y, por tanto, se encuentran interrelacionadas entre sí (Comas d'Argemir, 1995:39).

Comas d'Argemir (1995), no es que las diferencias fisiológicas en sí sean causa de nada; si lo acaban siendo es porque son percibidas como tal, al ser la materia prima a partir de la cual se organizan las construcciones culturales que asignan determinados atributos a las personas (Ídem:35).

La construcción social del género se fundamenta, entre otras cosas, en la sexualidad y, más en concreto, en la procreación y la reproducción humana. Estos aspectos forman parte de una serie de ideas y nociones (los modelos de procreación) que se organizan en contextos socialmente específicos, se contextualizan simbólicamente y pasan a ser una realidad social y cultural¹². Estos modelos de procreación proporcionan el lenguaje de la biología que explica las diferencias y las naturaliza: de ahí el poder de este conjunto de ideas y nociones (Ídem:37).

Si las diferencias fisiológicas ponen en marcha una desigual construcción social fundamentada en el sexo de las personas y en la capacidad de reproducir, esta misma construcción genera, a su vez, ordenamientos sociales divididos y desiguales según el género. Esteban (1993a) apunta que, a grandes rasgos, las mujeres se responsabilizan de tareas habitualmente menos valorizadas, al tiempo que los hombres realizan otro tipo de tareas que, en general, son más reconocidas (Ídem:22). No se trata de pensar que las mujeres realizan tareas que las ponen en situación de subordinación con respecto al hombre; se trata de la mirada, del valor que se le otorgue a estas tareas y de la imposición a realizarlas en función del sexo como determinante.

Por otra parte, el parentesco convierte las diferencias sexuales entre hombres y mujeres en otra forma de desigualdad. En este sentido, Comas d'Argemir (1995) señala que, el parentesco, que es una relación eminentemente social, utiliza el lenguaje de la biología (el intercambio sexual,

¹² Esta autora pone en relación indisoluble el estatus entre hombres y mujeres, la división sexual del trabajo, las formas de matrimonio y herencia y las relaciones de producción (Ídem:38).

la procreación) para fundamentar sus principales relaciones (el matrimonio, la filiación). Es más, implícitamente, suele asumirse que el matrimonio se basa en la división sexual del trabajo que existe entre hombres y mujeres de forma innata (Ídem:37). Esta afirmación queda constatada porque tanto el cuerpo de la mujer como sus ritmos biológicos no están integrados directamente en el sistema de prestigio de lo público; es más, son marginales al mundo de las decisiones importantes y actúan con frecuencia de barrera para una inserción de las mujeres en el entramado socio-cultural (del Valle, 1991:60). Un ejemplo claro lo tenemos en el hecho de la maternidad. Mientras que ésta es presentada como algo positivo para la mujer, incluso para la sociedad, en otros ámbitos no recibe la misma respuesta positiva, sobre todo si hablamos de mujeres que trabajan fuera del ámbito doméstico. No hay un reconocimiento social, sino que se recalca que, por ejemplo, la "baja de maternidad", aunque es un derecho, supone una pérdida para la empresa. Es decir, que la misma división sexual del trabajo, utiliza a la biología para poner los límites de acceso al trabajo o a la maternidad. En cualquier caso, permanece una diferenciación sistemática entre el mundo productivo y el mundo reproductivo (Comas d'Argemir et alii, 1990:430).

Desde este punto de vista, el género puede constituirse en uno de los terrenos fundamentales donde se libra la batalla por el prestigio, el dominio y la hegemonía sociales. Por tanto, la manera en que son presentados y percibidos los géneros es como un espejo que sirve para contemplar la propia sociedad (Strathern, 1979:45), porque cada sociedad tiene formas diferentes de elaborar sus sistemas de subordinación y prestigio (del Valle, 1991:15).

El género, en esta investigación, es una herramienta de trabajo, en tanto que el objeto de estudio son los discursos y prácticas de mujeres dirigidas a mujeres, porque proporciona los elementos explicativos para categorizar simbólicamente los discursos dominantes (mayoritariamente masculinos) de los subordinados y/o alternativos (mayoritariamente femeninos) y, finalmente, para abordar la reconstrucción del género femenino

de los discursos y las prácticas alternativas relativos a la sexualidad y la reproducción. La siguiente frase de Cole recogida por Roca (1992) resume este propósito: "En la construcción de la categoría de género se conjugan, por una parte, las condiciones sociales y económicas y, por otra, los valores ideológicos suministrados por el modelo dominante que, a la vez, son negociados y reelaborados por los propios actores y los diferentes grupos sociales. En este sentido, las condiciones socio-económicas definen los límites dentro de los cuales los ideales de género son interpretados y reinterpretados por las mujeres" (Ídem:30).

En relación con los CPF, la coyuntura socio-económica y la puesta en marcha de una serie de valores han permitido que, a partir de la interpretación de los ideales de género, se generen los modelos, tal y como los definía del Valle: las mujeres utilizan el lenguaje y transmiten los modelos acerca de las mujeres o utilizan el lenguaje propio y transmiten sus propios modelos. En este sentido, los CPF pueden ser interpretados como áreas conectadas con la experiencia biológica de pertenecer al sexo femenino: menstruación, embarazo, aborto, control de la natalidad, menopausia, y todo lo que cada una de estas experiencias conlleva. Del Valle añade, además, que aunque el control de la natalidad es a su vez asequible a la experiencia masculina, hay una forma diferenciada en que la mujer controla o no su proceso reproductivo, y se ve forzada a asumir la responsabilidad ya que a ella le afecta directamente bien de forma positiva o negativa en el caso de un embarazo (1991:47).

1.5.1 La producción de la norma alternativa: los modelos emergentes

Entre los siglos XVIII y XIX, la imagen de las mujeres tomó un giro, pasando de ser la femineidad una forma de imperfección natural -modelo jerárquico que presenta el cuerpo de la mujer inferior al del hombre-, según

la valoración aristoteliana, a ser algo diferente del hombre -modelo diferenciador que comienza a diseñarse con las transformaciones políticas, económicas y culturales acaecidas en esta época y que crearon el contexto en el cual las diferencias radicales entre los dos sexos se erigieron en baluarte-. Esta perspectiva se apoyará básicamente en las premisas aportadas por la biología, en un contexto de esplendor de las ciencias naturales, y en el dualismo que, desde la filosofía hegeliana, es presentado como una necesidad del pensamiento (Roca, 1992:4). Así, la biología (unida al psicoanálisis) dictaminará los principios que reforzarán la subordinación de la mujer (desde la máxima "biología es destino" a la freudiana envidia femenina por la falta de pene). Tendremos que esperar décadas para que esta posición teórica incorpore progresivamente la consideración de factores socio-culturales, ideológicos e históricos en sus dictámenes.

En el discurso feminista sobre reproducción y sexualidad, hay una construcción que nos parece básica para entender dicho discurso: se trata de no enfatizar solamente las diferencias entre los géneros y no olvidar las semejanzas que pueden existir entre los mismos para, así, romper con estructuras desiguales que parten de un discurso dominante versado en la dependencia de la mujer sobre el hombre.

La Antropología Social ha tenido como uno de sus objetos de estudio a los otros, y en base a ello ha mostrado de manera convincente cómo la figura del otro se adivina como indispensable para la construcción de la propia identidad (Roca, 1992). A partir de esta idea, Roca elabora una serie de disquisiciones para ilustrar la construcción del género femenino en la postguerra española. Argumenta que el discurso sobre la mujer hecho por el hombre, que enfoca a través del presupuesto de la diferencia, no hace sino construir "en negativo" el propio modelo masculino, que se define, de esta forma, por oposición al femenino. De ahí que no sorprenda que en el conjunto

de la llamada literatura edificante¹³, escrita mayoritariamente por hombres, el porcentaje más considerable vaya dirigido a las mujeres: "En una sociedad dominada por el hombre no sería, por tanto, tan importante explicitar la identidad de género masculina como asegurarse de clasificar y delimitar al máximo la identidad de género femenina, la identidad del otro" (Ídem:31). Concluye señalando que la alteridad se revela como elemento esencial en la construcción de la identidad. Así, para las mujeres de la posguerra, la soltería, noviazgo, matrimonio y viudedad suponen su identidad, siempre en relación al matrimonio, futuro, pasado o presente; es decir, las mujeres siempre se definen en función del otro (Ídem:33).

En esta investigación vamos a abordar un discurso hecho por mujeres y difundido por mujeres pero intentando superar las construcciones que se realizan por oposición para identificar los discursos que las mujeres elaboran desde ellas mismas. Estos discursos intentan no elaborar una categoría de género (la femenina) por oposición a otra (la masculina) -perspectiva biologicista que busca los elementos innatos o genéticos para explicar el comportamiento de los sexos (Esteban, 1993a:25)-. En todo caso, se trata de un discurso que se construye intentando no caer en las dicotomías jerarquizantes que se utilizan por oposición. Según Osborne, una dicotomía que resulta esencial para entender la problemática de los géneros es la de hombre/mujer, masculinidad/feminidad. Pero existe otro esquema conceptual de la ciencia moderna, nacida en el siglo pasado, que se basa en otra serie de dualismos concebidos como polos opuestos: naturaleza/cultura, privado/público¹⁴, subjetividad/objetividad, pasión/razón, cuerpo/mente,

13 Según la definición de Roca: "Aquello que distingue y da especificidad a la Literatura Edificante de Posguerra (L.E.P.) en relación con la producción y reedición ingentes de obras de carácter religioso que abundó durante el período del que nos ocupamos y que incluye desde manuales prácticos de piedad hasta libros de carácter hagiográfico, pasando por obras de tipo doctrinal, novelas de ambientación y temática religiosa, etc., es su objetivo divulgador y edificante" (1993:4).

14 Los binomios privado/público, naturaleza/cultura han sido utilizados como herramienta interpretativa de la división entre los géneros por algunas autoras. Por ejemplo Sherry Ortner ha utilizado los opuestos naturaleza y

virtud/vicio, concreción/abstracción, moralidad/depravación, civilización/criminalidad... Estas dicotomías jerarquizantes pueden utilizarse como normativas -es decir, hacen ver el entorno que nos rodea como una realidad en la que se realiza automáticamente el salto entre el ser (ésta es la realidad) y el debe ser (está bien que las cosas sean así y todos debemos atenernos a ellas)-, o bien pueden utilizarse como metodología, como estrategia para resaltar las semejanzas o diferencias entre las mismas. Esta última vertiente metodológica ha sido la que ha caracterizado los estudios feministas que han basado su estrategia, su razón de ser, en la consideración crítica de las categorías hombre/mujer (1991:152-153). Es decir, se trata de un abordaje metodológico que procura tener en cuenta otros factores y, por encima de todo, romper con las posiciones bipolares -perspectiva ambientalista que considera fundamental la influencia que tiene lo cultural y ambiental en la vida de las personas (Esteban, 1993a:26)-. Se abandona así el análisis que se centraba en la moralidad de los "actos" en favor de una perspectiva relacional que tiene en cuenta el contexto en el que se desarrollaron las conductas y el significado que poseen para los actores sociales. Osborne nos propone así, una ética moderna en relación a la sexualidad que es perfectamente extrapolable a la salud reproductiva: debería basarse en la distinción foucaultiana entre libertad para llevar a cabo "actos" y libertad de "elección", en donde lo que se tiene en cuenta es el contexto y el significado de cualquier acto para los participantes (1991:142).

En este sentido M^a Jesús Izquierdo propone no analizar directamente las diferencias entre los sexos, sino estudiar las características comunes a los humanos propias de toda la especie, teniendo en cuenta la dotación genética rica y variable de las personas, los caracteres adquiridos en contacto con el medio y la complejidad del sistema nervioso. Afirma que "en definitiva, lo que

cultura ("¿Es la mujer respecto a la naturaleza lo que el hombre con respecto a la cultura?") y Michelle Zimbalist Rosaldo ha utilizado el par privado y público ("Mujer, cultura y sociedad: una visión teórica"). Los dos artículos están contenidos en Harris & Young, 1979 *Antropología y feminismo*. Anagrama, Barcelona.

somos y lo que somos capaces de hacer, es algo que supera ampliamente los aspectos biológicos precisamente porque desde nuestra biología estamos configurados de una forma muy plástica" (1984:16). Para esta autora "la existencia de géneros es la manifestación de una desigual distribución de responsabilidades en la producción social de la existencia. Lo masculino y lo femenino diferencian la forma como satisfacemos nuestras necesidades, los medios de que nos valemos para satisfacerlas y la forma en que nos relacionamos con las personas y con las cosas para alcanzar ese fin" (Ídem:18).

1.5.2 Ideología y modelos referenciales

Volviendo a la consideración de la existencia de grupos dominantes y grupos subordinados, Roca (1992) señala que las ideas se crean tanto por los unos como por los otros, y tanto los unos como los otros lo hacen desde una perspectiva determinada. Felicity Edholm (1979:205) considera la ideología como el "lenguaje en el que se expresa y representa aquello que una sociedad concreta considera como las relaciones más importantes que hay entre los individuos y sus condiciones de existencia". Berger & Luckmann (1993) van más allá y señalan que, además, lo que distingue a la ideología reside más bien en que el mismo universo general se interpreta de maneras diferentes que dependen de intereses creados concretos dentro de la sociedad de que se trate (Ídem:158).

Así, cuando en esta investigación se hable de representación ideológica asociada al feminismo hay una referencia clara a la definición que acabamos de apuntar: se trata de la representación ideal que un grupo hace de sus condiciones de existencia y que es adoptada y reelaborada por otro grupo en razón de elementos teóricos específicos conducentes a sus intereses. Y estas condiciones materiales de existencia no determinan, según Roca, tanto el contenido de las construcciones subordinadas, como la manipulación que los

grupos dominados hacen de la construcción dominante -como marco referencia con voluntad totalizadora- (Roca, 1992:44). Así, y siguiendo el esquema que propone Maurice Godelier, como tal representación ideológica, posee la función de hacer presente una realidad (representarla), interpretarla, clasificar a las personas proporcionándoles modelos de relación social y legitimar estos modelos (1990:181-182).

De este modo, el proceso de construcción del género resulta, tal y como apunta Roca (1992), de una estructura basada en modelos referenciales y sistemas de valores con una función claramente normalizadora: son mecanismos extrapersonales para percibir, comprender, juzgar y manipular el mundo y proveen un patrón o modelo para organizar procesos sociales y psicológicos; son imágenes esquemáticas del orden social. Como portadores de información, los modelos referenciales pueden contribuir también a potenciar o mantener una desigual distribución del conocimiento: vehiculan contenidos diferenciados para grupos sociales también diferentes, distinguiendo aquello que es pertinente en general de aquello que lo es específicamente para un grupo (Ídem:45).

Los modelos referenciales sirven también para reconducir una actuación, guiarla, diferenciando, como hemos apuntado anteriormente, el orden cognoscitivo (es natural que...) del orden normativo (es preciso que...). Por tanto describen el orden social, pero además lo modelan y exponen pretensiones empíricas sobre la condición y dirección de la sociedad, con lo cual llegan también a tener un cierto carácter formativo (Roca, 1992:45-46). Es decir, los modelos referenciales serían, también, representaciones normativas porque constituyen normas para actuar (Ídem:8), no solamente interpretan la realidad, sino que posicionan a las personas en ella. Pero dichos modelos sirven también para reelaborar nuevos esquemas, nuevas pautas de comportamiento, nuevas bases donde asentar otras formas de percibir la realidad, en fin, nuevos patrones emergentes que pretenden ser referenciales y, por tanto, a su vez, normativos.

El problema, en este sentido, radicaría en que los modelos emergentes, que se vienen reivindicando desde el movimiento feminista, se pueden convertir en normativos o en representativos de un grupo de mujeres y no del colectivo total. Moore (1991) apunta tres cuestiones en relación a lo que acabamos de decir. En primer lugar se ha ido definiendo el feminismo como si todas las mujeres tuvieran que identificarse con sus teorías por pertenecer, como tales a un cuerpo unitario por el que se debe y se puede luchar. En segundo lugar, afirma que es obvio que aunque el feminismo contemple distintas tendencias políticas -socialistas, radicales, marxistas...- la premisa de partida de la política feminista es la existencia potencial o real de una identidad común a todas las mujeres. Y, en tercer lugar, señala que la cohesión de la política feminista depende también de la opresión compartida de la mujer. Cita, en este sentido, como ejemplo la "política sexual" que gira en torno al hecho de que las mujeres como grupo social están dominadas por los hombres como grupo social. El resultado final, continúa, es que el feminismo en tanto que crítica social, crítica política y factor desencadenante de una actitud política se identifica con las mujeres, pero no con las mujeres situadas en distintos contextos sociales e históricos, sino con las mujeres que forman parte de la misma categoría sociológica (Ídem: 23-24). La cuestión estaría en saber qué es lo que realmente las mujeres se cuestionan en relación a sus expectativas vitales, a los diferentes aspectos que forman parte de su vida cotidiana, en relación a su cuerpo y en relación a aquellos aspectos que la configuran a lo largo de su vida; y, a partir de aquí, delimitar los ámbitos y objetivos de actuación, pero no con una referencia normativa, no con una voluntad de que las mujeres se conviertan en un grupo homogéneo con las mismas expectativas. Ciertamente, es a través el feminismo desde donde se puede ir alzando la voz de las mujeres, eso sí, sin imponer los tiempos y las áreas de cuestionamiento, porque como hemos dicho anteriormente el abanico de posibilidades entre el consentimiento y la disidencia es muy amplio y los valores de jerarquización social mucho más.

1.6 Mujer, gestión del cuerpo y cambio social

Begoña Arregi en su artículo "Evolución demográfica y cambio socio-económico" nos enuncia los siguientes cambios recientes acaecidos en la sociedad que afectan a las mujeres:

- Modificación en cuanto al trabajo asalariado que realizan las mujeres.
- Cambios en el nivel educativo de las mujeres, en las formas de convivencia y en el retraso en la edad de matrimonio.
- Disminución del número de hijos, retraso en la edad del primer parto y espaciamiento de las/os hijas/os.
- Implantación real del uso de anticonceptivos y del aborto provocado.
- Impacto de los nuevos descubrimientos científicos (1987:86).

Josep Vicent Marqués va más allá y apunta una mejora de la situación de la mujer en otra serie de aspectos que nuestra cultura valora positivamente:

- Libertad de movimiento.
- Libertad de elección de compañero sexual o sentimental.
- Acceso a puestos directivos.
- Posesión de bienes y acceso al poder económico (1991:36).

Pero, además, se podría completar esta lista con otra serie de cambios legislativos (sobre todo la ley del aborto y la ley de las nuevas tecnologías de reproducción asistida), amén de otros cambios que trascienden la experiencia real que viven las mujeres, generados desde las instituciones que tienen la función de lograr una nueva posición de la mujer. Coincido con Montse Juan cuando afirma que el contraste entre las diversas normativas con la experiencia real muestra la complejidad de un cambio social que pretende una transformación radical del rol de las mujeres, y que el ideal institucional choca con la conducta de muchas mujeres poco predispuestas al cambio, lo que la conduce a plantear la hipótesis de que la emancipación de la mujer es un proyecto político planteado en términos de necesidades productivas

(1993:1). Aunque tampoco se trata sólo de poca predisposición al cambio; influyen, también, las mismas limitaciones que impone la sociedad sobre la mujer. Marqués enumera algunas de ellas:

-Existencia de mecanismos tradicionales que fuerzan a un importante número de mujeres de clase trabajadora y sectores marginales hacia la prostitución.

-Casi sistemático sacrificio de las perspectivas de ascenso profesional de las mujeres en aras de la atención a la familia, incluida la atención de ancianos y enfermos.

-Escasa presencia de las mujeres en los centros de decisión política y económica.

-Persistencia mucho más que anecdótica de la violencia sexual y doméstica.

-Orientación de la mayor parte de la publicidad hacia la mujer a través de las imágenes patriarcales de la misma.

-Predominio social de los valores tenidos como masculinos: fuerza, agresividad, éxito en la competición... (1991:47).

Ha sido, básicamente, en las áreas conectadas con la experiencia personal de las mujeres (la sexualidad, la reproducción, la maternidad o las metas profesionales) donde se han producido esta serie de transformaciones encadenadas que no han estado exentas de contradicciones.

En cuanto a la percepción de la maternidad, las mujeres pueden ahora hacer frente a no tener hijos o a no tener demasiados, porque la maternidad no es el único instrumento hoy en día para evaluar socialmente la función social e individual de las mujeres. Éstas han sido capaces de restringir la maternidad dentro de una realidad positiva que también las ha empujado a la integración en la educación superior y en trabajos técnicos y profesionales. La contradicción reside en el hecho de que se espera todavía que las mujeres mantengan también la responsabilidad de la esfera doméstica (Arregi, 1987:86). Apoyan este proceso instituciones (como el Instituto de la Mujer

y sus filiales autonómicas) con discursos explicativos y transformadores de la desigualdad que intentan cambiar la estructura social y facilitar a las mujeres la integración en ese mundo laboral. En este proceso, la nueva normativa crea un nuevo estatuto de la maternidad para convertirla en una experiencia subordinada al cambio, lo cual afecta directamente a la identidad de las mujeres, e incide en la conducta reproductiva (Juan, 1992:1). El problema reside básicamente en que no se han elaborado modelos alternativos ya que, como dice Comas d'Argemir (1995), con la actual regulación laboral y la lógica de mercado, las mujeres con aspiraciones profesionales se ven obligadas a postergar la maternidad, porque el mercado tiene una lógica determinada: la producción y no la reproducción.

Por otra parte, el progreso de la medicina y la aparición de métodos de control de la fertilidad, entre otros, han permitido aumentar la esperanza de vida y, al mismo tiempo tener menos hijos/as. Sin embargo, la progresiva medicalización de la maternidad tiene el revés en el control que se ejerce desde esta institución sobre la conducta de las mujeres. Éstas se van liberando de determinantes biológicos a cambio de ir adquiriendo compromisos con la práctica médica hegemónica. La medicina es necesaria para el cuidado de la salud, siempre y cuando favorezca el autoconocimiento, la autonomía y la participación del individuo. Para Juan (1991) la exigencia mercantilista de crear personas dependientes del consumo, condiciona el desarrollo de la ciencia médica a las exigencias del consumo tecnológico. En este sentido, uno de los grandes cambios sociales acaecidos en este siglo es que el control de la reproducción ha dejado de ser un azar -o "lo que Dios quiera"- para pasar a ser controlada científicamente, aparentemente para mayor libertad de las mujeres. La contradicción está en que estos mismos avances sólo han puesto la tecnología en manos de las mujeres y las ha obligado a depender del sistema médico-científico, amén de responsabilizarse del control sobre la reproducción.

El control de la reproducción es una conducta tanto individual como social que se nos pierde en la historia, es también una actitud social universal y la historia nos explica cómo esa preocupación es en parte la explicación de una filosofía de la vida y una conducta característica de nuestra sociedad. Pero ¿qué supone el control de la reproducción? En primer lugar, y siguiendo a Juan (1991), el aumento de la medicalización en el proceso de la reproducción, en la práctica de la anticoncepción y en la infertilidad, provoca que la mujer adquiera un estatuto permanente de enferma. En segundo lugar, la creación por parte de la institución médica de una determinada información (sesgada y dirigida a sus intereses) para difundir la tecnología y crear un estado de opinión favorable o desfavorable (Ídem:37).

Por otra parte, desde algunas instituciones (estatales y autonómicas) se está potenciando la incorporación de la mujer en el mercado laboral de tal manera que no queda claro si el trabajo es un derecho o una obligación. En este sentido, Juan considera que el interés compulsivo de estas instituciones para que las mujeres trabajen fuera de casa se legitima como el primer paso de la "liberación"; sin embargo es dudoso que las mujeres lo valoren de esa manera. Muchas de las que trabajan fuera del ámbito doméstico lo hacen por necesidad, en quehaceres que no han elegido, y, además, atendiendo las obligaciones familiares. Por otra parte, las mujeres siempre han trabajado. Y concluye con que la lectura entre líneas del discurso de estas instituciones da lugar a cuestiones que deben considerarse para comprender mejor el rol de las mujeres en el proceso de transición: 1/ el discurso institucional, que presume de ser feminista, devalúa el trabajo doméstico como inferior e indigno; 2/ el trabajo remunerado es visto como un derecho, y el trabajo doméstico, como una obligación; 3/ el concepto de liberación de la mujer supone, además de liberarse del trabajo doméstico, asimilarse cada vez más a los varones; y 4/ la liberación se plantea siguiendo un modelo elitista de clase social (1993:15-22).

En cuanto a la otra liberación, la de la sexualidad, Juan argumenta que, aunque la forma en que se plantea adquiere el formato de "liberación", en realidad se convierte en una necesidad portadora de nuevos peligros de los que se continúa haciendo responsable a la mujer. El interés de los expertos en fomentar este discurso está en legitimar un nuevo espacio profesional expropiado a la Iglesia pero continuador de un sistema de valores que ve a las mujeres como necesitadas de orientación y dependientes de una entidad superior (Ídem:27). La sexualidad se instala, desde esta perspectiva, en el dominio de la salud y de la higiene pública. La eliminación de la angustia y la obligación del placer poseen, en la normatividad oficial orientada hacia la mujer, un estatus de precepto moral dictado por una constante referencia al estado natural. En algunos discursos, la ausencia de placer ocupa, singularmente, el lugar que ocupaba el celibato bajo el nacional-catolicismo, símbolo de achaque vital y falta de salud (Assier-Andrieu, et alii, 1995).

1.6.1 La gestión del cuerpo como modelo

Las reivindicaciones feministas sobre la autogestión del cuerpo han sido claves en tanto que han hecho emerger nuevas definiciones sobre las mujeres: por un lado han puesto en tela de juicio concepciones dominantes que ponían en relación de dependencia a las mujeres respecto a los hombres; por otro lado han permitido el análisis de las dicotomías desde una perspectiva que hace aflorar semejanzas y diferencias entre las mismas y no tanto desde el punto de vista normativo.

Dentro de las reivindicaciones de la autogestión del cuerpo, el movimiento feminista ha incluido temas como: la ampliación del número personas que entran en las relaciones sexuales que abarcan a los hombres y mujeres; o la reivindicación del placer como parte elemental de la experiencia humana, rescatando de este modo categorías de identidades sexuales como el lesbianismo y la homosexualidad que estaban ocultas en la marginalidad

(del Valle, 1991:23-24). De esta forma se intentan modificar las normas que regulan las características biológicas, cuestionar identidades fijas como las de madre reproductora, dando paso a otras formas de identificación más relacionadas con opciones sexuales, metas de trabajo, de intereses, maternidad social... (Ídem:29).

El modelo de la autogestión del cuerpo es, pues, una forma de llegar a conocer las estructuras de las que parten los modelos desde las mujeres y que están más conectadas a la experiencia vital. Para del Valle (1991), la imposición de estructuras superficiales mediante la estereotipación de las mujeres y la difusión de un modelo en el que están influidas las mujeres pero sin que ellas hayan participado en su elaboración, son barreras que impiden que salgan a la luz estructuras profundas. Así, esta autora propone el análisis de tres conceptos donde se dan situaciones de mutismo y que pueden resultar interesantes:

1. El lugar donde se establecen los límites físicos. Se trata de ir más allá de los límites establecidos en el campo de la salud-enfermedad para situarlo en la posibilidad de las sensaciones placenteras, el bienestar, la sensualidad, el erotismo. Es decir, se trata de evocar nuevas capacidades de las que las mujeres tienen identificadas normalmente.

2. Conceptos de tiempo. Mientras que en la diferencia establecida entre la edad sentida y la edad atribuida es donde se crean los modelos acerca de las mujeres, la reivindicación de la edad sentida sería el modelo desde las mujeres. Se toma así, la edad real para identificar los momentos apropiados: menstruación, embarazo, menopausia... que en realidad no hacen más que establecer límites a las actividades que tienen que realizar las mujeres y que son consideradas como las propias de su sexo, estado y situación. Deben conocerse, entonces, los conceptos de tiempo desde las mujeres y no quedarse con las definiciones acerca de las mujeres ya que éstas, en su experiencia cotidiana y teniendo en cuenta los ritmos temporales basados en los ciclos biológicos, experimentan otras formas de orden social.

3. Finalmente propone que sean aprovechados aquellos conocimientos transmitidos que poseen las mujeres -adquiridos por ser las responsables de su área más inmediata-, que no son científicos, sino conectados a la experiencia de ser mujer, ya que son áreas sin explorar, sobre todo a nivel médico (Ídem:54 y ss.).

1.6.2 La concreción de las propuestas: los CPF

Situamos en esta investigación a los CPF justamente en la encrucijada de los discursos que elaboran modelos acerca de las mujeres: el de la medicina oficial, el del feminismo de Estado¹⁵ y el del movimiento feminista. La implantación de los dos primeros no ha dado en ninguno de los casos grandes problemas: uno -el médico- posee un bagaje histórico que no se cuestiona y que forma parte de la cultura occidental, es más, la moldea, la transforma y, camaleónicamente, sabe adaptarse a cualquier tendencia social, política o económica. El discurso del feminismo de Estado¹⁶ es más efímero, se implanta gracias a su pertenencia a una orientación política y deja de existir cuando este partido ya no tiene el poder político. Pero ha sido un discurso que, si bien no ha calado hondo en la sociedad, ni tan siquiera en la población femenina, sí que se puede considerar como una iniciativa pionera en la voluntad de hacer oír la voz de las mujeres (de unas cuantas mujeres). Y, finalmente, como organismo gubernamental tiene un peso específico o al menos un discurso que pretende ser dominante para cambiar actitudes y

15 Según la definición que hace Celia Valiente, son "instituciones cuyo principal cometido es impulsar la formulación y puesta en práctica de medidas para alcanzar un mayor grado de igualdad entre las mujeres y los hombres (...) (este conjunto de fenómenos) se denomina 'feminismo de Estado' (*State Feminism*), 'feminismo oficial' o 'feminismo institucional'" (1994:I).

16 Aunque posteriormente, en la investigación, no vamos a volver con el tema del feminismo de Estado, nos parece interesante resaltarlo brevemente como institución política que intenta promover cambios en la situación social de la mujer. Sin embargo, ni el Instituto de la Mujer ni sus filiales autonómicas, han tenido en cuenta la reivindicación de los CPF por parte de otros grupos feministas, ni se ha preocupado por su promoción.

percepciones sobre la mujer desde su propio punto de vista -no desde el punto de vista de las mujeres-.

Sin embargo, los CPF han elaborado una concepción de la salud reproductiva y sexual a partir de una serie de reivindicaciones feministas. En su dimensión de salud ha tomado, del discurso dominante médico-científico, la dimensión de institución asistencial. Aparte de esta dimensión institucional, su dinámica de funcionamiento es bastante distinta a la de cualquier centro de salud: estilo de trabajo (multidisciplinario), relación profesionales/usuarios/os, diferente concepción de la salud de las mujeres (no tratan con pacientes sino que tratan con usuarias) e incluso una diferente concepción de ser mujer. Pero a pesar de esto es la medicina oficial, y en concreto la Ginecología y la Obstetricia, la que tiene el monopolio exclusivo sobre el cuerpo de la mujer. Por ello la relación entre estas disciplinas y los Centros de Planificación Familiar es difícil de acoplar, puesto que, para la medicina, la existencia de los centros significa la merma de competencias, o dicho de otro modo, significa un cuestionamiento de su concepción de la dimensión del cuerpo femenino y de los modelos que se elaboran para las mujeres.

Cuando los CPF empezaron su andadura, las percepciones que los ginecólogos tenían sobre las mujeres (sobre su cuerpo) estaban mediatizadas por sus valores morales, sus creencias religiosas y su visión de lo que las mujeres, socialmente, tenían que ser: novias, esposas y madres, determinadas por un ciclo biológico que definía sus límites existenciales. En la actualidad, aunque estas percepciones han cambiado, su actividad médica (plasmada en los manuales de ginecología que estudian de memoria las nuevas generaciones de médicas/os) continúa teniendo unos objetivos que van más allá del tratamiento de la patología concreta. Los CPF, entonces, nacieron con la inquietud de cambiar ese panorama mediante la búsqueda de alternativas en cuanto a la salud de las mujeres: intentaron elaborar un modelo a partir de la experiencia de las mujeres. Éstas hablaron de sus

experiencias entre ellas (el autoconocimiento) y, a partir de aquí, fueron dando lugar a un modelo que, a priori, fuera extrapolable a las demás mujeres. Otros profesionales del sector no se han quedado atrás y han intentado realizar un cambio de actitudes con respecto al cuerpo y la salud de las mujeres. En este sentido, Esteban (1993a) nos pone el ejemplo de algunos ginecólogos que ejercen su profesión en el área que ella estudia (el País Vasco) y que no sólo tienen ideas claras sobre sexualidad, aborto, etc. desde unos planteamientos progresistas, sino que participan de vez en cuando en los diferentes medios de comunicación opinando, desde posiciones más renovadoras, sobre cuestiones que afectan específicamente a las mujeres.

Por otra parte, la práctica totalidad de los centros fueron impulsados por grupos de mujeres que funcionan (aunque algunos ya han sido absorbidos por la red sanitaria pública) de forma autónoma en organizaciones mixtas o exclusivas de mujeres. En cuanto a sus objetivos generales, intentan sacar a la luz pública aspectos de la salud no recogidos, o por lo menos insuficientemente contemplados, en los servicios sanitarios, en lo que se refiere a la población femenina en su conjunto y a la sociedad en general (Esteban, 1993a:441-442). Hay que destacar también, continúa esta autora, la labor de información dirigida a las mujeres, reconocida como algo fundamental; al mismo tiempo, parten de la necesidad, y así lo propician en su dinámica cotidiana, de que sean las mismas mujeres las que debaten las distintas cuestiones, práctica ésta última no contemplada en la dinámica habitual de las instituciones sanitarias. El fin de esta medida sería escuchar las opiniones de las mujeres y extraer así nuevos conocimientos que podrían revertir posteriormente tanto en el saber cultural general (al mismo nivel que otras parcelas de la salud: alimentación, higiene, cuidados generales), como en la planificación de los servicios de salud. De esta forma se podrían modificar las prestaciones sanitarias en base a las necesidades reales,

teniendo en cuenta todos los puntos de vista y desmonopolizando dichas áreas de conocimiento de los círculos de los expertos (1993a:442-443).

En esta investigación se ha priorizado el estudio de los centros de planificación familiar desde la óptica de su alternatividad, es decir, del conjunto de ideas que ha fundado una práctica diferente con respecto a otros centros de salud. De esta forma se ha dejado de lado la concepción de estos centros desde la óptica sanitarista clásica, es decir, de la práctica médica como tal ya que interesa menos destacar aquellos aspectos (médicos) que los asemejan a cualquier otro centro de asistencia (y que, a su vez, los legitiman) y detenerse más en analizar aquellos que los hacen diferentes. Estos últimos aspectos no proceden de su coyuntura médico-científica -de la que, evidentemente, se nutren-, sino de la elaboración de una serie de ideas que han dado como resultado una práctica diferente.

En este sentido se ha priorizado la revisión histórica del proceso de producción de las ideas que fundan la práctica en los CPF y que conformarán su normativa (Capítulo 3). Seguidamente, en el capítulo 4, se ha procedido a la descripción y análisis del proceso de formación de estos centros y su funcionamiento; también se han resaltado algunas de las diferencias que guardan con otros centros sanitarios en cuanto al funcionamiento y objetivos específicos. La descripción detallada de un día de trabajo permitirá un acercamiento a la práctica en estos centros mediante el seguimiento de las diferentes consultas, el trabajo que realizan cada una de las profesionales y la interacción de éstas con las usuarias que ha dado como resultado la reformulación de algunos de sus postulados (Capítulo 5). El acceso a los modelos desde las mujeres, relativos a la sexualidad y a la reproducción, nos dará la clave (en los dos últimos capítulos 6 y 7) para entender de qué forma se han ido asumiendo contenidos en relación al cuerpo, la sexualidad y la reproducción, con una incidencia clara en las expectativas sociales y en relación a la asunción de nuevos contenidos, que pueden cuestionar las expectativas sociales tradicionales y que les dotan de una nueva

conceptualización que incide directamente en la asunción de nuevas perspectivas a partir de modelos expresados por las propias mujeres. A l inicio de la investigación nos formulamos una serie de cuestiones que intentaremos aclarar en las páginas que siguen: ¿Qué son los CPF?, ¿qué aspectos los hacen diferentes?, ¿qué partes del discurso de los CPF toman las mujeres para sí?, ¿cómo los perciben las usuarias de los mismos?, ¿de qué forma las mujeres asumen el mensaje del CPF?, ¿por qué se le otorga tanta importancia al tiempo en la concepción de la asistencia? y, finalmente ¿en qué medida participan los hombres de esta particular concepción de la reproducción y la sexualidad que se propone desde los CPF?.

2. OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA

2.1 Objetivos y niveles de análisis

El objetivo principal de esta investigación es analizar los discursos y prácticas sobre salud reproductiva y sexual dirigidos a las mujeres y gestionados en los Centros de Planificación Familiar (CPF).

Los discursos y prácticas conforman el proceso normativo dentro del cual se diferenciarán los niveles de análisis que servirán para el desarrollo del trabajo y que englobarán toda una serie de aspectos clave. En este sentido, entendemos por *normatividad* todo el conjunto de discursos, prácticas y percepciones (sobre salud reproductiva y sexual) dirigidos hacia un objetivo predeterminado, que en el estudio que nos ocupa es el autoconocimiento del cuerpo y la capacidad de decisión sobre los procesos corporales relacionados con la sexualidad y la reproducción. De la misma forma, en la presente investigación se utilizará el concepto de *norma* para referirnos a aquellos aspectos -valores, actitudes, motivaciones y pautas de comportamiento- enmarcados dentro de la cultura y la sociedad en la que los individuos se socializan.

Los niveles de análisis que se utilizarán son tres: la producción, la difusión y la apropiación de normas en relación a los procesos relativos a la sexualidad y la reproducción generados en los CPF. Teniendo como marco de referencia el CPF, el proceso engloba toda una serie de conceptos que se apuntan ahora y que se desarrollarán más adelante.

1) Del *proceso de producción de normas* destacaremos los discursos ideológicos en los que directa o indirectamente se apoyan los CPF. El análisis histórico del feminismo (sobre todo, aquel sector del movimiento que reivindicaba la libertad reproductiva y sexual) como base teórica primordial para entender las prácticas actuales de los CPF, nos dará una visión

panorámica de la principal fuente sobre la que se apoyan ideológicamente. También desde el feminismo se intentará analizar toda una serie de aspectos que ayudarán a entender el nacimiento, consolidación y funcionamiento de los centros.

Por otra parte, el análisis de otros discursos vinculados al ámbito público y al poder político, sanitario o religioso, como el generado desde el movimiento higienista, nos ofrecerá otra visión complementaria de la primera puesto que nos permite aproximarnos no sólo a la mentalidad y valores culturales referidos a la sexualidad y a la natalidad, sino también a los procesos de cambio social que generaron importantes transformaciones en la mentalidad colectiva entre finales del siglo XIX y principios del XX (Nash & Tavera, 1994:129). En este sentido, interesa remarcar la existencia del feminismo como ideología paralela a otros movimientos de salud y sociales. Es decir, el objetivo específico, por lo que se refiere a esta parte, es analizar la construcción cultural de los discursos sobre las mujeres a partir de los principales postulados históricos, sobre sexualidad y salud reproductiva que desde sus inicios ha formulado el movimiento feminista. De los CPF, como lugares de expresión de esta configuración normativa, nos interesa analizar (y este sería otro objetivo del estudio) su funcionamiento, su manera de concebir la asistencia, el trato con las mujeres y el trabajo interdisciplinario, entre otros, como una forma de expresar este mensaje.

2) En el *proceso de difusión de normas* se engloba tanto el discurso que se transmite como la manera de transmitirlo. Se analizarán los principales argumentos que han dado forma a la planificación familiar. De esta manera, otro objetivo será ver si, a partir de las fuentes ideológicas que constituyen el proceso de producción normativa, en la propia institución se hacen o no relecturas y por tanto reformulaciones que conforman la producción de una normativa propia adecuada y encuadrada en un contexto determinado y con unos objetivos propios. En este sentido parece pertinente resaltar la

importancia de todo el proceso: desde el movimiento de reivindicación de CPF's hasta su constitución, las personas que en él trabajan, su estilo de trabajo, lo que difunden y cómo lo difunden. Dicho de otro modo, analizaremos la gestión que los CPF hacen de la normatividad de la que se nutren.

3) Finalmente, en el *proceso de apropiación de normas* nos encontramos con la subjetividad, experiencia y valoración de las mujeres-usuarias, cosa que nos parece importante para poder evaluar la efectividad e incidencia de la normativa que se difunde. En este sentido, se comprobará de qué forma la adquisición de estos hábitos difundidos en los CPF vehiculan nuevos contenidos normativos para las mujeres, y el análisis de la percepción de la información que necesariamente conlleva a la reprobación de toda una serie de conceptos y al ensalzamiento de otros nuevos. Se tomará a las mujeres-usuarias de los CPF como sujeto central de la difusión de normas. En definitiva, se trata de analizar la percepción que éstas tienen de la información que reciben, de su paso por los CPF (hasta qué punto las mujeres conocen el centro, por qué van, qué esperan encontrar...) y por otros centros de salud (diferencias más importantes), y su percepción de la resocialización (la enseñanza del autoconocimiento) a la que están sometidas, a la reconceptualización ("lo de allí abajo tiene un nombre: vulva"¹⁷) de muchos temas referentes a su cuerpo, a sus relaciones familiares y al modo de enfrentarse con la vida (aprender a decidir por sí mismas). Pero también se trata de ver la percepción que tienen los hombres de estos potenciales cambios: la manera en cómo puede afectar a sus vidas la reeducación en la sexualidad y en la reproducción.

17 La citas en las cuales la fuente no está indicada están extraídas de mis notas y registros tomados sobre el terreno.

2.2 Hipótesis de trabajo

Se han definido siete hipótesis de trabajo:

- 1- Los CPF son centros de gestión de normas, sobre la sexualidad y la salud reproductiva de las mujeres, que se elaboran, entre otros, a partir del discurso normativo del feminismo y de demandas y necesidades expresadas por las propias mujeres. La distancia entre la exposición de contenidos y objetivos, su puesta en práctica y las demandas de las usuarias, genera otro discurso paralelo que se retroalimenta de las prácticas y de la experiencia y subjetividad de las mujeres. Por lo tanto, los mensajes (entre ellos el feminista) constantemente se han ido replanteando y releendo con miras a una negociación y consenso mutuos entre profesionales y usuarias.
- 2- Los aspectos que caracterizan al CPF y que lo diferencian de otros centros sanitarios, como el estilo de trabajo y la concepción de la asistencia, facilita el desarrollo de modelos emergentes (participación activa y autogestión del cuerpo) en relación a la percepción de la salud reproductiva y sexual.
- 3- El "tiempo para hablar" que se dedica en las visitas fortalece y personaliza las relaciones profesional-usuaria y establece una forma de complicidad que facilita la difusión de normas relativas a la salud reproductiva y sexual de una forma consensuada (proceso de negociación).
- 4- Del discurso normativo de los CPF -que tiene como objetivo y característica principal que las mujeres conozcan su cuerpo como forma fundamental de adquisición de hábitos saludables y de responsabilización sobre su salud reproductiva y sexual-, las mujeres interiorizan aquella parte que más les interesa de acuerdo con sus necesidades y motivaciones.

5- Las usuarias perciben los CPF como una forma de asistencia sanitaria diferente de otro tipo de asistencia médica, pero el mensaje ideológico sobre salud reproductiva y sexual queda en un segundo plano, menos relevante que las cuestiones de tipo práctico y asistencial.

6- La edad de las mujeres es una variable fundamental para valorar la aprehensión del mensaje, en base a las experiencias y percepciones que las mujeres de diferentes generaciones han tenido con respecto a las vivencias sobre sexualidad y reproducción. En este sentido es evidente una mayor identificación con el mensaje en el grupo de edad entre 20 y 40 años ya que su socialización en la sexualidad y reproducción se complementa o refuerza con el del al centro, mientras que la franja de edad posterior ya acude con experiencias personales y nociones preconcebidas que no siempre coinciden con la información que se les facilita en el centro.

7- En general, las mujeres consideran la responsabilidad frente a decisiones sobre su salud reproductiva y sexual como algo propio, excluyendo toda corresponsabilidad a la pareja, si la hay. Complementariamente, existe una comunicación, más o menos fluida, entre las decisiones tomadas y las personas (pareja, hijos...) que están implicadas. La mujer continúa, en este sentido, asumiendo la responsabilidad del cuidado de la salud de la familia.

2.3 Metodología y técnicas

La aproximación a los CPF como objeto de estudio no ha sido producto de un esquema cuidadosamente diseñado, ni tan sólo respondía al objeto de investigación que en un principio nos proponíamos realizar. Del estudio de la familia y el cambio de sus estructuras, teniendo los CPF como el contexto secundario de observación, se pasó a la consideración de estos centros como la unidad de análisis fundamental para el desarrollo de la presente

investigación. El trabajo de campo fue el que determinó este drástico cambio, ya que a través de él se descubrió el verdadero motor que ha guiado esta investigación: lo que ocurría en los CPF.

Así, el proyecto se ha ido desarrollando sobre dos aspectos básicos: la disponibilidad de la investigadora para realizar el trabajo de campo a tiempo completo y la de las trabajadoras y las usuarias del centro para "dejarse analizar". Aunque parezca una nimiedad, estos dos aspectos han sido muy importantes para poder realizar esta investigación. El trabajo de campo a tiempo completo en el CPF me permitió la reelaboración de un marco de estudio más acotado y, para mí, básico: la forma de trabajar, la relación entre las trabajadoras y las usuarias y el mensaje informativo que difundían.

Pero tampoco se trataba de hacer una fotografía o plasmar una imagen estática de un tiempo muy determinado, sino que, por el contrario, el tipo de investigación que se pretendía realizar requería la determinación de un proceso de observación que recogiera la dimensión temporal de análisis, de cambio en el tiempo. La resolución de este marco temporal no fue, en principio, muy problemático de delimitar. Partía de la consideración de que el discurso de las trabajadoras del centro estaba elaborado a partir de la ideología feminista. De esta forma me proponía el análisis de los principales postulados que se habían reivindicado en cuanto a la sexualidad y la salud reproductiva desde sus comienzos (siglo XIX) hasta la formación de los actuales CPF.

En cuanto a la determinación de la unidad de observación, en principio partía de la base de que todos los CPF son iguales al que yo tenía en mi punto de mira, con lo que la totalidad de los CPF eran susceptibles de ser analizados de la misma manera. Tras unos meses de trabajo de campo, me di cuenta de que todos los CPF no son iguales -a pesar de que persigan unos mismos objetivos-, sino que cada uno de ellos tiene una historia concreta y un desarrollo que los hace, en cierto modo, diferentes. El compromiso metodológico que me propuse tenía que permitirme tanto el proceso de

observación como el de obtención de datos con una mínima fiabilidad y control. Así, del primer propósito de "analizar los CPF" pasé a la consideración de "analizar el CPF de Cambrils", aunque no descarté la idea de contrastar (no comparar) los datos de éste centro, con el de otros¹⁸ en los que, esporádicamente, tuve la oportunidad de poder permanecer durante cortos periodos de tiempo. No obstante, no se pretende aportar una visión particularista del CPF observado ya que se aportan datos (tanto de la formación del centro como de la organización, pasando por los objetivos de trabajo) que pueden ser extrapolables a otros centros.

La metodología utilizada en esta investigación, como se ha ido señalando en párrafos anteriores, ha consistido en el trabajo etnográfico, propio de la Antropología Social. Las técnicas básicas que se han utilizado han sido las que se describen a continuación: la observación participante, la entrevista en profundidad, y el análisis de algunas fuentes bibliográficas que me han servido de apoyo secundario para la investigación. También se ha procedido a la consulta y elaboración de las memorias anuales del CPF para fundamentar la parte dedicada a la evolución del centro, así como también otro tipo de fuentes documentales (actas municipales, correspondencia...) facilitadas por las trabajadoras del centro. Finalmente, toda la investigación (especialmente los capítulos que hacen referencia a los marcos teórico e histórico) se apoya en la bibliografía que se detalla al final.

2.3.1 Entrevistas en profundidad

Antes de empezar a explicar el contenido y significación de las entrevistas realizadas, creo conveniente justificar el tipo de entrevistas que he escogido, así como el modo de hacerlas.

¹⁸ Centro de Promoción de la Salud de Valls, Centro de Planificación Familiar de El Vendrell y Centro de Planificación Familiar de Tortosa.

Se ha escogido el uso de la entrevista en profundidad como material de muestra que no responda a un criterio de representatividad estadística, sino a la voluntad de significación que permita una comprensión de los problemas que la investigación plantea. Es lo que Joan Josep Pujadas (1992) llama "relatos biográficos paralelos". Tal y como dice este autor, esta técnica "ofrece la posibilidad de realizar comparaciones, categorizaciones de los informantes, establecer hipótesis teóricas y validarlas mediante la acumulación de evidencias y, en definitiva, realizar algo que es imposible con los estudios de caso, establecer generalizaciones sobre un determinado ámbito de conocimiento" (Ídem:52).

En relación al tipo de entrevista, se ha focalizado en unos apartados y ámbitos temáticos concretos antes que en el relato de vida propiamente dicho. La entrevista en profundidad permite llevar a término de la mejor manera posible el análisis de los testimonios personalizados en relación a las variables predeterminadas. Al mismo tiempo, permite a la investigadora flexibilidad frente al orden que se ha señalado en la guía de la entrevista en función del propio discurso de la informante; se posibilita así la introducción de nuevos elementos, la profundización en unos y, si se cree conveniente, la exclusión de otros (Roca, 1992:92).

Esta técnica ha constituido la base empírica fundamental para confirmar y verificar los modelos que se difunden y que son apropiados. Se llevado a cabo dos tipos de entrevista en profundidad: por un lado las realizadas a informadoras clave como son las trabajadoras de los CPF; y por otro a mujeres, cuya característica principal es precisamente su condición de ser usuarias de CPF.

2.3.1.1 Tipos de entrevistas y variables principales

a) Profesionales

Estas primeras han servido esencialmente para aportar los datos relativos a la fundación de un CPF, así como su evolución y percepciones con respecto a los propios acontecimientos que relatan. Efectivamente, la falta de bibliografía relacionada con este tema¹⁹ ha hecho imprescindible utilizar este tipo de técnica de investigación. Se trata de que estas mujeres nos relaten su experiencia en el mundo de la planificación familiar, su justificación, su pertenencia o no al movimiento feminista o vinculación indirecta y si este hecho ha sido clave para entrar a formar parte en los centros. Por otro lado creemos que el hecho de ser trabajadoras de distintas especialidades nos da, obligatoriamente, una visión de conjunto de lo que constituye la idiosincrasia de los centros.

La mayor parte de las trabajadoras que se entrevistaron trabajan en la actualidad en el mismo centro (CPF de Cambrils), pero todas empezaron a trabajar o fueron fundadoras del primer CPF abierto en Tarragona (el CPF "Mitja Lluna" de Tarragona, del que hablaremos extensamente en el cuarto capítulo). Además del CPF de Cambrils también se encargan de otros centros que se abrieron con posterioridad al de Tarragona ("la casa madre"²⁰).

En total se realizaron siete entrevistas en profundidad a mujeres que tienen o han tenido relación directa o indirecta con la Planificación Familiar. De éstas, cuatro se efectuaron a las trabajadoras del Centro Municipal de

19 Existe abundante documentación bibliográfica sobre planificación familiar pero en relación a los métodos anticonceptivos. Cuando hablo de falta de bibliografía, me refiero básicamente a la ausencia de referencias y estudios científicos serios sobre el tema explícito de los centros, con la excepción de algunos como el estudio llevado a cabo por Mari Luz Esteban (1994) -ver bibliografía-, que se ha utilizado como referencia en esta investigación.

20 Expresión utilizada por una de las entrevistadas para referirse al primer CPF fundado en Tarragona, el CPF "Mitja Lluna".

Planificación Familiar de Cambrils (Tarragona): a la médica especialista en PF, que trabaja en el centro de Cambrils y en el de Valls; a la consultora, que trabaja en el centro de Cambrils y en el de El Vendrell; a la psicosexóloga, que también trabaja en el centro de Cambrils y en el de El Vendrell; y a la matrona que realiza las clases de preparación al parto. Asimismo, se realizó una entrevista a la ginecóloga del Centro de Promoción de la Salud del Pius Hospital de Valls, que también formó equipo con las trabajadoras de Cambrils en sus inicios. Otra entrevista se le hizo a una militante del movimiento feminista "Bloc Feminista de Tarragona", que participó activamente en la reivindicación del Centro de Planificación de Tarragona y que durante un tiempo se encargó de representar al Bloc Feminista dentro del Centro. Finalmente, se creyó conveniente realizar otra entrevista en profundidad a la ex-consejera de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Cambrils, que, en el año 1986, impulsó la creación de este centro en el municipio. Estos son sus perfiles:

PS Empezó a trabajar en el CPF "Mitja Lluna" de Tarragona después de que éste abriera sus puertas. Anteriormente, había realizado estudios de Auxiliar de Clínica y en el Centro pasó a ocupar el puesto de consultora, cargo que ha ejercido hasta la actualidad. Posteriormente, participó en el montaje de los Centros de Cambrils y el Vendrell donde estuvo trabajando tras el cierre de la Mitja Lluna. Está afiliada al Bloc Feminista y es militante activa todo lo cual, según sus palabras, "me ha ayudado a cambiar la visión de muchas cosas".

PO Se licenció en Psicología y posteriormente hizo la especialidad clínica de esta licenciatura. Cursando esta especialidad, y según su propia expresión, "descubrí la sexualidad en plan teórico"; así es como decidió hacerse terapeuta sexual. En principio trabajó en

un sanatorio mental pero, posteriormente, una amiga que trabajaba en el CPF Mitja Lluna le propuso compartir su trabajo como psico-sexóloga. Durante este tiempo el horario de trabajo, tanto en la Mitja Lluna como, posteriormente, en los centros de Cambrils y el Vendrell, no le permitió un contacto demasiado directo con sus compañeras: "Yo me enteré de lo que iba el planning por las reuniones ya que cuando llegaba al centro, las demás acababan". Fue en Cambrils donde la vacante de la plaza de secretaria, que compaginaba con la de psicosexóloga, le dio la oportunidad de tener un contacto directo no solamente con las trabajadoras sino también con las actividades que se realizaban y con todas las usuarias.

MJM

Es la educadora maternal del CPF de Cambrils. Su itinerario de formación empieza cuando decidió ser enfermera y, más concretamente, cuando se especializó en matrona. Esta especialidad, que en principio ella no contemplaba como carrera profesional, le sirvió cuando se introdujo dentro del Bloc Feminista, donde le propusieron que realizara charlas sobre la preparación al parto desde el CPF Mitja Lluna. Esta idea le gustó porque "había estado embarazada, es decir, en este proceso, y las dificultades que encuentras cuando estás embarazada (...) el movimiento me interesaba por el apoyo a la mujer y por lo que yo podía aportar porque es muy importante el apoyo que otras mujeres, que han pasado por este proceso, te pueden aportar". En la actualidad es, además, profesora de la Escuela de Enfermería de Tarragona donde imparte clases de Educación Materno-Infantil que compagina con las clases de preparación para el parto.

CS

Cuando estaba cursando sexto de Medicina y hacía el rotatorio en un hospital de la ciudad, esta futura médica vio un cartel que anunciaba la inauguración de un CPF. Fue al centro para ver "si necesitaban alguna ayuda porque me pareció algo interesante (...) Me ofrecía aunque fuese a barrer"; aun así su idea inicial era la de especializarse en Pediatría. Como no tenía la carrera acabada empezó como consultora "sin medios, ni sueldo, ni nada". Impartía las charlas, ayudaba a la ginecóloga en la consulta, mientras iba aprendiendo todo lo relativo a la planificación familiar: "Era todo ilusión, no miraba el horario nunca, era un trabajo que me gustaba hacer... me olvidé de la Pediatría (...) Tú ibas para cuatro horas de consulta y después te dabas cuenta de que salías a las once de la noche". Al cabo de un tiempo, y tras acabar la licenciatura, empezó a trabajar como médica. Participó en la constitución de los centros de Valls, El Vendrell y Cambrils. Tuvo que afiliarse al Bloc Feminista aunque nunca participó activamente: "Pero no por cuestiones personales, no por el grupo en concreto, la cuestión es que no me gusta afiliarme a nada, me gusta mucho ir por libre y no estar apuntada a ningún partido ni grupo, aunque he intentado, eso sí, colaborar".

RV

Se licenció en Medicina y tiene la especialidad en Ginecología. Es una de las creadoras de la Mitja Lluna, formando parte de la Comisión de Planificación Familiar del Bloc Feminista. Anteriormente ya había participado en la creación del primer centro que se abrió en Madrid en el año 75. Tras el cierre del centro de Tarragona, se encarga de la dirección del Centre de Promoció de la Salut del Pius Hospital de Valls.

MS

En el año 1978 ingresa dentro de la comisión de planificación familiar del Bloc Feminista y participa activamente en la creación de la Mitja Lluna. Por aquel entonces, trabajaba -y trabaja- como funcionaria, aunque estuvo a punto de dejarlo para trabajar en el centro, aunque la inestabilidad económica que ello le suponía le hizo desistir del intento; cosa que no fue un obstáculo para continuar colaborando en él. Como militante activa del Bloc Feminista y miembro de la comisión de planificación familiar, asumió la responsabilidad de "controlar que el trabajo de las profesionales era correcto desde el punto de vista feminista (...) lo que tú quieres dar no sólo es una información, sino una ideología, que es una ideología diferente de la que hay actualmente". Cuando el centro de Tarragona fue cerrado por el Ayuntamiento, esta comisión de control dejó de existir, aunque esta mujer continúa como usuaria en uno de los centros que quedaron abiertos.

MDM

Entró en las listas del PSUC en el año 83 y se presentó a las municipales de Cambrils. Ingresó en el equipo de gobierno formando coalición con PSOE y ERC, encargándose de la cartera de Educación. Promocionó la creación de la Regiduría de Servicios Sociales y, entre otras cosas, la apertura del Centro de Planificación Familiar. Siendo usuaria de la Mitja Lluna, habló con las trabajadoras de este centro y las instó a crear el de Cambrils, cosa que se consiguió, en abril de 1986, tras algunos conflictos con sus compañeros del consistorio que no lo veían con buenos ojos. Considera que las mujeres dentro de un equipo de gobierno municipal tienen más sensibilidad para darse cuenta de los pequeños problemas que tiene la población, mientras que los políticos-hombres se dedican a promocionar grandes obras. Pero

sobre todo, piensa que "si no es té en compte el problema específic de la dona és que qualsevol cosa que es faci no té massa sentit".

Estas entrevistas han servido básicamente para reconstruir un pasado que no ha terminado²¹. Un pasado que, sobre todo para estas mujeres, es un proceso que empezó hace más de diez años y que todavía no ha acabado, puesto que sienten que su trabajo no está, o está poco, reconocido. Por eso, de la reconstrucción que ellas han hecho, lo que se ha intentado encontrar es la representación social construida de procesos cognitivos, de construcciones propias, de imágenes y de creencias. Porque no podemos olvidar que, en lo que se refiere a la reivindicación y creación de los CPF en Tarragona y a pesar de que estos acontecimientos son recientes, las visiones no serán, en absoluto, objetivas por muchas causas: por el deseo de las informantes de presentar una determinada imagen de sí, por la propia autocensura, por el olvido, por la exageración, por la deformación, por el error, por el silencio, por las selecciones, por los argumentos o por las distribuciones que realizan (Roca, 1992:87).

En este sentido, el hecho de que la investigadora continúe trabajando en el centro, no ya haciendo trabajo de campo sino con un contrato laboral, ha permitido que este acercamiento fuera posible sin que por parte de las trabajadoras se adoptara una opacidad informativa, aunque, eso sí -por inevitable-, reprodujeran en su discurso su versión de los acontecimientos.

21 Desde la redacción de la presente investigación hasta su presentación han acontecido una serie de hechos que podrían hacer variar algunos de los contenidos de la investigación. En este sentido se ha creído conveniente redactar un epílogo final que explica someramente estos sucesos.

b) Usuaris

Este segundo tipo de entrevistas se ha realizado con el objetivo fundamental de intentar reconstruir las experiencias y percepciones que, a nivel individual, tienen las usuarias con respecto al centro de planificación familiar en general y al discurso que se difunde. En otro plano, se ha considerado imprescindible evocar las imágenes culturales que han incidido en estas mujeres y que han desembocado en una serie de actitudes, condicionantes y elecciones determinadas. Estas imágenes culturales nos llevan a descubrir los modelos referenciales, percibidos por las propias mujeres, que suministran un conjunto de símbolos y significados que dan sentido a las prácticas sociales y a su representación (Comas D'Argemir, D. et alii, 1990:4). Pero sobre todo, se ha intentado que las mujeres nos cuenten su experiencia personal previa y posterior en relación a su representación de los centros y la incidencia en sus decisiones. Con el resultado de estas entrevistas se pretende examinar el tercer nivel de análisis: redondear la visión de las imágenes normativas y ver cómo son aprehendidas y apropiadas.

Las entrevistas que se realizaron (20 en total) enfocan una variabilidad en el tiempo: por un lado, la diferencia de edad de las mujeres (algunas empezaron a ser usuarias muy jóvenes mientras que otras lo deciden ya mayores), y, por otro, el tiempo que hace que se visitan en el centro (algunas de las entrevistadas acudieron ya al primer centro que se abrió en Tarragona). Todas ellas tienen en común que, en la actualidad, son usuarias del mismo CPF.

Las variables o criterios que se han considerado como fundamentales en la selección de estas informantes han sido:

- 1-ser usuaria del CPF,
- 2-edad,
- 3-forma de acceso,

4-variable socio-económica,

5-tener hijos o no.

1) El hecho de ser usuaria del CPF, es una variable que excluye a las no usuarias puesto que, de acuerdo con los objetivos planteados, nos interesa resaltar si las usuarias perciben la apropiación o no del mensaje difundido en el centro de planificación familiar. Esta variable posee dos vertientes fundamentales que se han tenido en cuenta a la hora de escoger a las mujeres: el *tiempo que hace que se visitan en el centro* y el *tipo de demanda* que realizaron en un principio y su paso o no por los diferentes servicios que ofrece el centro.

2) En cuanto a la edad, se ha entrevistado a mujeres de diferentes edades, teniendo en cuenta su grado de representación. En mayor o menor medida todos los grupos de edad (a partir de los 20 años) están comprendidos en la muestra, pero se ha intentado hacer una selección de las mujeres en el sentido que no todas las edades están representadas con la misma incidencia. Se ha priorizado, así, el tipo de vivencias (a nivel generacional) que han tenido, su efecto en la/s demanda/s que han generado y el tipo de respuesta/s que se les ha ofrecido.

3) La forma de acceso se refiere básicamente al porqué van al planning (sea por demanda de aborto, anticoncepción, visita rutinaria, visita de urgencia, información...) y no a otro tipo de centro (privado o Seguridad Social), y a la persona que les aconseja que utilicen este servicio: las madres (a las hijas adolescentes), las hijas (a sus madres ya mayores), las vecinas, las amigas... Es importante establecer, con esta variable, si la forma de acceso implica una mayor aceptación de la dinámica del centro.

4) La variable socio-económica me ha permitido identificar el grado de estratificación social que pueda haber en el centro. Mi idea inicial, era que los CPF están destinados a atender las demandas de la población femenina perteneciente a la clase popular. Evidentemente esta idea ha sido prácticamente descartada, puesto que, como se verá a lo largo de la

exposición de los resultados del trabajo, la población no accede al centro en función de su nivel socio-económico o de la profesión que realizan. En cuanto a la profesión, es constatable que el hecho de que las mujeres tengan un trabajo remunerado no determina un estatus socio-económico concreto, y viceversa. El estatus socio-económico se complementa con otras variables que delimitan el medio en el que se desenvuelven: el nivel de estudios, la dedicación laboral propia y de la pareja (si la tienen) y, finalmente, la relación que la posición de la mujer y de la familia guarda con la del hombre, de forma que algunas mujeres "tendrán de jóvenes la posición social del padre y subirán en la jerarquía social según el tipo de matrimonio que consigan hacer"²². En este sentido me parecía interesante analizar los contrastes en cuanto a la percepción que las mujeres con diferentes niveles socio-económicos pueden generar.

5) Aunque el hecho de tener hijos parece ser una de las condiciones para poder ser usuarias del centro ("planificar la familia", para muchas personas, es sinónimo de limitar el número de hijos), la realidad no es esa ya que, por una parte, la proporción de mujeres que acude a los centros con y sin hijos es semejante en la actualidad y, por otra parte, no se contempla este aspecto como una condición de acceso. En las entrevistas se ha tenido en cuenta esta variable pero no en el sentido de hacer un contraste entre las que los tienen y las que no los tienen. Interesa, en este sentido, contrastar las percepciones que tienen las mujeres sobre la reproducción desde distintos ámbitos: las que tienen hijos, las que no quieren, las que pueden, las que no pueden y las combinaciones que a partir de estos cuatro elementos se pueden llegar a establecer.

No se considera una variable fundamental el hecho de tener pareja o no, ya que aunque algunas de las informantes en el momento de la entrevista

22 Fernández Viguera (1990:116). Citado en Esteban (1993:88).

no tenían pareja, la habían tenido anteriormente, cosa que no ha condicionado las respuestas de manera significativa.

El cuadro de la página siguiente muestra la relación de usuarias y las variables principales. En las páginas posteriores se aportan datos sobre la vida de estas mujeres y su relación con el CPF.

INFORMANTE	EDAD	E. CIVIL	HIJOS	RESIDENCIA	ESTUDIOS	PROFESIÓN	TIEMPO/CPF	MOTIVO
Montse	27	Casada	0	Reus	FP	Administ.	10	Inform
Carolina	36	Separada	3	Cambrils	Primaria	T.Domest.	5	Psico
Aurora	35	Soltera	0	Reus	Universit.	Profesora	12	Revis.
Silvia	50	Casada	2	Cambrils	Primaria	T.Domest	6	Revis.
Laura	48	Separada	2	Cambrils	Primaria	Neg.Prop.	3	Inform
Cristina	32	Casada	2	Gandesa	FP	Neg.Prop.	5	Revis.
Maria	34	Casada	2	Cambrils	EGB	T.Domest.	13	Contr.
Mary Jo/Sevi	39/41	Casados	1	Miravet	EGB/EGB	Neg.Prop.	7	Revis.
Júlia	38	Separada	1	Reus	FP	Canguro	10	E.M.
Meritxell	31	Casada	1	Cambrils	FP	Administ.	10	Contr.
Pilar	66	Casada	3	Cambrils	Primaria	T. Domest	5	Revis.
Inés	31	Soltera	0	Cambrils	Universit	Funcion.	4	Revis.
Patricia	28	Soltera	0	Tarragona	Universit	Profesora	4	Revis.
Elisa	20	Soltera	0	Cambrils	FP	Estudia	3	Contr.
Chari	34	Soltera	2	Cambrils	FP	Profesora	14	Revis.
Carmen	28	Soltera	0	Vilafortuny	Universit	Administ.	9	Revis.
Rosa	34	Casada	2	Cambrils	Universit	Administ.	10	Revis.
Dolors	33	Soltera	1	Cambrils	Primaria	T. Domest	5	Contr.
Joana	48	Viuda	3	Cambrils	Medios	Administ.	12	Revis.

Montse²³:

Tiene 27 años. Está casada y vive con su marido. Trabaja como secretaria en un despacho. Están planeando tener próximamente una criatura porque considera que es el momento oportuno a nivel económico y afectivo. Empezó a visitarse en el primer centro que se abrió en Tarragona, cuando contaba con 17 años, de la mano de amigas mayores que ella. Lo que más le atrajo, según sus propias palabras, es que daban mucha información, que todo eran mujeres y que lo veía "com a més lliberal".

Carolina:

Tiene 36 años. Nació en un pueblo andaluz donde vivió hasta que se casó "demasiado joven". Embarazada de su primer hijo vino a vivir a Catalunya donde ha tenido dos hijos más. Los problemas con su marido, del que finalmente se separó de forma bastante conflictiva, fueron el motivo por el que decidió ir al CPF por primera vez. "Planificación familiar" le sugirió la solución de problemas familiares y a ella se acogió. Empezó a visitarse con la psico-sexóloga; posteriormente asistió a la charla y empezó con las revisiones ginecológicas. En la actualidad comparte su vida con dos de sus hijos y un nuevo compañero con el que se siente feliz. No ha dejado de visitarse con la psico-sexóloga porque según su propio testimonio "voy a seguir sacándole partido a mi vida y ella (la psico-sexóloga) ha sido muy importante para mí".

23 Los nombres de las informantes son todos ficticios, salvo el de Chari que es real, según su propia voluntad.

Aurora: Tiene 35 años. Decidió dejar de vivir con sus padres cuando se dio cuenta de que era tiempo de vivir independiente. Trabaja como profesora en una escuela universitaria aunque le gustaría ejercer de pedagoga, su verdadera profesión. Empezó a visitarse en el primer CPF de Tarragona porque se lo comentó una amiga algo mayor que ella. Lo que más le atrajo fue la existencia de la charla informativa, posteriormente, el trato de las profesionales y el tipo de asistencia le animó a continuar visitándose en el centro de Cambrils.

Sílvia: Tiene 50 años. Llegó a Cambrils hace ocho años procedente del norte de la península, con su marido, un hijo y una hija adolescentes. Trabaja en su casa, aunque lo que más le gustaría, ahora que sus hijos son mayores, es trabajar en alguna organización humanitaria como la Cruz Roja "prestando ayuda a los demás". Empezó a ir al centro, quince días después de su inauguración, "por la edad" y desde entonces no ha dejado de ir ningún año. Destaca del funcionamiento especialmente la charla, la cual considera que tendría que ampliarse, o mejor, ramificarse en diferentes charlas destinadas a diversos grupos de edad con la finalidad de orientar a las personas en la vida.

Laura: Tiene 48 años. No hace todavía cuatro que se separó y ahora vive con su hijo y su hija y regenta un bar-restaurante de Cambrils. Solamente había tenido relaciones sexuales con su marido, al cual, confiesa, no haber querido nunca y haberse casado con él porque ya tenía la edad y era el que la cortejaba en aquel momento. Ya separada,

mantuvo relaciones con un conocido, pero el miedo al embarazo la condujo al centro para pedir información sobre el aborto. En el centro, no sólo se enteró de que no estaba embarazada, sino que considera que le proporcionaron una información que nunca había tenido y añade que "aunque yo me pensaba que ya era demasiado mayor para estas cosas, aquí me he dado cuenta de que no, de que he estado ciega".

Cristina:

Tiene 32 años. Procede de una familia acomodada de Barcelona, aunque vive en Gandesa desde que se casó cuando tenía 24 años. Considera que la educación que recibió por parte de sus padres (artistas bohemios) y en los colegios (privados laicos) a los que asistió, le han influido mucho en su vida. A los pocos años de casada, decidió ir al planning de Cambrils siguiendo las recomendaciones de la enfermera de su pueblo (también usuaria). El mismo día de la charla se enteró de que estaba embarazada y tomó la determinación de abortar ya que "considerava que no estava el món en condicions de tenir-ne". Pero la soledad - su compañero viajaba constantemente-, la edad y el tiempo de convivencia, fueron determinantes para decidir, voluntariamente, quedarse embarazada. Tiene dos hijos, aunque confiesa que "ja posats" le gustaría tener cinco. Compagina el trabajo en su casa con ayudas esporádicas en la empresa (negocio propio) de su compañero.

María:

Tiene 34 años. Nació en un pueblecito de la provincia de Córdoba, aunque con doce años emigró con su familia a Barcelona. Hace diez que vive en Cambrils con su marido

y dos hijos y trabaja en su casa. La primera vez que acudió a un CPF -hace trece años- fue en Barcelona "para pedir las pastillas" y posteriormente a hacerse las revisiones ginecológicas que continuó en Cambrils. En este último centro pidió una visita con la psico-sexóloga por "problemas típicos de pareja", cosa que, según ella, le fue muy bien ya que "me he notado un cambio en mí que yo no lo tenía antes porque hay cosas que antes me aguantaba porque pensaba que tenía que ser así y ahora lo que no me parece bien lo digo".

Elisa:

Nació en Cambrils hace 20 años. Hasta hace poco tiempo vivía con su madre, profesora de EGB y separada desde hace algunos años. Ahora vive "independizada", en un piso que comparte con unas amigas, con ayuda de sus progenitores. Estudia una diplomatura y trabaja esporádicamente de *canguro* o impartiendo clases particulares. Tiene una relación estable con un chico desde hace ya algunos años aunque, de momento, no está pensando en compartir su vida con él. Cuando inició esta relación, su madre, usuaria del centro, le instó a ir para que se informara sobre los métodos anticonceptivos. Posteriormente, Elisa lo ha recomendado a todas sus amigas ya que considera que la gente joven, contrariamente a lo que se piensa, no tiene información.

Meritxell:

Tiene 31 años y es de un pueblo bastante alejado de Cambrils y en la actualidad donde vive con su pareja y el hijo de ambos. Hace diez años empezó a visitarse en el CPF de El Vendrell simultaneando, al final, las consultas

con la médica y la psico-sexóloga. Cuando cerraron el centro de El Vendrell continuó -a pesar de la distancia- en el Cambrils donde ha acudido un par de veces. Desde hace algo más de un año reanudó su trabajo como secretaria, que había abandonado después de casarse con la intención de quedarse en casa cuidando a su hijo. Después de una pequeña crisis personal y tras reanudar su trabajo fuera de casa siente, según sus propias palabras, que ha recuperado "la confiança i la seguretat que dóna el fet de treballar. Havia arribat un moment que s'hem queia la casa a sobre".

Rosa:

Tiene 34 años. Nació en un pueblo de Galicia aunque desde muy pequeña ha vivido en Cambrils. Actualmente vive con su marido y los dos hijos de ambos; trabaja de secretaria de dirección en una empresa de productos químicos. Tuvo el primer contacto con los CPF en Barcelona, donde vivía mientras acababa la carrera, cuando se quedó embarazada y decidió abortar. A partir de este primer contacto ha continuado visitándose en el CPF de Cambrils.

Chari:

Tiene 34 años y nació en Cadiz. Vive con su compañero, su hija y su hijo recién nacido, en Tarragona. Trabaja dirigiendo una escuela infantil municipal en un barrio de la ciudad. Está afiliada al movimiento feminista y participa activamente en su organización. Fue de las primeras usuarias del CPF de Tarragona y posteriormente lo ha sido del de Cambrils.

Patricia: Tiene 28 años y desde pequeña ha vivido en Tarragona. Tiene dos hermanos uno mayor y otro más pequeño y viven todos con su madre, viuda desde que Patricia era una niña. Su madre trabaja en una empresa química y ella ha sido la mano derecha de su madre, contribuyendo al trabajo doméstico que ha compaginado primero con la carrera universitaria y después con su actual trabajo. Tiene pareja estable desde hace algunos años. Su madre y sus tías, confidentes y amigas, han sido una referencia importante en su vida.

Júlia: Tiene 38 años. Vive sola con su hijo en una ciudad próxima a Cambrils. Tras la amistosa separación del padre de su único hijo, trabaja como *canguro* para poder mantenerse. Empezó a estudiar Enfermería pero lo tuvo que dejar. El nacimiento de su hijo fue el acontecimiento más importante de su vida, sin embargo pasar a ser madre y compañera le hace sentir que pierde su independencia personal. Ahora, tras la separación, considera que ya está empezando nuevamente a ser la mujer "en esencia". Ha estado siempre unida a grupos de mujeres, aunque ahora no dispone de tiempo para dedicarse activamente.

Inés: Tiene 31 años. Vive con sus padres y un hermano mayor. Desde hace pocos años forma parte de una cooperativa de trabajo asociado que simultanea con el oficio de orfebre. Con su pareja, estable desde hace algunos años, está emprendiendo proyectos de futuro. Hace cuatro años que es usuaria del CPF de Cambrils al que acudió porque una conocida suya le habló del trato y del tipo de

funcionamiento; no obstante siempre se había hecho revisiones con una ginecóloga amiga suya, que tiene una consulta privada.

Marijo/Sevi:

Tienen 39 y 41 años respectivamente. Están casados desde hace quince años y viven en un pequeño pueblo bastante alejado de Cambrils. Él trabaja en el campo y ella regenta un pequeño negocio familiar. Desde que nació el hijo de ambos, decidieron buscar un sitio donde poder acudir si tenían algún problema con los anticonceptivos. La hermana de ella les habló del centro de Cambrils, al que van desde hace siete años. Siempre acuden juntos y participan activamente en las consultas.

Pilar:

Tiene 66 años y nació en Segovia. Desde hace una veintena vive en Catalunya con su marido y su hijo menor. Tiene dos hijas más ya independizadas. Las dificultades económicas la obligaron a trabajar, a partir de los 50 años, limpiando unos apartamentos, cosa que ha significado para ella hacer valer una serie de derechos ante su marido que antes pensaba que no tenía. Tras una intervención en el útero, el médico le aconsejó continuar con las revisiones ginecológicas anuales en el CPF. A pesar de la desconfianza inicial, del CPF destaca el trato y la información ausentes en otros servicios sanitarios.

Carmen:

Tiene 25 años. Debido a su trabajo combina la residencia de sus padres y un pequeño apartamento donde vive sola. En la actualidad, su profesión y sus amigos y amigas conforman su vida. Empezó a visitarse en el CPF después

de que el médico de cabecera se lo recomendará para informarse. A partir de ese momento acude irregularmente ya que considera que se le otorga demasiada importancia a esa parte de la salud.

Joana: Tiene 48 años. Enviudó hace 8 años y se puso a trabajar como administrativa para poder mantener a sus hijos (dos chicos y una chica). En la actualidad comparte su vida con dos de ellos, un nuevo compañero y la hija de éste. Se visitó durante dos años en el primer CPF de Tarragona, aunque posteriormente se organizó con un grupo de mujeres de Cambrils para presionar al Ayuntamiento con el fin de abrir el centro de Cambrils.

Dolors: Tiene 33 años. Es la pequeña de una familia numerosa de clase baja. Vive con su compañero sin estar casados y hace escasamente un año que han tenido su primera hija. Se lamenta constantemente de no haber tenido oportunidad para realizar estudios y quiere que su hija tenga una buena educación como compensa. Trabaja para una empresa de limpieza en Tarragona. Hace cinco años que se visita en el centro de Cambrils.

2.3.1.2 Selección y realización de las entrevistas²⁴

La mayoría de las entrevistas realizadas se llevaron a término desde finales del año 1991 hasta finales de 1993, aunque con posterioridad se han hecho algunas. La selección de las mujeres se realizó en una fase posterior

²⁴ Las entrevistas a las que nos referiremos en los siguientes apartados, son las que se realizaron a las usuarias y no a las trabajadoras.

a la delimitación de las variables definidas como fundamentales. Todas ellas fueron grabadas y se realizaron indistintamente en la casa de las informantes o en el centro (se les daba la posibilidad de elegir). En este sentido hay que decir que las mujeres se sentían mucho mejor realizando la entrevista en sus domicilios (las respuestas eran mucho más elaboradas), con lo que se daba a entender que en el centro accedían a contestar a las preguntas obligadas por las circunstancias, mientras que en sus casas las respuestas eran mucho más relajadas. De hecho, algunas de las entrevistas se han hecho en dos sesiones, la primera parte en el centro y la segunda parte en casa de la informante. La duración de las entrevistas fue variable, oscilando entre una hora y tres horas. Dos de las entrevistas se ha realizado a dos personas a la vez: en una, la entrevistada sugirió que una amiga suya (también usuaria) presenciara la entrevista, la cual intervino en momentos puntuales; otra, se hizo conjuntamente a los dos componentes de la pareja por ir habitualmente juntos al centro.

La disposición de las informantes fue, en general, buena. La idea que tienen de una entrevista es, en principio, contestar una serie de preguntas cerradas (tipo: sí, no, no sabe/no contesta). Una vez expuestos los propósitos de la entrevista algunas mostraron reticencias, pero todas se ofrecieron amablemente a contestar. Por otra parte, aunque nunca se habló de la posibilidad del anonimato, puesto que, en principio, la entrevista no estaba concebida para generar respuestas comprometidas, en el transcurso de la misma las informantes exigían la confidencialidad en algunas de las respuestas, pues remitían a períodos de su vida que solamente se conocían en el centro. Es por esto que, como ya se ha indicado oportunamente, se decidió cambiar el nombre de todas las informantes (menos el de una que prefirió conservar el suyo), algunos lugares y profesiones, al final de cada entrevista (los nombres fueron elegidos por cada una de las informantes), con el fin de mantener su anonimato.

Todas las entrevistas han sido transcritas íntegra y literalmente. Así, se ha intentado mantener al máximo posible la fidelidad al discurso original, pero con la garantía de un mínimo de comprensión: revisando fallos de concordancia (introduciendo aclaraciones entre paréntesis), recogiendo silencios, dudas o cualquier tipo de expresión oral (incluido el argot) que acompañe a la conversación.

2.3.1.3 Contenido de las entrevistas

A pesar de que todas las entrevistas realizadas persiguen un objetivo común, cada una de ellas tiene una personalidad propia que se deriva de tres aspectos concretos: las mujeres, el contexto donde se realizó la entrevista y las percepciones de las entrevistadas sobre el objeto de la entrevista.

Es inevitable que durante el desarrollo de la entrevista (que se intentó desde un principio que fuera abierta) surgieran temas que se salían del guión, pero las intervenciones de la entrevistadora se limitaron a reconducir el relato intentando en todo momento que no se produjera ningún corte en el hilo de la conversación.

Decir que la entrevista era abierta, significa que hay toda una serie de temas clave que han salido en todas las entrevistas y otros que han surgido a voluntad de la entrevistada, bien porque ha querido ilustrar alguna afirmación con un ejemplo o porque alude a alguna parte de su vida privada para justificar determinadas decisiones que ha tomado, etc... En este apartado, nos limitaremos a reproducir los temas clave que en un principio se diseñaron con base en el esquema de trabajo propuesto. Los temas principales que se trataron en las entrevistas fueron los siguientes:

-El contexto personal.

-Socialización en sexualidad y reproducción (primera menstruación, información recibida, primeras experiencias sexuales, conocimiento de métodos anticonceptivos, inicio de las revisiones ginecológicas).

- El centro** (conocimiento de su existencia, idea inicial, recomendación, cercanía de la vivienda, ubicación, espacio, competencias, diferencias o semejanzas con otros servicios del mismo tipo...).
- La PF** (denominación).
- Las trabajadoras** (reconocimiento de la posición de cada una, que principalmente sean mujeres...).
- Charla-Información** (percepciones sobre la obligatoriedad y valoración de la información en general).
- Consulta médica** (percepción de la necesidad de las revisiones, principales preocupaciones, visión sobre la prevención, la bata, la exploración, el espejo, desnudarse, tiempo para hablar).
- Métodos anticonceptivos** (influencia en la salud, utilización, conocimiento, necesidad o no de control, importancia, ideal, fallo, influencia-condicionamiento en las relaciones sexuales).
- Pareja y PF** (conocimiento de los procesos, implicación, intervención, influencia en la toma de decisiones).
- Consulta psico-sexológica** (tratamiento de la sexualidad, valoración general, motivos para utilizar este servicio).
- Maternidad, aborto y PF** (hijos/no hijos, vivencia de la maternidad, preparación al parto, embarazos no deseados, esterilidad).
- Menopausia y PF** (percepciones, representaciones y vivencias).
- Valoración general** (aprehensión del mensaje, principales reconceptualizaciones, procesos de negociación).

2.3.2 Observación participante

En febrero de 1991 empecé a realizar el trabajo de campo en el CPF de Cambrils. La elección de esta unidad de observación respondió al hecho de conocer a una de las consultoras que trabajan en este centro, la cual me alentó a que fuera para conocer la dinámica de su trabajo.

Desde un principio me presenté como antropóloga que estaba haciendo la tesis sobre los centros de planificación familiar. Las trabajadoras no pusieron inconvenientes a que acudiera al centro siempre que quisiera. Empecé a ir todos los días, por lo que decidí presentar contraprestaciones a la dedicación y paciencia que ellas tuvieran conmigo, ofreciéndome para ayudar en todo lo que hiciera falta. De este modo fue como la consultora me enseñó en qué consistía su trabajo, cosa que me permitió, por un lado, moverme libremente por todo el centro y, por otro, tener contacto directo con las mujeres.

Mi trabajo en el centro consistía en organizar la consulta médica, es decir, esterilizar el material procurando que siempre estuviera disponible, preparar el instrumental y componentes necesarios y ayudar a la médica en la consulta: recibir a las usuarias, ayudar a tomar la citología, pesar y tomar la tensión... En poco tiempo me familiaricé con la dinámica de trabajo, de manera que pronto empecé a recibir sola a las mujeres que acudían al centro para pedir información, a hacer pruebas de embarazo... El contacto a solas con las mujeres era lo que me parecía más difícil puesto que, por ejemplo, en numerosas ocasiones la lectura de una prueba de embarazo da lugar a situaciones dramáticas que tenía que saber controlar. Por otra parte, las trabajadoras me ofrecieron toda su ayuda en estas situaciones; cualquier momento era bueno para aclarar todas las dudas que yo tuviera, que eran muchas. Esta situación facilitó que la observación se convirtiera realmente en participante, principalmente por convertirme en una trabajadora más y, en ocasiones, también en usuaria. En este sentido quisiera introducir aquí la importancia que adquiere para la realización del trabajo de campo el grado de implicación que se tenga con el grupo con el que se está trabajando. Desde mi punto de vista, el calificativo "participante" es real en tanto que se participa de las actividades del grupo, cuando el investigador, en definitiva, llega a convertirse en un miembro más del grupo con capacidad para actuar y tomar decisiones, independientemente de que, para su análisis, tenga que

establecer la distancia necesaria entre la persona como investigador/a y como miembro activo del grupo. Por una parte, la identificación como una trabajadora más -decisión que no fue premeditada por ninguna de las dos partes- permitió, en este caso, que el flujo de intercambio de trabajo e información fuera fructífero desde el principio. La identificación como usuaria -decisión que sí es premeditada a nivel personal y profesional- permitió un acercamiento a la percepción que las mujeres podían tener del centro y de las trabajadoras a partir de las diferentes consultas. De hecho, mi introducción dentro del equipo no tiene ninguna frontera clara, puesto que desde un principio me aceptaron, como una trabajadora más y como una usuaria eventual, sin cuestionarse el tipo de información que yo les pediría a cambio. Se puede decir que para mí no representó ningún problema hacer la "etnografía en casa".

2.3.2.1 La etnografía en casa

El etnólogo o etnóloga que estudia sobre un campo que no le es totalmente extraño puede recibir también el choque de la alteridad.

Yo compartía con las trabajadoras del centro los mismos modelos culturales urbanos, el mismo origen social, pero diferíamos en la edad y en la práctica y expectativas profesionales, aspectos estos últimos que nos alejaban. La edad, que, en principio, puede ser un aspecto sin importancia, en este contexto es primordial puesto que las experiencias y percepciones sociales no son las mismas. Mientras que ellas vivieron plenamente las reivindicaciones sociales de los setenta -de las cuales nacieron los CPF-, yo entonces estaba, en plena adolescencia, entre la escuela y el instituto. De esta forma me tenía que esforzar por comprender el objetivo de las reivindicaciones sociales que a mi generación -y las posteriores- nos han pasado por alto, a pesar de que la distancia temporal es mínima. Por otra parte, el tipo de trabajo que realizaban, el centro mismo donde trabajaban,

eran para mí extraños -conocía su existencia pero me eran completamente ajenos-. Sin embargo es, precisamente, este juego de alteridad y proximidad lo que sostiene la definición misma del método etnológico, a la vez participante y distanciada, y de su objeto de investigación (Monforte, 1990:34).

Para Marc Augé (1989)²⁵, la originalidad de la etnología en casa reside en la identificación recíproca del etnólogo y de su objeto a partir de criterios y referencias comunes. Pero estos últimos no afectan más que a una parte del proceso puesto que, de una forma u otra, están cultivados de manera desigual.

La dificultad encontrada en este campo se podría resumir preguntándose "cómo ser más sabio que aquéllos a quienes se observa puesto que éstos están hechos de la cultura occidental" (Althabe, Cheyronnaud, *Le Wita*, 1989:56)²⁶. Aunque la cuestión, creo, no está en oponer sabiduría/ignorancia, sí me parece que se trata de saber de otra manera. Así fue como decidí desde el principio dejarme enseñar, pero con la voluntad explícita de querer aprender. De esta forma creí (y después se me ha confirmado) que aprendería muchísimas cosas, no tan sólo de la planificación familiar sino de las personas, en este caso de la relación con las usuarias y con las trabajadoras: sería una antropóloga dedicada a la planificación familiar (y todo lo que de esta materia se deriva), lo cual me parecía muy importante teniendo en cuenta la infinidad de cosas por investigar en este campo. Mi legitimidad profesional aunque no estaba garantizada, al menos la tenía resituada. En las consultas hacía y decía lo que me habían enseñado y, aunque se me permitía asistir a las reuniones clínicas, que se realizaban periódicamente, procuraba intervenir sólo cuando

25 En Segalen, M. (dir.) *L'autre et le semblable*, París, Presses du CNRS.

26 En Segalen, M. (dir.), *op cit.*

determinadas situaciones lo requerían intentando mantenerme en una cierta distancia (etnográfica).

De hecho, ellas tenían más que ofrecerme y enseñarme sobre la planificación familiar que lo que yo les podía ofrecer a cambio como antropóloga. Mi trabajo en el centro no tenía como objetivo intervenir para modificar aquello que había sido construido; no estaba allí para hacer antropología aplicada. La oportunidad de trabajar con este grupo de personas me permitía, en todo caso, realizar el trabajo de investigación, observar todo lo observable, aprender de su trabajo y analizarlo. En este sentido, mi idea inicial acerca de las actividades que se realizaban en los centros, antes de empezar a hacer el trabajo de campo, era totalmente errónea: lugares donde se proporciona y se informa sobre métodos anticonceptivos y sobre aborto, y ya está. La realidad, como se descubrirá en esta investigación, es mucho más compleja. He aquí la razón principal por la que decidí dejarme profesionalizar. Por otra parte, las cordiales relaciones que mantenían entre ellas y el trato a las usuarias me influyeron definitivamente para analizar el discurso que fundaba esta peculiar práctica profesional.

2.3.2.2 La constitución del objeto de estudio

Pronto aprendí que la adquisición de los saberes de estas profesionales se había producido, para todas ellas, fundamentalmente, a partir de la práctica. Entre la teoría de las ciencias de la salud, en la que se incluye la planificación familiar, y la lógica de la práctica había un abismo considerable. Y esto fue lo que, como ya he dicho anteriormente, me incitó a cambiar mi primer objeto de estudio: los cambios en las estructuras de la familia a partir de la utilización de métodos anticonceptivos. Fue precisamente la distorsión existente entre la teoría y la práctica y el conocimiento práctico de su lógica lo que me animó a reconstruir el modelo sobre el que se fundaban, su práctica profesional y los resultados que se obtenían.

Todas ellas disponen de unos saberes explícitos (medicina, enfermería, psicología...) que les sirven para reformular, a partir de la concepción que tienen de las personas sobre las que van a actuar y de los resultados que quieren obtener, otros saberes que se alimentan de la práctica profesional. No es cuestión de interpretar esta práctica en términos de clasificación, sino de comprender el proceso de interpretación a través del cual las trabajadoras construyen el objeto de sus intervenciones, proceso en el cual yo participo, al menos parcialmente, por mi adhesión a algunos de sus valores.

Estar dentro presenta la ventaja de entender los procesos que se van derivando de su práctica. Analizando el discurso de las trabajadoras del centro, la distancia se ha efectuado entre los modelos culturales que compartía con ellas y mi relación teórica con estos modelos normativos. Las primeras me han permitido implicarme en la difusión de su discurso. Pero, por otra parte, mi "ilegitimidad profesional" (yo siempre seré la antropóloga), el objeto de mi investigación, el trabajo de la norma, ligado a una cierta relación con los valores profesionales del trabajo antropológico, me han facilitado poder mantener la distancia necesaria para delimitar el objeto de estudio.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DISCURSOS Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD Y EPRODUCCIÓN: LOS CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Yolanda Bodoque Puerta
ISBN:978-84-693-6294-5/DL:T-1601-2010

**SEGUNDA PARTE:
ANALISIS HISTORICO**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DISCURSOS Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD Y EPRODUCCIÓN: LOS CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Yolanda Bodoque Puerta
ISBN:978-84-693-6294-5/DL:T-1601-2010

3. MOVIMIENTOS SOCIALES EN TORNO AL CONTROL DE LA NATALIDAD DESDE FINALES DEL SIGLO XIX

3.1 Contexto demográfico

A finales del siglo XIX, se operaron importantes cambios en las costumbres, mentalidades y actitudes ante la vida. Trabajo, estructuras familiares, modos de vivir, relaciones entre los sexos, estado de salud de la población, rol de médicos e higienistas, fueron transformándose de la mano de una concepción del estado manipulador de la naturaleza, del mundo y de la población (Laboire, 1985:6). De todas estas transformaciones, destacamos en primer lugar el proceso de transición demográfica²⁷, cuyo desarrollo enmarca los aspectos más importantes que trataremos en esta parte de la investigación. Nos proporciona unas claves para poder interpretar el motivo por el cual, con el nuevo siglo que empieza, los hijos son producto de la razón y no del azar; provoca un replanteamiento de la sociedad fomentando la aparición de toda una serie de movimientos iniciadores de manifestaciones de acción colectiva y movilización sociales relacionadas con problemáticas vinculadas al ámbito privado, los valores culturales y el comportamiento personal (Nash & Tavera, 1994:129).

Este proceso supone el comienzo de la institucionalización de los comportamientos en materia de reproducción y de la canalización de unos determinados valores normativos: el número de hijos disminuye, y el hecho de concebir un hijo es producto de un razonamiento económico y de un cambio de valores en relación a la infancia (control racional de la natalidad);

27 Por transición demográfica entendemos el proceso mediante el cual las tasas de natalidad y mortalidad varían de manera significativa, lo cual determina, entre otros factores, la edad y la composición sexual de la población y pone a prueba las condiciones sanitarias y económicas y las actitudes ante el matrimonio y el control de la natalidad. Esta importante variación no tiene por qué ser la causante del desarrollo de los movimientos sociales, pero sí que puede ser el inicio de un acoplamiento social a la nueva organización de la sociedad.



se revaloriza la maternidad, se controla la sexualidad y las esferas pública y privada se separan radicalmente.

Para poder hablar de control racional de la natalidad²⁸, nos tenemos que remitir a la transición demográfica. No pretendemos con ello asociar un aspecto con otro -hablar de planificación familiar no es lo mismo que hablar de reducción de la tasa de natalidad-, sino que se trata de hacer un breve resumen de lo que supuso la combinación de factores demográficos, económicos y sociales en el surgimiento de movimientos sociales en torno a la planificación familiar.

Demógrafos e historiadores sociales coinciden en señalar que uno de los detonantes que dieron origen al desarrollo de estos movimientos sociales en torno a la planificación familiar, fue la generalización del control racional de la natalidad²⁹. En este sentido Linda Gordon rechaza la idea de que el control de la natalidad se haya introducido en un momento histórico determinado y que entonces comience a influir sobre las prácticas sexuales. Remarca que el control de la natalidad, como otras formas de regulación sexual, era conocido en la mayoría de las sociedades primitivas de cazadores y recolectores, y que ha sido una práctica humana tan genérica como la de cocinar o socializar a los niños. La cuestión a explicar, entonces, no es el origen del control de la natalidad sino precisamente su eliminación y la subsiguiente lucha por su legalización y mejoramiento (1984:125). La importancia del contexto histórico que estamos analizando radica

28 Con el término "control racional de la natalidad" designamos el proceso mediante el cual la natalidad ya no depende de las fluctuaciones económicas, medioambientales, etc., sino que pasa a depender de las decisiones individuales de las personas y de la familia.

29 En principio habría que diferenciar tres conceptos fundamentales que pueden dar lugar a confusiones: planificación familiar, anticoncepción y control de la natalidad. Planificación familiar es la capacidad de decidir los hijos que se quieren tener y en qué momento tenerlos. La anticoncepción o contracepción se limita exclusivamente a los métodos que se utilizan para evitar un embarazo. Por último, el control de la natalidad está en relación con las acciones más o menos coercitivas y sutiles que un gobierno emprende para aumentar, estacionar o disminuir la natalidad. La planificación familiar no está destinada (en todos los casos) a reducir la tasa de natalidad (López de Medina, 1990:17).

precisamente en que la introducción de toda una serie de mejoras económicas y sanitarias provocó una limitación deliberada de los nacimientos, y fue éste el motivo de que el control de la natalidad (como control de la sexualidad) fuera más allá de la voluntad individual.

Los comienzos de este "control racional" por parte de la población los podríamos situar a finales del siglo XIX, finalizado ya el proceso de transición demográfica europea. En los apartados siguientes haremos un breve repaso histórico.

3.1.1 La transición demográfica europea

Para entender mejor el proceso de transición demográfica es conveniente situarla en sus orígenes, en lo que Jordi Nadal (1986) denomina la "revolución demográfica". Si la revolución demográfica trajo consigo una reducción brusca de la mortalidad, la transición demográfica completó el proceso reduciendo también la natalidad. Con estos dos fenómenos asistimos a un cambio de régimen demográfico mediante el cual, de unas altas tasas de mortalidad y natalidad, pasamos a una reducción de las mismas.

La revolución demográfica se inició en el siglo XVIII. Desde entonces el impulso que impera en la mayor parte de Europa (crecimiento demográfico acumulativo y sostenido) se acelera en la primera mitad del siglo XIX para decaer en la segunda mitad. Este crecimiento demográfico fue debido principalmente a la *reducción súbita de la mortalidad* epidémica, causante de las mayores catástrofes. Algo constatado es que la reducción de la mortalidad fue uno de los factores que más incidió en la revolución demográfica Europea. Esta reducción no fue producto de un proceso acelerado y contundente sino que obedeció a una evolución paulatina:

- 1)reducción de la mortalidad catastrófica (s. XVIII)
- 2)reducción de la mortalidad ordinaria (s. XIX).

1) La mortalidad catastrófica era la ocasionada por las grandes epidemias incontroladas, el hambre, las malas cosechas... La peste, que por espacio de tres siglos había asediado Europa, desaparece del continente, disminuyendo así la mortalidad provocada por la misma, aunque después quedaran algunos brotes de rubéola y fiebre amarilla (s.XVIII), cólera (s.XIX) y gripe (s.XX). Aun así, estos brotes produjeron una mortalidad inferior al incremento acumulado de la población de uno a otro.

2) La reducción de la mortalidad ordinaria (infantil y adolescente) se produjo más tarde, cuando la higiene pública llegó a ser accesible a toda la población (abastecimiento de agua potable, higiene de los alimentos, mejora de la vivienda...) y la prosperidad económica fue más elevada. La nueva situación dio lugar a consecuencias inmediatas: el número de nacimientos siguió siendo el mismo, pero la proporción de nacidos vivos aumentó dado que se superaron los baches epidémicos. En fin, la población sobrevivió.

A pesar de estas mejoras, existían todavía altas cotas de mortalidad debidas, básicamente, a la densidad que provocaba la urbanización de las ciudades. Las grandes aglomeraciones de personas que vivían en malas condiciones eran motivo de propagación de enfermedades, y los conocimientos necesarios para controlarlas no fueron alcanzados hasta finales del siglo XIX. Durante la mayor parte de este siglo las mejoras en la salud constituyeron un subproducto del aumento de la riqueza.

El *crecimiento económico* (y posteriormente el impacto de la revolución industrial) provocó, además, en cadena un aumento del número de matrimonios, y un adelanto en la edad del matrimonio y, por lo tanto, una prolongación del tiempo de procreación. Aunque no se puede generalizar a escala europea, se puede decir que fueron cuatro los factores que contribuyeron a incrementar este crecimiento económico durante el siglo XVIII: la colonización de nuevas tierras, la introducción y difusión de nuevos cultivos, la mejora del sistema de comunicaciones y de la organización

comercial, que redundó en una distribución más adecuada de los recursos alimentarios, y, finalmente, la mejora, entre otros, de los servicios sanitarios. Estos cuatro factores, si no sirvieron para erradicar definitivamente la mortalidad existente, sí que fueron los responsables de que se redujese de tal forma que la esperanza de vida al nacer fuera más elevada (Finn, 1981). De alguna forma con estos cambios se estaba gestando ya la Revolución Industrial, que consolidó y dio un giro importante a la configuración demográfica del siglo XIX.

El tercer factor que incidirá en esta nueva situación fueron *los progresos de la Medicina y la Higiene* que aceleraron este proceso de crecimiento de la población. Crecimiento que drásticamente fue reduciéndose debido básicamente a que la mortalidad infantil y adolescente era mucho menor³⁰. Esta nueva situación provoca, por contra, una inversión de los aspectos anteriormente mencionados: se vuelve a retrasar la edad del matrimonio y el número de nacimientos se reduce. Pero esta reducción de la natalidad ya no depende de los "factores limitativos" de los que nos hablaba Malthus³¹, sino de actitudes y comportamientos de los seres humanos que pueden voluntariamente reducirla o aumentarla. Cuando la creciente "conservación de los hijos" indujo a reducir su número, es cuando podemos empezar a hablar de "control racional" por parte de la población.

30 Es lo que Nadal (1986) denomina "conservación de los hijos".

31 Malthus especulaba sobre la existencia desde siempre de diversos factores que constituían "factores limitativos" del crecimiento de la población. Por una parte estaban los factores positivos: hambre, enfermedad, guerra, o de manera general, vicio y miseria. Junto a ellos, otros factores preventivos: el retraso en la edad del matrimonio o en general el "freno moral". A estos últimos añadió posteriormente la continencia dentro del matrimonio.

3.1.2 La transición demográfica en España y Catalunya

En este proceso de transición demográfica, el caso español y el catalán han de ser analizados como procesos diferentes. Catalunya, como veremos posteriormente, siempre estará a la cabeza de los movimientos demográficos que se produzcan en esta "tardía" transición a la que estuvo sujeta la población.

En España el proceso quedó de la siguiente manera. En el siglo XVIII empieza a reducirse la mortalidad catastrófica, especialmente epidémica, proceso que no culmina, sin embargo, hasta 1900. La última gran epidemia (cólera) se produjo en 1885, mientras que en la mayor parte de Europa esta enfermedad estaba ya extinguida desde la última gran epidemia de 1865. Posteriormente se empieza a reducir la mortalidad infantil, eso sí en pequeñas dosis, y se acelera esta reducción a partir de la segunda década del siglo XX. Sin embargo, pese a haber disminuido notoriamente, la mortalidad española era en 1850 más elevada que en Europa. Esta mortalidad tan alta junto con una natalidad también muy alta eran la causa fundamental del menor crecimiento demográfico español respecto al europeo. Y no será hasta entrado el siglo XX cuando veamos iniciarse un proceso de descenso de la natalidad y fecundidad.

Este considerable retraso español frente a los pueblos vecinos fue una constante. Mientras que en Europa se asentaba la Revolución Industrial, que gradualmente contribuyó a modificar las estructuras que estaban configurando la transición demográfica, en España el viejo desequilibrio entre población y recursos jalonaba un desarrollo lento. En 1860, la retirada de la peste (aunque después hiciera su presencia el cólera) y la extensión e introducción de nuevos cultivos, entre otros factores, favorecieron el crecimiento demográfico por un lado, pero por el otro no se llegó a producir una revolución agrícola capaz de equilibrar la balanza. En conclusión, no

fueron suficientes estos cambios para dar paso a la transición al mismo tiempo que en Europa.

Demográficamente, estos cambios lo único que producían eran altibajos en las tasas de natalidad y mortalidad de la población. Las ganancias de los años buenos eran drásticamente reducidas en los años malos. Y como una reacción en cadena dejaban, a la vez, el paso libre a la existencia de enfermedades infecciosas. Nadal argumenta a este respecto que fue la inexistencia o la ineficacia de la actuación pública para combatirlos lo que contribuyó a su fomento³².

Por otra parte no debemos olvidar que, dejando de lado las fluctuaciones económicas y las condiciones negativas a las que estaba sujeta la población, aquí también adquiere mucha importancia la mentalidad de la pareja sobre el tamaño ideal de familia. Así como en Catalunya las favorables condiciones socio-económicas se sumaron a una concepción de la familia con pocos hijos, España se mostró más reacia a sintonizar la caída de la mortalidad con un descenso de la natalidad.

El caso de Catalunya, frente al español, se caracteriza precisamente por lo contrario. Es imposible de delimitar la exactitud de las motivaciones, pero sí que podemos apuntar uno de los aspectos que nos delinearán estas diferencias: la introducción más temprana de la industrialización que coincidió plenamente con el ideal del tamaño de la familia catalana.

Mientras que en España la introducción de grandes cambios en la economía llegaba tarde, Catalunya, ya en 1860, deja de tener en los recursos agrarios la clave de su subsistencia. El crecimiento urbano y una lenta pero progresiva industrialización hacen posible que se vayan produciendo cambios

32 En Suecia la legislación relativa al control efectivo del medio ambiente se había iniciado con el Estatuto de Salud Pública de 1874; en Inglaterra, con el Public Health Act de 1875; en Hungría, Irlanda y Francia, con unos códigos similares promulgados en 1876, 1878 y 1884. En España, por el contrario, aquella legislación no adquirió virtualidad hasta el Estatuto Municipal de 8 de marzo de 1924, cuyos artículos 200 a 208 dejan bien sentadas las obligaciones de las autoridades locales en materia de higiene (Nadal, 1986:148).

paulatinos en la estructura de su población. Por otra parte la dinámica demográfica catalana nos muestra, ya a finales del siglo XIX, una clara tendencia a lo que se llama la modernización: fecundidad alta y mortalidad que empieza a descender cada vez con más rapidez. Aunque este hecho hizo duplicar sus efectivos, a partir de 1860 empieza a descender. Catalunya, desde la mitad del siglo XIX, se caracterizó por ser un territorio de baja natalidad y baja fecundidad. En este sentido y según Vidal (1983), las causas principales que llevaron a esta situación de diferencia de población con respecto al resto del estado, fueron, por un lado, su anticipación en la introducción de la vacuna contra la viruela y, por otro, lado la conservación de los hijos que introdujo la práctica del control racional por parte de la población. Anna Cabré y Angels Torrents elaboran una teoría al respecto y nos advierten que hay que tener en cuenta no solamente la importancia el descenso de la fecundidad (modelo demográfico nuevo y característico de la transición) sino que también hay que añadir que esta baja fecundidad convivía, en Catalunya, con la persistencia de altos niveles de mortalidad (modelo viejo) hasta fechas muy tardías. Argumentan en este sentido la hipótesis según la cual fueron el aumento considerable de la nupcialidad y el descenso de la edad al contraer primeras nupcias los principales factores del rápido crecimiento de la población observado en Catalunya entre 1750 y 1860, crecimiento al que el descenso de la fecundidad vino a poner fin. La evolución de la nupcialidad habría sido pues, el desencadenante que iba a propiciar la reducción de la fecundidad matrimonial contradiciendo así la formulación más clásica de la teoría de la transición demográfica, según la cual el descenso de la mortalidad es una etapa previa al descenso de la fecundidad³³.

33 Cabré, Anna y Torrents, Angels: "La elevada nupcialidad como posible desencadenante de la transición demográfica en Cataluña" En: *Papers de Geografia*, 44.

3.2 Contexto social

Hemos repasado hasta ahora, en líneas generales, los factores que, según los demógrafos, cambiaron el curso de la población en Europa a finales del siglo XIX. La importancia de estos cambios radica en que la mortalidad, que se había reducido de forma drástica, provocó un descenso de la natalidad. Pero ¿fue un proceso de causa-efecto? E. A. Wrigley junto con Cabré y Torrents -para Catalunya- mantienen que no. La fecundidad no ha caído siempre al ritmo de la mortalidad, pero el sostenido descenso en las tasas de mortalidad creó una situación según la cual la fecundidad pudo también decrecer sin causar una reducción de sus totales. Y resultaron ser presiones a la vez sociales y personales las que, en la nueva situación originada por la existencia de tasas menores de mortalidad, influyeron eventualmente en que las familias fueran mucho menores y que en se extendiera la anticoncepción (Wrigley, 1985:181). Pero hasta que esa práctica fuera extendida al conjunto de la población, el efecto inmediato de la revolución industrial sobre las tasas de fecundidad fue empujarlas hacia arriba más que hacia abajo. A medida que la población dejó de verse amenazada por el cambio de suerte que suponía la firmeza del descenso de la mortalidad, la limitación de nacimientos fue, poco a poco, un hecho. La teoría más extendida a este respecto, consensuada entre muchos autores, vincula el declive de la tasa de natalidad con un aumento del control racional de la natalidad durante los siglos XIX y XX.

Como hemos visto hasta ahora, la Historia Demográfica, si bien ha estudiado las pautas de la transición demográfica y la reducción de las tasas de natalidad, no se ha interrogado sobre cuál sería su significado para la mujer. A este respecto, Linda Gordon hace una interpretación desde el punto de vista feminista, en la que parece no estar de acuerdo con lo que dicen algunos demógrafos. Para esta historiadora, el control de la natalidad fue solamente una cuestión de mujeres. Lejos de que se extendiera esta práctica

a la población, durante el siglo pasado se intentó eliminar todo control de la natalidad, sobre todo con el desarrollo de la agricultura, por dos razones principales: la agricultura hizo más productiva la fuerza de trabajo de manera que se hizo más viable la existencia de poblaciones y familias mayores, que además resultaban ser económicamente ventajosas para sus patriarcas. En segundo término, las necesidades de supremacía masculina estaban cambiando. La acumulación de propiedad privada requería una regulación más exigente de la herencia de modo que los hombres se preocuparon por establecer de una manera legal su paternidad. Así, una prohibición sobre el control de la natalidad ayudó a los hombres a fomentar la monogamia entre las mujeres. Añade que la supresión del control de la natalidad fue tanto una cuestión de supremacía masculina como de economía, porque las dos motivaciones no estaban separadas, ya que la riqueza que producían las poblaciones dedicadas cada vez más a la agricultura constituyó la base del poder patriarcal (1980:125-126).

Otras historiadoras (Louise A. Tilly, Joan W. Scott y Theresa M. McBride) cuestionan, en cambio, el concepto tradicional de que el proceso de industrialización y la revolución agrícola significó un brusco y dramático cambio en la vida y el trabajo de la mujer (Nash, 1984:40). Daniel Scott-Smith aporta, en este sentido, la idea de la importancia de la mujer en su contribución a la disminución de la fecundidad marital dentro de la familia (1984:230), aunque no niega por ello el factor económico, instrumental, o el "masculino". Contribuyó a ello, apunta, el cambio de orientación de la agricultura a la industria, la separación de la esfera hogareña, la urbanización de las poblaciones y la disminución del trabajo infantil como consecuencia de la enseñanza obligatoria (Ídem:242). Tilly en un artículo titulado "Individual Lives and Family; Strategies in the French Proletariat" aporta algunos datos en relación a la teoría del crecimiento económico que supone la implantación de la industrialización relacionándola directamente con el descenso de la natalidad y con el cambio de estrategias familiares. Argumenta que las

mejoras salariales provocaron la disminución del trabajo infantil y que la introducción de una tecnología más sofisticada provocó, a su vez, una mayor escolarización (porque se necesita mano de obra especializada)³⁴. Desde mi punto de vista, los factores que contribuyeron al cambio económico (agrícola e industrial) y las mejoras sanitarias de la población favorecieron que disminuyese considerablemente la natalidad, aunque no la fertilidad: las familias tenían los mismos hijos, pero ahora todos vivían. En cuanto a la disminución de la natalidad, eran las mujeres las que tenían en su poder conocimientos ancestrales sobre la anticoncepción, puesto que eran ellas las que tenían su control. Para Scott-Smith, tanto el hombre como la mujer tenían buenas razones (aunque diferentes) para limitar el número de hijos (Ídem:246), pero no sabemos si esto responde a un deseo de mayor autonomía y control de su cuerpo -en el caso de la mujer- o a una ideología dominante que postula una política demográfica. Lo que sí está claro es que fue a partir de este momento cuando las esferas pública (masculina) y doméstica (femenina) se separan más radicalmente y cuando la sublimación de la maternidad sirve para confirmar la dignidad y el sentido de utilidad de la mujer (Nash, 1984:39). En ese momento, la mujer deja de tener el control sobre la reproducción.

3.2.1 Gérmes y genes: el control social de la sexualidad y la reproducción

Como hemos dicho anteriormente, la población ha controlado siempre la natalidad pero ésta tenía que ser necesariamente alta debido a la presencia de una incontrolable mortalidad ajena a la voluntad de las personas. A partir de ahora (finales del siglo XIX), aunque teóricamente la natalidad pasará a

34 Dolors Comas justifica de esta forma esta teoría del nuevo modelo que supone el cambio económico: "El mayor bienestar económico se corresponde con una mayor duración de la educación formal (...). No se aprovecha el trabajo de los hijos en el presente, sino que se invierte en su futuro." (1995:84)

depender de ellas plenamente, el control no se ejerce con libertad, en el sentido de que no se concibe el derecho a la libre elección del número de hijos por parte de las mujeres, sobre las cuales, además, se ejercerá una fuerte regulación sobre su sexualidad. Constricciones a nivel político, económico y socio-cultural influirán en mayor o menor grado.

3.2.1.1 La política higienista³⁵

El crecimiento demográfico e, interrelacionado con éste, el desarrollo de la industrialización se convirtieron en los símbolos indiscutibles del recién nacido capitalismo industrial. Éste se identificaba con el progreso e insistía en que la industria permitía dar trabajo a más manos, vestir más cuerpos, alimentar más bocas y satisfacer así las necesidades individuales y colectivas. Pero sus consecuencias (la mortalidad ocupacional, la insalubridad y el hacinamiento) provocaron que, desde el Estado, se pusiera en práctica una política que fue más allá de las reformas materiales e higiénicas para introducirse en la modificación de las pautas de comportamiento: reforma moral y religiosa, la templanza, la abolición de la prostitución, la reforma sexual y la regulación de la natalidad (Nash & Tavera, 1994:26).

Los progresos de la Medicina y la Higiene fueron decisivos para acabar de completar el proceso de transición demográfica mediante la vigilancia epidemiológica y el diseño de políticas de control de epidemias como la tuberculosis, las enfermedades laborales, la asistencia psiquiátrica o las enfermedades de transmisión sexual, fruto de los desastres sanitarios de la industrialización. Estos progresos hacen que desde la Medicina se vaya afianzando una posición hegemónica y una consolidación política y social al

35 En este apartado se esbozan las principales líneas en las que se basaba la corriente higienista. Otros historiadores importantes que se han dedicado más intensamente al estudio de esta disciplina médica en este país son, entre otros: Antonio López Piñero, Fernando Alvarez-Uría o Antoni Jutglar. Otras referencias, se pueden encontrar en la obra de Josep M^a Comelles y Angel Martínez (1993).

apartar lo divino e imponer lo científico como dogma de fe. El patrocinio, la filantropía y el catolicismo reformador social fueron reemplazados por los principios higienistas en su labor de regeneración (Segalen, 1992:31).

La Medicina Social como disciplina deriva del desarrollo de la Higiene Pública, de la influencia de la doctrina microbiológica y de la discusión en torno a la hegemonía de lo biológico sobre lo social y político en la causalidad de la enfermedad y en las políticas destinadas a intervenir sobre ella en el pensamiento médico del último tercio del siglo XIX. Encontraremos en su fundamentación teórica la policía sanitaria y el higienismo, el marxismo, los socialismos utópicos y el complejo mundo intelectual del siglo XIX, en donde, como ya veremos, se entrecruzan el evolucionismo social y biológico, las teorías de la degeneración y la eugenesia (Comelles & Martínez, 1993:19).

Políticamente el higienismo³⁶ se desarrolla dentro de la teoría mercantilista, que considera la población como potencial fuente de riqueza, ya que su aumento incrementa la mano de obra; propugna -el higienismo- la adopción de medidas natalistas y fomenta la inmigración. Es por todo esto que esta corriente sanitaria tiene en cuenta el papel de las variables ambientales, sociales y culturales en la génesis de las enfermedades, en su configuración, para lo cual interviene en las reformas políticas para la mejora de la salud de la población.

La particular atención a las familias más pobres encabeza las corrientes de pensamiento que durante toda esta época florecerán. Sus intereses irán encaminados a reformar las costumbres y la moral de esta población. La industrialización, la concentración de población en las grandes ciudades y las malas condiciones de existencia, se convirtieron en factores decisivos, a ojos

36 Una definición de este término se recoge en una obra de Llorenç Prats. Dice lo siguiente: "L'higienisme és una tradició científica i un corrent de pensament social que postula i indaga entre les condicions socials i ambientals i les causes de morbiditat i mortalitat de les col·lectivitats humanes i proposa, en conseqüència, mesures reformistes de medicina preventiva i polítiques de salut pública que lògicament impliquen molts àmbits de l'activitat pública i privada, des de l'urbanisme, fins l'alimentació o la sexualitat." (1996:7).

de los higienistas de la época, para llevar a cabo una actuación implacable: regenerar y educar según el patrón de clase que se estaba imponiendo en toda Europa; esto es, el modelo burgués. En sus ideales se incluían la necesidad de estudiar las relaciones entre la salud y las condiciones de vida determinadas por la posición social, puesto que se consideraba que los factores patógenos existentes en algunos colectivos eran determinados por la posición social y por otras variables que influían en la salud y que impedían alcanzar el bienestar, la salud y la felicidad (Comelles & Martínez, 1993:17).

Esta voluntad de regeneración, aparte de tratar de erradicar definitivamente las enfermedades infecciosas que habían asolado cruelmente la población, iría encaminada a introducir en ésta una serie de hábitos de salud y de higiene. En un principio, Iglesia, Estado y Sociedades de Beneficencia impulsaron modos de vida obreros en torno a un modelo familiar y moral conforme a las normas procedentes de la clase burguesa. Posteriormente, la construcción de manicomios, escuelas, hospitales, la higienización de las fábricas, las medidas de fomento del ahorro y de la pequeña propiedad y estímulos para reforzar o crear lazos de familia fueron los principales canales que pusieron diques a la gran marejada de pobres. En contraposición al fomento de la caridad y las limosnas se propugnó la moralización, que pasaba por mejorar la salud de la sociedad, de sus condiciones de vida, de la vivienda y de las costumbres desde los hábitos alimentarios a la sexualidad (Alvarez-Uría, 1986:133). Aquí reside el éxito político de la Medicina Social: el gobierno recoge el ofrecimiento de una ciencia que cumple unas funciones acordes con sus planes: aumentar la población, mantener un orden, asegurar la extensión de un mercado nacional, vigilar e inspeccionar las condiciones sociales de existencia y reforzar los dispositivos de seguridad mediante una policía de la pobreza (Ídem:73).

3.2.1.2 La defensa de la eugenesia

Pero lo que más preocupaba a esta mentalidad renovadora, moralista e higienista era que la elevada natalidad de las clases populares -más propicias que otras a reproducir los "gérmenes fatales"- frenase ese proceso regenerador. Aun así, la limitación de la natalidad no estaba, en principio, prevista en sus esquemas. La idea de que las prácticas anticonceptivas fomentaban la degeneración sexual estaba muy arraigada. Aunque el proyecto no se descartaba, puesto que la idea de una reproducción selectiva de la raza comenzaba a ser lanzada por médicos e higienistas, ya que para ellos lo importante no era solo el número sino también la calidad; por su parte, los psiquiatras reforzaban aún más esta idea, ya que para ellos la herencia era un factor etiológico de la locura y la degradación (Alvarez-Uría, 1983:280).

El primer precedente de esta idea de reproducción selectiva está en el pensamiento de Malthus durante el siglo XVIII. Por un lado Malthus teorizaba sobre la posibilidad de un grave conflicto en el abastecimiento de la población, dado que el crecimiento demográfico mundial humano aumentaba en proporción geométrica, mientras que los recursos alimentarios en el mundo lo hacían en proporción aritmética. Malthus insistía en el hecho de que los frenos naturales para el crecimiento de la población, tales como epidemias, guerras, enfermedades, etc., a pesar de que aumentan la mortalidad, no corrigen el desequilibrio; por ello insiste en la necesidad de "restricciones preventivas" o "refrenamiento moral", tales como la abstinencia sexual o el matrimonio tardío, encaminadas especialmente hacia las clases populares, que eran las que mayor descendencia tenían. Consideraba que este hecho disminuía las ganas de trabajar y, por consiguiente, la producción.

Las críticas a esta teoría no se hacen esperar, y fueron los socialistas de la época los que atacaron el reduccionismo que suponía el hecho de poner

como causa primera de la pobreza la existencia de "demasiados" trabajadores. Para ellos la causa básica era la distribución injusta de la riqueza entre la población. La hostilidad que estos últimos predicaron contra la anticoncepción era debida en gran parte a que la asociaban con la teoría malthusiana de la población (Anderson & Zinsser, 1988:469).

El malthusianismo, en su época, por sí solo influyó poco en el movimiento de la población, a pesar de que algunos gobiernos la tuvieran en cuenta. No será hasta la publicación de las teorías de Darwin que las ideas malthusianas aflorarán nuevamente pero de forma complementaria a la defensa de la eugenesia, es decir, a la defensa de la mejora de la raza humana por medio de la procreación selectiva. Es por ello que la teoría de Darwin sobre la evolución y conservación de las especies se hizo muy popular entre las clases bienpensantes de la sociedad, puesto que servía para demostrar que la ley natural aparta a los manifiestamente incapaces y hace sobrevivir a los más capacitados (Martin & Woorhies, 1979).

La teoría darwiniana sobre la supervivencia de los más aptos estaba inspirada en la obra de Malthus: la selección natural derivaba de la lucha por la existencia. Por su parte sostenía que los individuos, canalizados mediante instituciones como el matrimonio, minimizaban el conflicto intergrupal y otorgaban una capacidad de adaptación al grupo entero. Argumentaba entonces que la vida social de los primeros seres humanos se distingue de la de los animales inferiores por la presencia de la Moral. De esta forma, el establecimiento de relaciones heterosexuales estables fue algo esencial en el desarrollo de las primeras sociedades humanas. Todas las restricciones impuestas a los impulsos orgánicos o sociales como la castidad o la templanza, fueron etiquetadas positivamente por Darwin con el nombre de "virtudes de respeto a uno mismo" (Martin & Woorhies, 1978; Harris & Young, 1979). La importancia que éste otorgaba a los beneficios de la canalización de la energía sexual y la teoría del desarrollo de la sociedad humana a través de estadios definibles justifica, según Harris & Young, el

sistema de valores burgués y la explotación y subordinación, entre otros, de las mujeres. El desarrollo del pensamiento social evolucionista y la importancia que se asignó al control de la sexualidad, a la posición de la mujer y a la familia es importante para comprender por qué la mujer de los círculos burgueses no cuestionó su posición (1979:15-16). En este sentido argumentaba que, entre los humanos, la selección sexual y, en época moderna, las presiones económicas habían causado la competición masculina, no la femenina. Esta competición había hecho posible que el hombre adquiriera "una mayor eminencia en cualquier cosa que decida hacer, que la mujer" (Anderson & Zinsser, 1988:177). También aseguraba que el hombre transmitía esa eminencia "de manera más completa a su descendencia masculina que a la femenina" (Ídem:177), y terminaba diciendo que el hombre había evolucionado más que la mujer y que por lo tanto el hombre, en última instancia, se ha hecho superior a la mujer" (Ídem:178). Predijo asimismo que "la actual desigualdad de los sexos" se mantendría en el futuro (Ídem:178).

Sin embargo, aunque el darwinismo se convirtió en una teoría reconfortante para el extremo superior de la pirámide social, no disipaba el temor de que las clases populares -las clases peligrosas por ser las portadoras de enfermedades contagiosas- podían propagar todo tipo de virus y gérmenes. Se trataba de una "guerra biológica". Existía el temor de que mientras las "clases peligrosas" aumentaban su población, la clase burguesa mermaba su natalidad en pro de un bienestar y de una mejora de la calidad de vida. A pesar de esta guerra biológica con dos frentes (en principio genes y posteriormente gérmenes), una lectura optimista de Darwin sugería que las gentes de la "mejor" clase pronto serían más numerosas y dominarían a las menos capacitadas, ya que la pobreza llevaba implícita su propia cura. Las enfermedades epidémicas que aquejaban a los pobres eran, en última instancia, un instrumento benigno de selección natural. Pero cuando se evidenció que las epidemias atacaban tanto a los más pobres como a los más

ricos, las responsabilidades se desplazaron: de ser la inmoralidad (de los pobres) la causante de las epidemias, se pasó a culpabilizar a la "suciedad" (también de los pobres) de la propagación de gérmenes, aunque las implicaciones morales no cambiaron (Ehrenreich & English, 1984:71). Si los gérmenes y no el pecado eran la causa inmediata de la enfermedad, este último podía seguir considerándose, de todos modos, como la causa fundamental. La teoría de los gérmenes se convirtió en una doctrina de la culpa individual, mediante la cual cualquiera que transgrediera "las leyes de la higiene" merecía enfermar, y cualquiera que cayera enfermo había quebrantado, probablemente, esas leyes (Ehrenreich & English, 1990:91).

3.2.1.3 La consideración de la prostitución

Los teóricos de la higiene moral opinaban que la situación en la que se encontraban las clases populares estaba causada por la transgresión de la virtud (el pecado más unánime). Pero, en concreto, fue la prostitución el blanco de las críticas más feroces, ya que se consideraba que era el foco de propagación de las enfermedades de transmisión sexual, aunque pocas veces se contextualizaba la prostitución en el marco de la pobreza y de las deficientes condiciones de vida de las clases populares. Por tanto, en vez de mejorarlas se proponía la limpieza sanitaria, que sometía a la prostituta a la arbitraria autoridad médica y policial y la estigmatizaba ante la sociedad (Nash & Tavera, 1994:132).

La consideración de la prostitución dentro de las competencias de la policía médica, derivó en un control de la sexualidad femenina y la intervención de la medicina en la vida privada, abordando temas como el matrimonio, la conducta sexual, la anticoncepción, etc. Médicos y políticos se referían a la prostitución proyectando los principales valores culturales en torno a la sexualidad. Pero a pesar de estas tendencias ideológicas, la prostitución no disminuyó. De hecho, la prostitución, lejos de constituir una

amenaza al sistema familiar, se convirtió en uno de los principales argumentos para justificar la existencia de la familia como refugio moral de la sociedad y la mujer como transmisora esencial de esos valores. Finalmente y fruto de la asociación de las medidas anticonceptivas con la prostitución, la condena a la práctica de la anticoncepción dentro y fuera del matrimonio fue unánime.

3.2.1.4 Los anhelos populacionistas en España y Catalunya

Una de las diferencias más remarcables que, según Nadal (1986), caracterizó la evolución española en relación con los países vecinos, fue que aquí preocupó más la reproducción y conservación de toda la población. Las diferentes teorías que discurrían por los gobiernos europeos, pasaron aquí totalmente desapercibidas. De hecho, el esfuerzo de los sucesivos gobiernos españoles desde el siglo XVIII estuvo encaminado a duplicar los efectivos de la población con el fin de crear un estado fuerte y poderoso. En este mismo siglo, ya se empezó a clamar contra la despoblación que se argumentaba como la primera causa de la decadencia española. Para ilustrados como Capmany:

"La población de un país es una de las reglas más sencillas para juzgar de la bondad de su constitución. Cuando la despoblación crece, el Estado camina a su ruina, y el país que aumenta su población, aunque sea el más pobre, es ciertamente el mejor gobernado" (Recogido en Nadal, 1986:121).

Efectivamente, los ilustrados asociaron la idea de riqueza al natalismo y a la felicidad, impulsando de este modo una política demográfica. Población equivale a mano de obra, y ésta a su vez a trabajo, que se convierte en riqueza.

Así pues, la estimulación al matrimonio con numerosos hijos, la exención de impuestos personales y la facilitación a los extranjeros para que

se establecieran en España fueron algunas de las medidas que el gobierno difundía para estimular el crecimiento de la población. Ideales poblacionistas que culminaron cuando en el primer cuarto del siglo XIX la efectividad de la vacuna contra la viruela hizo posible la recuperación demográfica. Y es a partir de aquí cuando la acción del Estado se desarrolla paralela a la de los médicos. Cuando la población española está creciendo al ritmo que pretendían en un principio, el Estado se encuentra con la impotencia de garantizar la vida a todos los efectivos de la población. Se trataba entonces de mantener a raya a las enfermedades infecciosas que acechaban, sobre todo, a las clases menos privilegiadas de la población. Es así como durante el siglo XIX y principios del siglo XX, higienistas y regeneracionistas como Pedro Monlau, Mateo Seoane o Ramon La Sagra, entre otros, mantienen estrechas relaciones con el Estado para asesorar en materia de política higienista. La medicina se convierte así en una ciencia de previsiones, y el movimiento higienista apoyado en la demografía le proporcionará las herramientas necesarias y los cálculos para medir sus progresos. *El higienismo se convierte, de esta manera, en el arte de preservar la salud* (Nadal, 1992).

A partir de ahora, y con el fin de lograr una mejor conservación de los efectivos de la población, no se estimulará una política demográfica, aunque tampoco se pretenderá lo contrario. Importa, ante todo, sanear las clases menos privilegiadas y susceptibles de ser portadoras de enfermedades infecciosas, imponiéndoles una serie de hábitos sanitarios.

"El pauperismo debilita al Estado; disminuye la población; gasta las fuerzas físicas y morales de una parte de la misma; corrompe las clases; degrada la dignidad del hombre y la libertad del individuo; abrevia la duración de la vida; bastardea las generaciones; fomenta las epidemias y los contagios; impele a la prostitución y al crimen; provoca a los disturbios públicos; desafía a los gobiernos y pone en peligro las instituciones... y llegaría al caos".³⁷

37 P.F. Monlau, *¿Qué medidas higiénicas puede dictar el gobierno a favor de las clases obreras?*. Barcelona, 1856, p.62 (recogido en Alvarez-Uría, 1986:135)

Las medidas higienistas que se pusieron en práctica fueron las siguientes: la enseñanza, el ejercicio de la Medicina y la prevención médico-sanitaria. Las pretensiones de médicos, pedagogos, filántropos y otras estrategias regeneracionistas tenían como fin, la transformación y recuperación de las clases populares, y cómo no, la conservación de las criaturas. La educación del pueblo, la lucha contra las miasmas y el contagio va acompañado de la inculcación de unos sentimientos de familia y de la preservación de las/os hijas/os que serán más tarde enviados a la escuela. Transformar y recuperar las clases populares significaba moralizarlas para el orden, era higienizarlas y controlarlas, era hacer realidad una gestión de los cuerpos, de la alimentación, de las costumbres, de la vivienda, de la instrucción, de la salud; una política que abarcará, finalmente, el espacio y el tiempo en el que se mueven las personas así como sus cuerpos, sus gestos y su vida entera. En resumen, se trataba de hacer entrar a estas clases en el mundo de las responsabilidades haciendo que interiorizaran las reglas sociales y convirtiéndolas poco a poco en "civilizados" (Alvarez-Uría, 1986).

Todo este control político enmarcado por leyes proteccionistas, se realizaba en el contexto de una política anti-malthusiana que los reformadores practicaban: la natalidad estaba asociada enteramente a la fuerza obrera y, por tanto, considerada como un importante factor de emancipación.

Pero a pesar de esta política pronatalista, la inferioridad cualitativa frente a la superioridad cuantitativa, se originó también en España, aunque muy débilmente, la idea de la reproducción selectiva, de una mejora de la raza que empieza a ser lanzada por algunos médicos e higienistas. De hecho en 1846, el catedrático de Economía Política de la Universidad de Madrid, Eugenio María del Valle, se había decidido a hacer la que parece haber sido la primera traducción completa del *Ensayo sobre el principio de la población* de Malthus, a los 38 años de imprimirse los primeros extractos de la obra. Este aislado hecho (que aquí reseñamos más como anécdota que como acto significativo), no es el principio de una política de control de la natalidad. El

único acto significativo que se realiza en materia de política, contraria al aumento de población, es que el Estado deja vía libre a la salida fuera de España de los ideales emigracionistas, eliminando todos los obstáculos que hasta entonces había. Aun así, el antiguo ideal poblacionista seguirá vivo tras la derrota frente a los Estados Unidos en 1898, sin darse cuenta de que el problema demográfico en España no era el resultado de pocos nacimientos, sino de demasiados óbitos (Nadal, 1992).

En Catalunya se dieron las condiciones necesarias para que, más que la eficacia de los progresos de la medicina o de la disponibilidad de métodos anticonceptivos, fuera la decisión de la pareja el factor más importante en la reproducción. Decisión que, necesariamente, tenía que ir enmarcada en un contexto cultural, social y económico nuevo. Al igual que en muchos países europeos, la mentalidad de las parejas catalanas respondió positivamente a la coyuntura que el nuevo orden impuesto en el siglo XIX ponía a sus pies. Esta mentalidad, que fue más instintiva que racional, entraba en fuerte contradicción con las corrientes ideológicas que tanto demógrafos como higienistas propugnaban. Mientras éstos abogaban por que las parejas tuvieran más hijos para que se pudiera hacer frente a las tímidas pero preocupantes entradas de contingentes de población inmigrada, los otros no llegaban al máximo óptimo. De hecho no se trataba de que tuvieran menos hijos, sino de que se enterraba más que se bautizaba (pero considerablemente menos que en el resto del Estado Español). Catalunya está en una fase mucho más industrializada (con Barcelona a la cabeza), pero las penosas condiciones sanitarias no aseguraban la conservación de los efectivos indispensables para asegurar la fuerza de trabajo necesaria. Fue de esta manera como la inmigración se convirtió en la clave del crecimiento económico y demográfico.

Tomás Vidal, en su artículo "La transició demogràfica a Catalunya i a les Balears" (1992) nos explica que Barcelona cuenta a finales del siglo XIX con una baja fecundidad y alta mortalidad, una baja proporción de mujeres

en edad fértil, poca población infantil y baja esperanza de vida. Por otra parte estaba la fuerte población rural que la gran capital iba absorbiendo, amén de la inmigración aragonesa y valenciana que empieza a hacerse un hueco importante en la población. Y fue precisamente esta inmigración lo que puso en alerta a los demógrafos-higienistas-nacionalistas, que vieron en este hecho un peligro para la supervivencia de la "nació catalana". Obras como la de J. Vandellós *Catalunya poble decadent* incitaban a los catalanes a tener más hijos para no hacer peligrar la raza, las costumbres y el sentimiento catalanistas. Pero lo más importante de todo este proceso ideológico fue que se exaltó -desde todos los estamentos sociales- un modelo ideal de familia catalana conservadora que se instituyó como un sistema perfectamente adaptado a las necesidades del país, como una de las bases de su prosperidad económica y social (Roigé, 1989).

Ya fuera por las fluctuaciones económicas, ya por los procesos de imitación del modelo burgués a seguir, la nueva familia catalana admitió pocos hijos, y el control de los nacimientos -no hablamos todavía de planificación familiar- fue aquí un hecho sin precedentes con respecto al resto del Estado español.

3.2.1.5 La voluntad de limitar los nacimientos

Pero a estas alturas de siglo (finales del XIX) factores como el descenso de la mortalidad y, más en concreto, de la mortalidad infantil, el cambio económico y la transformación de la mentalidad reproductiva, incidieron en mayor o menor medida en la limitación de los nacimientos. Ahora bien, esta práctica limitativa se restringió básicamente al secreto de alcoba y se hizo caso omiso a las consecuencias alarmistas que el Estado difundía al respecto, puesto que la estrategia a nivel de familias se inscribía en una visión de futuro para los hijos, que pasan de ser vistos como mano de obra a ser objeto de una inversión educativa, afectiva y médica considerables.

Efectivamente, la voluntad de limitar los nacimientos se dio conjuntamente con la toma de conciencia respecto a las criaturas y todo lo que implicaba su educación: mejor cuidadas, mimadas y queridas, porque se vuelven infrecuentes. Y este cambio de mentalidad también implicaba la nueva concepción económica que rige a las familias que dejan de ser una unidad de producción. Finalmente, a la mujer le renuevan su protagonismo con un doble discurso: haciéndole adquirir el estatus de madre en todo el sentido de la palabra, la relegaban al ámbito doméstico. Ciertamente, la exaltación de la maternidad, que comienza a desarrollarse como resultado de todos estos cambios, será lo que le caracterizará en el nuevo rol que se le asigna en esta nueva concepción de la familia. Pero también su salud -la debilidad física que suponían los partos y las condiciones a que estaban sometidas eran muchas veces fatales- fue objeto de atenciones y cuidados hasta ese momento desconocidos. Los médicos e higienistas comprendieron rápidamente que, a pesar de sus esfuerzos, no se podía hacer nada por remontar la tasa de natalidad. Así que prefirieron gastar sus fuerzas para conservar a los ya concebidos y el mejor medio, para conseguirlo, era hacer que las madres se consagraran a su progenitura.

Como producto de esta serie de cambios, la adopción de la limitación voluntaria de los nacimientos será el factor que desatará la unión -posterior- hasta ahora estrecha -por inevitable- de la sexualidad y la reproducción. Sin embargo, esta situación no estaba prevista ni estudiada con detenimiento en el seno de las parejas. Los motivos que las empujaban a limitar los nacimientos los podemos esbozar en líneas generales, pero esto no nos explica nada, ya que no nos dice por qué este deseo les ha venido en un momento u otro de su vida. Sabemos con una cierta seguridad que en ese momento decisivo disponían de medios más o menos rudimentarios, más o menos naturales, aprendidos o heredados, pero las artimañas de la anticoncepción voluntaria siguen siendo una parte oscura de la historia de los nacimientos.

Para Nash, la importancia de la adopción de la práctica del control racional de la natalidad en la modificación del sistema de valores tradicionales, estriba en establecer una desvinculación entre el acto sexual y la procreación (1984:314). Otros factores como el conocimiento de métodos más o menos rudimentarios sobre la anticoncepción voluntaria, amén de las múltiples estrategias que se han utilizado siempre para controlar la reproducción, el descenso de la mortalidad y la importancia de un movimiento higienista de clara incidencia en la población, completan el marco histórico en el que se desarrolla esta relación tan importante que ha llegado casi intacta hasta nuestros días.

Como hemos podido observar hasta ahora, los aspectos que marcan el pulso de la sociedad de finales del XIX fueron, por un lado, la salud y el movimiento higienista y, por otro, la delimitación de los espacios sociales: unos reales (manicomios, cárceles, escuelas y hospitales) y otros simbólicos (las esferas pública y privada). Efectivamente, la salud constituyó un área realmente estratégica de todo este periodo, tanto porque fueron los médicos higienistas los que básicamente inspiraron las nuevas corrientes filantrópicas, como porque junto a las normas de higiene y a los principios de la puericultura se fueron filtrando toda una serie de normas dirigidas a todas las esferas de la vida. Por un lado la medicina se convirtió en la policía médica³⁸ de los pobres (Rosen, 1974) y de todos aquellos que transgredieran las normas establecidas. Por otro puso a la mujer en el blanco de la política social. Para su vuelta al hogar se exaltó la maternidad como el compendio de las virtudes femeninas (Grassi, 1986:193), y la familia se constituyó en el marco ideal de la estructuración social.

En definitiva, observamos que la nueva concepción del mundo que se dejaba entrever a finales del XIX tuvo en uno de sus puntos de mira a las

38 Tanto el término de policía médica como el de higienismo tienen las mismas implicaciones: se trata de un modelo de intervención cuyo objetivo es situar la vida social y económica al servicio del poder estatal. Un desarrollo más amplio de estos conceptos lo tenemos en Comelles & Martínez, 1993.

mujeres. Aspectos como la reproducción, la sexualidad, la maternidad y la reificación de la esfera doméstica, entre otros, se centraron en la población femenina. Pero fueron cuestiones que no pasaron por ellas con indiferencia, sino que se hicieron oír para expresar sus opiniones, para respaldar decisiones, para acatar normas o para modificarlas a su manera y, sobre todo, para reivindicar toda una serie de derechos que creían legítimos.

3.2.2 Las primeras feministas opinan y reivindican

Durante esta época asistimos al resurgimiento de toda una serie de movimientos sociales entre los que cabe destacar el de las mujeres como colectivo que inauguró el movimiento feminista vigente (tras algunos lapsus temporales) en la actualidad. El hilo de nuestra argumentación se apoyará en la periodización que hace Gordon de las etapas del feminismo. Esta historiadora distingue tres fases diferentes: una primera situada en el siglo XIX y protagonizada por los movimientos sufragistas, pero también por una ideología sexual que ella misma califica como "doméstica", influida por el puritanismo victoriano. En la segunda, próxima a la primera guerra mundial, las feministas rechazan las actitudes antisexuales de las sufragistas y asocian los intereses de las mujeres con la llamada "liberación sexual", apoyando la actividad sexual fuera del matrimonio. Y finalmente una tercera etapa, que empieza en los años sesenta y en la que sus representantes han sido críticas respecto a sus primeras posiciones, analizando la naturaleza del acto sexual y sugiriendo una revisión de las normas de conducta sexual que consideraron distorsionadas por la supremacía masculina (Gordon, 1980:127).

Pero antes de seguir nos podríamos preguntar qué es y qué ha supuesto el feminismo en nuestra sociedad. Nash & Tavera lo califican como una de las manifestaciones históricas más significativas de la lucha emprendida por las mujeres para conseguir sus derechos, un movimiento multifacético y pluralista que ha movilizó a las mujeres por cuestiones

religiosas, culturales, sociales y políticas (1994:98). Similar opinión tiene Gordon, la cual entiende por feminismo un análisis de la subordinación con el propósito de concebir una forma de cambiarla. Considera, asimismo, que pese a la amplia gama de creencias admitidas, ha habido una coherencia fundamental en el feminismo en tanto que movimiento social y en tanto que teoría social (1980:124).

El feminismo del diecinueve, convencido de que las mujeres vivían subordinadas y eran capaces, sin embargo, de cualquier tipo de actividad pública, hizo de la lucha por el voto la clave de su táctica. Pero además, las feministas se identificaron plenamente con un modo de vida que hacía suyas la lucha sistemática contra la discriminación de las mujeres y la búsqueda de nuevos horizontes políticos, sociales, culturales, laborales e incluso personales (Nash & Tavera, 1994:58). En el terreno de lo personal, de lo privado, es donde se libra la batalla más sutil de la época: la lucha por el control del propio cuerpo, por la libre decisión de tener hijos y por la libertad sexual (entendida ésta como el derecho de decir sí o no a las relaciones sexuales). De esta forma Gordon considera también que el feminismo fue un movimiento más cercano al del control de la reproducción que surge como respuesta a la inquietud social originada por la desigualdad de clase y de sexo. Para esta autora, entre los que han luchado sobre todo por las mujeres y los que han luchado principalmente por la clase obrera hay una unidad esencial de intereses: el apoyo al control de la natalidad en la lucha por la igualdad. Tener hijos involuntariamente ha significado una carga para todas las mujeres, pero más aún para las más pobres, y la desigualdad sexual que ha resultado de ello ha contribuido a perpetuar estas formas de desigualdad (1980:148).

A diferencia del sufragismo inglés, cuya movilización partió de la desigualdad establecida por el sistema político-liberal, el norteamericano emergió de una realidad supuestamente democrática: la forma en que la ciudadanía americana limitaba el ejercicio de los derechos políticos del

"hombre blanco". Por esta razón los inicios del feminismo norteamericano estuvieron íntimamente ligados a movimientos sociales como el abolicionismo o el reformismo religioso y moral en favor de la pureza o la templanza. Fueron mujeres pertenecientes a la recién estrenada clase media las que empiezan a dejarse oír reivindicando toda una serie de derechos para intentar cambiar una situación que perciben discriminatoria por parte de los hombres de su clase. Estas reivindicaciones se refieren básicamente al terreno de lo público, más concretamente de lo político, a partir de reformas de tipo legislativo: el derecho al voto será su mayor preocupación. Es evidente que la adscripción de estas feministas-sufragistas a la clase burguesa marcó esta reivindicación, ya que de lo que se trataba era de conseguir una igualdad a nivel de derechos públicos -una igualdad que nacía desde la Revolución Francesa como base principal de estas ideas- y que pasaba por no excluir a la mujer de la categoría de ciudadana con plenos derechos (Astelarra, 1984; Käppeli, 1993). Y estas mujeres son las mismas que preconizan paralelamente un ideal de mujer burguesa, de irreprochable pureza, un ideal fundamental que servía también para legitimar esa misma ciudadanía (Astelarra, 1984:32).

Por su parte las sufragistas intentaron en el terreno de lo privado ganarse la respetabilidad social formando parte de movimientos en favor de la "pureza social". En este sentido, algunas autoras (Scott Smith, 1984; Rosaldo, 1979; Gordon, 1980) han coincidido en señalar que la teoría social del siglo XIX inspiró profundamente la separación tajante entre los ámbitos "privado" y "público". El "feminismo público" sería, según Scott Smith (1984), aquel que practican las mujeres de nivel social elevado encaminadas a ejercer ante todo funciones sociales. De las funciones familiares se encargarían las defensoras del "feminismo doméstico", cuyos anhelos se consagraban a apoyar la limitación de la familia, pero con un estricto control de la sexualidad, apoyado enérgicamente en los movimientos que defendían la templanza y la pureza (Ídem:253).

Gordon (1980 y 1984) nos ofrece una amplia panorámica de estas reivindicaciones próximas a las exigencias feministas que posteriormente formarían el movimiento en favor de la planificación familiar. En este sentido nos ilustra los contenidos de las demandas en favor de la maternidad voluntaria en Estados Unidos. Separa a las feministas que abogaban por esta demanda en tres grupos fundamentales: por un lado estaban las sufragistas, militantes de movimientos reformistas de carácter moral en pro de la templanza y pureza de la sociedad; por otro lado estaban aquellas pertenecientes a cuerpos auxiliares de las iglesias y de organizaciones feministas profesionales y de servicios; y, finalmente, las integrantes de pequeños grupos defensores del amor libre, por lo general anarquistas (1984:201-202).

Aunque se pueda vislumbrar un posible distanciamiento entre ellos, los tres grupos tenían una base común que era la búsqueda de la emancipación femenina y la coincidencia de perspectivas sobre la significación social de la reproducción para las mujeres. Y lo que es más importante, estaban formados "...por yanquis educadas, pertenecientes a la clase media (...) que aspiraban a una merma de poder patriarcal dentro de la familia, aun cuando les preocupaba también su posible desintegración y relajación de la moral en materia sexual, contemplaban la reproducción en el contexto de esos cambios sociales más profundos y desde el seno de un movimiento en favor de la emancipación de la mujer y veían dicho movimiento como respuesta a algunos de esos problemas sociales" (Ídem:203).

La diferencia más importante que las distanciaba estaba en la concepción de la maternidad y la sexualidad. Para las más conservadoras, las mujeres carecían de impulso sexual, aunque no del deseo de maternidad. Y ésta era la razón básica por la cual las mujeres debían de permanecer en el hogar. Como forma de prevención, estos grupos conservadores consiguieron que se promulgara la ley Comstock que "prohibía enviar por correo material obsceno, calificando la información sobre el control de la natalidad como tal;

también consiguieron que el gobierno consignara casos de violación de esta ley". Esta ley se promulgó por temor a la subpoblación, a la decadencia de la familia y a la creciente independencia de las mujeres (Gordon, 1980:128-129).

Paralelo a este movimiento conservador se desarrolla otro que sacó a la luz una petición de control de natalidad denominado "maternidad voluntaria". Para sus correligionarias lo más importante era el derecho de la mujer a la dignidad y a la autonomía, y la maternidad era la cuestión central de su discurso. Las mujeres que desearan ser madres serían mejores progenitoras, y los hijos, mejores seres humanos. En el terreno sexual, estas feministas apoyaban un cierto tipo de domesticidad. Creían en la abstinencia y no en la anticoncepción como única forma correcta de control de la natalidad: el sexo sólo debería servir para la reproducción y únicamente dentro del matrimonio.

En este panorama, el fuerte posicionamiento social de la mujer como esposa y madre choca con las ideas de maternidad voluntaria, relacionada con la posibilidad de negarse a tener relaciones sexuales con el marido, y con la idea de que la utilización de métodos anticonceptivos en el matrimonio sería lo mismo que equiparar a la esposa con una prostituta, las grandes concedoras de los métodos en esta época. Un control de la natalidad legal y eficiente aumentaría la libertad del hombre y lo empujaría a relaciones sexuales extramatrimoniales, sin ampliar demasiado la libertad de la mujer en cuanto a obrar del mismo modo. Las presiones que abogaban por la castidad y la fidelidad matrimonial entre las mujeres de clase media no eran sólo por temor al embarazo, sino también por una poderosa combinación de factores económicos, sociales y psicológicos, entre ellos la dependencia económica, el temor a la repulsa por parte del marido y del medio social, los tabúes íntimos y, en último lugar, una falta de interés por la sexualidad. Parece ser que aumentar los tabúes que pesaban sobre la sexualidad extramatrimonial repercutiría en su propio interés, lo que no ocurriría eliminándolos, con lo cual

era preciso su apoyo a las campañas de pureza social (Gordon, 1984:221)³⁹.

Ya Margaret Sanger, en su revista feminista socialista *The woman rebel* [La mujer rebelde] veía la utilización de métodos anticonceptivos como un perverso proyecto encaminado a "suprimir el castigo del vicio" y "degradar a la esposa a la categoría de prostituta" (Ehrenreich & English, 1984:73)⁴⁰.

Gordon (1980) considera que la insistencia de las feministas en afirmar el derecho de la mujer a decir no y a justificar esta negativa en función del control de la natalidad, constituyó un rechazo fundamental a la dominación masculina del sexo (Ídem:139). Esta es la característica esencial del "feminismo doméstico" del que nos habla Scott-Smith (1984): la afirmación de la mujer dentro de la familia. Esta ideología, al considerar la familia como una comunidad, le permitía lanzarse a una crítica de la sociedad masculina, materialista y de mercado y a tomar el poder dentro de la familia. Las mujeres se afirmaban dentro de la familia de la misma manera que sus maridos trataban de afirmarse fuera de su casa (Ídem:251-252). El elemento de renuncia a la contracepción artificial reside, así, en el convencimiento de que una consecuencia de la utilización de métodos anticonceptivos efectivos sería la separación entre sexualidad y reproducción. De nuevo, una situación que permitiese relaciones sexuales normales, frecuentes incluso, sin caer en el riesgo del embarazo era inevitablemente un ataque a la familia, a ojos de las mujeres de clase media, según el concepto que tenían de ella (Gordon, 1984:219-220).

En España, en cambio, el feminismo se centró más en reivindicaciones del derecho al trabajo, a la educación y a una condición social digna, que en

39 Como vemos, la idea de "pureza social" domina enteramente la escena feminista durante el último cuarto del siglo XIX. En Estados Unidos las *Moral Education Societies* que hacen su aparición en la década de los setenta (del XIX) propagan en self-ownership (propiedad de sí mismo) en relación con la llamada racionalización del deseo sexual (Käppeli, 1993:498).

40 A pesar de su oposición, fue después la propia Margaret Sanger la que luchó por la legalización de los métodos anticonceptivos en Estados Unidos, lo cual se produjo en 1938.

luchas políticas sufragistas. Prefirieron, en general, aquellas reivindicaciones que buscaban el reconocimiento de sus roles sociales de género (maternidad y cuidado de la familia) e insistieron en el conjunto de sus derechos civiles. En general, fue el discurso de la diferencia de género el que, en gran medida, legitimó la lucha por la emancipación de las mujeres. A partir de aquí, las feministas españolas promovieron roles que reconocían a la mujer como tutora moral de la sociedad sobre la base de la garantía moral que ofrecía su protagonismo en la familia (Nash & Tavera, 1994:69). Este sería, a grandes rasgos, el feminismo doméstico imperante en este país. El feminismo público, por su parte, fue más destacado en Catalunya, aunque las asociaciones de mujeres no estaban tan vinculadas al proceso emancipatorio de la mujer basado en la reivindicación de los derechos políticos o civiles⁴¹. Pero sí se preocupó más por el acceso de la mujer a la cultura y a la educación, promovió la idea del derecho de la mujer a una preparación educativa rigurosa que, si bien es cierto que se vinculaba con el proyecto cultural del catalanismo conservador, también tenía una dimensión más personal de consolidación de la identidad femenina (Nash, 1988:10). Se trataba de un proyecto de promoción e ilustración para la mujer catalana, de sólida inspiración cristiana y ciertamente distanciado de los postulados más avanzados del feminismo de la época (Luna & Macià, 1988:228).

El modelo de género establecido en la sociedad garantizaba la subordinación de la mujer al varón y ponía las bases estrictas para su actuación social. La implantación de este sistema jerárquico de género actuó a dos niveles: el primero es el del control social formal establecido por el cuerpo legislativo que, hasta las reformas de la Segunda República (1931-

41 A partir de los años 20, el feminismo español adquirió una dimensión más amplia al incorporar a las reivindicaciones sociales nuevas demandas políticas. El movimiento sufragista español movilizó a una minoría de mujeres con poca capacidad de convocatoria; por ello, la concesión del voto femenino no puede ser atribuida a la presión de estos grupos sino que más bien respondió a las reformas introducidas en la legislación de la Segunda República. La coherencia política de los presupuestos democráticos obligó a una revisión de las leyes discriminatorias y, por lo tanto, a la concesión del voto femenino (Nash & Tavera, 1994:126).

1939), discriminó abiertamente a la mujeres. El segundo nivel es el de un control social informal que, basado en el discurso de la domesticidad, definió los modelos culturales de género y estableció, en consecuencia, las normas de conducta masculinas y femeninas (Nash, 1988:120).

3.2.2.1 Neomalthusianismo y eugenesia

En otras latitudes, la principal argumentación para defender la maternidad voluntaria, lejos de servir para justificar la libertad sexual, era, como hemos visto en apartados anteriores, la defensa de un proyecto eugenésico, consecuencia indiscutible de las principales teorías que habían sido publicadas por Darwin (Gordon, 1984; Ehrenreich & English, 1984; Taboada, 1985). Mientras que se oponían a los métodos anticonceptivos y al aborto, aceptaban la maternidad voluntaria a través de la abstinencia periódica; creían que la mujer siempre tenía derecho a decidir cuándo debía traer un hijo al mundo; creían, finalmente en el razonamiento malthusiano de controlar la concepción con fines eugenésicos (Gordon, 1984:218-219).

La eugenesia se integraba en la teoría evolucionista y a ella recurrían muchas reformistas sociales para reforzar sus argumentos en favor de la condición humana. La eugenesia proporcionaba argumentos de doble filo como los que tenía la liga malthusiana creada en 1877. Su objetivo era mostrar que el control de la fecundidad era un elemento de necesidad social y económica. La liga recurrió no sólo a los presupuestos sexuales de las mujeres y la autogestión popular de las técnicas anticonceptivas, sino también a otros menos progresistas como la defensa de la economía política burguesa. A nivel político fue claramente conservadora y un oponente abierto de cualquier modalidad socialista u obrerista. De hecho, impulsó una defensa del control eugénico de la natalidad que impidiera la difusión de las enfermedades venéreas y, mediante la procreación selectiva en óptimas condiciones de salud, garantizara la regeneración de la raza (Nash & Tavera,

1994:138). La postura feminista en este tema no está clara. Para Gordon (1984), las feministas echaban mano de la eugenesia para reafirmar sus argumentos, como si temieran que sus razones, basadas únicamente en los derechos de la mujer, no tuvieran poder suficiente para vencer los escrúpulos de un medio conservador y religioso en relación con la reproducción (Ídem:222). Pero para Ehrenreich & English (1984), la eugenesia se convirtió de la mano de las feministas en el principal abanderado de los intereses egoístas de la clase media alta a la que pertenecían. Añaden en este sentido que, a finales de 1910, Sanger ya atribuía a la superpoblación todos los problemas de la humanidad -la guerra, la pobreza, la prostitución, el hambre, la debilidad mental- y culpaba directamente de ello a las mujeres. Y por si no quedaba claro qué mujeres eran las responsables, Sanger escribió en 1918 que "todos nuestros problemas son consecuencia de la excesiva fecundidad de la clase obrera" (Ídem:78), lo cual significaba que, en términos generales, estaban a favor del control de la natalidad con unos determinados intereses de clase.

Scott-Smith (1984) argumenta en este sentido que existe una clara diferenciación entre los partidarios del control de la natalidad -neomalthusianismo- y los que persiguen las reformas en interés propio -las feministas denominadas públicas- (Ídem:250). Para los primeros, el empleo de métodos anticonceptivos se justifica como medio de protección de la salud de la madre, siendo ésta el elemento clave en su apoyo a la maternidad voluntaria (Nash, 1984:327).

Así fue como el eugenismo proporcionó argumentos para establecer un control tanto cualitativo como cuantitativo de la población. Fue precisamente por la vía de la maternidad, que las primeras feministas (mujeres pertenecientes a la aristocracia y a la burguesía que se sumaron a las congregaciones femeninas) recondujeron sus exigencias de clase y de género. Por una parte su dedicación a la asistencia social, una profesión típicamente femenina, les proporcionaba la ocasión para homogeneizar una serie de

hábitos sociales que consideraban perniciosos y peligrosos para sí mismas. Por otro lado, la maternidad les suministró los argumentos suficientes para asentar las bases de la esfera privada, de manera que la mujer y la criatura fueran consideradas un ente a proteger dentro de la esfera privada estrictamente. No olvidemos que los postulados de estos grupos estaban en las expectativas de la clase media alta cuyos intereses se situaban lejos de las expectativas de las clases populares. Las mujeres pertenecientes a las capas menos favorecidas de la población procreaban lo suficiente para alertar a las más favorecidas. Fue así como, poco a poco, el control de la natalidad fue siendo aceptado, al menos como control demográfico (Ehrenreich & English, 1984:74), pero también como una ocasión para que la mujer obtuviera más reconocimiento y más dignidad. Así, el control de la natalidad se convirtió en un objetivo con una doble finalidad: la reducción de la población de las capas más bajas de la sociedad y el establecimiento de la maternidad voluntaria tan anhelada por las capas superiores.

3.3 Cambio de siglo, cambio de estrategia

Desde finales del siglo pasado hasta bien entrado el presente siglo se desarrolla, sorprendentemente, una actitud más positiva respecto a la sexualidad femenina. A partir de 1870 las peticiones feministas se centraron más en la supresión de discriminaciones: reivindicaciones de lucha para equiparar uno y otro sexo en la familia y la sociedad, o para evitar la subordinación de la mujer casada exigiendo su autonomía y la erradicación de la doble moral sexual (Nash & Tavera, 1994:108).

La segunda etapa del desarrollo del movimiento feminista señalada por Gordon (1980), que iría desde finales del siglo XIX (1890) hasta la Primera Guerra Mundial, se caracteriza por una crítica a la domesticidad de los comienzos del movimiento. También, se produjo una creciente revisión de los principales postulados teóricos del sufragismo norteamericano, y la

legitimación basada en el principio de igualdad entre individuos pasó a ser una defensa de las diferencias de género y, a partir de aquí, de la aceptación de los roles sociales propios de las mujeres (Nash & Tavera, 1994:109). Esta segunda etapa, además, se caracteriza por las aportaciones realizadas por Sigmund Freud -el reconocimiento de la sexualidad como objeto de estudio es una de las contribuciones más notables del desarrollo de las ciencias sociales a principios del siglo XX-, pero también es necesario recordar que fueron precedidas por un importante colectivo de reformadores sociales, médicos⁴² y sexólogos neomalthusianos. Aunque menos conocidos que Freud, impulsaron un amplio movimiento de liberación sexual en el que se destacan elementos como la promoción de la educación sexual, la revisión de los valores culturales en torno a la sexualidad y la procreación, la difusión de nuevas técnicas anticonceptivas, el desarrollo de la eugenesia como medio para mejorar la prole, y la expansión de la planificación familiar como garantía de salud destinada a reducir la mortalidad maternal e infantil (Nash & Tavera, 1994:135). Los neomalthusianos⁴³ tienden a considerar la represión sexual como un problema del mismo peso para ambos sexos aunque diferente en su naturaleza, y por lo general, sostienen que la liberación de la mujer resultaría conveniente para los dos sexos, ya que tanto unos como otras sufrían por este falso sistema de sexo-género que es la polarización de los papeles sexuales (Gordon, 1980:131-132). Realizaron también intensas campañas de agitación contra la legislación que censuraba las alusiones públicas a temas

42 Salvo algunas pocas excepciones, la profesión médica se mostró reacia a aceptar las implicaciones sanitarias del control de la natalidad que la involucraba directamente. Defensores de la virtud pública y de la moral tradicional, los médicos reaccionaron ante el neomalthusianismo como ante un tabú relacionado con el vicio y las malas costumbres. Y como cualquier apoyo al movimiento podía provocar la descalificación profesional, los médicos se inhibieron respecto a la reforma sexual, se opusieron a la difusión popular de un conocimiento que consideraban propio y trataron de impedir la autoeducación de las clases populares en materia sexual (Nash & Tavera, 1994:137).

43 Algunos de los más destacados fueron Annie Bessant, George Drysdale, Havelock Ellis y Marie Stopes en Gran Bretaña; en Francia, destacan Paul Robin, Nelli Roussel, Gabriel Hardy y Eugène Humbert; en Alemania, Magnus Hirschfeld y Augusto Forel y, en España, Luis Bulffi (Nash & Tavera, 1994:136).

relacionados con la educación sexual, el control de la natalidad y la sexología en general (Nash & Tavera, 1994:136). En torno al control de la natalidad fueron las feministas socialistas las que retomaron la liberación con el apoyo del control de la natalidad porque, según ellas, sin él el sexo no se puede separar de la familia. Les repelía el conservadurismo de las organizaciones sufragistas y tenían la necesidad de pronunciarse en este sentido, ya que el socialismo anteriormente no se manifestó enérgicamente respecto a ninguna de las cuestiones femeninas (Gordon, 1980:134)⁴⁴.

Tanto es así, que antagonistas acérrimas -según la exposición que de este tema hacen Ehrenreich & English (1984)- de la difusión de métodos anticonceptivos, como Sanger, modificaron espectacularmente su visión hasta el punto de reivindicarlos y difundirlos institucionalmente. Las experiencias de Sanger y otras organizadoras del movimiento en pro del control de la natalidad muestran que fue la importancia otorgada a las mujeres y la enorme demanda generada lo que les obligó a tomar en consideración la cuestión. A las feministas socialistas, el control de la natalidad les parecía algo más inmediato, más personal y más relacionado con la lucha de clases (Gordon, 1980:135).

Fueron Margaret Sanger y Marie Stopes las pioneras en la creación de CPF. La primera, a pesar de su inicial oposición, con sus campañas de control de la natalidad y en oposición a la ley Comstok, abrió en Brooklyn una clínica de asesoramiento y planificación familiar, en 1916, y logró finalmente la abolición de la ley, a pesar de lo cual la clínica llegó a ser cerrada y la propia Sanger encarcelada. Por su parte Stopes junto con Emma Goldman hicieron

44 Marx y Engels fueron pioneros en este sentido al reconocer que la inferioridad femenina se debe tanto a la estructura de la familia burguesa, como a la existencia de la propiedad privada. Mantuvieron que la igualdad política entre sexos era una condición necesaria para la plena emancipación de la sociedad. Creían asimismo, que el acceso de las mujeres a la democracia era la base imprescindible para su posterior emancipación. No obstante, prestaron más atención al acceso de las mujeres al trabajo asalariado, que a las implicaciones sociales y políticas de ese acceso. Entendían que la base fundamental de la emancipación femenina era su independencia económica y, por ello, desarrollaron una teoría social que anteponía el mundo de la producción al de la reproducción biológica y la política (Nash & Tavera, 1994:116).

lo propio en Inglaterra en 1921. Stopes, tras haber publicado las obras *Amor conyugal* y *Paternidad responsable*, fomenta la contracepción como imperativo económico y como parte del derecho de la mujer a tener relaciones sexuales libres de preocupación. A pesar de la ambigüedad ideológica y los intereses de clase con que estas dos clínicas fueron abiertas, estas dos mujeres son consideradas como las pioneras en la formación de CPF⁴⁵.

La planificación familiar empezaba a asentar sus bases enmarcada en el movimiento neomalthusiano (surgido a principios del presente siglo), del que se destacan puntuales actuaciones que, a pesar de no constituir movimientos masivos, nos parece importante y pertinente remarcarlos. Käppeli (1993), nos habla de una primera generación de mujeres médicas, en medio de un clima de creación de ligas neomalthusianas que contribuyen a la difusión de los métodos anticonceptivos, que esbozan una reconquista del cuerpo por el dominio científico y que, con su enseñanza, sugieren a las mujeres que se liberen del miedo y de la ignorancia de su propio cuerpo. Ejemplo importante es el del médico francés Paul Landry, un neomalthusianista que con sus ideas y sus prácticas produjo un gran escándalo en medio del clima poblacionista francés (Knibiehler & Fouquet, 1983; Käppeli, 1993). Su tentativa estuvo encaminada a ayudar a las mujeres a examinarse ellas mismas y a cuidar al menos sus afecciones benignas. Esta intención, mal vista por algunos de sus compañeros, le vale, al contrario, el estímulo de su clientela. Describe con claridad, sin moralismo, la anatomía y la fisiología de los órganos genitales y urinarios así como sus

45 Ehrenreich & English (1984) se preguntan lo que hubiera ocurrido con la planificación familiar si estas mujeres no se hubiesen decidido a llevarlo adelante (Ibid:74). Gordon (1980), en cambio, es más crítica puesto que para ella las feministas del XIX "comprendieron que las mujeres necesitaban un espacio -físico, psicológico e intelectual- en el que estuvieran separadas de los hombres, es decir, que tenían un sentido más estratégico de mujeres como colectividad", mientras que las feministas socialistas del XX "se apropiaron sin mayor crítica de la revolución sexual, que en realidad era una revolución heterosexual, que alejó a las mujeres de sus espacios de protección como mujeres para empujarlas al mundo de los hombres" (Ibidem:135).

principales afecciones: educa el espíritu de observación, insiste sobre la limpieza en una época en que el aseo íntimo pasa aún por el libertinaje. Más allá del autoexamen y de las medidas suaves, quiere ayudar a las mujeres a discernir los casos serios e insiste en que consultar resulta indispensable (Knibiehler & Fouquet, 1983:176).

A diferencia de los movimientos neomalthusianos europeos y norteamericanos, en España (Nash, 1984; Nash & Tavera, 1994) encontramos un movimiento neomalthusiano anarquista importante pero con una escasa presencia de mujeres. Estas autoras diferencian tres etapas, en el mismo, que corresponden a actitudes con respecto a las tesis de Malthus. La primera "se caracteriza por un rechazo relativamente homogéneo de las tesis malthusianas y por un enfoque del tema desde la perspectiva de sus repercusiones en su propia teoría social. Sus defensores se fijan en las implicaciones teóricas de la tesis del conflicto entre la escasez de recursos naturales y la capacidad reproductiva humana sobre su propia teoría de abundancia y armonía entre la naturaleza y la humanidad. No se interesan por consiguiente, por aspectos más específicos del neomalthusianismo y, evidentemente, no reducen la teoría de Malthus a la problemática casi exclusiva del control de la natalidad, aspecto que va a constituir la preocupación fundamental de los neomalthusianos catalanes de principios de siglo. El debate no se sitúa entonces en el terreno de la sexualidad y su posible vinculación con una alternativa revolucionaria global que abarca a la vez la transformación de la vida cotidiana, la vida íntima y la esfera privada, ni tampoco relaciona el control de la natalidad con la situación de la mujer" (Nash, 1984:317).

La segunda etapa se localiza a principios del presente siglo cuando "se arraigó la influencia neomalthusiana francesa entre un reducido núcleo de anarquistas en Catalunya". La edición de revistas neomalthusianas como *Salud y Fuerza* se transformó en una estrategia seguida por los reformadores sexuales anarquistas para fomentar la educación sexual y la difusión del

control de la natalidad (Nash & Tavera, 1994:140). Esta segunda etapa del neomalthusianismo se caracteriza también por la existencia de posturas antagónicas y por el predominio de sectores antineomalthusianos entre las filas anarquistas (Nash, 1984:318). Aun así, estos neomalthusianos realizaron una labor considerable tanto a nivel teórico como de divulgación de sus ideas. Su programa era el siguiente: legitimación y libre comercio de los anticonceptivos de toda índole; facilitar medios simples y eficaces de control de la natalidad; facilitar medios de prevención de las enfermedades venéreas; eliminar la prostitución; crear la paternidad y maternidad conscientes; educar sexualmente al niño; superar los condicionamientos ideológicos represivos; derecho del médico para practicar el aborto; derecho de toda mujer al aborto gratuito y realizable en condiciones sanitarias adecuadas (Nash, 1984:328).

En Catalunya la Sección española de la Liga de la Regeneración Humana tuvo características doctrinales semejantes a las del neomalthusianismo inglés, es decir, que se centró en temas como la sobrepoblación y las implicaciones teóricas del conflicto entre la escasez de recursos naturales y el crecimiento demográfico. A principios de siglo, los grupos neomalthusianos apenas se vincularon con el activismo en favor de la reforma sexual, y se mantuvieron distantes asimismo respecto a la voluntad revolucionaria anarquista. *Salud y Fuerza* se interesó más bien por el movimiento obrero catalán y, de forma significativa, planteó que el control de la natalidad era la panacea llamada a resolver los problemas sociales y económicos sin necesidad de recurrir a la revolución anarquista. La implantación plena del neomalthusianismo en el movimiento anarquista tuvo lugar más tarde, en la década de los años veinte, e implicó el compromiso activo de dirigentes anarquistas. Revistas como *Generación Consciente* jugaron un papel decisivo en la consolidación del movimiento de reforma sexual anarquista durante la dictadura de Primo de Rivera y la Segunda República (Nash & Tavera, 1994:141), precisamente la tercera etapa y última

que conoció el neomalthusianismo en este país. En ella "se observa un enriquecimiento del enfoque teórico de la cuestión junto con una mayor incidencia de la actividad práctica del movimiento libertario. A diferencia de la fase anterior, cabe destacar una asimilación de los principios neomalthusianos en los presupuestos anarquistas" (Nash, 1984:320).

Fue la regulación de la anticoncepción lo que despertó más controversia en el plano político. El interés suscitado en este país por la polémica acerca de la anticoncepción queda de manifiesto en la celebración del Primer Curso Eugénico, en 1928, en la Facultad de Medicina de la Universidad Central, en el que participaron las principales figuras de la corriente eugénica y que fue suspendido expresamente por Primo de Rivera, tras una violenta campaña denigratoria llevada a cabo por *El Debate*. La confluencia de las opiniones eclesiásticas con las del régimen primoriverista se dejó sentir ese mismo año, además, con el nuevo Código Penal, que castigaría con penas de multa o inhabilitación para cargos públicos a quienes propagaran teorías o prácticas anticoncepcionales (Anderson & Zinsser, 1988). Pero la Segunda República conoció lo que será el primer intento de reforma eugénica al realizar la primera regulación del aborto en este país. En 1936, Catalunya, gracias a su Estatuto de Autonomía de 1932, contó con una de las leyes más avanzadas de Europa. El 25 de diciembre de 1936 la Generalitat de Catalunya dictó una serie de disposiciones a favor de la mujer y en materia sanitaria, entre las que estaba la "Ley sobre la reforma eugénica del aborto", por la que quedaba autorizada la interrupción voluntaria del embarazo, efectuada en los hospitales, clínicas e instituciones sanitarias dependientes de la Generalitat de Catalunya, en los que estuviera organizado un servicio especial para tal finalidad. Se consideraban motivos justificantes para la práctica del aborto razones de orden terapéutico, eugénico o ético (Castells, 1978:48)⁴⁶.

46 Véase también Mary Nash: "La documentación hospitalaria un ejemplo de su aplicación para la Historia de la Mujer. La incidencia del Decreto de interrupción artificial del embarazo de la Generalitat de Catalunya en los departamentos de Obstetricia y Ginecología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo". Comunicación presentada a las *II Jornadas de Metodología y Didáctica*

Movimientos minoritarios, ciertamente, pero lo suficientemente importantes como para ser recordados al menos por lo que significaron en el contexto en el se desarrollaron. De hecho, una vez logrado el voto para las mujeres y el derecho a participar en las actividades públicas, esta incorporación fue difícil y colmada de dificultades y de ninguna manera alteró su rol doméstico, convertido en rol central de la población femenina. Superadas las dos primeras etapas, el primer gran movimiento feminista de la historia se había quedado dormido. Acontecimientos como las dos guerras mundiales en Europa y la Guerra Civil en el Estado Español enmudecieron el movimiento feminista, y tendremos que esperar hasta los años sesenta para ver resurgir con fuerza otra vez el feminismo con unos planteamientos en los que ya no se habla de desigualdad, sino de las mujeres como las eternas oprimidas y explotadas (Astelarra, 1987:25).

3.4 Curas y ginecólogos

Durante este periodo entre las dos etapas de reivindicaciones feministas, se consolida el poder del sistema médico-científico sobre la población. Se podría pensar que tomaban el relevo de los higienistas del XIX, pero contrariamente se desarrolló una corriente que fue más en la línea de la determinación-identificación-tratamiento de la enfermedad, que en el sentido de la conservación de la salud. Aunque, eso sí, se genera un sentido de la enfermedad y su padecimiento, relacionada con un tipo de desviación del conjunto de normas responsables de la salud y, por tanto, vista como algo negativo e indeseable (Rodríguez, 1984:105). La ginecología, que influye directa y exclusivamente sobre la población femenina, se asienta también en las bases de la determinación de las enfermedades de las mujeres y sobre ellas actúa objetivando toda una serie de valores dominantes en la sociedad.

De nuevo, el poder del médico se va afianzando, de forma que su doctrina se convierte en dogma aliado de las tesis del Estado. Esta vez su entrada se realiza en el área de influencia de la madre porque la maternidad se refleja ya no como una función biológica, sino como una función social, una función de educación ya desde los primeros momentos de la vida del niño (Knibiehler & Fouquet, 1983:113).

Esta situación se hace más patente desde el momento en el que hay una apelación masiva a la despoblación de los países occidentales a causa, sobre todo, de las guerras que los azotan. La cuestión del control de la natalidad y la planificación familiar se dejan de lado en favor de una política natalista, desde todos los estamentos, pero a la cabecera de la cual se situarán los médicos, los cuales llegan a traspasar los horizontes de su práctica profesional para disertar sobre la moral y la sociedad, de forma que es en nombre del patriotismo que se exaltará en lo sucesivo la importancia de las madres (Knibiehler & Fouquet, 1983:7).

Jesús de Miguel y Carmen Domínguez Alcón (1979) nos describen este proceso en la sociedad española desde el final de la guerra civil hasta 1979, mediante un estudio de los manuales de ginecología escritos por profesionales de esta especialidad médica. En estos manuales se observa cómo los ginecólogos teorizan⁴⁷ sobre su forma de pensar respecto a la mujer, calificándola como un ser biológicamente inferior al varón, hecha sólo para ser madre, por lo que no debe tener más que una educación general: si era normal (sic) no debe trabajar, porque la mujer moderna está virilizada y puede hacer peligrar la especie. Los ginecólogos españoles se definen todos ellos sobre la base de un sistema común de creencias: el ataque masivo al

47 Knibiehler & Fouquet señalan a este respecto que la medicina no es solamente el arte de curar y de cuidar; es también, a menudo, meditación sobre la vida, la muerte, el sufrimiento y, en este sentido, es hermana de la filosofía. Los médicos que cogen la pluma sobrepasan voluntariamente los horizontes de su práctica profesional para disertar sobre la moral y la sociedad (1983:7).

control de la natalidad y a la interrupción voluntaria del embarazo⁴⁸, creencias sobre la menstruación y su anormalidad, la consideración de la mujer como frígida sexual y el desprecio del orgasmo clitorídeo (sic), la prohibición tajante de la masturbación, y el antisexualismo (sic) generalizado (Ídem:9). Por otro lado, la mayor parte de los médicos españoles hasta hace algunas décadas eran contrarios tanto a la utilización de métodos anticonceptivos como a su difusión⁴⁹. Aliados de las doctrinas de la Iglesia, podían aceptar la licitud de utilizar el sistema de la continencia periódica o el

48 El 2 de febrero de 1941 el Boletín Oficial del Estado hizo pública la *Ley Para la protección de la natalidad contra el aborto y la propaganda anticoncepcionista*, firmada por Francisco Franco. El primer párrafo justificatorio anuncia que: "La política demográfica es una de las preocupaciones de nuestro Estado. No se concibe una política demográfica eficaz sin abordar el problema de miles de vidas que se frustran antes de nacer por maniobras criminales. Así lo dice la experiencia y el asesoramiento de los técnicos a través de entidades científicas competentes. El estrago hartado causado en tiempos anteriores como consecuencia de un sentido materialista de la vida adquirió caracteres de escándalo durante el régimen republicano, agudizándose aún más escandalosamente en aquellas zonas sometidas a la dominación del Frente Popular. El Gobierno, consciente de su responsabilidad, decide combatir el crimen social que el aborto provocado representa y que impide que nazcan muchos miles de españoles anualmente" (BOE 2/2/1941). Artículo 416 del Código Penal español).

49 En ocasiones muy especiales y bajo un estricto control médico los recomendaban. Así, Salustiano del Campo en su artículo "Los médicos ante el problema de la limitación de la natalidad" (*Revista Española de la Opinión Pública*, 1, 1965), preguntó en una encuesta a médicos sobre sus opiniones sobre el control de la natalidad, pero también respecto a los métodos que, según ellos, utilizaban más sus clientes. Un 76% de los médicos consultados admitían el control de la natalidad en ciertos casos: por enfermedades que pongan en peligro la vida de la madre (31%), por enfermedades hereditarias de los padres, incompatibilidad sanguínea por factor Rh, o hemofilia (26%), por dificultades económicas (15%), y por razones estéticas de la mujer (0,7%); mientras que el 24% no administraría control en ningún caso.

Otros resultados interesantes, y en cierto modo sorprendentes, son los siguientes: el 50% de los médicos consultados afirmaron que nadie les consultaba sobre el control de la natalidad, y que más del 60% era de la opinión de que no era conveniente que existiese mayor información sobre métodos de control de la natalidad.

Respecto a los métodos más usados, aparte del ritmo u Ogino, los médicos opinaban que son el coitus interruptus (34%), los preservativos (25%) y los medios químicos (píldora) (14%); el resto se repartían, según el autor, entre lavados vaginales, la temperatura basal, la continencia periódica y el aborto.

Casi la mitad de los médicos opinaban que todas las clases sociales utilizaban métodos de control de la natalidad, pero un tercio afirmaba que su utilización se daba principalmente en la clase alta. En cuanto a las causas principales que llevan a la utilización de los métodos, siempre en opinión de los médicos, eran: el egoísmo (25%), la falta de información (19%), las dificultades económicas (25%) y la mayor información sobre estos métodos (8%) (De Miguel y Díez Nicolás, 1981:169).

sistema del "ritmo" u "Ogino-Knauss"⁵⁰, con el fin de controlar de forma "natural" el número o espaciamiento de los nacimientos⁵¹.

A estas alturas de siglo, era evidente que las familias no seguían, en cuanto al número de hijos, las recomendaciones que les habían sido marcadas, y la mayor parte hacían caso omiso de las prestaciones económicas que un elevado número de hijos podía dar lugar. Pero aun así el Gobierno franquista se mantuvo firme hasta el final⁵² a pesar de la notoria contrariedad que vivía la población española. Sin embargo, algunos sectores sociales más comprometidos ya estaban sensibilizándose e identificándose con toda una serie de ideas que llegaban clandestinamente desde fuera de las fronteras, las cuales ejercerían gran influencia, cuando la situación política se lo permitiera, para actuar y dejarse oír.

Los manuales de ginecología influyeron poco sobre la población. Su difusión correspondía a los ambientes universitarios, que era donde estos manuales tenían más aceptación. Posteriormente, en las consultas (donde la

50 En 1929, Knauss, un austríaco y en 1930, Ogino, un japonés, determinaron casi simultáneamente los periodos de ovulación. Sus trabajos hicieron nacer un vivo interés en los médicos católicos, que podían proponerlo a las parejas cristianas como una solución aceptable que exige rigor y paciencia. Para estos médicos, mediante esta solución no se trataba de burlar la naturaleza por maniobras oscuras, sino de medir bien los instintos y dominar la naturaleza con un buen conocimiento de sus ritmos (Knibiehler & Fouquet, 1982:272).

51 Hasta la actualidad, a pesar de los debates conciliares, no se ha producido cambio alguno en la postura oficial de la Iglesia Católica respecto a este problema.

52 Un ejemplo claro lo tenemos en una sesión celebrada el 16 de abril de 1973 en las Cortes Generales. En ella intervino un procurador (Antonio Castro Villacañas) aconsejando la creación de Centros de Orientación Familiar para tratar los problemas relacionados con el aborto y el control de la natalidad, ya que "en las sociedades modernas era cada vez mayor el número de matrimonios que, de una forma u otra, tendían a restringir su fecundidad". Y para evitar que esto sucediera en nuestro país propugnaba "la creación de Centros de Orientación Familiar en los que tanto las personas individuales como las familias pudieran ser adecuadamente informadas en orden a la previsión de los males de la moral católica y la conciencia cívica que nuestro país observa".

La contestación dada por el gobierno fue que no había lugar a tal proposición porque, por un lado, los métodos anticonceptivos estaban prohibidos en España y solamente serían aceptados en caso de enfermedad y bajo estricto control médico; por otro, porque para contrarrestar la tendencia a la baja natalidad se había dictado la ley 25/1971, de 19 de junio, que incrementaba sustancialmente la protección de las familias numerosas (Franco, M.A. 1982:414).

representatividad de la población femenina era muy sesgada ya que la mayor parte eran privados y su acceso quedaba reducido a las capas más altas), los ginecólogos difundían esta misma ideología. Pero las tesis que éstos predicaban estaban en la línea del discurso que la Iglesia, como abanderada primordial del Estado franquista, tenía el poder de difundir. Roca (1992) sostiene la hipótesis de que es la Iglesia la que tiene una estructura más adecuada y disponible para llevar a término el proceso socializador durante el periodo de postguerra, donde su papel hegemónico a nivel ideológico será total y sin fisuras (Ídem:174). Se perciben, en la construcción del discurso católico sobre la familia, del cual sabemos su omnipresencia en las instituciones de la dictadura, los elementos legitimadores del crédito hecho a la ciencia. Los ideólogos sobre la familia⁵³ asocian íntimamente la forma de estructura que ellos defienden y promueven con un orden natural, más allá de lo humano, en el que la ciencia permite definir los contornos con precisión. De la imitación a la naturaleza se revelan los comportamientos virtuales que son difundidos en los manuales de edificación popular, en particular todo lo referido a la sexualidad y a la procreación⁵⁴.

Y mientras aquí la defensa a la maternidad y el antisexualismo se realizaba cada vez con mayor dureza, en 1948 se proclamaba la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. En ella se definía lo siguiente: "Todo individuo tiene el Derecho Humano básico de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos, y el derecho de recibir información y educación adecuadas sobre planificación familiar, así como el derecho a obtener los medios necesarios para conseguirlo"⁵⁵. Es decir que el control

53 Roca pone a la cabeza de estos ideólogos al Cardenal Gomà con su *Familia según el derecho natural cristiano* (1946).

54 Para todo lo referente a la Literatura Edificante de Postguerra, ver Roca i Girona, 1992.

55 Veintinueve años después, concretamente el 6 de mayo de 1977, España se adhiere al protocolo de las Naciones Unidas que obliga a los Estados a que se respeten los Derechos Humanos.

de la natalidad se convirtió, definitivamente, en un instrumento del Estado (Gordon, 1980:136) para controlar a la población.

3.4.1 El control médico-social de la natalidad

Se podría considerar la medicalización sistemática de la salud reproductiva y sexual como la concreción de este control⁵⁶. Este proceso es consecuencia básicamente de la consolidación de un determinado modelo médico-sanitario con unas relaciones de poder concretas. La aceptación científica del control de la natalidad supone una integración total y absoluta de la medicina dentro de una parcela de la salud femenina hasta ahora sin precedentes. Del rechazo más absoluto se pasó a la producción comercial y mercantilización masiva de métodos anticonceptivos, así como al desarrollo y la investigación médica dirigidos a la reducción de la fertilidad a cualquier precio.

Por su parte, las primeras mujeres médicas de esta etapa (mediados de siglo) son de un conformismo absoluto en todo lo que hace referencia a los temas de contracepción y sexualidad, pero, según Knibiehler & Fouquet (1983), abren al mismo tiempo las puertas del porvenir. Hacen estremecer de dos maneras la definición médica de la naturaleza femenina: por un lado, por demostrar que pueden seguir estudios superiores y ejercer la profesión; por otro lado, por el acento que pueden poner en las relaciones con los pacientes, en el sentido de crear nuevas solidaridades y construir una nueva autonomía del sexo femenino (Ídem:200). Para ellas, se pasa de la concepción de la mujer que cuida de la familia a la mujer-médica. La premisa importante de la que parten es que las mujeres-médicas no ejercen la medicina de la misma

56 En este estudio se utiliza el término "medicalización" en el mismo sentido que lo hace Esteban, como: "...control y responsabilización por parte del sistema médico-sanitario de los procesos principales relacionados con la salud, al tiempo que a la categorización como enfermedades de situaciones que anteriormente no eran consideradas como tales, fenómeno que en el campo de la salud reproductiva y de la salud general de la mujer presenta características particulares y específicas" (1993a:44).

forma que los hombres. En lo que se refiere a las mujeres como pacientes, las médicas dejarán de lado la vieja consideración hacia las mujeres como seres enfermos y arrojarán luz sobre el hecho de que la mayor parte de las enfermedades que se les atribuía a las mujeres no son en realidad tales, sino que son manifestaciones propias de la naturaleza femenina: la menstruación, la menopausia, el embarazo, el parto, etc... Efectivamente, y como veremos posteriormente, la consideración de la mujer en su dimensión de salud, no de enfermedad, y su actuación sobre ella para prevenir posibles dolencias, serán actuaciones características de los nuevos Centros de Planificación Familiar.

3.5 Nuestros cuerpos, nuestras vidas: mujeres para mujeres

Y mientras aquí la situación que se dibujaba era la de intolerancia respecto a la libertad reproductiva y sexual, mediante la prohibición de los métodos anticonceptivos, en los países occidentales el debate había evolucionado hacia otras dimensiones, minoritarias es verdad, pero con la fuerza suficiente como para influenciar a las feministas de otros países.

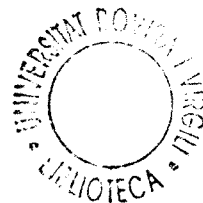
A partir de los años sesenta se desarrolla la tercera etapa del feminismo, de acuerdo con Gordon (1980) y otras autoras. Esta nueva etapa se caracteriza básicamente por la denuncia que hacen las feministas del papel que desempeña la familia en la represión sexual al potenciar una única orientación sexual. La separación del sexo y la reproducción no era posible, ni siquiera en la imaginación, mientras que el acto sexual heterosexual fuera la definición misma del sexo (Ídem:137-138). Por otra parte, la nueva oleada de reivindicaciones feministas entra en una fase contradictoria respecto a la sexualidad y la anticoncepción. Para ellas, la adopción de medidas anticonceptivas, la mayor parte dependientes de un control médico (píldora, DIU...) y en su mayor parte femeninas provoca, por un lado, la retirada del hombre de su responsabilidad en la anticoncepción y, por otro, el incremento del área de influencia de los ginecólogos en el terreno femenino.

Sistemáticamente se rechaza el poder que la medicalización de la contracepción está causando en la población femenina abierta a este tipo de "contrato": los métodos anticonceptivos son eficaces para poder separar la sexualidad de la reproducción; el acceso al trabajo extradoméstico está asegurado puesto que la planificación de los nacimientos es una realidad... Nuevas posibilidades que encubren el hecho de que los médicos, frente a la ignorancia que muchas mujeres tienen de sus cuerpos, las continúen influenciando. Gordon (1980) considera que el control de la natalidad es hoy una mercancía y, como sucede con todas las mercancías en la sociedad capitalista avanzada, se nos ofrece de manera tal que no podemos siempre distinguir entre nuestra necesidad personal del producto y las "necesidades" definidas de antemano para nosotros por la política social (Ídem:136).

En 1971 nace en Estados Unidos un movimiento de reivindicación de la autoestima de las mujeres, que promueve el conocimiento del propio cuerpo y que rechaza la contracepción medicalizada o, dicho de otro modo, rechaza el control del cuerpo de las mujeres por parte de los médicos. Un grupo de mujeres de Boston publica *Our Bodies, Ourselves*⁵⁷, obra que tiene como objetivo ofrecer a las mujeres que lo deseen una información completa sobre el funcionamiento de su cuerpo. Se trata de un intento de desmitificación que pretende dar, sobre todo, elementos de información (anatómicos y psicológicos) sin los cuales una mujer está sometida al poder de los profesionales. Dejando de lado consideraciones sobre la importancia e incidencia que este movimiento tuvo en la población femenina, no podemos negar que este grupo reunió en una obra todos aquellos postulados que ofrecen alternativas de salud (vivencia y definición) para las mujeres y cuestionó, además, las deficiencias y problemas del sistema mayoritario de creencias. Pero lo más importante, es que durante años ha sido considerada

57 Adaptación española aparecida en 1977 publicado por el colectivo de mujeres de Cali-Colombia con el nombre *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*. Colectiva de mujeres de Boston y reeditado posteriormente.

como la biblia feminista de la cual emanan los fundamentos de los que se nutren los CPF. Se puede considerar esta obra y el movimiento que la acompañó en los distintos países, como la base de la producción de normas sobre salud reproductiva y sexual de la mujer que después serán apropiadas por los CPF y reformuladas de acuerdo a las exigencias, como veremos en los próximos capítulos.



DISCURSOS Y PRÁCTICAS SOBRE
SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN:
LOS CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

YOLANDA BODOQUE PUERTA

Octubre 1996

Universitat Rovira i Virgili

Tarragona

4. EL PROCESO DE FORMACIÓN DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En este capítulo se hará un repaso del nacimiento y consolidación de los CPF en España y Catalunya. Aunque es una continuación de la historia de la planificación familiar, empezada en el capítulo anterior, se ha redactado aparte por la centralidad que los CPF ocupan en esta investigación.

La poca bibliografía⁵⁸ sobre la historia de la formación de los Centros de Planificación Familiar y sobre el trabajo que realizan, me ha animado a intentar hacer una reconstrucción, a partir de diferentes aportaciones que las mismas trabajadoras -y a la vez fundadoras- del centro que he tomado como referencia me han facilitado. Esta reconstrucción ha sido una tarea relativamente fácil de realizar, puesto que la historia es reciente. El problema que se plantea es el de la subjetividad que este tipo de aportaciones conlleva, ya que puede tender a que la historia fácilmente sea reconstruida desde un punto de vista demasiado sesgado -aunque también es cierto que toda reconstrucción histórica es siempre subjetiva-. Aun así, la objetividad surgirá del contraste y análisis de las visiones subjetivas que se complementan los propios datos de la investigación y con otras aportaciones teóricas.

En principio y para entender el proceso de formación de este tipo de instituciones, es básico el análisis del contexto político, económico y social en el que se desarrollaron, ya que forman parte de toda una serie de transformaciones que en este país se están llevando a cabo en los últimos treinta años.

58 La tesis doctoral de Mari Luz Esteban (1993), algunos folletos informativos y las aportaciones hechas por profesionales que se dedican a la planificación familiar y recogidas en las actas de los Congresos Estatales de Planificación Familiar. Ver bibliografía al respecto.

4.1 Contexto histórico: política, ciencia y religión

La historia del nacimiento, consolidación y desarrollo de los Centros de Planificación Familiar en este país se relaciona rápidamente con el auge del movimiento feminista de los años setenta. Pero se relaciona también, a nivel general, con su desarrollo en otros países occidentales con una tradición más amplia en este tipo de reivindicaciones. Sin embargo el caso de España se reviste de condiciones muy diferentes: es un país católico y políticamente marcado por una dictadura.

El catolicismo tradicionalista constituye el telón de fondo de la ideología servida por el Estado franquista, que mediante la conjugación de elementos de origen religioso persigue la armonía social en los comportamientos familiares. La legislación franquista en materia familiar se adhiere estrechamente a los modelos difundidos por la jerarquía religiosa y se define como "una célula primaria, natural y fundamental de la sociedad y al mismo tiempo (...) una institución moral dotada de un derecho inalienable y superior a toda ley positiva"⁵⁹.

Esta preocupación por la familia como célula básica fundamenta la política pro-natalista que el nacional-catolicismo llevó a cabo como una cruzada por la regeneración moral de España. Se consideraba que después de la II República el país estaba sumido en un "caos moral" que se tradujo, sobre todo, en el declive de las tasas de natalidad. Así, el pensamiento franquista pro-natalista generó, de entrada, una visión de las mujeres como madres o madres potenciales, y uno de los objetivos básicos del régimen fue la promoción de la maternidad (Nash, 1990).

A pesar de la legislación en torno a la procreación y la maternidad, que tenía como exponente la máxima "aceptar los hijos que Dios nos dé", el control de la natalidad continuó siendo, en general, habitual en la población

59 Fuero del Trabajo, Decl. 9 de marzo de 1938 (recogido en Assier-Andrieu et alii, 1995:91).

española: se presentaba como necesario para su subsistencia. Esta situación, según señalan algunas autoras y autores, empezó a cambiar con el Plan de Desarrollo de 1963. La demanda de mano de obra se amplió hasta el punto de requerir a la población femenina. Ello promovió la polémica en torno a la redefinición del papel de la mujer en la sociedad y la necesidad de los consiguientes ajustes ideológicos (V.V.A.A., 1986:42). Sin embargo, de acuerdo con Nash (1990), parece ser que hay una desvinculación entre la idea de emancipación femenina y control de la natalidad entre las mujeres. Los factores económicos y, de forma muy clave, de salud influyeron de forma decisiva en la práctica del control de la natalidad y de planificación familiar en la sociedad española. Es decir, se combinaron conjuntamente expectativas económicas, de supervivencia de la economía familiar y expectativas en relación al bienestar socio-económico y de calidad de vida.

Por otro lado la clase médica, de acuerdo con las teorías propuestas por el régimen nacional-católico, proporcionaba la base científica para proteger estos intereses -aunque bien es verdad que no eran todos los médicos los que profesaban la misma ideología, pero sí la mayoría-. Durante los años de dictadura, contribuyeron a imponer unos fundamentos pseudocientíficos y profundamente ideológicos sobre las mujeres en relación a su destino biológico, como madres, y social, como esposas. Para éstos, la institución familiar era elevada a las más altas esferas de ejemplo de moral y buenas costumbres, donde hombres y mujeres tenían un papel muy definido que, ante todo los ginecólogos, defendían con todo el poder que se les había conferido. La mayor parte de ellos influidos por un catolicismo tradicional del que se nutre la ideología franquista, no sólo dicen cómo debe ser la conducta biológica "normal" de la mujer sino su conducta social, sexual, familiar y metafísica. El ginecólogo hace a veces de psicólogo, ideólogo, e incluso moralista. En los manuales de ginecología que analizan De Miguel y Domínguez Alcón, estos médicos sólo se refieren a un tipo de mujer determinada: casada, monogámica, legítima, con hijas e hijos y normalmente

católica-practicante. Para los autores de estos textos, el destino social y biológico de la mujer es el matrimonio y la maternidad (1979:119). Esta era una de las razones por las cuales el movimiento feminista abogaba por tener el estricto control de esta parcela de la sanidad, y por ello una áreas de militancia de los movimientos de liberación de la mujer se sitúa precisamente en este sector.

La mujer que los manuales describían, había asumido en la sociedad un papel que, por decreto, se le había asignado: el rol de madre y esposa. Los ginecólogos (los únicos miembros de la clase médica que tratan exclusivamente a mujeres), a pesar del poco trato que tenían con ellas directamente (solamente las controlaban en los embarazos, los partos y en las patologías que pudieran presentar), aportaban una particular visión biológica al calificarlas de eternas enfermas que solamente pueden cumplir las funciones de maternidad y reproducción⁶⁰. Nash (1990) dice, en este sentido, que las mujeres fueron politizadas a través de la noción de un destino femenino común basado en su capacidad reproductiva. La sexualidad femenina, el trabajo y la educación se regularon de acuerdo con esta función social y a la vez se idealizó la maternidad, que fue contemplada como deber de la patria.

Esta política dirigida a la mujer se presentó, precisamente, como contrapartida al feminismo y a las demandas de reivindicación de igualdad que caracterizaron a los movimientos de mujeres durante los años 30. Estos aspectos junto con su protagonismo en la época de la guerra civil fueron calificados como símbolos de la corrupción de la esencia femenina que durante la dictadura se intentó restaurar. La mujer que ellos moldearon como la esposa y madre ideal no podía aspirar al trabajo, a la educación, a una actividad social o cultural y, menos aún, a su emancipación puesto que se

60 Todavía el *Diccionario de la Lengua Española* de la Real Academia Española (edición de 1992), define "Ginecología" como "Parte de la medicina que trata de las enfermedades propias de la mujer", aunque una gran parte de las mujeres que acuden a las consultas de ginecólogos son mujeres sanas.

cuestionaría su destino biológico como creadora de futuras generaciones. El peligro, para los ideólogos, radicaba en que la mujer podría replantearse estos términos si tomaba contacto con alguna de las ideas que el feminismo volvía a plantear: la equiparación de la mujer al hombre, que enseñaba a la mujer a decidir por ella misma; y, finalmente, que le hacía cuestionar las ideas de regeneración de la patria, con lo cual se sacudía, al mismo tiempo, la institución base que ellos hasta ese momento habían defendido. A finales de los sesenta este discurso bien aposentado hasta la fecha comenzaba a ser puesto en entredicho. No es extraño entonces imaginar las dificultades tanto de la formación como de la consolidación de los CPF.

4.2 El despertar del feminismo en España: las reivindicaciones en torno a la gestión del cuerpo

La mayor parte de las mujeres -las más concienciadas y las pertenecientes a las clases media y obrera- fueron haciendo su guerra particular, sobre todo en los últimos años del régimen dictatorial. Unas haciendo caso omiso de la política pro-natalista y de las leyes que protegían a las familias numerosas, y trabajando para contribuir al mantenimiento de su familia. Otras, las menos, loando las teorías de *La mística de la feminidad* de Betty Friedan y pensando en la manera de luchar para hacer salir a sus congéneres de lo que consideraban una situación de opresión a todos los niveles. Sobre todo destacó, aquella parte del movimiento más sensibilizado por la salud reproductiva y sexual de las mujeres.

Así fue como en los años sesenta se desarrollaron una serie de grupos clandestinos básicamente feministas y de izquierda en las grandes ciudades como Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla y Oviedo, que influenciados por las corrientes europea y americana se pusieron manos a la obra: formaron Comisiones de Planificación Familiar y se dedicaron a importar ilegalmente métodos anticonceptivos más seguros que divulgaban en los sectores más

comprometidos de la población. Su visión con respecto a la mujer, la sexualidad, el matrimonio, la anticoncepción y la salud femenina en general se alimentaba de planteamientos teóricos que en otros países occidentales eran discursos y prácticas corrientes, pero que aquí estaban totalmente prohibidas. El resurgimiento del movimiento feminista en España se revistió de condicionantes que lo hacían diferente al resto de los demás movimientos feministas: no fue un movimiento muy numeroso, porque la imagen del feminismo estuvo muy dañada en el régimen franquista⁶¹. Por otra parte no constituyó un movimiento separado sino que se desarrolló en el seno del movimiento de lucha antifascista, es decir, sus reivindicaciones formaban parte del proceso político global de establecimiento democrático. Poco después nacieron las organizaciones feministas propiamente dichas. De esta forma, y teniendo en cuenta la huella que el franquismo había dejado marcada en la sociedad, su lucha iría encaminada a erradicar todo lo que el régimen anterior había intentado consumir.

Las Comisiones de Planificación Familiar no tenían ni capacidad económica ni formación profesional para nada más que proporcionar anticonceptivos, dar direcciones de clínicas para abortar en el extranjero y orientar e informar a la población femenina de sus posibilidades de emancipación dentro de una sociedad que históricamente las había reprimido. Pero la idea general sobre la que querían incidir ya se empezó a manifestar en el programa del Movimiento de Planificación Familiar redactado en 1977:

"Exigimos:

1) Una información sexual que:

- Abandone el criterio de procreación como fin único de la sexualidad.
- Se enfrente seriamente con la ideología dominante en nuestra sociedad que transmite tanto el Estado como la Iglesia.

61 "Los nombres 'tristemente famosos' de aquellas republicanas discursadoras como Victoria Kent, Margarita Nelken, Federica Montseny o Dolores Ibárruri, que habían abjurado de su femineidad en aras de un quehacer que no era de su incumbencia, solamente volvieron a ser mencionados en la postguerra para escarnecerlos y presentarlos a manera de espejos negativos en los que ninguna mujer de bien debía mirarse" (Martín Gaité, 1987:70).

-Deje de asignar a la mujer como único papel el de la maternidad y el cuidado de los niños, por encima de cualquier otra actividad social, profesional y política.

-Permita al hombre y mujer desarrollar y expresar su sexualidad sin traumas, incluidas la homosexualidad femenina y masculina.

-Se plantee como materia obligatoria desde la escuela para niñas y niños.

2) La libertad de anticoncepción a través de:

-La legalización de todos los métodos anticonceptivos.

-El libre acceso de la anticoncepción para todos, sin discriminación por razones de edad, medios económicos o estado civil.

-El desarrollo de campañas de información amplias sobre los problemas de la anticoncepción y la procreación, la divulgación de los métodos anticonceptivos y la desmitificación de la propaganda mistificadora.

-La legalización de aborto como medio de acabar con la especulación que hoy en día existe en nuestro país y como reconocimiento del derecho de las mujeres sobre su propio cuerpo, considerándolo siempre como el último recurso al que debe acudir una mujer para controlar el número de hijos.

-Creación de grupos para facilitar el contacto entre todos los interesados y poner las bases para la formación de Centros de Planificación Familiar autónomos y gestionados por los usuarios"⁶².

Tras estos intentos por consolidar la planificación familiar en España, las distintas comisiones de los grupos feministas intentan crear CPFs siguiendo las mismas directrices que habían marcado sus colegas europeas y americanas. Todo el trabajo realizado hasta aquellos momentos en la semiclandestinidad empieza a surtir efecto, y en 1975, en Barcelona y en Madrid, las reivindicaciones de estos grupos se concretan con la demanda de una serie de peticiones: la legalización del aborto, la despenalización de los métodos anticonceptivos y la apertura masiva de Centros de Planificación Familiar a cargo de la Seguridad Social y controlados por los usuarios. Este proceso coincide con la transición a la democracia, cuando se empezó a generar una normativa orientada al control de la natalidad y a la liberación sexual. Los CPF, nacidos en plena transición, son reivindicados también por asociaciones de vecinos y abiertos por los Ayuntamientos sin que en el foro parlamentario hubiera ninguna discusión -los debates parlamentarios se emprendieron cuando estos centros empezaron a ser masivos-. Como

62 Abril, Victoria y Miranda, Ma Jesús. *La liberación imposible*, Madrid, Akal, 1978 (citado en Osborne, 1993:235).

desarrollaremos más adelante, la necesidad de legalizarlos hace que la clase política acuerde la necesidad de una reforma sanitaria en lo que se refiere a la difusión de los métodos anticonceptivos y a la apertura reglamentaria de CPF.

4.2.1 La legalización de métodos anticonceptivos.

La legalización de los métodos anticonceptivos fue paralela a la legalización de los Centros de Planificación Familiar. No quiere decir esto que estos centros estuvieran antes legalmente prohibidos, sino que la ley del Código Penal que prohibía la difusión de la anticoncepción implicaba también la inexistencia de los centros. A excepción de un corto período de tiempo durante la segunda República -cuando se aprobó la ley sobre el aborto en Catalunya de la que hablamos en el capítulo anterior- el uso legal de métodos anticonceptivos estuvo totalmente prohibido por el artículo 416 del Código Penal⁶³.

63 El artículo 416 del Código Penal, hasta su reforma en 1977, decía lo siguiente: "Serán castigados con arresto mayor y multa de 10.000 a 100.000 pesetas los que con relación a medicamentos, substancias, objetos, instrumentos, aparatos médicos o procedimientos capaces de provocar o facilitar el aborto o de evitar la concepción realicen cualquiera de los actos siguientes:

1. Los que en posesión de título facultativo o sanitario meramente lo indicaren, así como los que sin dicho título hicieren la misma indicación con ánimo de lucro.
2. El fabricante o negociante que los vendiere a personas no pertenecientes al cuerpo médico o comerciante no autorizado para su venta.
3. El que los ofreciere en venta, vendiere, expendiere, suministrare o anunciare en cualquier forma.
4. La divulgación en cualquier forma que se realizare de los destinados a evitar la procreación, así como su exposición pública y ofrecimiento en venta.
5. Cualquier género de propaganda anticonceptiva.

La cuantía actual es la fijada por ley 39/1974, de 28 de noviembre. Originariamente era de 1000 a 5000 pesetas pero por decreto 168/1963 de 24 de enero, fue de 5000 a 100.000 pesetas."

El artículo 418 decía lo siguiente:

Pero ésta no había sido una penalización totalmente drástica ya que, por un lado, el artículo 7 de la ley de 24 de enero de 1941 "para la protección de la natalidad contra el aborto y la propaganda anticoncepcionista" preveía una pena mínima para la mujer que "comete el aborto o consiente que otra persona lo cometa para ocultar su deshonor", la misma sanción atenuada afectará a los padres "que cooperen en el aborto para evitar el deshonor de su hija"⁶⁴. Y por otro lado, aunque la doctrina de la Iglesia no autorizaba los métodos en ningún caso, tal y como vimos en el capítulo anterior, hace ya algunos años autorizó (con mayor o menor número de restricciones) la licitud de utilizar el sistema de la continencia periódica o el sistema del "ritmo" u "Ogino", con el fin de controlar el número o espaciamiento de los nacimientos y "para evitar la inmoralidad". En una obra traducida del alemán y publicada en España en 1954 titulada: *La continencia periódica en el matrimonio. Según los principios de Ogino, Knauss y Smulders*, el Dr. A. Krempel hace la siguiente justificación moral de la continencia periódica:

"La nueva manera de regular los nacimientos ofrece una ventaja singular: la de no dar motivo de reproche desde los puntos de vista higiénico, ético y económico-social; y en esto difiere esencialmente de todos los "métodos". Se objetará, sin embargo, que de este nuevo modo se intenta, como antes, evitar que nazca un niño; y que la moral no entiende de modos. Pero no es así. En todo este problema no sólo importa el qué, sino también el cómo; uno y otro pueden ser morales e inmorales, e imprimir tal carácter a los diversos actos. No desear la llegada de más niños puede ser perfectamente lícito. La frágil salud de la esposa, el escaso sueldo o jornal del marido, la carencia de habitaciones, el temor a probables estigmas hereditarios en la descendencia, etc., son motivos suficientes para seguir y aún imponer aquel deseo negativo. Lo que importa es el modo de satisfacer esa aspiración legítima. Si recurren los esposos a la continencia -temporal o permanente-, nada puede objetarse contra una limitación razonable de los nacimientos; pero si el acto sexual se

"El que a propósito castrare o esterilizare a otro será castigado con la pena de reclusión menor."

Y, finalmente, el artículo 419 decía lo siguiente:
"La mutilación de miembros u órgano principal, ejecutada de propósito será castigado con la pena de reclusión menor. Cualquiera otra mutilación se castigará con la pena de prisión menor" (Citado en Castells, E., 1980).

64 BOE 2/2/1941 (recogido en Assier-Andrieu et al. Op. cit., 1995:95).

deforma -mediante preservativos o interrupciones- la limitación de nacimientos llevará, por obra de fraude, el sello de lo antinatural y reprobable. La continencia periódica se diferencia, pues, esencialmente de los demás sistemas preventivos, porque omite la relación conyugal, mientras que aquéllos la mixtifican" (1954:22).

Dejando de lado las prohibiciones, las sanciones mínimas en relación a la clase social o la efectividad de esta medida anticonceptiva, lo que sí podemos remarcar es que las familias se estructuraban con más o menos éxito sobre la base de una planificación de los nacimientos que les permitiese poder vivir en unas condiciones, en cualquier caso, aceptables. A estas alturas de siglo, era evidente que las familias no seguían, en cuanto al número de hijos, las recomendaciones que les habían sido marcadas, y la mayor parte hacían caso omiso de las prestaciones económicas que un elevado número de hijos podía dar lugar.

Finalmente, las actitudes de la población con respecto al número de hijos, el lento pero progresivo aumento de mujeres que iban accediendo al mundo laboral (reconocido y remunerado), junto con los acontecimientos políticos y económicos que se produjeron en los años setenta, propiciaron que, con el cambio de régimen político, se diera libertad a la libre anticoncepción.

La despenalización de la anticoncepción se realizó mediante una propuesta del PSOE en 1978 que promulgó la derogación del artículo 416 del Código Penal. Este mismo año y paralelamente a lo que estaba promoviendo el movimiento feminista, el gobierno de UCD hacía público un Real Decreto 2275/78 estableciendo una pequeña red de centros públicos de Orientación Familiar dependientes del ministerio de Sanidad. Más tarde, en junio de 1983, se despenaliza la contracepción irreversible, modificándose el artículo 418 del Código Penal. Esta medida legislativa culmina con el proceso de normalización legal de prácticas anticonceptivas conocidas.

A pesar de todo, la legalización de los métodos anticonceptivos no significó que la población en general, y el poder político en particular,

aceptaran sin más este posible cambio en las actitudes ante la evidente división que se produciría entre la sexualidad y la reproducción. La contradicción se hace evidente en el momento en el que la legalización no favorece que las mujeres que lo deseen tengan estos métodos al alcance de la mano: la Sanidad Pública en 1981 (4 años después de la despenalización de los métodos), aunque permitía que algunos Centros de Planificación Familiar funcionaran a cargo de sus presupuestos, no cubría todas las prestaciones que este tipo de servicios necesitaba. Y por otra parte, en las facultades de medicina, tampoco se estudiaban estos temas (métodos anticonceptivos, inseminación artificial, esterilización, etc...), con lo que el nivel de preparación de la profesión médica era muy bajo:

"En las facultades de medicina no se estudia nada sobre anticonceptivos, salvo aquel profesional que se haya formado en el extranjero o en las escasísimas consultas del interior del país donde se lleva una práctica anticonceptiva seria, la mayoría de los médicos son perfectos ignorantes cuyos conocimientos se basan en la aproximación a las materias científicas que conocen. Por lo tanto, despenalizar los anticonceptivos dejándolos en manos de unos profesionales no preparados no tiene más sentido que el de salvaguardar una clientela en beneficio de la clase médica" (De Miguel & Domínguez-Alcón, 1979:102).

Y en efecto, algunos profesionales, viendo la falta de formación con la que salían de las facultades, deciden irse a estudiar o ampliar sus conocimientos en planificación familiar en universidades extranjeras; concretamente, cursaban la especialización en planificación familiar y contracepción en Londres, en la sede de la I.P.P.F. (International Planned Parenthood Federation). De hecho, es en el Hospital Clínico de Barcelona donde se organiza la primera consulta de Planificación Familiar nacida de estas iniciativas particulares⁶⁵.

65 Así nos lo cuenta E. Castells en el libro titulado *El derecho a la contracepción*:

"Barcelona, 1971. La primera experiencia en Planificación Familiar con una orientación médico-social, no como una práctica privada que ya venía llevando a cabo hacía mucho tiempo, tiene lugar, al parecer, en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico de Barcelona con la creación de un consultorio de Planificación Familiar. Al principio en el mencionado

4.2.2 La apertura masiva de Centros de Planificación Familiar.

Una vez superados algunos de los obstáculos, empezaron a crearse Centros de Planificación Familiar por todo el Estado de una manera bastante generalizada. En la mayor parte de ellos -localizados sobre todo en Catalunya, Asturias, País Vasco, País Valenciano y Madrid- fueron las propias asociaciones feministas las que se encargaron de hacerlos realidad. Estas asociaciones, desde un principio, no dudaron en empezar a hacer una propaganda más directa de los métodos anticonceptivos para que éstos dejaran de ser minoritarios (mujeres relacionadas con sectores más progresistas como las universitarias y afiliadas a partidos políticos clandestinos) y pudieran incidir más sobre las mujeres trabajadoras y las amas de casa. En Madrid, por ejemplo, en 1976 un grupo empieza a dar charlas, y son las Asociaciones de Vecinos (co-protagonistas indiscutibles en el proceso) de los barrios periféricos quienes abren sus puertas a estas mujeres. Aquel grupo se plantea la necesidad de ofrecer un apoyo sanitario a las

consultorio se visitaba solamente a aquellas mujeres que acababan de dar a luz en dicho servicio, y que por alguna razón médica -muchas de ellas graves, no era recomendable que volvieran a quedar embarazadas. El número de visitas aumentó rápidamente. Igualmente se proporcionaba información y orientación a quien lo deseara, mediante una entrevista previa a la consulta médica, o bien a través de las charlas post-parto, en las que se exponían las posibilidades anticonceptivas disponibles, atendiendo a los problemas, preocupaciones y preguntas. Inicialmente, el equipo de Planificación Familiar estaba compuesto por los doctores Pere Pujol y Albert Fortuny, en calidad de supervisores, y Guillem Hernández y Eugeni Castells como responsables del consultorio y que previamente habían efectuado la especialización en Londres, en la sede del IPPF (International Planned Parenthood Federation). A partir del año siguiente, 1972, y dado el auge que adquirió la consulta, prestaron su colaboración un grupo de médicos jóvenes, interesados en este problema y que, aprovechando la realización de sus estudios de la especialidad, obtuvieron así una adecuada preparación en este campo (J. Barberá, L. Iglesias, E. Benito, R.M. Miralles, X. del Pozo y A. Villatoro, entre otros). Este consultorio, tras haber pasado por diversas vicisitudes, ha contribuido indirectamente a fomentar la preocupación por esta materia, y con ello a la formación de otros consultorios en diversos centros siendo considerado como el pionero de los Centros hospitalarios de Planificación Familiar" (1980:53).

mujeres que deciden utilizar un método anticonceptivo, y en esta línea escriben seiscientas cartas a ginecólogos para tratar de montar un centro con este fin. Los ginecólogos respondieron negativamente de forma masiva, sin embargo el grupo formado por cuatro ginecólogas -una de las cuales ha colaborado como informante en esta investigación- empieza a trabajar en la calle Federico Rubio, en un piso pequeño donde se hacen entrevistas a las mujeres en la cocina y donde la sala de espera se prolonga por la escalera (V.V.A.A., 1986:65).

Fue en las autonomías mencionadas donde mayoritariamente los Ayuntamientos se hicieron cargo de ellos⁶⁶. En el resto del Estado, la demanda creciente de estos centros tuvo como consecuencia, y en respuesta a estas necesidades "heredadas", que fuera el propio Estado (a través del INSALUD) el que se encargara de su creación.

La diferencias fundamentales que encontramos entre los centros nacidos de iniciativas particulares y los nacidos por decreto de estado son varias. Por un lado, los centros vinculados a los municipios y gestionados por grupos feministas, pretendieron instaurar sus propios criterios ideológicos y asistenciales en los centros. Los ayuntamientos, eran simplemente un instrumento de financiación y una forma de darles un carácter local y, por tanto, por lo que los centros se revistieron de una idiosincrasia muy particular. Para estas instancias municipales, los centros eran un logro, no sólo de la recién nacida democracia, sino de la propia gestión que a nivel local pretendía mostrarse como una gestión administrativa eficaz. A pesar de esto, en ocasiones la capacidad económica de los ayuntamientos dejaba a los centros sin la partida presupuestaria correspondiente, por lo que, en la mayor

66 En el País Vasco, la mayoría de los centros nacidos en esta época estaban en principio vinculados a los grupos de mujeres y a otras organizaciones ciudadanas: asociaciones de vecinos/as, asociaciones familiares de drogodependientes; posteriormente, muchos de ellos fueron absorbidos por los ayuntamientos, y en la actualidad todos los centros de la Comunidad Autónoma Vasca, salvo tres (los tres de Bilbao), han sido transferidos a Osakidetza (Servicio Vasco de Salud) (Esteban, 1993a:234).

parte de los casos, las trabajadoras realizaban sus tareas más por vocación y amor al arte que por interés económico:

"Los 6 primeros meses nada. Yo me acuerdo que empezamos en agosto y en Navidad tuvimos un aguinaldo que me parece que fue de 5000 pesetas, si llegó (...) también se habían dado subvenciones... Nosotras empezamos con nuestro interés, porque quisimos, bueno empezó antes con la comisión, pero mucha gente que estaba allí cuando yo empecé, cuando vieron el plan en el que iba a trabajar, pues si una tenía un niño y el marido en la mili, la que iba a ser ATS ya no lo fue, la otra médico se marchó porque aquello no era plan, entonces, claro, se quedó allí sólo la gente que tenía un interés altruista y que en aquel momento no necesitaba el dinero para vivir, porque trabajaba en otro sitio, o porque tenía dinero ahorrado, o como yo porque era estudiante aún y... mira, todo mi tiempo libre lo dedicaba al planning. De vez en cuando había una subvención que caía que era de cien mil pesetas o doscientas mil y eso que se utilizaba para material porque había que pagar todo: fotocopias... Teníamos el material básico, pero después no había dinero para gasas, se acababan las gasas, se acababan los palitos de las citas... y yo lo robaba de los hospitales. Yo iba cuando nadie me veía y me cargaba de gasas. Santa Tecla y Joan XXIII, sobre todo Santa Tecla han suministrado al planning los primeros meses todo el material (C.S.)⁶⁷.

En el resto del Estado los centros se formaron estableciendo conciertos con el INSALUD. Por lo tanto eran gratuitos. Pero mientras que la organización interna de los centros municipales-feministas se realizaba sobre la base de un equipo interdisciplinar (sin ninguna cabeza visible) en concordancia con su visión política, los centros dependientes del Estado se estructuraban en función de una jerarquía interna, heredada de lo que hasta hoy ha sido cualquier establecimiento sanitario y donde el médico-ginecólogo es el responsable del equipo que compone el centro.

Por otro lado, era la propia forma de asistencia la que se ponía en juego. Las feministas pretendieron cambiar radicalmente el concepto de salud femenina atendiendo a dos aspectos: por un lado, prevención e información (prevención del cáncer ginecológico, información y prescripción de métodos anticonceptivos, información de aborto, información sexual y asistencia psico-sexológica...) y, por otro lado, reforma del tipo de atención sanitaria

67 Las citas que se reproducen aquí están extraídas de las entrevistas en profundidad realizadas a las trabajadoras de planificación familiar.

(trabajo interdisciplinario, visitas concertadas, tiempo para hablar...). Los demás centros también modificaron algunos aspectos de la asistencia (recomendando métodos anticonceptivos y haciendo prevención del cáncer ginecológico), pero sin ninguna pretensión de cambio radical con respecto a la que se ofrecía anteriormente.

Lo que pretendían los grupos que promovían los centros en este sentido era interrelacionar el uso de los métodos anticonceptivos con una información adecuada y un seguimiento correcto que garantizara a nivel individual y familiar la consecución de una determinada calidad de vida. Así, la labor realizada no se ha limitado a la consulta ginecológica, sino que se ha trabajado en otros temas con charlas y encuestas sobre cuestiones que preocupan a la mujer. Se ha intentado configurar un centro donde la mujer no sólo acuda a "planificarse", sino que sea como un punto de encuentro donde ponga en común sus problemas e intente dar solución a los mismos (V.V.A.A., 1986:65-66). En cambio, la prestación de los servicios dependientes del Estado se limitaron más a la recomendación de un método anticonceptivo, sin tener en cuenta otras parcelas de la vida como son la información o la sexualidad.

Como podemos observar, las visiones que tanto unos como otros tenían sobre la planificación familiar variaban sustancialmente. Esta diferenciación tenía su raíz precisamente en lo que ya hemos tratado anteriormente: la preparación de los profesionales. Los grupos de presión que desde un primer momento reivindicaron la implantación de la planificación familiar, hicieron algo más que una mera reivindicación política; se prepararon para poder aportar soluciones a la situación de las mujeres en la sociedad y a una situación que se avecinaba como producto de la legalización de los métodos anticonceptivos: los cambios en la sexualidad, en la reproducción y, por tanto, en las relaciones de pareja y en la sociedad. No bastaba con la extensión de una simple receta médica, sino que había que ir más allá.

Y fue precisamente el modo, tan semiautomático, en que se dio respuesta -inmediata- al problema de la anticoncepción prohibida (bastó su legalización), para que una por una se fueran abriendo consultas de planificación familiar que, en algunos casos, no dejaron lugar a la reflexión sobre una estrategia mínima de actuación⁶⁸.

Po otra parte, y a nivel general, ya empezaba a hablarse de reforma sanitaria. La OMS empieza a promover algunos cambios en la atención primaria de salud que se concretan en la Declaración de Alma-Ata (1978). Ésta analiza los problemas sanitarios mundiales resaltando que más de la mitad de la población mundial no tiene asistencia sanitaria adecuada y que la distribución de los recursos sanitarios es injusta. El objetivo final que se propone es que en el año 2000 toda la población mundial conserve un nivel de salud suficiente para mantener una vida productiva tanto a nivel social como económico. La hipótesis básica de la que se parte es que la Atención Primaria de Salud es la forma idónea de llegar a esta meta (De Miguel, 1983:16-17). Así, en el Estado español se empieza a esbozar una reforma sanitaria, con la llegada al gobierno del partido socialista (1983), que se concreta con la creación de los centros de salud (Centres d'Atenció Primària - CAP- en Catalunya). Los tres objetivos que persigue esta reforma sanitaria son los siguientes: 1) aumentar el nivel de salud de la población; 2) disminuir las desigualdades socio-sanitarias; y 3) incrementar la eficacia de los recursos a través de una mejor organización y gestión (Rodríguez & De Miguel, 1990:167).

De esta forma, los centros de salud, creados a partir de 1984, suponen el primer paso de la reforma sanitaria y un nuevo enfoque desde el cual entender el significado del término salud: su actual definición prioritariamente

68 El mapa de recursos en Planificación Familiar en el Estado español, en censo cerrado en septiembre de 1978, es de 193 centros, el 11,92% de los cuales pertenecen a asociaciones y Fundaciones sin finalidad lucrativa y el 88,08% es público, es decir, que dependen de los ayuntamientos, de las autonomías y del Ministerio de Sanidad -en este último caso pueden ser Centros de Orientación Familiar o bien consultas de ginecología situadas en Centros de Salud-. Casi la mitad (55,54%) de los centros públicos son municipales.

bio-orgánica, como estado anatómico-fisiológico dado, será enriquecida en términos de una salud entendida bio-psico-socialmente, como un proceso en el que se encuentra y desenvuelve el paciente (Uribe, 1989:27). Aun así, en opinión de Rodríguez y de Miguel (1990), el sistema sanitario sigue siendo reparador y curativo, con poco desarrollo de la prevención de la enfermedad y sin una verdadera educación sanitaria de la población (Ídem:167). Veamos, entonces, cuál es la especificidad de los CPF en relación con las propuestas de este nuevo modelo.

4.3 La especificidad de los Centros de Planificación Familiar

La difusión de normas es el proceso mediante el cual un mensaje es divulgado con una serie de objetivos específicos. El caso de la planificación familiar es un terreno complejo en cuanto a la divulgación normativa. Su nombre por sí mismo conlleva a errores en cuanto a los objetivos a conseguir. Además, está todo lo relacionado con el control de la natalidad obligatorio, que los estados occidentales están difundiendo en los llamados países del tercer mundo como un derecho para toda la humanidad sin tener en cuenta las pautas económicas, sociales y culturales de la población a la cual va dirigido.

Por su parte los CPF nacidos desde el feminismo pretenden abarcar una parcela de la vida de una parte de la población en respuesta a unas necesidades de salud no cubiertas por el sistema sanitario. Se trata de que las personas tengan información; se trata de hacer prevención de las enfermedades; se trata de promocionar la salud reproductiva y sexual. El mensaje va dirigido explícitamente a mujeres por una serie de razones: se parte de la base (ya lo hemos remarcado antes) de que la salud de las mujeres ha sido una de las parcelas más descuidadas y más ideologizadas de la sanidad. La información que las mujeres han tenido de su cuerpo y de su sexualidad se ha reducido a su capacidad de ser esposas, madres y nada

más, lo cual las ha situado y posicionado en un rol determinado en la sociedad. El mensaje alternativo que se les proporciona desde el CPF es la información sobre sus posibilidades reproductivas y sexuales: si quiere o no tener relaciones sexuales, si quiere o no ser madre; intentar que la mujer tenga en cuenta su salud y no solamente la de su familia (que deje de ser cuidadora para cuidarse a ella misma). Es decir, se pretende que las mujeres aprendan a decidir por sí mismas tanto en lo que se refiere a su propio cuerpo como en lo que se refiere a su vida privada.

4.3.1 Propuestas desde el feminismo

El análisis de la ideología feminista para entender la existencia de CPF es básico. Desde las primeras teorías de las sufragistas hasta la actualidad, los ensayos para reivindicar los derechos de las mujeres por parte de esta ideología no han cesado.

Ya hemos visto que durante el siglo XIX el discurso científico dedicó mucho tiempo y esfuerzo a hablar sobre las mujeres para demostrar la diferencia "esencial" entre los sexos, a fin de legitimar con su construcción teórica la necesidad -presentada como natural- de excluir a las mujeres del ámbito de lo público y esencialmente de lo político (Juliano, 1990:2). Sin embargo las mujeres, desde distintos ámbitos -militancia sufragista, anarquistas, etc...-, hicieron lo propio pero para hacerse valer en el ámbito público y para reivindicar en el ámbito privado el poder de decisión sobre su cuerpo (maternidad voluntaria y autocontrol sexual).

Estas reivindicaciones que finalmente reforzaron los ámbitos público, para los hombres, y privado, para las mujeres, no cayeron en saco roto puesto que iniciaban los primeros visos de cambio de mentalidad en torno a la vida de las mujeres. Después de un lapsus temporal, las reivindicaciones volvieron a tomar fuerza para luchar contra la labor de los ginecólogos en su carrera por determinar a las mujeres como las eternas enfermas, contra las

políticas populacionistas de los países occidentales, que reforzaban la maternidad como el objetivo primordial de la existencia de las mujeres, y con una conciencia como grupo oprimido a merced del discurso de los sectores dominantes, todo lo cual hizo que el movimiento feminista resurgiese de nuevo.

Los movimientos feministas se han hecho eco de muchos ámbitos de la vida, tanto privada como pública. De hecho no se puede decir que haya una sola teoría feminista, sino muchas teorías y perspectivas que buscan describir la opresión femenina, investigando sus causas y consecuencias, intentando mostrar estrategias para la liberación de la mujer. Cuanto mejor puede una teoría combinar descripción, explicación y prescripción, mejor será (Sanz, 1991:251). En esta investigación nos ocupamos de una faceta de sus reivindicaciones que ha contribuido a cambiar ideológicamente las perspectivas de vida reproductiva y sexual de las mujeres. Para las feministas, los hombres han controlado la sexualidad femenina para su placer a través de la pornografía, el acoso sexual, la violación, la quema de brujas y la ginecología (Sanz, 1991:255). En todo caso, lo que podemos destacar de estas últimas reivindicaciones del movimiento feminista es que han dado cuerpo a las características básicas de la implantación de CPF. De acuerdo con Esteban (1993a) el movimiento feminista ha ocupado un papel destacado en la generación de discursos alternativos, porque desde su aparición en el siglo pasado ha partido de las necesidades definidas por las propias mujeres, teniendo en cuenta en todo momento el protagonismo de las mismas (Ídem:37). Estas alternativas van desde la concepción de salud a su propia organización y se podrían resumir en los siguientes puntos:

- Análisis de la separación entre sexualidad y reproducción.
- Desarrollo del autoconocimiento.
- Estructura organizativa y trabajo multidisciplinario.
- Tiempo para hablar.
- Información y asistencia integrales.

Estos serían básicamente los aspectos que conforman el proceso de producción de normas de los que se nutrirán los CPF para llevar a cabo su proyecto ideológico en relación a la población femenina.

4.3.2 Separación entre sexualidad y reproducción

Tanto la sexualidad como la reproducción están asociadas, entre otras cosas, a la vida y a la naturaleza. En este sentido, la Iglesia, llevada por preocupaciones como la protección de la vida y el respeto a la naturaleza (Bergues, 1972), se erigió en guardiana y dictadora de toda una serie de normas que rigen los comportamientos relativos a estos dos aspectos. En la tradición cristiana se apela a las consecuencias del pecado original como el ejemplo más importante para evitar, precisamente, caer en él. De esta forma se impone a las mujeres una actitud de recelo hacia el acto sexual que no conlleve la reproducción. La actitud de recelo por excelencia, el pudor, aparece como una virtud puramente moral, consecuencia o incluso expiación de la falta original.

La medicina, que ha hablado generalmente en nombre de la ciencia, también se ocupó de opinar sobre estas lides, siempre desde una prudencia profundamente conservadora. Durante el Siglo de las Luces, cuando la Ciencia sustituyó a Dios en las concepciones sobre lo masculino y lo femenino, la reproducción se presentó como el cumplimiento único y verdadero de la vida femenina. Las relaciones entre lo físico y lo moral del hombre constituyen un problema clave de la Filosofía de las Luces, deseosa de comprender la unidad físico-psicológica del ser humano. Para la mujer el problema se formula de una forma simple: se determina de manera más fuerte que el hombre por su sexualidad, porque ella está más ligada que él a la función reproductiva. De ahí que la "mujer moral", que con su sexualidad hacía hijos, era la única que cumplía con los requisitos de la naturaleza, y su moralidad procedía, en lo básico, de su pudor (Knibiehler & Fouquet, 1983).

Un pudor que ha acompañado a las reticencias sobre el propio cuerpo femenino y la domesticación del amor físico. Y, en este sentido, ha sido la institución matrimonial la que ha llevado a cabo esta domesticación por la vía de hacer de la sexualidad el mal menor que conlleva la reproducción. De esta forma, se han asociado las relaciones sexuales sin procreación a la prostitución (las mujeres inmorales), de manera que en el momento en el que se generalizaron los métodos anticonceptivos (s.XIX), su utilización fue muy mal vista por las mujeres calificadas como morales. La propaganda de métodos anticonceptivos hacía peligrar la moral que defendían.

La consecución de esta desvinculación fundamental, cuya consecuencia más importante es la de poder tener relaciones sexuales sin procrear, ha sido el resultado, sobre todo, de la utilización de métodos anticonceptivos. Bergues (1972) justifica la alta difusión de los métodos anticonceptivos a una revolución democratizante, a la disolución de los vínculos religiosos, a la urbanización, a la revolución industrial y agrícola, al auge de la medicina preventiva y sus consecuencias sobre el crecimiento de la población y a la vulcanización del caucho.

Pero los métodos anticonceptivos no solamente han servido para limitar la familia o hacer caer las tasas de natalidad (resultados que nos parecen interesantes pero que solamente nos pueden leer un momento muy concreto de la historia). Los métodos anticonceptivos, desde los más rudimentarios hasta los más sofisticados, han servido para poder tener relaciones sexuales (tanto fuera como dentro del matrimonio) sin que éstas tuvieran como consecuencia, en según qué contextos fatal, un embarazo. Sin embargo, hay que reconocer que la única novedad que ha aportado nuestro siglo es la utilización abierta de métodos anticonceptivos, y con ello, la sexualidad fuera del matrimonio. Todo lo cual ha sido aprovechado por las mujeres para ejercer un control de la reproducción que ha permitido una cierta liberación sexual (Osborne, 1991:236).

Pero también los métodos anticonceptivos han sido blanco de las críticas de algunos sectores feministas, situadas en tres frentes fundamentalmente: 1) porque son utilizados masivamente por las mujeres, mientras que los hombres no se preocupan de las consecuencias de sus actos; 2) porque la mayor parte de éstos han de ser controlados sanitariamente (cuyas consecuencias desarrollaremos en el siguiente apartado), y 3) porque refuerzan la relación heterosexual con penetración, que en esta sociedad es sinónimo de amor sexual (Osborne, 1991:237). Esteban afirma que si procreación y sexualidad son conceptos directamente relacionados en la cultura occidental, es porque vivimos en una sociedad donde la práctica más generalizada y estimulada son las relaciones heterosexuales y coitales, cosa que determina y obstaculiza la vivencia de otras formas de sexualidad diferentes e importantes para muchas mujeres (1993a:13-14).

Por otra parte, tratar la sexualidad y la reproducción por separado ha permitido comprender, según del Valle, que tanto una como otra son variables coindendientes en el ciclo vital de mujeres y hombres, y que el sexo y la sexualidad son mucho más complejos de lo que la ligazón con la reproducción pueden representar (1991:21). Esta separación también ha permitido que la sexualidad no sea una manera de regular la procreación y/o las relaciones entre hombres y mujeres; pero también, y muy importante, ha servido para cuestionar la sexualidad como instrumento, que en adelante pasa a ser conceptualizada como un potencial humano que puede tener referentes en la reproducción, aunque ya no como categoría necesaria para definirla, sino porque ambas se dan en la experiencia vital del cuerpo (Ídem:23).

4.3.3 Autoconocimiento

Otra novedad que aportó nuestro siglo fueron los avances científicos en la contracepción femenina eficaz. ¿Que supone esto para las mujeres y en especial para las feministas? Que ya no es el hombre el responsable de la anticoncepción, con lo cual la mujer puede planificar los nacimientos según su conveniencia. Pero también supone la progresiva medicalización de la contracepción y de otros procesos fisiológicos del cuerpo como el embarazo y la menopausia.

Contrarios hace unos años, a favor ahora, los médicos ejercen su profesión aprovechando las tendencias que cada momento histórico les brinda, como consecuencia sobre todo de la consolidación de un determinado modelo médico-sanitario, de forma paralela a la consolidación de su sistema social con una relaciones de poder concretas (Esteban, 1993a:45). Para Rodríguez y de Miguel (1990), la caída de la natalidad es un buen ejemplo de las curiosas interrelaciones entre la estructura de la población y las funciones del sector sanitario. Argumentan que la natalidad no bajó porque los ginecólogos/as españoles se dedicaran a la planificación familiar o a la interrupción voluntaria del embarazo, sino que más bien los tocoginecólogos/as dejaron de hacer partos y se dedicaron al control de la natalidad precisamente porque la natalidad había bajado (Ídem:158).

La nueva ola de feminismo que resurge en los años 60 se hace eco de esta situación denunciando que las mujeres, al preocuparse por la anticoncepción, favorecen que la pareja no se corresponsabilice de este proceso, amén de ligarlas de manera imparable a los médicos y de favorecer, por tanto, que éstos inevitablemente intervengan en la vida reproductiva y sexual de las mujeres, con lo cual se refuerza la consideración de la mujer como un ser enfermo (maternidad medicalizada, contracepción femenina medicalizada). El objetivo de la autogestión de sus cuerpos, en relación a la

reproducción y la sexualidad, se convirtió en una de las luchas por su libertad.

Knibiehler & Fouquet (1983) describen el proceso de recuperación de las mujeres del ámbito más íntimo de sus vidas al introducirse dentro de la profesión médica. Consideran que aunque algunas tengan tendencia a reincidir sobre el discurso masculinizante de sus colegas y calquen sus comportamientos como una forma de hacerse reconocer, las cosas cambian en el momento en el que la feminización de la medicina se convierte en un fenómeno de masas. El discurso de los médicos sobre las mujeres empieza a cambiar a partir del momento en que ellos pertenecen al mismo sexo que sus pacientes (Ídem:261). Las mujeres hablan de ellas mismas a las médicas y éstas las entienden porque las sensaciones son generalizables, se parecen más. Pero dentro del sector sanitario las mujeres, como consumidoras y trabajadoras, participan en una estructura que no controlan porque carecen de poder: no gestionan los recursos sanitarios ni son administradoras ni gerentes de las instituciones sanitarias. Sin embargo, la educación sanitaria es un fenómeno que está en manos de las mujeres (Rodríguez & De Miguel, 1990:41).

Por otro lado, el acceso al conocimiento científico sobre su cuerpo, unido al hecho de querer desmedicalizar y liberar la vida de las mujeres, dio la clave para elaborar toda una filosofía sobre el cuerpo muy alejada de otras prácticas médicas afines como es la ginecología.

El autoconocimiento parte de la premisa de que las mujeres no conocen su cuerpo⁶⁹ y es por ello que su dependencia de los médicos se hace imprescindible. Por lo tanto, el conocimiento del mismo en todas sus manifestaciones permitirá que las mujeres puedan intervenir correctamente en el diagnóstico de sus posibles afecciones. Básicamente, este movimiento

69 Más que desconocimiento, el movimiento lo califica de vivencia limitada del cuerpo. Esta vivencia está determinada por la importancia sobredimensionada que se ha dado a los procesos relativos a la reproducción - se equipara básicamente el cuerpo con el sistema reproductivo- en detrimento de otras manifestaciones corporales que tienen una importancia similar.

nació como rechazo a la contracepción medicalizada. Sus autoras llegan a la conclusión de que las mujeres con un nivel alto de información sobre su cuerpo pueden encargarse ellas mismas de la contracepción:

"Y como es en nuestro seno donde se gesta la vida y es nuestro cuerpo, dirigido por nuestro cerebro, quien la forma, es hacia nosotras mismas donde deberemos dirigir nuestra atención, con la finalidad de comprender los ritmos lunares de nuestras hormonas femeninas. Porque queremos decidir libremente el momento de convertirnos en madres, y acabar así con la angustia del aborto, para no poner en manos extrañas nuestra íntima naturaleza fértil, ni estar ya ligadas al padre, al médico o al marido y así poder escoger libre y conscientemente la total entrega que supone quedar encinta" (Acuario⁷⁰, 1992:10).

Lo cual contribuye a desmitificar tanto el misterio de los procesos corporales, como la figura del médico:

"El aprender anatomía y fisiología nos ayuda a familiarizarnos con nuestros cuerpos. Y el aprender esta información fue excitante para nosotras porque descubrimos que el material no era tan difícil como pensábamos al principio. Entender la terminología médica significa que podemos entender lo que nos dice el médico. Al aprender su lenguaje, el personal médico se vuelve menos misterioso y aterradorante" (Colectivo Mujeres de Boston, 1977:26).

Significa, entonces, observarlo e interpretarlo continuamente:

"Observando, interpretando, explorando, sistematizando, será importante introducir un orden metódico en nuestras vidas y en nuestras observaciones; nos ayudará en la tarea de recopilar datos un cuaderno donde apuntaremos: día del mes, día del ciclo, estado de nuestros pechos, de la vulva, temperatura basal (que aumentará tras la ovulación) estado de los genitales externos, apertura del cérvix, color, olor, aspecto del moco... y todo lo que se te ocurra. Y el estado de ánimo, sutil mensaje de las hormonas para aquella que sepa reconocerlo en cada momento de su ciclo menstrual lunar" (Acuario, 1992:11).

Es así como los centros que se abrieron a partir de aquel momento tenían como objetivo que las mujeres se encargaran de su propia contracepción, porque la especificidad es algo más que crear problemas en

70 Fragmentos extraídos del Cuaderno de Autoconocimiento del Centro de Planificación Familiar de Valencia "Acuari. Espai de Salut".

relación al cuerpo, y solamente mujeres, con un conocimiento previo y la voluntad de transmitirlo, pueden llevarlo a cabo de forma eficaz:

"Para nosotras, la educación sobre el cuerpo es el núcleo de la educación. Nuestro cuerpo es la base física con la que nos movemos dentro del mundo: la ignorancia, incertidumbre -y peor, vergüenza- de nuestro ser físico nos crean una alienación de nosotras mismas que nos impide ser la persona total que podríamos ser (...) Al hacernos responsables de nuestro ser físico nos liberamos de algunas de estas preocupaciones y podemos empezar a usar nuestras energías intactas. Sólo entonces nuestra imagen de nosotras mismas se apoya sobre una base firme, lo que nos permite ser mejores amigas, mejores amantes, mejores personas, más seguras, más autónomas, más fuertes y más íntegras" (Colectivo Mujeres de Boston, 1977:13).

El deseo de transmitir a todas las mujeres el conocimiento sobre su cuerpo, les llevó a introducir en la consulta un elemento básico para familiarizar a la mujer con sus órganos visibles (en este caso la vulva, la vagina y el cuello del útero): el espejo para mirarse. Como se verá en el capítulo correspondiente, el espejo, en según qué situaciones, desempeña una función esencial en la consulta médica y psicosexual del centro estudiado.

4.3.4 Estrategias organizativas: estructuración no jerárquica y trabajo multidisciplinario

Las mujeres y, más concretamente, las mujeres feministas, al dejar de ser "profanas" frente a los conocimientos científicos, conquistan una parcela que las sitúa en una posición más accesible a los objetivos que pretenden

conseguir⁷¹. La formación de CPF es un ejemplo de ello según una de las conclusiones del libro de Ehrenreich & English (1984):

"Los hombres mantienen el poder dentro del sistema sanitario a través del monopolio de los conocimientos científicos. Nos deslumbran con la ciencia y nos enseñan a creer que está irremisiblemente fuera de nuestro alcance. Frustradas, a veces sentimos la tentación de rechazar la *ciencia*, en vez de desafiar a los hombres que la monopolizan. Pero la ciencia médica podría ser una fuerza liberadora, capaz de darnos un auténtico control sobre nuestros cuerpos y poder en nuestras vidas de trabajadoras de la sanidad. En el momento actual de nuestra historia, cualquier esfuerzo por dominar y compartir los conocimientos médicos es una parte vital de la lucha, desde los cursillos y publicaciones de autoconocimiento de nuestro cuerpo a los grupos y consultorios *self-help* y las clínicas autónomas para mujeres." (Ídem:36).

Así, los CPF proponían desde su creación la resolución de los problemas de salud de las mujeres en contraposición al sistema sanitario imperante hasta ese momento. Y esta contraposición significaba no sólo actuaciones alternativas en la forma de abordar los problemas de salud, sino también un modelo de asistencia alternativo que significaba, entre otras cosas, romper con los modelos tradicionales de organización por considerar que en todos ellos se reproduce la jerarquización y desigual distribución del poder que caracteriza a la sociedad industrial (Astelarra, 1984:139). Pero también está relacionado con una dinámica generalizada en los CPF, que es la de presentar siempre al equipo como un bloque, sin diferenciar demasiado las distintas figuras. Este comportamiento, argumenta Esteban, está motivado por un afán de des-medicalizar la atención en salud y por una actitud de defensa ante ciertos sectores médicos que, viendo cuestionados algunos de sus

71 La presencia de mujeres en el campo de la medicina no es exclusivo de este siglo, aunque en la actualidad es consecuencia del acceso de la mujer al trabajo extradoméstico y a una educación universitaria. "Las mujeres siempre han sido sanadoras. Ellas fueron las primeras médicas y anatomistas de la historia occidental. Sabían procurar abortos y actuaban como enfermeras y consejeras. Las mujeres fueron las primeras farmacólogas con sus cultivos de hierbas medicinales, los secretos de cuyo uso se transmitían de unas a otras. Y fueron también comadronas que iban de casa en casa y de pueblo en pueblo. Durante siglos, las mujeres fueron médicas sin título; excluidas de los libros y la ciencia oficial, aprendían unas de las otras y se transmitían sus experiencias entre vecinas y de madre a hija. La gente del pueblo las llamaba "mujeres sabias", aunque para las autoridades eran brujas o charlatanas. La medicina forma parte de nuestra herencia de mujeres, pertenece a nuestra historia, es nuestro legado ancestral" (Ehrenreich & English, 1984:7).

planteamientos e intereses, rechazan y se posicionan en contra de cualquier cambio en la filosofía de trabajo (1993a:375).

Las características principales de la huella feminista en la forma de trabajar de los CPF son básicamente el trabajo multidisciplinario y el intento de hacer desaparecer las jerarquías laborales. Se parte de la base de que una de las deficiencias del sistema sanitario es precisamente su organización jerárquica, no solamente en lo que se refiere al médico/paciente-usuario, sino también en relación al médico con respecto a los demás profesionales que le rodean. Para las feministas, la organización debe ser informal y con ausencia de cabezas visibles, intentando eliminar la existencia de mecanismos de liderazgo y poder. De esta forma proponen un modo de organización en el cual se desarrolla un grupo que se coordina entre sí para realizar actividades concretas y establecer programas a medio plazo (Astelarra, 1984:141).

4.3.4.1 Médica especialista en PF

A pesar de que algunas mujeres (feministas organizadas o no) que tenían la carrera de medicina se especializaron posteriormente en ginecología, se partía de la base de que esta especialidad no era una condición *sine qua non* para ejercer su profesión dentro de los CPF. De hecho las médicas que atienden las consultas de estos centros, aunque no tengan titulación oficial, la mayor parte tienen muchos años de experiencia. En este sentido, Esteban apunta que "el hecho de no tener formación principalmente hospitalaria, y no proyectar sus intereses profesionales en la patología, sino en el ámbito de la prevención y lo que podríamos denominar atención primaria especializada (donde se engloba la planificación familiar), unido a su ideología y planteamientos respecto a la situación social de las mujeres, así como su filosofía de los centros, han podido favorecer que estas médicas hayan desarrollado otros niveles de atención: psicosocial, sexualidad, educación sanitaria... En términos generales, desarrollan su trabajo con mujeres sanas"

(1993a:394). Sin embargo, también calcularon el riesgo que suponía caer en el profesionalismo médico que definen de la siguiente forma: "No es más que la institucionalización de un monopolio de los varones de la clase dominante. No debemos confundir en ningún momento el profesionalismo con la capacidad profesional. La capacidad profesional es algo que debemos intentar dominar y compartir; el profesionalismo es -por definición- elitista y exclusivo, sexista, racista y clasista (...). Actualmente, nuestro objetivo no debería ser nunca conseguir el acceso de las mujeres a la profesión médica exclusiva, sino hacer accesible la medicina a todas las mujeres" (Ehrenreich & English, 1984:36). La misma Ehrenreich cuestiona posteriormente que el acceso de las mujeres a las profesiones médicas se puede considerar una revolución o una asimilación: "Las feministas querían, por ejemplo, que las mujeres fueran doctoras pero también deseaban abolir la medicina como profesión elitista y fomentar la especialización y participación de trabajadoras de la salud más modestas, como son las parteras autodidactas (...) La corriente principal del feminismo terminó por defender la asimilación sin ambigüedades, con la condición, o al menos la vaga esperanza, de que las mujeres "humanizaran" en alguna forma los puestos a los que pretendían asimilarse (1989:54).

La cuestión es la percepción que tienen las mujeres, desde el punto de vista de las médicas, del/la profesional que tienen delante de ellas. Para las médicas que trabajan en planificación familiar, cambiar la visión que las usuarias tienen de la figura del médico es una tarea más. Así nos lo explica, por ejemplo, una de las trabajadoras del centro de referencia:

"Ahora que sólo hago de médico me doy cuenta que conmigo tienen otra actitud, aunque yo tenga otra actitud muy llana y normal, porque para ellos el médico sigue siendo el dios y por mucho que eso lo hayan ido bajando, sobre todo cuando llevan un tiempo yendo al centro, el médico (...) el médico se les representa como un dios, como la persona que tiene todas las respuestas, el padre, el que les arreglará todo y les dice 'no te preocupes', o también el que les trata mal, pero que no se le puede decir nada porque es el que está allá arriba. No es el fontanero, ni el electricista, ni el maestro, no es otro profesional, el médico siempre ha sido el brujo, el brujo de la tribu de esta sociedad. Y cuesta cambiarlo, cuesta cambiarlo, pero tú como médico lo tienes que cambiar. Porque hay muchos médicos que no se quieren sentir el brujo de

la tribu, porque ser el brujo de la tribu supone que no vas a poder dormir por la noche, porque te vas a casa con todos los problemas, porque como tú eres el sumo sacerdote..., pues coges y como lo resuelves todo te llevas todos los problemas a casa y tú eres una persona y tú no te puedes llevar los problemas de la gente a casa ¡que se los resuelvan ellos!, tú puedes dar lo que puedas de ti en aquel momento, como profesional, pero no te embarques donde no puedes, porque después..., yo no sé cómo duermen tranquilos la profesión médica después de las cosas que hacen, yo creo que no duermen tranquilos, que les sale por algún otro sitio (C.S.).

4.3.4.2 Enfermera/consultora

Se parte de la premisa de que todas las personas que trabajan en los CPF han de tener un conocimiento exhaustivo de los temas referentes a la planificación familiar. La consultora, figura emblemática que caracteriza el estilo de trabajo de los CPF, es la profesional que une, en lo fundamental, a la médica con la usuaria. La consideración de la enfermera "asimilada" dentro del equipo de planificación familiar no tuvo la misma suerte que la médica (quizás por el hecho de que ésta necesita del título académico para ejercer). Su sustitución por la figura de la consultora no significa un rechazo a esta profesión, sino a la formación académica que reciben⁷² y a la historia de su formación⁷³. El rechazo a la figura de la enfermera que se observa en Ehrenreich & English (1984), es total:

"Estos tópicos (la feminización de la enfermería) han resultado prácticamente invulnerables. Las actuales dirigentes de la Asociación Americana de

72 En el momento de creación de los centros, en España la idea que se tenía de la profesión de enfermera era la de persona caritativa (satisfacción de ayudar al ser humano) y de vocación (a veces religiosa) (De Miguel & Domínguez-Alcón, 1979:128).

73 "Es conveniente examinar más detenidamente quiénes fueron las mujeres que inventaron la figura de la enfermera (Florence Nightingale y Louisa Schuyler), pues esta tarea tal como la conocemos en la actualidad, es un producto muy directo de la opresión de las mujeres en la época victoriana (...). Era simplemente la Mujer Ideal trasplantada del hogar al hospital y libre de obligaciones reproductoras. Esta mujer ofrecía al médico la obediencia absoluta, virtud de una buena esposa, y al paciente la altruista devoción de una madre, mientras ejercía sobre el personal subalterno del hospital la gentil pero firme disciplina de un ama de casa acostumbrada a dirigir la servidumbre" (Ehrenreich & English, 1984:32).

Enfermeras pueden insistir tanto como quieran en que el oficio de enfermera ya no es una vocación femenina sino una 'profesión' neutra. Pueden pedir que se incremente el número de 'enfermeros' varones para transformar la 'imagen' e insistir en que las tareas de la enfermera requieren casi tanta preparación como las del médico, etc. A pesar de todo, los esfuerzos por 'profesionalizar' el papel de las enfermeras sólo son, en el mejor de los casos, una huida de la realidad sexista del sistema sanitario. Y, en el peor de los casos, pueden llegar a ser sexistas a su vez, en la medida en que contribuyen a profundizar la división entre los trabajadores de la sanidad, al mismo tiempo que refuerzan una jerarquía dominada por los hombres" (Ídem:35).

Del mismo parecer es el Grupo Feminario de Alicante: "La enfermera es una subordinada la que ejecuta, hasta ahora mayoritariamente mujer, con una fuerte carga altruista y de vocación propia también del papel maternal, cuyo trabajo está más en la línea de cumplir las órdenes del médico su superior jerárquico que de atender de modo responsable y autónomo al enfermo" (Ídem:32). Aun así, la mayor parte de las consultoras que empezaron a trabajar en los centros tuvieron que "profesionalizarse"⁷⁴ posteriormente debido, básicamente, a la dinámica laboral impuesta en la sociedad. En este sentido, la mayor parte de las consultoras han sido "recicladas" como enfermeras, aunque como tales no hagan los mismos trabajos ni tengan las mismas expectativas que sus compañeras de profesión.

La consultora tiene un doble cometido: por un lado, el de realizar algunas labores de ayuda a la médica en la consulta, pero interviniendo activamente en ella (no como una extensión del brazo del médico para hacer las recetas); por otro lado, el de actuar como asistente social (aunque en ningún momento como burócrata de los problemas ajenos) atendiendo directamente las demandas de las usuarias y ofreciendo su ayuda pero sin intervenir (o lo menos posible) en las decisiones que la mujer tome. Sus funciones específicas son las siguientes: atención a las usuarias que directamente hacen la demanda; atención a las usuarias en las que, a partir de la charla informativa o a través de la historia clínica, detectan un

74 Obtener algún título académico afín al tipo de trabajo que realizan (en este caso, mayoritariamente, es el de enfermera).

problema; atención a demandas de aborto; dar las charlas en el centro y fuera de él (AAVV, escuelas...)... Ella posee la formación y la información necesarias para abordar cualquier tipo de consulta que se le realice (su contacto con la médica en este sentido es fundamental) y su labor no sólo se extiende a exponer a la mujer la información que posee, sino que la forma de exponerla y el trato directo con la mujer son sus principales objetivos laborales. Esteban nos lo explica paso a paso:

"La persona que recibe a la mujer en el primer momento que acude al centro no suele ser, salvo casos excepcionales, la médica; o lo que es lo mismo, el primer contacto o la recepción de los casos no se incluye en la rutina de la consulta ginecológica en sí, como suele ocurrir en el resto de las consultas. Esta primera acogida suele ser realizada por otra profesional que fundamentalmente cumple dos funciones: en primer lugar conocer el motivo de consulta (lo cual en sí mismo supone una tarea muy cualificada), y a partir de ahí, derivar a la mujer a la consulta médica o atenderla ella misma u otra profesional del equipo; en segundo lugar, y en caso de que sea necesaria una visita médica, facilitar previamente dicha visita mediante la elaboración de la historia clínica, petición de analítica pertinente, etc. Esta idea se puede entender mucho mejor si describimos un par de ejemplos relacionados con la misma: imaginemos que una mujer se queda embarazada sin desearlo y solicita un aborto provocado, el primer contacto, no obligatoriamente hecho por un/a médico/a, serviría en este caso para varias cuestiones: confirmar el embarazo mediante una prueba de diagnóstico; realizar la información previa oportuna, apoyar psicológicamente a la mujer en su decisión, en caso de que lo necesite; etc. Un segundo caso podría ser el de una mujer que solicita una consulta ginecológica, pero que su motivo principal de consulta es un problema de relación sexual de origen obligatoriamente médico; la acogida se traduciría en esclarecer el motivo de la demanda independientemente de que esa mujer necesite o quiera una revisión médica. En ambos casos podemos comprobar que las ventajas de esta diferente planificación son: (1) evitar la saturación de la consulta médica (...); (2) permitir una lectura mucho más integral y correcta de los "problemas" de salud que la meramente clínica, contemplándose otro tipo de situaciones y de necesidades así como haciendo asistencia mucho más plural y corresponsabilizada; (3) hacer más equitativa la participación de las/os integrantes del trabajo cotidiano" (1993a:395-396).

4.3.4.3 Comadrona

Mejor consideración tuvieron las comadronas dentro del esquema feminista de la planificación familiar. Así como las enfermeras se sitúan en

la línea de las mujeres de clase burguesa acomodadas que se dedican a esparcir su filantropía entre las clases más populares, las comadronas fueron consideradas como "los últimos bastiones de la medicina popular" (Ehrenreich & English, 1984:30). Su sustitución por parte de la Tocología y Obstetricia, que durante los primeros decenios de este siglo empezaron a ejercer el monopolio⁷⁵ (junto con la progresiva medicalización, de la que hablábamos antes, de procesos naturales como el embarazo y el parto), y su desconsideración por parte de estos profesionales, les ha valido el prestigio como tales dentro del equipo sanitario, alternativo, que se propone desde el feminismo. Dentro del equipo tiene gran importancia y protagonismo, a la vez que está muy integrada en el equipo interdisciplinario:

"El que la secretaria, si yo le doy la información de lo que yo hago con las mujeres cuando viene una señora le puede dar ella la información... Resulta que yo no me paso todo el tiempo allí, si viene una persona a pedir información, le puede dar información tan veraz como la que yo doy y tan clara, y luego cuando esta mujer me llega a mí, no llega con información equivocada o con conceptos equivocados. ¿El porqué del compartir?, yo creo que el trabajar en equipo es el por qué del compartir la información, ahora yo pienso con esto de cuidar el acercamiento de la madre al niño, valorar a ver si la madre... bien pues puedo colaborar, mejor dicho cuento con la colaboración de la compañera psicóloga que seguro que entiende mucho más de relaciones o yo la explico de qué forma quiero hacerlo, qué conocimientos tengo, hacia dónde quiero ir, y ella me puede dar información. Nos encontramos muy normalmente que la embarazada tiene un picor, la pasa no-se-qué, el niño está así, tenemos una compañera médica que le dijo a la señora pide hora para pasar por la médica, yo le comento a la médica qué es lo que yo veo y qué yo noto de esta mujer y ella puede cuidar de esa otra parte. O sea yo pienso que es que es muy necesario. La señora cuando va tanto a la psicóloga como a la médica no va a una persona extraña, ya sabe de qué va el asunto la médica. La médica y la psicóloga o la consultora están dispuestas a pasarse una hora en aquella charla en la que estamos en la preparación porque quiere aprender no-se-qué, porque quiere saber... pienso que es muy necesario" (MJM).

La comadrona del centro se dedica a realizar la educación maternal de las mujeres embarazadas. Educación que se resume básicamente en intentar

75 A pesar de que la OMS ha sugerido que la presencia del médico en todos los partos es innecesaria, y que sólo debería intervenir en los casos complicados" (De Miguel, 1979:130).

que la mujer tenga un parto lo más "natural"⁷⁶ posible mediante un control sobre su cuerpo (técnicas de relajación, posturas determinadas, técnicas de respiración...):

"...van pensando en mejorar el parto, o sea conocer... la mujer va a conocer para parir mejor, o sea adquirir unos cuantos conocimientos. Yo lo que trato es de dar esos conocimientos. Hay una parte externa y sobre todo cuando llega la mujer no dar demasiado, para que no se asuste, dar esos conocimientos que ella necesita físicos, dar esos cuatro ejercicios que ella tanta importancia les da, pero luego mirar un poquitín más hacia adentro para decir lo hermoso, o lo bonito que es el dar luz, o sea dar a luz, dar vida, o llevar una vida dentro, y lo que trato de hacer durante todo el embarazo o los meses que las veo es empezar a crear el vínculo afectivo con el niño" (MJM).

Y facilitar que la mujer pueda dirigir su propio embarazo.

"...por ejemplo la mujer que pide un cuidado al embarazo en el que pueda negociar con el médico, el que el médico te dice 'tómame estas pastillas de hierro' y la mujer te dirá 'oye no porque yo el hierro lo voy a conseguir de tal vegetal, tal fruta, yo me alimento de esta manera, yo voy a conseguir el hierro de esta manera' y negocia con la médica en este caso el que ella puede conseguir y la médica le da esa confianza también o confía en ella al decir, "estupendo a ver si de aquí al mes que viene esto ha cambiado..." bien, la médica, la consultora, la matrona, se fían... no es que se fíen, es que damos la confianza a la mujer y cuando digo damos estoy haciéndome dueña de una propiedad que no es mía, yo no es que la doy, negocio 'tú vas a hacer esto, estará bien que lo hagas porque si no pues habría que tomar hierro'. A ver, es... es que la palabra no es dar la confianza, porque la mujer tiene todo y puede hacer, es colaborar con ella de forma no impositiva ni directiva" (MJM).

4.3.4.4 Psicosexóloga

La planificación familiar tal y como se define desde estos grupos no se reduce a una serie de acciones encaminadas a conseguir unos objetivos - proporcionar anticonceptivos para evitar embarazos no deseados-. Las acciones abarcan necesariamente actitudes y comportamientos -ante la

76 Cosa harto difícil teniendo en cuenta que la mayor parte de las mujeres van a parir a los hospitales, donde la tecnología, al servicio de la ausencia de complicaciones, interviene durante todo el proceso.

sexualidad, ante los embarazos, ante potenciales cambios en las relaciones de pareja- que no escapan a su control. De ahí que se tenga en cuenta en el equipo el trabajo de la psicosexóloga, que forma parte, como señala Esteban (1993a), de lo que podríamos llamar "la ola de permisividad y libertad sexual" que afecta a todo el mundo occidental desde mediados de siglo, y que propugna, por lo menos aparentemente, el derecho a una sexualidad placentera para todas las personas, hombres y mujeres. Así, en el Estado español asistimos a una liberalización del tratamiento de la sexualidad en diferentes sectores, como es el caso de los medios de comunicación, donde el sexo ha salido de alguna manera de las cuatro paredes de la casa, aunque coexisten formas convencionales de relación, comercialización de imágenes y lecturas eróticas, falta de condiciones apropiadas para las relaciones entre las/os jóvenes, etc., por citar algunos ejemplos.

Así, la figura de la psicóloga es fundamental en el equipo multidisciplinario para canalizar las angustias derivadas de las actitudes y comportamientos que se deciden llevar a cabo: maternidad, anticoncepción, relaciones sexuales que se *revelan* insatisfactorias, etc...

"Hoy se ha ampliado muchísimo. Menopáusicas que antes no venían, ahora vienen muchísimas, y se ha ampliado en general el abanico de edades a todos los niveles, porque incluso a nivel sexual también se ha ampliado. En el principio era gente joven de 30 y algo y 40 y algo, ahora hay gente joven y sin pareja fija y hay gente mayor, menopáusica, postmenopáusica... Básicamente a nivel sexual, también ha cambiado. En principio eran mujeres con un problema sexual y punto. De vez en cuando se aparecía algún hombre con un problema sexual concreto. Luego se fue ampliando ya a mujeres depresivas donde el problema sexual era secundario, que realmente era una apatía general, lo que tenían también era una apatía sexual, pero era por depresión o por lo que tuvieran... Luego vinieron ya mujeres a consultar problemas de su marido, no sólo sus problemas: que el marido era impotente, que el marido tenía un problema sexual... o parejas que venían a consultar porque los dos tenían problemas y gente joven buscando información" (P.O.)

De un lado, puede ser la mujer o el hombre, con o sin su pareja, los que "detecten" un problema y decidan pedir la visita por su cuenta. Pero también, tanto la médica, como la consultora, como la matrona, pueden encontrarse

con situaciones conflictivas resultantes de la toma de decisiones o ciertas actitudes que, la mayor parte de las veces, derivan de los estereotipos dominantes con los que se pretende romper. La respuesta no se hará esperar: derivación a la psicóloga y seguimiento posterior en las reuniones clínicas.

4.3.4.5 Secretaria

Como equipo multidisciplinario, es necesario que haya una persona encargada de la administración del mismo. Y de la misma forma que las profesionales que se han descrito anteriormente tienen un bagaje imprescindible en todas las cuestiones referentes a la planificación familiar, la preparación de la secretaria-recepcionista no es menos importante. La recepción en un centro de planificación familiar, como en cualquier centro sanitario, es de vital importancia para la acogida de las personas que acuden a ellos. La secretaria tiene que disponer de información de primera mano para atender a las mujeres que vendrán a consultar directamente al centro y para atender a las que consulten por teléfono. La consulta telefónica es fundamental si se quiere dar una asistencia rápida y eficaz para atender urgencias e imprevistos que se pueden solucionar sin necesidad de dar horas de consulta innecesarias o bien para canalizar problemas u orientar en la resolución de la demanda. En el centro observado, se da la "casualidad" de que la psicóloga es también la secretaria. Este juego de "identidades" permite, según palabras de la misma, por una parte, que se sienta más integrada en el equipo y, por otra, que esté más implicada en la consulta médica:

"Para mí ha sido muy positivo entrar como secretaria porque me ha dado la posibilidad de ampliar mi visión del planning, si no mi visión era la que tenía de por las tardes: yo veía la charla, las informaciones que daba la consultora a la gente y la relación que había por la tarde. Entonces la dinámica de la consulta yo no la veía. Lo sabía de oídas, por lo que hablábamos en las reuniones (...) Es más, considero que era un fallo muy grande lo que se hacía antes de parcelar. Mi trabajo era de psico-sexóloga y punto, individual, no de un miembro del equipo del planning. Mi visión era mucho más limitada y

considero que el ver y el hablar de otros casos, de lo que se hace por la mañana, de hablar de las informaciones que se dan..., amplía, me amplía muchísimo el mundo, y a nivel práctico y a nivel profesional me ayuda a la hora de tratar problemas o de dar información" (P.O.).

4.3.5 El "tiempo para hablar": la difusión de la información

Paolo Bartoli (1989), siguiendo la definición que hace Alejandro Sepilli de "educación sanitaria"⁷⁷, extrae las siguientes consecuencias teóricas operativas: 1) los destinatarios de la intervención no son simples receptores pasivos de la información, sino que se configuran como sujetos activos de la relación educativa; 2) la intervención en educación sanitaria no consiste en una simple transmisión de información, sino que, por el contrario se configura en una auténtica intervención en la cultura de los individuos ya que tiende a incidir en los conocimientos, los valores y los comportamientos de la gente (1989:19-20). Estas consecuencias operativas nos sirven para introducir un aspecto muy importante que caracteriza la forma de asistencia del centro y que es lo que yo he denominado "el tiempo para hablar".

Las profesionales de centro intervienen en el proceso de difusión de la información de una forma particular: la continua comunicación profesionales-usuarias, tanto en la charla como en las sucesivas visitas que sirve, sobre todo, para asentar la información entre la población que acude al centro.

Como podremos constatar en el capítulo etnográfico, existe una comunicación entre usuarias y profesionales que permite una flexibilidad en las decisiones a tomar, así como un entendimiento recíproco que personaliza las relaciones entre ambas partes. De esta forma, se facilita que el mensaje que se quiere difundir sea, en su mayor parte, asimilado por las mujeres, lo

77 "La educación sanitaria es un proceso de comunicación interpersonal, dirigido a proporcionar la información necesaria para un examen crítico de los problemas de la salud y para responsabilizar a los grupos sociales y a los individuos en la elección de comportamientos que inciden directa o indirectamente sobre la salud física y psíquica de las personas y la colectividad" (1989:19).

cual permite, a su vez, que el objetivo propuesto se consiga: que las mujeres conozcan y se responsabilicen de los procesos relativos a la reproducción y la sexualidad.

En este sentido podemos avanzar, siguiendo las conclusiones de la investigación de Esteban (1994) para el País Vasco, que las mujeres, en general, consideran que no se sienten bien atendidas en el sistema sanitario por tres razones fundamentales: 1) los profesionales "no hacen caso de los problemas de las mujeres"; 2) no informan suficientemente de todo el proceso asistencial; y 3) mantienen con ellas una relación que no les parece la idónea, bien por ser excesivamente superficial y "frívola", o porque sostienen y actúan desde ideas estandarizadas sobre las mujeres, sin que se tengan en cuenta las particularidades de cada una.

En mi opinión el problema radica en que la organización y concepción de la sanidad no contempla la supervisión de estos aspectos, o los contempla a un nivel demasiado teórico que no permite, desde la base, cambiar estructuras que se van heredando. Me parece muy importante, en este sentido, que las trabajadoras de los centros, desde el principio, hayan interiorizado la existencia de este vacío de relación entre ambas partes y lo hayan intentado suplir. De hecho, creo que la puesta en práctica de una organización de las consultas (donde se contempla el tiempo para hablar) y la exposición clara de los objetivos por parte de las profesionales, han sido las estrategias fundamentales que han permitido el acercamiento a las mujeres: profesionales y usuarias pueden hablar y ser escuchadas.

Por ahora nos quedamos con el testimonio de las trabajadoras, para las cuales, evidentemente el objetivo se consigue. Pero lo que nos interesa más no es que nos den un testimonio favorable o desfavorable sobre su forma de concebir la asistencia sanitaria, sino que nos hagan la declaración de intenciones que nos permita ver hasta que punto y con qué objetivo trabajan. Por eso considero muy importante reproducir aquí lo que ellas cuentan de su trabajo y de su relación con las mujeres y los hombres que van al centro.

Como veremos, en un principio el mensaje que intentaban difundir estaba cargado de matices ideológicos que, eventualmente, podían dificultar el entendimiento recíproco necesario para que hubiera una comunicación fluida. La ideología siempre es permanente, puede evolucionar, pero siempre está presente porque si no los objetivos de trabajo no existirían. La diferencia fundamental estriba en el tiempo que se necesita para conseguir los objetivos. Si se pretende que sean inmediatos, la imposición será más explícita y no cabrá la posibilidad de interiorizar los contenidos, mientras que si no hay un tiempo ilimitado cabe la posibilidad de que haya una adaptación de los nuevos hábitos a las formas culturales heredadas:

"Yo he descubierto, después de 10 años que las cosas se consiguen..., habrá una mujer que le hagas la primera visita, le expliques un poco todo, le expliques los nuevos hábitos y te venga al año siguiente como una mujer nueva, pero esto es una de cada 200 o de cada 1000, el resto, no. Es con el tiempo que van cambiando, notas que hacen un cambio grande, ellas mismas, porque notas que es un cambio a través del contacto, de la información, del trato; se van planteando las cosas que les pasan: un embarazo no deseado, un aborto, un DIU que lo expulsan, unas relaciones que te explican -hay usuarias que yo las tengo desde hace 5 años que ahora se descuelgan y me explican su problema sexual...-" (C.S.).

Porque con el tiempo también se dieron cuenta de que las mujeres no son todas iguales y, sobre todo, no tienen los mismos intereses:

"Cuando íbamos a dar charlas a los barrios, que íbamos mucho, (...) [había] mujeres que no tenían estudios, y que las organizaban las Asociaciones de Vecinos, que casi todo eran mujeres mayores, en primera fila siempre estaban las menopáusicas, que yo decía 'el pelotón de las menopáusicas', que yo les llamaba pero cariñosamente y te escuchaban la charla entera y cuando acababa la que tenía 60 años se levantaba y te decía: "¡niña! esto me lo tenías que haber explicado hace 20 años", y entonces les tenías que convencer de que aún les quedaba vida, pero lo que era muy claro es que tú no podías dar a una mujer 60 años, y ponerle la miel en la boca con la vida que tenía, por que no era sólo ella, tenía que cambiar también el marido los hábitos, ella no se iba a separar del marido. O te venía una mujer superagobiada que lo que tenía que hacer era divorciarse y pasar de la historia y pasar de todo, pero tú ¿qué le das a cambio? Tú no le podías decir ¡haz esto!, porque después ¿qué le ofrecías a cambio? ¿dónde tenía esa mujer la independencia, el trabajo y la fuerza para hacerlo?, entonces había que ser muy cauto con todo esto, y había que ser muy suave con estas mujeres y dejarlas que se siguieran columpiando en su vida y

en su rollo y no intentar incitarlas y darles un mitin, tenían que ser ellas las que lo encontraran cuando tuvieran una base donde apoyarse" (C.S.).

Lo importante en todo caso era la manera de difundir el mensaje: de ida y vuelta. Ellas lo llaman "estar en el momento oportuno y en el sitio oportuno":

"...estás en el momento oportuno y en el sitio oportuno. La mujer ya viene con una idea. Es un poco la sistemática de la consulta aunque también va a estilos. Yo hablo un poco de mi estilo y pienso que no es muy diferente a los demás. Un poco la historia es que tú sugieres las preguntas, no las haces. Si la mujer te coge el anzuelo se engancha. Tú vas tirando cables y, de repente 'picó', aquí se ha enganchado y si se ha enganchado aquí es porque venía con la intención de engancharse aquí, entonces lo único que tú haces es estar ahí y rebotarles, o sea, te viene y se la devuelves, te viene y se la devuelves. Y al final llegan a la conclusión de que han decidido ellas, porque evidentemente han decidido ellas. Es un poco esto. Hemos ayudado a un... bueno favorecido un cambio, porque ayudar..., aunque ya me parece que estamos haciendo un juicio de valor de que es positivo. Yo puedo considerar que ha sido positivo pero puede ser discutible, pero hemos favorecido un cambio simplemente por estar ahí. Tanto por el proceso este que te he explicado antes que es muy importante de transferencia, de reflejo" (R.V.).

Por tanto no se trata solamente de un tiempo para hablar, también es necesario escuchar:

"...muchas veces necesitas a alguien que le reafirme como persona. Entonces desde el momento que la gente del planning te valora como persona de entrada, no tienes que demostrar nada, asume que tú tienes un criterio y que 'nena todos podemos ser una mierda pero valemos mucho', a partir de ese momento sí que te puede dar a ti fuerzas para hacer esto que siempre habías pensado hacer y que lo has pensado seguro. No es que te lo descubro, pero en ese momento algo que cuando se te pasaba por la cabeza decías 'horror', en ese momento hay alguien que te escucha y que no te dice 'horror', sino 'Ah! vale y ¿qué piensas hacer?, ¿cómo te lo vas a montar?...' y la mujer piensa 'pero..., ¡si me están tomando en serio!'. Yo pienso que en ese sentido sí que puede haber servido en casos... puede haber servido, lógicamente. Pienso que realmente alguna cosa hacemos, y no solamente el solucionar que una mujer no se quede embarazada ni para solucionar un problema sexual, que pienso que eso... ese es el trabajito concreto, pero que ese trabajito concreto se enmarca dentro de un global infinitamente más importante. Esto es lo que decía de la atención integral. Cuando poner un DIU no es un acto mecánico de que una mujer no se quede embarazada si no lo desea, es ayudar a la mujer a vivir mejor. La demanda concreta es un DIU, pero a lo largo de los años se suelen tener 10.000 demandas, que no es para un DIU, y que a todas ellas intentas

por lo menos escuchar. Es una dinámica. Creo que sí que tienen que haber habido mujeres que se hayan sentido muy reconfortadas por los CPF" (R.V.).

Así, queda claro que lo que las trabajadoras pretenden con las mujeres es darles tiempo para hablar, pero no sólo un tiempo exclusivo dentro de la consulta, que ya lo hay, sino también un tiempo para ellas mismas, para que vayan asumiendo los contenidos de sus propuestas que van más allá, como apuntó una de las trabajadoras, del hecho de colocar un DIU o recomendar unas pastillas. Pretenden, en definitiva que no se trate solamente de una relación contractual entre médica y usuaria, sino que se trata de varias personas que están implicadas y el entorno socio-cultural en el que esa mujer se desenvuelve. Por este motivo, consideran muy importante que las visitas, aunque solamente sean para colocarse un DIU o para pedir información sobre cómo tomarse unas pastillas, tengan que estar precedidas por un "¿qué tal?":

"[el ginecólogo] no le preguntará tranquilamente: 'Oye y tú ¿cómo te lo montas?' y a lo mejor tú tienes ganas de explicar cómo te lo montas y que le vas a pedir unas pastillas pero en el fondo no estás muy convencida porque claro como con el noviete solamente tienes relaciones una vez cada 15 días cuando alguien os deja un piso... para entendernos. O se lo preguntas y no te contesta, pero como mínimo sabe que tú se lo vas a preguntar y que él es libre de contestar. Pero cuando solamente habla uno porque es el que lo sabe todo... Yo creo que lo más importante de nuestra relación es preguntar '¿qué tal?' Y a lo mejor es eso la base del diálogo y sobre eso puedes entender ¿no?". (R.V.)

Parten de la base de que cuando habla solamente el médico, él es el que decide, pero sin tener en cuenta lo que quieren las mujeres. Para ellas lo más importante es decidir sobre lo que quieran hacer aunque cueste mucho sobre todo si, como dice el siguiente testimonio, parten de la base de que las mujeres no han sido enseñadas para decidir:

"Tú piensa que a las mujeres nos han educado para no decidir, y sobre todo para mujeres de una cierta edad, una decisión es algo que cuesta mucho tomar, sobre todo si va contra las normas de la familia, entonces necesitan realmente un refuerzo y necesitan que alguien a quien ellos consideran, les vaya diciendo 'vale', y que te contesten 'pues eso era lo que quería yo saber'. Necesitan que alguien les vaya diciendo por aquí o por aquí tenéis que ir, hasta que consigues... bueno éste es un poco un problema de terapia psicológica ¿no?,

pero consigues que pasen de ti es entonces cuando tú dices 'ya lo he conseguido'. O sea ahora es cuando te digo 'trabajo hecho' (R.V.).

Para las trabajadoras de los centros las mujeres no son simples destinatarias de la información. Desde el momento en el que pueden (y les instan a ello) intervenir en el proceso, aportando su experiencia personal, sus vivencias, sus miedos o simplemente sus opiniones, están haciendo de la relación un proceso de negociación, un dialogo de ida y vuelta ya que las trabajadoras intervienen directamente sobre la mujer en concreto y no sobre una mujer más. Y ambas partes son conscientes de que esta intervención afecta directamente al entorno socio-cultural en el que la mujer se desarrolla, porque los procesos de negociación permiten esa flexibilidad: las mujeres pueden aprovecharse de los conocimientos que les proporcionan las trabajadoras y pueden utilizarlo como mejor les parezca.

4.3.6 La información como soporte⁷⁸

Informar, en según qué contextos y en qué términos, significa educar. Educar significa socializar en una serie de conceptos y actitudes que se han de integrar en las actuaciones concretas de las personas. En planificación familiar, más que educar se trata de formar o, dicho de otro modo, instruir sobreponiendo unas conductas y conceptos a otros preestablecidos anteriormente que se consideran erróneos.

Se parte de la base de que los discursos que históricamente se han elaborado en torno a la mujer en concreto y en torno a su vida, sus actitudes, su cuerpo, su sexualidad y su rol en la sociedad en general, han determinado su situación (considerada, desde este punto de vista, de inferioridad y opresión en relación a los hombres). Por lo tanto, la información en

78 Diferenciamos autoconocimiento e información porque nos parece que, a pesar de que los objetivos son los mismos, el autoconocimiento se refiere al cuerpo esencialmente, mientras que la información se acerca más a otros aspectos referentes a la resocialización y reeducación de las mujeres.

planificación familiar es la base para desmitificar todo lo que su visión de sí misma pueda tener de negativo (visión del cuerpo femenino eternamente enfermo y ligado a la biología que le marca sus ritmos vitales y su rol en la sociedad) y para que la información le aporte los elementos necesarios para obtener el poder de decidir.

En los CPF se informa constantemente. La primera vez que la mujer acude al centro para visitarse ha de afrontar el paso obligatorio por una charla informativa -la cual trataremos más ampliamente en posteriores capítulos- donde se produce ese proceso de desmitificación y reconceptualización de la información que la mujer tenía hasta ese momento. La charla se puede considerar como la marca identificadora de los CPF: asienta las bases de proceso de difusión de las normas. Pero este proceso de "adoctrinamiento" no se acaba en la charla, sino que se extiende a las demás consultas que se realizan: médica, psicosexual, educación maternal. Todo lo que se dice es susceptible de remitirse a la charla, porque la charla resume todos los aspectos que a nivel socio-sanitario se van a desarrollar en las posteriores consultas. La consultora que realiza la charla nos la justifica y explica el porqué se podría considerar como el umbral de acceso a la nueva normativa:

"Retrospectivamente 10 años atrás era como mucho más impactante, dentro de una asistencia sanitaria que se obligara a pasar por una charla. Los criterios en cuanto a hacer este tipo de opción pues eran fundamentalmente porque partimos del análisis de que la situación en este aspecto es de total desinformación. Basándonos en esto, pues la opción fue siempre bastante clara. No era cuestión de dar un papelito -que también hacíamos- para tener informaciones más detalladas por escrito, pero priorizábamos que la charla fuera pues hablada, con medios audiovisuales y fundamentalmente **para conseguir primero el abrir nuevas perspectivas a las mujeres**, nuevas perspectivas porque muchas mujeres -muchísimas al principio- cuando explicábamos partes de su anatomía: el clítoris, etc..., después la cuestión hormonal, un poco su fisiología más simple a nivel de aparato reproductor, etc... era algo bastante desconocido en general. Esto no quiere decir que todas las mujeres desconocieran su anatomía y su funcionamiento, ni mucho menos, pero sí partíamos del análisis de que realmente como todo esto ha sido un tema tabú que no se había dado en los medios de educación, etc..., era una cuestión de la que partíamos. Al principio la charla estaba distribuida con los mismos ejes que ahora, pero priorizábamos más, en principio, unas cosas, ahora en vista de la evolución de los tiempos pues vas cambiando y vas también

puliéndola más, derivándola para cosas que nos parecen cada vez más importantes. La cuestión de la anatomía, fundamentalmente, con la cuestión de la prevención de la salud; esto siempre, 10 años atrás la cuestión de la prevención chocaba hasta en los centros sanitarios. Esto no tenía cabida. El tipo de asistencia patológica a nivel sanitario, en principio, era totalmente cerrada, entonces nosotras rompimos absolutamente con todo este concepto de que lo que se tiene que tratar son las enfermedades -que no deja de ser correcto-, pero no solamente eso, sino que el concepto de salud es un concepto muchísimo más amplio, donde entra la parte psicológica y la parte física y que, por supuesto, es más correcto prevenir enfermedades, graves algunas, como puede ser el cáncer de mama, el cáncer de matriz y todo lo que es el capítulo de las enfermedades de transmisión sexual, que era importante cambiar el concepto en la gente a nivel de prevención de su salud. A nivel de métodos anticonceptivos, había muchos métodos anticonceptivos que se desconocían, por lo tanto si desconoces no tienes opción a elegir y por lo tanto era otro tema que se machacaba en las charlas. Los métodos anticonceptivos es algo que continuamos manteniendo. Otro capítulo era el de la sexualidad como forma de romper toda la mitificación que había, toda la represión en estos conceptos de sexualidad, darles un aire muchísimo más abierto, una cuestión... que había que separar de la reproducción; era absolutamente necesario, por ello partíamos de que la charla era imprescindible" (P.S.).

Pensada y tratada como una vía de acceso a la nueva normatividad, la charla, vista como el conjunto de la pedagogía de los centros, funda sobre una ideología sanitaria la casuística de tratamiento de las demandas individuales donde se considera que las preocupaciones clínicas están integradas en la "globalidad social" del sujeto femenino (Assier-Andrieu et alii, 1995:103). En el capítulo siguiente veremos cómo opera la charla en el conjunto del trabajo interdisciplinario.

Hasta aquí hemos intentado caracterizar los aspectos más importantes que conforman la especificidad de los CPF. Aspectos, que se podrían definir como propuestas alternativas a la asistencia sanitaria dominante en nuestra sociedad. Veamos a continuación cómo se gestiona desde la perspectiva hegemónica la gestión de los centros.

4.4 El Estado de hace cargo

Ya hemos dicho antes que tras la despenalización de los métodos anticonceptivos, el propio gobierno se encargó de poner en marcha una red de centros públicos de Orientación Familiar dependientes del Estado. Pero este hecho no aseguraba la prestación contraceptiva a toda la población porque, entre otras cosas, la Seguridad Social no se hacía cargo de facilitarlos. Esto, junto con el hecho de que los centros formados desde las asociaciones, no ofrecieran el mismo tipo de asistencia que los oficiales, dio lugar a cierta polémica y a la desconfianza por parte de algunos sectores que veían, en la integración de los primeros a la Seguridad Social, una forma de acabar con muchos de los contenidos de sus reivindicaciones.

De esta manera los grupos que crearon los primeros CPF se manifestaron en torno a dos posiciones:

1) Las que creían que no se podía dejar a las mujeres "abandonadas" en este aspecto sanitario hasta que la Seguridad Social se hiciera cargo de ellos de forma global y siguiendo sus mismos criterios, y

2) Las que creían que seguir haciéndose cargo de esta parcela de la Sanidad retrasaría el que la Seguridad Social englobara esta área.

En este sentido, hay que decir que la integración de buena parte de los Centros en la red sanitaria pública provocó una reestructuración que desembocó en un alejamiento cada vez mayor de los esquemas ideológicos que se plantearon en un principio⁷⁹. Fueron sobre todo los centros ubicados en autonomías que no tienen transferidas competencias en materia de sanidad los que se vieron, en principio, más afectados. Es el caso, por ejemplo, de los centros de Asturias:

79 Pero no se trató tan solo de la cuestión de integración. Esteban añade, además, que la propia dinámica de algunos centros les ha llevado a funcionar de forma ajena a las reivindicaciones de los inicios. En este sentido, argumenta que ya sea por la relación de confianza entre unas y otras o ya sea por la dificultad misma de la tarea emprendida, no se ha logrado desde los CPF establecer, canalizar, sistematizar y llevar a la práctica algo que se ha mantenido más en un ideal, en una declaración de principios (1994:33)

"El INSALUD decidió hacerse cargo de los centros de planificación en 1989. Deciden prescindir de las asistentes sociales. Con el traspaso, los centros de planificación se han convertido en una consulta ginecológica, se ha prescindido de las charlas, de la prevención, de la psicóloga y actualmente son una consulta de ginecología con su lista de espera y sin más. Los ginecólogos que pasan consulta son objetores de abortos, con lo cual se favorece a las clínicas privadas. Ese cambio ha significado una herida que aún nos duele, se ha frustrado el proyecto que hacíamos con mucha ilusión. Incluso teníamos sesión de radio un día a la semana, con llamadas y consultas. Nosotras en los plannings también fuimos pioneras en la preparación al parto. Hicimos un proyecto integral muy bonito pero luego INSALUD dijo que ya lo harían sus matronas" (Maita)⁸⁰.

Posteriormente ha habido un proceso progresivo de integración de los demás centros en las comunidades que tienen transferidas las competencias en materia de sanidad. El resultado no ha sido más satisfactorio.

4.4.1 La integración que marca diferencias

Desde la creación de los primeros centros, la planificación familiar ha recorrido un gran camino. Unos nacieron deseados, en muchos casos, por las futuras usuarias y los primeros representantes democráticos municipales, y otros, como un plan concreto desde el Ministerio de Sanidad. Pero la posibilidad de favorecer la coordinación entre los profesionales de las dos instituciones no siempre ha tenido buen final, teniendo en cuenta las diferentes normativas que han ido perfilando las competencias en materia de salud de los Ayuntamientos, de la red sanitaria pública de la Seguridad Social y la transferencia de competencias sanitarias a las diferentes autonomías.

Ya hemos señalado anteriormente que en algunos casos la integración se ha producido de una forma parcial o total; en otros, la restructuración ha significado la desaparición del centro de planificación familiar por considerarse que los profesionales con los que cuenta la sanidad pública -con título de ginecología o no-, pueden realizar el mismo trabajo.

En los casos en que la integración se ha producido, se trata de una incorporación física de las personas aunque la calidad del servicio -al tener que adaptarse al funcionamiento de la sanidad pública- haya disminuido. Pero tampoco en estos casos la integración es total, ya que la sanidad pública puede reconocer que el servicio se puede realizar, pero no reconoce a algunas de las personas que realizaban hasta el momento el trabajo (psicólogas/os sobre todo). En estos casos el ayuntamiento no deja de hacerse cargo de estas situaciones y se producen conciertos entre los organismos que facilitan que los equipos iniciales continúen trabajando unidos.

Recordemos que en los casos que se ha producido integración física en Catalunya (Cerdanyola-Ripollet, El Prat...) el Ayuntamiento continúa haciéndose cargo del personal que trabaja en el servicio municipal y de una parte del material sanitario. Es decir, tan sólo se ahorra el pago del local sin que se conceda una mayor subvención, ni el convenio recoja un aumento de prestación por parte del Institut Català de la Salut (ICS) respecto a los centros integrados físicamente.

Esteban, en su análisis para el País Vasco, destaca que la inserción en la red ha dependido fundamentalmente, y en positivo y negativo, de personas concretas de todos los niveles (administración sanitaria, equipo de planning, resto de la red). En algunos casos, la desaparición de estas personas o la aparición de otras nuevas ha modificado de una manera importante esta situación. En cuanto a los límites posibles, considera que la situación de los plannings, en cuanto a la relación entre sanitarios, no es muy diferente a la de otros equipos y/o profesionales. En algunos es posible un contacto muy estrecho y en otros no, y en la mayor parte de los casos, es inexistente o insuficiente. Piensa que ha sido la falta de personas responsables a nivel administrativo central y de haber dejado la supervisión de los CPF en manos de los gestores locales lo que ha supuesto trabas a un mejor y más coordinado funcionamiento (1994:17). Desde mi punto de vista, más que de una descoordinación a nivel de gestión de servicios (que considero

fundamental), se trata de una cuestión de competencias a nivel profesional, de la consideración, en la mayor parte de los casos, de las trabajadoras de los CPF como intrusas en el sistema sanitario y, de una diferente concepción de la asistencia sanitaria por parte de unos y de otros.

4.4.1.1 Diferente concepción de la asistencia

En los últimos años se han diseñado una serie de programas sanitarios, que tienen como característica común la de centrarse en la salud reproductiva y sexual de la mujer y que han dado como resultado en Catalunya la elaboración del "Programa d'Atenció a la Dona" (PAD). En ellos se contemplan varios subprogramas: Atención Materno-Infantil, Planificación Familiar, Atención Ginecológica y Climaterio/Menopausia. El análisis que hizo Esteban (1993a, 1994) puede servir para explicar el caso de Catalunya porque los procesos son similares.

Esteban subraya que a pesar de los avances a nivel teórico, en la práctica no se han modificado los contenidos de trabajo anteriores a la creación del PAD, ni los roles de cada figura sanitaria, y sigue canalizándose la gran mayoría de la atención hacia la figura del especialista. Además se han estructurado de otra manera los tiempos y las tareas de éstos, que se rigen por su correspondencia en un servicio. Es decir, pertenecen jerárquicamente al servicio hospitalario de referencia, aunque tengan unas horas fijas de dedicación ambulatoria (de 8h a 3h), lo cual significa que ejercen más tiempo y que hacen tareas no practicadas hasta el momento. Así es como se pretende, de un modo sistemático, adecuar este campo de la salud a las necesidades supuestas de las mujeres (1993a:357-358). En el caso de que se dé una integración del CPF en el CAP, las relaciones entre especialistas y profesionales del centro tiene dos trabas principales, según Esteban. Por una parte está el tipo de prestaciones. Más que coordinación habría que hablar de respeto mutuo formal, ya que a las/os ginecólogas/os no les ha interesado

llevar a cabo muchas de las actividades de los *plannings* que ellos consideraban de segunda categoría para sí mismos. El carácter de ciertas prestaciones como la realización de vasectomías y aborto, de las que no podían desentenderse, bien por ser sus responsables, bien por requerirse, legalmente por lo menos, la firma de un/a ginecólogo/a, suponía un distanciamiento entre un equipo y otro. Por otro lado el perfil profesional ha sido un tema complicado de resolver, ya que las profesionales de los *plannings* tienen en bastantes casos un desajuste entre la experiencia real y formación, y la titulación (1994:18).

La actitud más general, sobre todo desde los especialistas de gineco-obstetricia, ha sido la de poner pegas a que se llevaran a cabo cierto tipo de actividades por dichas profesionales. Estos conflictos han surgido sobre todo a la hora de intentar llevar a cabo coordinaciones mayores, por lo que en algunos casos han supuesto un freno definitivo para ello, limitándose los especialistas a sus funciones clásicas y a una política de "hacer la vista gorda" respecto al *planning*. En todo caso, la dificultad se ha derivado sobre todo de las concepciones de estilo de trabajo diferenciados (Ídem:18).

4.4.1.2 Diferente estilo de trabajo

La nueva concepción de la asistencia sanitaria desde los Centros de Atención Primaria incluye la palabra *equipo* (Equipos de Atención Primaria - EAP-) para hacer coherente una redefinición teórica, ideológica y programática con una remodelación de las "herramientas prácticas" con las que los Servicios de Salud abordan las demandas, situaciones y problemas relativos a la nueva concepción de salud. Estos EAP están compuestos por médicos, personal de enfermería, trabajador/a social, administrativos y celador (Uribe, 1989:27). Pero la existencia de un equipo no presupone que entre sus componentes se establezca un diálogo que permita una horizontalidad laboral, es decir, hacer más equitativa la responsabilidad y

participación cotidiana de los integrantes del EAP. La existencia de jerarquías entre los componentes, donde unos dictan las normas y otros las ejecutan, donde el rígido parcelamiento laboral no permite una flexibilidad, comporta que, a pesar del esfuerzo por reformar la sanidad, las viejas estructuras perduren. Sin embargo, no se trataría solamente de dar un giro al concepto de salud y al de la medicina (de reparadora a preventiva), que es muy importante; se trataría también de modificar el papel de los profesionales sanitarios. Como apunta Esteban la interdisciplinariedad -entendida como la polivalencia en cuanto a las trabajadoras y las funciones que realizan- comporta, más allá de la flexibilidad laboral, una solución a la sobresaturación de las consultas, contribuye a poner en cuestión el protagonismo de la figura médica y permite una lectura de la salud más allá de la puramente clínica (1994:29).

4.4.1.3 Un caso práctico de integración⁸¹

Para ilustrar con un ejemplo un tipo de integración cualquiera fui a visitar un centro de la provincia. Este centro de contraste⁸² es un CPF

81 Como ya se apuntó en el capítulo referente a la metodología, el hecho de elegir un centro no se considera óbice para extrapolar o generalizar los datos que de este análisis resulten. Ya hemos señalado que en los centros de Planificación Familiar, a pesar de haber nacido y desarrollado dentro de una coyuntura político-social determinada, los resultados son muy distintos unos de otros. En un principio, consideramos la posibilidad de realizar el estudio basándonos solamente en el análisis de un centro o, más concretamente, en la trayectoria profesional de una serie de personas que deciden crear un CPF. Posteriormente y a tenor de los resultados de la investigación, hemos creído oportuno incorporar datos de otros centros que permitirán corroborar que todos los centros no son iguales y que el centro que hemos decidido tomar como referencia funciona de una forma atípica con respecto a otros. Aun así, esta investigación no intenta realizar un estudio comparativo de diferentes CPF, sino contrastar la experiencia de uno que se considera central (CPF de Cambrils) con otros.

82 No especificaré en este caso de qué población se trata ya que existe una radical diferencia en cuanto a la interpretación explícita que hace el colectivo implicado en el proceso de paso del CPF a la Sanidad Pública y la valoración que realiza la autora de este trabajo a partir del análisis de otros procesos similares.

integrado en un CAP mediante un concierto Institut Català de la Salut (ICS)-Ayuntamiento.

Aunque fue una demanda del grupo feminista local, el ayuntamiento reconoció la pertinencia de abrir un centro de estas características. Pero lejos de dejarlo en manos de este grupo, convocó a concurso público, en 1986, las plazas necesarias para organizar el centro: consultora-secretaria, enfermera (estas dos pertenecientes al grupo de mujeres), médico (no era especialista en ginecología) y psicosexóloga. Las funciones de cada uno de los miembros del equipo estaban bien delimitadas, aunque se puede hablar abiertamente de trabajo interdisciplinario y polivalente. Consultora y enfermera cooperaban mutuamente: las charlas y las informaciones individuales eran proporcionadas por una u otra y éstas, a su vez, cooperaban con el médico. Ellas consideran que éste hacía muy bien su labor con las usuarias, ya que proporcionaba una atención integral en todo lo relacionado con la salud reproductiva y sexual. El centro funcionaba bastante bien hasta que, hace unos tres años, reconvirtieron el local (situado en un antiguo hospital) en una residencia geriátrica municipal. En aquella época ya funcionaba el Centro de Asistencia Primaria y se estaban empezando a poner en marcha los Programas de Atención a la Mujer. El ayuntamiento hizo lo posible para que el centro no se perdiera, para que las trabajadoras -todas menos el médico que había sido trasladado- pudieran realizar su trabajo dentro del CAP y para que el servicio se coordinara bien con los ginecólogos, basándose sobre todo en la complementariedad de las prestaciones. Así el ayuntamiento, hasta la actualidad, se hace cargo de los sueldos de las tres componentes del equipo, que trabajan integradas físicamente en el Centro de Atención Primaria.

Los problemas, sin embargo, vienen de dos frentes fundamentalmente. Por una parte, no hubo una estructuración de las competencias, lo cual dio lugar a una duplicidad de servicios de los cuales el más afectado era el centro de planificación familiar, ya que, al ser gratuito, la demanda se hizo masiva



en detrimento de la labor de los ginecólogos, que no prestaban el mismo tipo de atención que en el centro. Esta situación provocó una repartición de tareas (no una complementariedad), según las cuales en el centro sólo se atiende a las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos (DIU y píldora, únicamente) que necesitan unos controles especiales (citologías o analíticas de sangre), aunque también se atienden demandas de Interrupción Voluntaria del Embarazo (que son enviadas a clínicas privadas de Barcelona) y se realizan las derivaciones pertinentes en caso de demanda de vasectomía y ligadura de trompas (que envían a un centro público de Barcelona).

Por otra parte, el médico (ginecólogo) que les ha sido asignado no cumple con las expectativas que se esperan de él. Solamente acude al centro dos o tres días por semana, realiza básicamente el acto médico, mientras que la enfermera es la encargada de atender a la mujer, proporcionarle información, etc. La presencia del ginecólogo, contadas ocasiones, provoca que las usuarias se sientan inseguras en las visitas: la enfermera es la que se comunica con ellas, pero el ginecólogo es el que realiza la exploración sin que apenas haya un contacto directo ginecólogo/usuario. Éste tampoco entiende la existencia de una psico-sexóloga en el centro, con lo cual no hace una derivación directa. La psico-sexóloga se encarga de los casos enviadas directamente por la asistente social del Ayuntamiento que tienen relación inmediata con su trabajo. Finalmente, la consultora no puede dar ninguna información y se dedica solamente a tareas administrativas: coger el teléfono, dar horas de visita, organizar administrativamente el centro y tener los contactos pertinentes con el Ayuntamiento. No realizan charlas informativas en el centro, las visitas son de cinco o diez minutos, no se dan informaciones por teléfono: todas las mujeres se citan una segunda y hasta tercera vez para que el médico o la enfermera les explique los resultados, o clarifique dudas. Esto provoca que en menos de un mes la usuaria tenga que desplazarse de dos a tres veces al centro -con la consiguiente lista de espera- para llevar a cabo la visita completa. Por otra parte, la posibilidad de que en el centro se

haga docencia práctica dirigida a Médicos Internos Residentes (MIR) y a estudiantes de enfermería que hacen la especialidad de "Materno-Infantil", provoca que en las consultas haya una sobresaturación de personal, con lo cual la enfermera prudentemente se ve obligada a salir de la consulta. Si el ginecólogo percibe que el/la MIR se desenvuelve bien en la consulta, la presencia de aquél es puramente anecdótica, salvo en los casos en los que el/la MIR diga abiertamente que no consigue realizar una tarea determinada (el tacto ginecológico, por ejemplo). Cada cierto tiempo (entre uno y dos meses) cambian los/as estudiantes en prácticas, cosa que provoca que las usuarias nunca consigan saber quiénes son realmente las personas que las atienden.

Por otra parte, las trabajadoras consideran importante que, como mínimo, hayan conseguido que las citas por teléfono las atiendan ellas, ya que consideran que los encargados de la centralita del CAP no pueden atender ciertas demandas que requieren una absoluta confidencialidad (demandas de IVE o de píldora postcoital, por ejemplo). En cuanto a las usuarias, las trabajadoras comentan que éstas perciben que la asistencia en el centro es diferente, pero muchas de ellas continúan acudiendo porque saben quiénes son realmente las personas que intentan mantener los criterios iniciales de atención e información sanitaria. Cuando una mujer llama por teléfono nunca pregunta por el médico sino por la enfermera que es la que, prácticamente (y cuando no hay estudiantes), les atiende.

Tanto la enfermera como la consultora hablan de dos tiempos: antes y después de la integración. Evidentemente se quedan con el antes.

Sin embargo algunos CPF conservaron (y todavía hoy conservan) el sistema de trabajo y de actuación que los caracterizó y definió desde un principio. Aunque muchas propuestas sucumbieron a la integración dentro de la Seguridad Social, otros, los menos, pero los más significativos, continúan todavía con las mismas directrices de los comienzos (un poco más evolucionados y en mejores condiciones), perteneciendo a las municipalidades

y continuando con su cuestionamiento de la práctica médica ginecológica, además de ganarse la confianza de muchas mujeres.

El hecho de que los centros estén adscritos al municipio presenta numerosos inconvenientes, uno de los cuales es el poco reconocimiento que a nivel sanitario tienen por parte de las grandes instituciones. Pero la ventaja más importante, como veremos en apartados posteriores, es que poseen una gran libertad de actuación que les permite continuar con sus criterios de asistencia.

Veamos a continuación el mapa de recursos en planificación familiar⁸³ a los pocos años del nacimiento de los centros (1984); para confrontar los datos, presentaremos también la misma situación, pero siete años después (1991)⁸⁴. Las diferencias mayores se apreciarán tanto en los centros que han sido integrados dentro de la red sanitaria pública como los que, todavía reticentes, continúan siendo gestionados municipalmente.

83 Elaborado a partir de la *Guía de Centros públicos de Planificación Familiar*, publicada por el Instituto de la Mujer en 1984 y reeditada en 1991.

84 Estos servicios citados son Centros de Planificación Familiar, Centros de Orientación Familiar o consultas de Planificación Familiar repartidos entre Centros de Salud y Hospitales. Las competencias de cada uno difieren según la unidad de referencia que posean: Municipal, Comunidad Autónoma (C.A.), Municipal/C.A., INSALUD, Diputación, INSALUD/C.A., INSALUD/Municipal y otros (básicamente fundaciones privadas).

1984

	MUNICI	C.A.	MUN/C.A	INSALUD	DIPUT	INS/CA	MUN/INS	OTROS
ANDALUCIA	27	211	30	-	-	-	-	-
CEUTA/MELILLA	-	-	-	2	-	-	-	-
ARAGON	1	-	-	13	1	-	-	-
ASTURIAS	1	1	2	2	-	2	-	-
BALEARES	1	1	-	8	-	-	-	-
CANARIAS	-	2	-	4	-	-	-	-
CANTABRIA	1	-	-	5	-	1	-	-
C.MANCHA	-	1	-	6	-	3	-	-
C.LEON	1	3	-	16	-	1	-	-
CATALUNYA	53	8	-	-	2	-	-	-
VALENCIA	20	4	-	8	10	-	-	2
EXTREMADURA	1	14	-	7	-	-	-	-
GALICIA	1	-	-	16	-	-	1	-
LA RIOJA	-	2	-	2	-	-	-	-
MADRID	29	3	-	-	4	-	-	-
MURCIA	1	4	9	1	-	1	-	-
NAVARRA	2	6	1	-	-	-	-	-
PAIS VASCO	12	7	5	2	2	-	-	3

1991

	MUNICI	C. A.	MUN/CA	INSALUD	DIPUT	INS/CA	MUN/INS	OTROS
ANDALUCIA	11	268	1	-	-	-	-	-
CEUTA/MELILLA	-	-	-	2	-	-	-	-
ARAGON	1	-	-	11	-	6	-	-
ASTURIAS	-	-	-	-	-	3	1	2
BALEARES	1	-	-	5	-	-	-	-
CANARIAS	2	2	-	5	-	1	1	-
CANTABRIA	-	-	1	3	-	-	-	-
C. MANCHA	-	-	-	7	-	2	2	-
C. LEON	-	3	-	10	-	2	-	-
CATALUNYA	46	24	7	-	2	-	-	1
VALENCIA	24	15	6	-	9	-	-	1
EXTREMADURA	-	15	2	5	-	-	-	-
GALICIA	-	13	1	-	-	-	-	1
LA RIOJA	-	-	-	2	-	1	-	-
MADRID	21	1	-	23	-	-	3	3
MURCIA	-	21	3	3	-	-	-	-
NAVARRA	1	3	1	-	-	-	-	-
PAIS VASCO	-	34	-	-	-	-	-	-

4.5 Un grupo de mujeres, un CPF. El caso de Tarragona

4.5.1 Iniciativas locales

Los ayuntamientos en Catalunya -sobre todo los de izquierdas- jugaron un papel básico en la creación de los Centros de Planificación Familiar. Por un lado parecía una necesidad que la administración local se preocupara de la dotación de una serie de servicios básicos que la administración central dejaría para más tarde, y por otro lado, el hecho de que la mayor parte de los ayuntamientos catalanes fueran de izquierda aumentaba la posibilidad de que estas dotaciones fueran mucho más efectivas⁸⁵, tras los años de prohibición de la dictadura.

Los primeros ayuntamientos democráticos poseyeron, desde su reestructuración, una doble condición de órganos políticamente renovados y de instancias administrativas de primera línea con respecto a los ciudadanos. Pero el carácter receptivo de los ayuntamientos catalanes frente a los del Estado Español hizo posible que surgieran al calor de la reivindicación popular las primeras prestaciones y servicios municipales y, a la cabecera de ellos, los servicios de planificación familiar. Con esta iniciativa, los ayuntamientos intentaban dar una cobertura, más allá de sus exigencias legales, a unas necesidades de salud emergentes y desatendidas, pero, a la vez, cumplían un modelo idealizado de respuesta inmediata a demandas populares largamente negadas en la etapa predemocrática (Méndez, 1984:39).

En esta primera fase de creación los cambios tenían que ser muy rápidos para poder satisfacer todas las demandas, con lo cual la reflexión sobre los objetivos y la elaboración de una mínima estrategia de actuación quedaron relegadas a una segunda fase que se caracterizaría por una

85 Ya veremos más tarde que la efectividad del poder no se mide tan sólo por la afiliación o pertenencia a un partido o grupo político, también influye la manera de administrar este poder, y en aquellos años importaba más la adscripción a un partido político determinado que sólo por eso aseguraba, al parecer, una eficaz administración.

maduración de los planteamientos. Es decir, se juntaron la inexperiencia y las ganas de hacer muchas cosas en muy poco tiempo y, por supuesto, las pretensiones de que todo saliera bien. Por parte de las comisiones de planificación familiar de los grupos de mujeres se contaba con los deseos de trabajar, de aportar sus planteamientos y de que con ellos se modificaran los que hasta ahora habían dominado. Por parte de los ayuntamientos se pretendía mostrar a los ciudadanos que la administración local podía asegurarles aquellas necesidades primeras que, hasta aquellos momentos, la administración central se había reservado para sí.

Fue precisamente este desentendimiento de los organismos oficiales y la importancia de la gestión municipal lo que permitió que los centros formados bajo unas determinadas premisas, conservaran una etiqueta de identificación propia en cuanto al tipo de asistencia que ofrecían y una libertad de actuación que les ha revestido de un carácter distinto a los del resto del Estado:

"...la verdad es que la historia de la Planificación Familiar en este país se tiene que ver en Catalunya, toda, a parte de los intentos esporádicos que hubo cuando todavía estaban prohibidos los anticonceptivos (...) Entonces ya la gran revolución de esta historia se produce cuando entran los primeros ayuntamientos democráticos. Entonces a parte de que la idiosincrasia de Catalunya era un poco diferente, Catalunya era mucho más Europa que el resto de España y esto ya predisponía a que fuera aquí donde más se desarrollaran este tipo de cosas, coincide que es el lugar del Estado donde hay más ayuntamientos democráticos con alcaldes de izquierdas" (R.V.).

En definitiva, los primeros ayuntamientos catalanes, encargados de sufragar parte de los gastos o de hacerse cargo de los análisis clínicos y anatomopatológicos, con su apoyo económico daban una cierta continuidad a los centros en Catalunya.

4.5.2 Las Comisiones de Planificación Familiar⁸⁶

En Tarragona, la idea de abrir un centro de Planificación Familiar comenzó a forjarse en las postrimerías del franquismo. Tras la celebración de las primeras "Jornades Catalanes de la Dona", en mayo de 1976, un grupo de mujeres, como tantos otros, se organizó bajo el nombre de Bloc Feminista de Tarragona. Desde el principio, se estructuraron mediante grupos de trabajo que se denominaban *comisiones* y que tenían relación con todos aquellos campos que afectaban a las mujeres:

"Cuando se hicieron las jornadas, la primeras jornadas en Barcelona sobre el feminismo, fue cuando el boom, en el año 78, salimos tan impactadas todas de ello, que decidimos montar en Tarragona diferentes comisiones y decir, bueno nosotras en Tarragona, aquí tenemos que reivindicar muchas más cosas... Que hasta la fecha nos juntábamos, tomábamos el café y decíamos qué mal estábamos las mujeres, qué situación tenemos, no tenemos trabajo, tenemos que luchar por nuestras reivindicaciones, pero... a ver, cosas prácticas llevadas a cabo por nosotras y por lo que luchar. Por ejemplo había una comisión de escuela, que me acuerdo que estaba luchando entonces por la coeducación, o sea por admitir que la educación sea igualitaria para hombres y mujeres, que había que enseñarles los mismos trabajos, o sea algo que ahora, claro que parece... de cajón, pero entonces tenía su valor. Entonces yo estaba metida en la de planning" (M.S.).

Una de las primeras, más importantes y más fructíferas, comisiones que se formaron fue la de Planificación Familiar, con unos objetivos muy determinados:

"...el objetivo de esta comisión era sobre todo de que las mujeres vivieran su sexualidad al margen de la reproducción: o sea facilitar métodos anticonceptivos con este criterio y también que la maternidad fuera una opción y por tanto también se daba información para abortar -en aquellos años pues al extranjero-" (P.S.).

La tarea en estos términos no era nada fácil, ya que la despenalización de los métodos anticonceptivos no se había llevado a cabo todavía, pero aun

86 Ya se dijo en el capítulo de metodología que la unidad de análisis principal es el CPF de Cambrils, pero la creación de este centro forma parte de una historia que se remonta a la formación del primer CPF de Tarragona.

así "vendíamos DIU's, se vendían pastillas que comprábamos en el extranjero..." (P.S.). Teniendo en cuenta el contexto socio-político en el que esta comisión se formó y actuaba, no es difícil imaginar que la población a la que iba dirigido este discurso fuera un sector muy restringido de mujeres que comulgaban con las ideas de la comisión:

"... a nivel europeo -no tanto internacional, sino más bien europeo-, existían los centros de Planificación Familiar, y grupos de mujeres que montaban grupos de autoconocimiento. Aquí, la comisión estaba al límite de la legalidad y también estaba bastante limitado a nivel de no llegar a grandes capas de mujeres, pero sí que realmente cubría algunos... bueno pues un grupo determinado de gente que coincidía más con esta manera de pensar" (P.S.).

Pero el objetivo real era hacer que esa demanda fuera más abierta y no tan restringida a nivel de población. La comisión estaba empezando una ardua tarea que muchos otros grupos europeos habían empezado hacía años, pero con unos objetivos un tanto distintos:

"... a nivel europeo tuvo sus variantes, porque aquí llegó más tarde también y fue también más... sí que llegaba a las capas de la población donde esto era una demanda real y no tenía medios y por lo tanto accedían -aunque a nivel de ideología tampoco era muy identificativo- (...) A nivel europeo sí que cubrió esta primera faceta de que realmente las mujeres lo necesitaban, porque a nivel europeo no existía la represión a nivel de ideas morales, católicas, religiosas y tal, como aquí, pero sí que cubría la vertiente de que realmente los grupos de mujeres trabajaban más todos los aspectos de cara a las capas de población más bajas. Pero también, alternativamente, se fueron montando más los grupos de autoconocimiento (...) Nació la idea aquí un poco más paralela sobre todo a la historia de trabajar un poco de... salir un poco como alternativa o mínimamente cuestionando a toda la estructura sanitaria entendiendo esto a los ginecólogos, etc... También los grupos de mujeres empezaron a trabajar esta historia" (P.S.).

Estos objetivos que se plantearon en la comisión fueron los que realmente dieron un carácter diferente a los centros que fueron organizados a partir de grupos de mujeres, generalmente, afiliadas a grupos feministas. Las comisiones nacieron con la finalidad de cuestionar la situación de las mujeres en la sociedad española. Y cuestionar significaba cambiar radicalmente, hacer, en definitiva, que la liberación femenina fuera un hecho. Y la formación de centros de planificación familiar era una vía de escape para

que una parte de este gran objetivo pudiera llegar a servir de instrumento que, institucionalmente, fuera el motor de cambio:

"Leíamos libros, discutíamos mucho entre nosotras. Piensa que cada semana nos reuníamos y las reuniones duraban dos horas, y nos tirábamos dos horas y media o tres discutiendo sobre todos estos temas, buscando métodos y conociendo y así... Sobre todo nos basábamos en la discusión y en base a hablar mucho con la gente. Ya te digo que la mayoría eran profesionales y tal, entonces a través de ellas teníamos idea, aunque las que trabajaban dentro de la sanidad lo llevaban todo más por mano. Partiendo de la asistencia primaria de la importancia que tenía la asistencia primaria, de reivindicar esa asistencia primaria dentro del planning a través de la información. Nosotras partíamos de que hacía falta información para ofrecer un método anticonceptivo, porque sin información no podemos elegir un método anticonceptivo que queríamos, si no sabíamos qué métodos había, cómo era nuestro cuerpo, cómo funcionaba nuestro cuerpo, y un poco eso era lo que hacíamos. Me acuerdo que, incluso con un calendario de la Schering dibujábamos y enseñábamos a las mujeres dónde estaba su vagina, dónde estaba su útero y así... cómo funcionaban las pastillas, cómo funcionaba un DIU, porque también regalábamos DIU's, o sea vendíamos DIU's y las mandábamos a los profesionales que teníamos confianza a que se los pusieran. En base a todo eso nosotras trabajamos. Ya te digo que en base a discutir, sobre todo mucha discusión. Nosotras llevábamos la idea de tener un centro de planning, de cómo sería ese centro, para lo que servía y todo eso" (M.S.).

Para poder llevar a cabo uno de los objetivos que se proponían las agrupaciones feministas, la preparación profesional era fundamental. Si pretendían "revolucionar el sistema sanitario", tenían que formar parte de él. Y ciertamente, la inexperiencia de los comienzos tenía que hacerse experiencia. En este sentido hay que decir que a pesar de que siempre los centros se abrieron con profesionales preparadas al frente, la labor que anteriormente habían hecho las feministas en las comisiones -profesionales o no- favoreció que a algunos niveles se extendiera el tópico de que en los centros no había profesionales formadas:

"Aquí nos encontramos también con un tema y es que en las facultades de Medicina no se enseñaba nada de anticoncepción: no existía. Hasta el año 77, por lo menos, no se enseñó nada de anticoncepción en las facultades de Medicina, era un tema que se saltaba. Estaba prohibido y por lo tanto no se podía ni hablar. Pero incluso por investigaciones que he hecho posteriormente, e incluso después, prácticamente no se habla. Entonces los médicos se encontraron con un tema que no dominaban, no conocían y por tanto que despreciaban. Era la pura ignorancia por parte de los médicos. Por otra parte

del hecho de que previamente a la existencia de los Centros, que eso quizás no lo he dicho, ya las agrupaciones feministas hicieron trabajo en ese sentido, informaban sobre sitios adonde poder ir a abortar, conseguían dispositivos para que los pudieran colocar los médicos, y hacían actividades en ese sentido sin ser profesionales... favoreció que se cultivara la imagen de que en los centros de planificación familiar no hubieran profesionales: 'eran una mujeres espontáneas que hacían eso'" (R.V.).

En el caso de la comisión del Bloc Feminista de Tarragona, las personas que la formaron se encargaron de especializarse en aquellas ramas que eran imprescindibles para poder formar un equipo profesional de planificación familiar: 1 ginecóloga, 3 A.T.S., 3 psico-sexólogas, 3 auxiliares de clínica y una asesora del Bloc Feminista.

"Tuvimos que buscar profesionales y tal, bueno, a parte de la gente que nosotras conocíamos y que habíamos estado trabajando para ello. Quiero decir que nosotras durante ese tiempo, nosotras estuvimos moviéndonos tanto a nivel sanitario y tal como a demás gente (...) Estuvimos buscando gente y conseguimos más o menos el mínimo personal que necesitábamos..." (M.S.).

Así es como la Comisión del Bloc Feminista de Tarragona, en vigor desde el año 1976 hasta el 1981 (año en el que se constituyó el Centro), actuaron internamente como de cara al exterior para formarse y darse a conocer. Y por si esto fuera poco avalaron su necesidad recogiendo firmas de instituciones de parecida y similar confesión política y que podían ser más o menos influyentes en el propio ayuntamiento⁸⁷, entre las que se

87 El texto que utilizaron para recoger las firmas decía lo siguiente:

"Els sotasignants ciutadans i ciutadanes de Tarragona donem suport al projecte del Bloc Feminista que fa referència a l'obertura del Centre Municipal de Planificació Familiar ja que tant Tarragona, la ciutat, com els barris, es troben desproveïdes d'assistència pública en el camp de la sexualitat i la reproducció, som conscients que això ha de ser competència dels organismes de salut, però també som conscients que és necessari cobrir les demandes inajornables dels homes i dones de la nostra ciutat.

La Planificació Familiar és definida segons l'OMS com:

'Totes les persones tenen el Dret Humà de decidir lliurement i responsablement el nombre de fills i el moment de la seva concepció, de rebre informació i educació adequades sobre Planificació Familiar tant de seva sexualitat i la reproducció, així com el dret d'obtenir els mitjans necessaris per aconseguir-ho'.

Per tot això el Centre Municipal de Planificació Familiar cal que doni als ciutadans i ciutadanes el següent:

- Assistència ginecològica.
- Assistència contraceptiva.

encontraban: la Federació d'Associacions de Veïns de Tarragona, M.C.C., C.C.O.O., P.S.A.N., P.S.C., P.S.U.C., J.C.C., U.G.T. y la Associació Catalana de la Dona.

El planteamiento, como podemos observar fue el de darse a conocer como grupo y dar a conocer a la población en general qué es lo que ofrecían - en principio asistencia ginecológica y asesoramiento anticonceptivo y sexual-, para así justificar al ayuntamiento que el servicio que proponían es una necesidad de la población. Necesidad que podían avalar teniendo en cuenta el éxito de que estaba gozando la comisión de planificación familiar y las demandas de numerosas asociaciones de la provincia que las reclamaban para dar charlas. Más que generar la demanda, lo que hicieron fue dirigir su oferta mediante la información y el asesoramiento e intentando que llegara a todos los sectores de la población, sobre todo a aquellas mujeres que, según ellas, más lo necesitaban: mujeres pertenecientes a las clases populares. Sin embargo, al principio la demanda del planning, por desconocimiento, fue algo limitada:

"Y esa demanda empezaba por decir que toda la gente que estaba a nuestro alrededor y que había estado trabajando con nostras y tal hay que hacerla usuaria del planning. Hay que decirles venir, entrar que aquí está. Aquí está todo por lo que hemos estado luchando durante tanto tiempo" (M.S.).

"Las primeras fueron feministas y liberadas (...) Las primeras historias de los CPF eran las mismas que trabajaban, sus amigas, sus hermanas, sus compañeras de partido, del que fueran, toda la agrupación feminista del barrio o de la ciudad, seguro. Éstas seguro en todos. Pero yo te estoy hablando de las 100 primeras historias, de la 101 ya no. En cuanto había un poco de divulgación pues siempre empezaba a venir la gente que iba muy perdida y que encontraba en nosotras una respuesta" (R.V.).

El éxito de esta Comisión no radicó en el trasfondo ideológico de su demanda, sino que para la población femenina que hacía de receptora de este

-
- Assistència a l'embarassada i preparació al part.
 - Informació sobre el propi cos i la sexualitat
 - Prevenició del càncer i malalties de transmissió sexual.

mensaje, la existencia de un centro de referencia alternativo suponía un logro, al poder tener a su disposición, entre otras cosas, medios más eficaces para mejorar su nivel y calidad de vida.

Finalmente, la Comisión decidió hacer una propuesta al Ayuntamiento de Tarragona para que se hiciera cargo de la apertura del Centro. El ayuntamiento que en aquellos años regía Tarragona era de mayoría socialista, gobernando conjuntamente con el PSUC. La concejalía de Sanidad la tenía un miembro de este último partido:

"...los comunistas, dentro de lo que el ayuntamiento de izquierdas proponía que era el pacto del progreso socialistas-comunistas, los comunistas pedían siempre dos carteras: sanidad y hacienda (...) ¿qué pasa?, que las agrupaciones feministas conectan con la facción más de izquierdas -aunque ahora sea una cosa muy desprestigiada eso de ser de izquierdas- de los ayuntamientos, que son las regidurías de sanidad. Y el movimiento es muy parecido en todas partes: la agrupación feminista contacta con profesionales que normalmente son médicos y normalmente son mujeres-médicos y normalmente son mujeres-médicos-feministas y que ofrecen a los ayuntamientos o que piden a los ayuntamientos que se hagan cargo de abrir un centro de planificación familiar" (R.V.).

¿Esto significaba que lo tenían fácil para que el ayuntamiento les abriera sus puertas y accediera a abrir el centro? Efectivamente el Centro abrió sus puertas en el año 1981, pero con una serie de condiciones y condicionantes que parecían más una acción propia de un voluntariado social que la obra de unos profesionales que pretendían ofrecer unos servicios de calidad. Esta parte de la historia nos la cuenta una de las protagonistas:

"Y entonces, nosotras hicimos una propuesta concreta al Ayuntamiento de Tarragona, no me acuerdo muy bien en qué año fue... sí en el año 79. Hicimos una propuesta concreta de decir, pues nosotras queremos abrir un centro. Entonces en el ayuntamiento esto gustó, que la idea era muy bonita pero que ellos no tenían locales ¿cómo no van a tener locales? Entonces nosotras cogimos ni cortas ni perezosas a buscar todos los locales que había en Tarragona y que tuvieran posibilidades para abrir un centro de planning. Entonces nosotras, a todo esto éramos un centro de información de planificación familiar, en los sótanos de un local de un grupo privado como podía ser el Bloc Feminista ¿entiendes?, que nuestro local también era de lo más tercermundista. Y claro, mientras tanto el ayuntamiento decía que no tenía locales, que no había. Entonces cogimos lista por lista, sitio por sitio, dónde tenía locales el Ayuntamiento y al final conseguimos encontrar una escuela que

está en la calle Caputxins, bueno que anteriormente había sido una escuela y que cuando entramos estaba en la pizarra escrito el año 56. O sea que del año 56 estaba escrito en la pizarra y nadie había entrado allí. Bueno nosotras enseñamos al ayuntamiento que aquel local era suyo y que aquél podía estar apto. Bueno las obras costaron Dios y ayuda, porque claro eran unas aulas enormes. Claro allí había que montar lavabos, y tal... y nosotras tuvimos que buscarlo todo. Yo sólo te diré que el ayuntamiento no se encargó ni de buscar profesionales para arreglar aquello porque se los buscamos nosotras. Buscamos profesionales, buscamos de todo... incluso los proyectos de obra para dárselo mascado y todo para ver se así nos lo abrían y al final lo conseguimos. Al final conseguimos que en el año 81 se montara el centro y se abriera el centro. Y se abrió en agosto del año 81" (M.S.).

La militancia en su trabajo era tan evidente y tan contrario a las estructuras establecidas en la ciudad que tuvo que pasar tiempo para que esta labor fuera realmente reconocida. El Ayuntamiento se comprometió a proveer los medios económicos -cuando "pudieran"- y el local. De forma sutil el Ayuntamiento, que no quería asumir las competencias pertinentes con respecto al personal, les instó a convertirse en Cooperativa⁸⁸, de manera que cada año contrataría los servicios como tal:

"Se hizo este trabajo, se demostró que era una demanda totalmente real, necesaria, masiva, que después desbordó todo el servicio. Entonces a partir de ahí fueron dando subvenciones sin ningún tipo de asimilación real, por decirlo de alguna manera. Era una manera de mantener el servicio pero sin ningún lazo con el Ayuntamiento. Después ya fue cuando nos obligaron a hacer la cooperativa porque nosotras planteábamos otro tipo de situación en plan de contratos y tal, y prefirieron que fuéramos una empresa totalmente independiente, pues así era una cosa totalmente desvinculada con el Ayuntamiento. Ellos aportaban la parte de subvención económica y las condiciones eran así: no personalmente sino con la cooperativa. Planteábamos cada año un presupuesto con x dinero para mantener el servicio, ellos también pusieron la estructura del local, el material y tal y nosotras nos encargábamos de hacer funcionar y mantener el servicio" (P.S.).

88 Contratar directamente a las trabajadoras suponía que el Ayuntamiento las asumía a nivel personal, obligándose a hacer contratos laborales. Mediante la formación de la Cooperativa, en cambio, los relaciones se establecen con ésta, con independencia de las personas afiliadas, mediante contratos administrativos y renovables anualmente.

Esta cooperativa se denominó "Mitja Lluna Societat Cooperativa Catalana Limitada", nombre que se tomó de la plaza donde estaba situado el Centro.

Pero la apertura del Centro no significó que desde el principio fuera aceptado a todos los niveles. La sanidad pública fue la que mostró más reticencias al negarse a hacerse cargo de las pruebas complementarias básicas para realizar el trabajo. Una de las profesionales entrevistadas nos da una razón:

"Porque planificación familiar era municipal, porque lo otro era Seguridad Social o Diputación y no quieren saber nada de nosotros y entonces te movías por amigos y conocidos. Entonces entre que la R. estaba haciendo el MIR, yo hacía poco que había acabado el rotatorio, conocías a médicos enrollados, llamabas directamente. No podías derivar por Seguridad Social, nada, no podías pedir una analítica. Entonces, al final, fuimos a hablar con Sanidad y allí nos hacían las analíticas, mínimas, pero te las hacían y a un precio superbajo. Después ya hicimos un convenio con un laboratorio privado de la Rambla, que nos lo hacía a bajo precio, pero era la única manera de salirnos. O sea tú te tenías que poner en la realidad. O sea, tú lo podías hacer muy bien, pero después a esa mujer, imagínate que le diagnosticabas y le detectabas algún problema, y después la derivabas y podía ser una catástrofe" (C.S.).

En estos casos la estrategia de las redes sociales y de amistad funcionó muy bien:

"Había un bloqueo en Tarragona, que era decir que con la R. no nos podemos meter. Y eso fue un freno. Por otra parte intentamos cuidar las relaciones públicas, (...) y no tuvieron ningún motivo de queja de nosotras, no se estableció una guerra, no quisimos entrar en una guerra con los ginecólogos. Y bueno, como había tantas mujeres en Tarragona y tampoco les bajaba tanto la privada pues... las historia se paró, y durante todo el tiempo cuando descubrimos algún problema ginecológico, se contactaba con x ginecólogo de x hospital y te la atendía muy bien y no había ningún problema" (R.V.).

Como contrapartida contaban con la complicidad de las mujeres que, pacientemente, iban asumiendo los largos circuitos que tenían que efectuar para conseguir que les hicieran, por ejemplo, un simple análisis de sangre. Pero las trabajadoras, sobre todo al principio, sabían que tenían que demostrar que ofrecían un servicio de la mejor calidad, y de esta manera

magnificaban su trabajo entregándose a él, como nos lo describe esta médica:

"Yo en principio..., después vas aprendiendo, pero también hay que... el tiempo hay que racionarlo, lo que no puedes hacer es perder dos horas hablando con una mujer que te cuenta una neura que te va a contar a la semana siguiente la misma y que no la va resolver. Yo al principio, eso lo fui madurando. Te parecía que como funcionábamos bien, y la verdad es que se ofrecía un servicio muy integrado a las mujeres, te parecía que tú les podías..., eras la salvadora del mundo. No te lo creías pero actuabas como tal, entonces te vas dando cuenta que no, que tienes que objetivizar más las cosas y el trabajo, y racionalizarlo, porque es que no puedes tener tres horas esperando a las mujeres mientras una te cuenta la neura dentro. Un día bueno, pero por habitual no, aunque sea eso lo que quieras ofrecerle a la mujer. Y que para eso estaba la psicóloga y que era su trabajo (...) Si tú entras en una consulta y el médico no te pregunta ni cómo estás, ni te mira a los ojos, tú qué le vas a explicar (...) Además es diferente porque en el CP, ya de entrada, entre que llevas una historia, el tiempo, que sabes que tienes un tiempo, y que además tú quieres tratar íntegramente a esa persona, entonces también yo aprendí que no hay que achuchar. Yo nunca achuchaba, porque hay que dejar que la persona te lo dé" (C.S.).

4.5.3 El movimiento feminista en la puesta en funcionamiento del CPF

Al principio de estar constituido el Centro de Planificación Familiar, la asociación feminista se integró en su funcionamiento cotidiano no tanto como parte del equipo, sino prestando su ayuda en la organización del centro de una forma casi altruista. La colaboración de estas mujeres fue muy importante en aquellos inicios tan difíciles:

"La historia puede variar de un centro a otro pero prácticamente todos los profesionales trabajaron sin sueldo o cobrando poquísimo, en unas condiciones de trabajo fatales, con muy poco apoyo, nada reconocido por el resto de los profesionales, o sea éramos la purria de los profesionales sanitarios... interviniendo entonces mucho en la organización de estos centros, directamente las agrupaciones feministas" (R.V.).

El protagonismo que tuvo el Bloc Feminista en la creación y organización del CPF fue crucial. Desde el principio fue un proyecto del Bloc,

y con él, ganaba una partida que le haría conseguir una parcela de poder que le permitiría difundir, sin interdicciones, sus ideas. Es más, en los comienzos de funcionamiento del CPF la divulgación de métodos anticonceptivos y la promoción de la salud eran las vías fundamentales de difusión de su ideología a las usuarias. Pretendían así colocarse a la altura de otros países donde este tipo de discurso estaba ya consolidado y donde, teóricamente, la revolución sexual y la liberación de la mujer eran ya un hecho. Pretendían así despertar a una población aletargada y encuadrada en unos esquemas donde la mujer era la principal perjudicada. Pretendían, en definitiva, educar (re-educar) en unos nuevos planteamientos donde la idea de los CPF encuadraba perfectamente y mediante ellos se podía realizar su revolución legítima: la liberación de todas las mujeres de los esquemas donde hasta ahora estaban encasilladas como esposas y madres.

"Tenía una doble vertiente. No era tan sólo poder desligar sexualidad de reproducción que, en los planteamientos, era fundamental para la liberación de la mujer, era fundamental que no fuera madre cuando no quisiera ser madre. Entonces esto era el motivo, que dentro del movimiento feminista era superevidente, que había que potenciar la utilización de anticonceptivos, pero había otra historia que la contempla desde un principio los CPF que era que hacía falta una revolución sexual en el sentido de que la sexualidad que los hombres se han inventado para las mujeres no era la sexualidad de las mujeres. Entonces, había un intento realmente de las mujeres de descubrir y potenciar su sexualidad y su vivencia de la sexualidad con un poco de esquema mental que entonces no era muy claro, que es el descubrimiento de que la sexualidad que los hombres siguen inventando para ellos tampoco era la sexualidad de los hombres. Que era una serie de estereotipos" (R.V.).

Evidentemente este planteamiento resultaba una utopía, aunque no por ello menospreciable. Resulta lógico que estas mujeres pensaran cambiar todo radicalmente y de forma muy rápida sin dejar lugar a la reflexión de los objetivos que, más bien a corto plazo, querían llegar a conseguir. Por este motivo, con la apertura de los centros tuvieron a su disposición el lugar y momento idóneos para intentar convencer a las demás mujeres de lo que ellas creían que era lo correcto. Aunque la imposición ideológica no estaba

en sus planteamientos, era inevitable querer hacer valer unas ideas (sobre la liberación de la mujer, por ejemplo) en las que ellas creían firmemente:

"Bueno, aquí ya depende del estilo de cada centro, pero en general una de las cosas que se plantearon desde un primer momento fue no imponer nada y respetar siempre la ideología, en el sentido que fuera, de la usuaria. Lógicamente, aquí ha habido sus más y sus menos: todo el mundo metía su coletilla y su miting ideológico (...) En algunos momentos, sobre todo en los primeros, era de una manera que se puede interpretar, y hay que reconocerlo, como un poco agresiva. Es decir, tú te tenías que conocer tu cuerpo por definición ¿entiendes? No era decir o introducir suavemente la motivación para que te conocieras tu propio cuerpo. Un poco por ejemplo: '¡Desnúdate!, pero... ¿te da vergüenza desnudarte?, ¡qué horror!'. Un poco iba así. Por otra parte la mujer pues era la típica víctima, existen muchas ¿no?, pues era cuestión de que se rebelaran: '¡rebélate!', sin considerar todos los condicionantes que podían que no fuera posible ni a lo mejor conveniente que esta mujer se rebelara. O sea que era un poco el cliché de la mujer liberada" (R.V.).

Por otra parte, la idea de romper con lo establecido las indujo también a implantar un modelo tanto de asistencia como de trabajo, sin precedentes: el acercamiento mutuo entre las profesionales y las mujeres. Esto, en teoría, era reivindicado y reclamado por todas las componentes del nuevo centro, herederas de una ideología que pretendía tirar por tierra las barreras de una posible jerarquía (no solamente médica/usuarios, sino también entre las propias profesionales). Pero una cosa quedaba clara desde el principio entre las profesionales: el Bloc Feminista no tenía que intervenir directamente en la gestión del centro:

"El proyecto fue llevado por el Bloc Feminista, pero a partir del momento en que el Ayuntamiento aprobó el proyecto todo lo llevaba un grupo de trabajadoras entre las cuales había unas cuantas que eran del Bloc Feminista y otras que no; ¿que eran feministas? seguro, seguro, de ideología, de mentalidad, pero no era del Bloc Feminista; C. no fue nunca del Bloc Feminista..." (R.V.).

Pero aun así pactaron una colaboración, con la cual se pretendía que con el nuevo estatus de profesionales de la planificación familiar, las trabajadoras no olvidaran que, por un lado, "lo del planning fue un golazo del Bloc Feminista" (M.S.), por otro lado, el motivo por el que estaban en el

centro y, finalmente, para que no continuaran reproduciendo los antiguos roles médico/enfermo o médico/enfermeras. De esta forma resolvieron introducir en la plantilla de las trabajadoras la figura de la "asesora del Bloc Feminista":

"Mi trabajo un poco consistía en controlar todo ese trabajo como profesionales que se hacía, que fuera lo más adecuado posible. Las trabajadoras del planning montaron una cooperativa y como tal cooperativa tenía unas reuniones periódicas a las que yo asistía como 'comisión de usuarias' del planning. Porque una de las cláusulas que pusimos cuando se abrió el CPF es que las usuarias tenían voz y voto dentro del planning, un poco se trataba de controlar de que todo fuera bien, de que el trabajo era correcto desde el punto de vista feminista (...) ¿por qué una comisión de control?, pues sencillamente porque resulta que como todo eso es una ideología de alguna manera que rompe y que no hay nada escrito sobre ello, entendíamos nosotras que hacía falta que eso tuviera un control de algo o si alguien se pasaba en cuanto a lo que en principio entendíamos... " (M.S.).

Como se desprende de esta cita, las componentes del Bloc Feminista que se hicieron cargo de la fundación del CPF intentaron no dejar ningún cabo sin atar en lo que se refiere a las funciones y cometido del centro y de las que trabajaban en él. La función de la asesora era ni más ni menos que la de "vigilar" tanto la forma de trabajar como la información que se tenía que difundir, siempre, como lo dice ella misma, "desde el punto de vista feminista". Pero también incurrieron en la reproducción de parámetros. El paternalismo que tanto criticaban de la medicina tradicional se convirtió, en algunos momentos, en maternalismo, que se manifestaba en la propia manera de trabajar, y más aún en las ideas que intentaban normativizar entre la población femenina:

"Sí, sobre todo que ellas eligieran, ellas por ellas mismas, el método que ellas querían. A ver, la idea principal en cuanto a la promoción, por ejemplo, la idea de una charla de información... te pueden decir, 'le informo de que este cuadro está ahí colgado'. Pero hay muchas formas de decir que este cuadro está ahí colgado. Y partíamos de la idea de que las mujeres hemos sido siempre, pues primero con los padres y después con los maridos, siempre hemos sido agregadas a algo, entonces partíamos de la idea de decirlo, en cuanto a la charla y en cuanto a todo el proceso de decir que cada una tenía una personalidad propia y poder elegir ella el método que ella quería, cómo quería su sexualidad y... en eso consistía más o menos, era buscar la

autonomía de la mujer (...) Hemos pasado por ideas muy radicales. Piensa que en cuanto a los métodos anticonceptivos, a las charlas y a todo eso, te encontrabas muchas veces con mujeres que decían que haciendo el amor no se lo pasaban bien. Y tú tenías que decir: 'pues señora, muy mal que usted no se lo pase bien, porque usted sabe señora que usted tiene una parte sensible en donde si usted se toca, usted se lo puede pasar muy bien solita'. Había que decírselo así, porque la gente no lo sabía" (M.S.).

Al parecer, algunas de las protagonistas no veían con buenos ojos la coexistencia de dos movimientos (el feminista y el de planificación familiar), que para unas eran paralelos, mientras que para las otras eran divergentes. Las componentes del Bloc Feminista defendían la complementariedad de la ideología y la práctica en un mismo contexto; para las trabajadoras la práctica -con unas ideas determinadas- era independiente de la ideología, sobre todo de cara a las usuarias del servicio. En definitiva, se tenía que replantear el servicio en otros términos y ver qué es lo que realmente buscaba y pedía la mujer (que podía diferir de lo que en el centro se le proporcionaba). Profesionales y feministas estaban trabajando conjuntamente (éstas últimas se encargaban de proporcionar las informaciones sobre aborto y esporádicamente ayudaban sobre la marcha en tareas como recibir a la mujer), y este trabajo se tenía que hacer con una cierta coherencia tanto entre ellas como de cara a las usuarias. La ideología estaba presente porque sobre esta base se habían creado y funcionaban los centros, pero también tenían que conectar con las mujeres mediante los servicios y el tipo de asistencia que promocionaban. Así fue como el dogmatismo del principio se fue suavizando con el tiempo:

"...la gente que se dedicó a esto enseguida tuvo una capacidad de asimilación de la realidad y los CPF inmediatamente se hicieron a las usuarias. Las usuarias se convirtieron en fans por norma general conectaron. Era un lenguaje directo, una línea de comunicación abierta y la mujer se sintió enormemente a gusto: esto fue una generalización. (...) Se sentía escuchada, respetada incluso aunque en algún momento la machacaran ideológicamente, pero no se sentía así, en general se sentían muy bien y eso es una cosa que sigue pasando ahora" (R.V.).

Pronto, las pretensiones feministas, generalizadas a toda la población se fueron canalizando y se convirtieron en valoraciones a nivel individual. Las profesionales (y las que después se profesionalizaron) se dieron cuenta de que "la coletilla" había que dosificarla:

"Nos dimos cuenta de que tienen detrás de ellas una educación de 30 años, es que aunque pongas ahora a una mujer de 35, una educación de 35 años hermética, porque ha habido de todo, pero la mayoría... dentro de una España católica, franquista y todo ese rollo... siempre vigilando para que no te toquen y guardar la virginidad para el matrimonio y todo lo que lleva con ello y que tú sólo sirves para reproducir y para llevar una casa y que no entiendes de nada más. Y eso arrástralo durante cuarenta años y a los cuarenta años dile que es una mujer, que es una persona y que puede tener todo eso para ella, entonces la lanzas al vacío y se suicida seguro, o cae en una depresión de pensar que vaya vida de mierda que lleva pudiendo llevar otra. Un granito de arena, la sexualidad mismo, la sexualidad mal llevada durante toda la vida, mal aprendida ¡lo que cuesta!, lo que cuesta cambiar un hábito tan sencillo como que te guste el café; ¿cómo vas a cambiar un hábito en el que interviene otra persona que normalmente es tu pareja, fija en estos casos, en la mayoría de los casos y que no la quieres cambiar y no la cambiarás porque tienes tus convicciones?" (M.S.).

Finalmente, aunque no se rompieran los lazos, sí que hubo un cierto distanciamiento (y más tarde una total independencia) con respecto al Bloc Feminista. Aunque no se haya expresado abiertamente en ninguna de las entrevistas realizadas a las trabajadoras del centro, la lectura que se puede hacer de la creación de la cooperativa es la siguiente: causó una primera desmarcación con el Bloc Feminista ya que desligó, en principio de forma muy débil, a las profesionales (aunque algunas formaran parte del movimiento) de las componentes del grupo feminista. Un ejemplo claro es que a las reuniones que las componentes de la cooperativa realizaban periódicamente, no asistía ninguna miembro del Bloc Feminista, salvo la asesora. Y posteriormente, al desaparecer el CPF de Tarragona, no asistió ningún miembro de éste a las reuniones de la cooperativa y la figura de la asesora también se perdió.

Pero de la misma manera que el Bloc Feminista luchó por la apertura del centro en Tarragona, también luchó para que no lo cerraran, más incluso que

las propias trabajadoras, que tenían que "guardar las formas" de cara al ayuntamiento, aunque como veremos en el próximo apartado, de poco sirvió. El cierre, que analizaremos posteriormente, fue uno de los motivos que acabaron por distanciar a las profesionales de las feministas. Durante los siete años que estuvo funcionando el centro en Tarragona, a pesar de que había una colaboración más o menos estrecha -a través de la asesora-, ya hubo un distanciamiento por la propia dinámica del centro, ya que, según una de las trabajadoras, prevalecieron los criterios profesionales y asistenciales por encima de los ideológicos. Así nos lo explica esta entrevistada⁸⁹ a propósito de este conflicto previo al cierre del CPF:

"Decían: 'volem un planning' y no 'volem el planning' como ya había, sino 'volem un planning amb criteris feministes'. Entonces eso es gente que no tenía muy claras las ideas, esto se dice cuando empieza un planning, pero no cuando hay uno que te gusta. Yo aquello lo taché, o 'amb els mateixos', o 'amb la mateixa gent' o 'amb criteris professionals', pero no... ¿qué quieres decir que el que había antes no tenía criterios feministas?, pues había gente que pensaba que no y querían meter allí el chiringuito en el planning de libros de feminismo. Yo les dije que cada cosa en su sitio, y que aquello era un centro sanitario. Que esto está muy bien, tener como planificación criterios feministas, pero no vamos a confundir las cosas: cada uno en su sitio y haciendo bien las cosas. Entonces allí es donde empezó un poco el pique: 'las trabajadoras no hacéis nada...', eso después de dos meses que no se arreglaba nada; reuniones... yo no sé cómo tuvimos tanta fuerza, fuerza supongo que por la gente también y entonces un poco: 'sólo trabajamos nosotras, vosotras que es vuestro puesto de trabajo no hacéis nada...' pasando totalmente de la historia".

A pesar de que hubo colaboración durante el tiempo que el centro de Tarragona estuvo abierto, el convenio para intervenir, que el movimiento feminista había tenido por medio de la asesora, desapareció con la formación de otros centros. Aun así no se puede considerar este distanciamiento como conflictivo ya que, a pesar de la profesionalización de las trabajadoras, algunas de ellas continúan afiliadas al movimiento. Por otra parte, éstas mujeres afiliadas al Bloc, continúan como usuarias de los centros que todavía

89 Se ha omitido cualquier referencia personal, por deseo explícito de la informante.

siguen abiertos. Es decir, que aunque no hay una colaboración profesional entre ambas, las relaciones a nivel personal se mantienen.

4.5.4 Cierres y nuevas aperturas: un largo camino por recorrer

Tras la apertura del centro en la ciudad de Tarragona, empiezan a surgir iniciativas por parte de otros ayuntamientos de la provincia. De hecho fueron las propias trabajadoras de la cooperativa las que iban por los pueblos divulgando lo que se había conseguido en Tarragona:

"Un año después de que se abra el de Tarragona y por una absoluta casualidad, se abre el CPF en una población de 20.000 habitantes. Aquí, y en contra de la norma general, no había agrupación feminista, sino que es una iniciativa que sale directamente del Ayuntamiento: concejal comunista (...) De la misma manera que todos: pagaban solamente los desplazamientos. Las trabajadoras se traían, por ejemplo, ellas mismas, las cortinas de casa. Bueno... como todos, pero se monta casualmente por iniciativa del Ayuntamiento. Y al cabo de unos meses... sobresaturado. Y eso que no había movimiento feminista, pero se demostró que había la necesidad" (R.V.).

Y fueron ellas mismas las que se encargaron de realizar la tarea. Como si se tratara de un reguero de pólvora, fueron "predicando" y creciendo:

"¿Qué pasó?, pues que la Mitja Lluna se dedicó a hacer divulgación y íbamos predicando pues por los pueblos. Nos llamaban: 'Oye nos hacéis una charla de planificación?', 'Sí, sí, vamos para allá' ¿Qué pasó?, pues que en El Vendrell aparecieron dos extrañísimas señoras mayores que estaban de concejalas en el Ayuntamiento y dijeron 'pues aquí podríamos montar uno', 'pues lo montamos' [1984]. En Cambrils había una regidora comunista (...) la M. nos dice 'pues en Cambrils podríamos montar uno', porque como éramos muy baratitas... 'pues vale, pues bueno, pues lo montamos' [1986]. Y en Tortosa, allí las feministas nos pidieron ayudarles a montar uno. Pero es una circunstancia de Tarragona [como provincia]. O sea que la Mitja Lluna se dedicó a fundar conventos, a mí me llamaban Santa Teresa de Jesús. O sea allí donde había un ayuntamiento con alguien que un día ibas por allí porque te habían llamado pues los de la escuela del pueblo, para que hicieras una charla, aparecía el concejal y te decía 'y ¿por qué no?', y tu decías 'Palabra, venga, aquí tenéis el proyecto, montémoslo'. Pero el hecho de Tarragona es absolutamente distinto a los demás. El caso de Tarragona es especial" (R.V.).

Como podemos observar, la apertura de los Ayuntamientos, aunque no fue tan masiva como se nos explica en la cita anterior, sí que fue lo suficientemente significativa para calificar a Tarragona (la provincia) de ser un caso especial. Lo cual tampoco les eximió de ser el punto de mira privilegiado desde el ayuntamiento para que a la mínima... decretaran su cierre.

Efectivamente el CPF de Tarragona, dirigido por la Cooperativa Mitja Lluna, tuvo poco más de siete años de vida. Pero no lo cerraron porque no les interesara el centro como tal (de hecho el CPF continuó existiendo, con otro equipo que mantuvo firmes las formas y las jerarquías), sino porque:

"¿qué hicieron después? Ellos [el nuevo equipo] no tenían ni idea de lo que era un planning, entonces qué hicieron, copiar en parte nuestro funcionamiento, a base de todo nuestro trabajo que habíamos hecho de historias y tal, y copiar punto por punto los puestos de trabajo, que no quiere decir el trabajo, es decir, contratar una secretaria, una auxiliar de clínica, una ATS, una psicóloga-sexóloga, un ginecólogo. Pero cómo hicieron: al ginecólogo lo nombraron director y el resto eran sus subordinados. Y después qué: una cosa es copiar los elementos de trabajo y otra cosa es que esas personas puedan trabajar en equipo, cuando ellos no querían un trabajo en equipo, ellos no querían reuniones, ellos querían allí un ordeno y mando, era su manera de ver. Es que ¿es como funciona en todas partes!" (C.S.).

Este centro en la actualidad se encuentra integrado en uno de los hospitales de la ciudad. De hecho, el cierre se debió a otras razones de carácter más intrínseco. El poder del ayuntamiento fue más fuerte que las reivindicaciones de las trabajadoras y las pertenecientes al Bloc Feminista. ¿La razón? En teoría fue un asunto de desacuerdo en los presupuestos asignados al centro. En la práctica: no se vio con buenos ojos que se cuestionara la autoridad del ayuntamiento. El conflicto al principio, vino de la mano de otros ginecólogos asentados en la ciudad:

"Fue muy mal visto al principio, pero costaba mucho que continuara siendo tan mal visto. Y claro, las usuarias eran una prueba fehaciente de que esto funcionaba realmente y el... al final los ginecólogos atacaron al principio, pero no pudieron atacar mucho porque al contrario de lo que pasaba en muchos CPF que había médicos sin especialidad, en Tarragona había ginecóloga con título legal; entonces ahí podían atacar poco. Aparte, la ginecóloga conocida

por el resto de los ginecólogos que difícilmente podían decir que era una irresponsable o que no se qué" (R.V.).

Pero ese quizás fue un motivo mínimo, teniendo en cuenta otras implicaciones que a nivel de instituciones se pueden plantear. El hecho de que los ayuntamientos, con la transición democrática, se abrieran a la población para atender y ofrecer a nivel local toda una serie de prestaciones, no fue del todo por una cuestión de principios sociales. Ya hemos visto que a las feministas les costó mucho trabajo que el Ayuntamiento reconociera sus propuestas; por tanto, fue relativamente fácil para el consistorio municipal buscar cualquier excusa para que el centro cerrara sus puertas a pesar del éxito que estaba teniendo entre la población.

"...[la guerra] vino a nivel político municipal. Por alguna razón que desconozco, que realmente me puedo imaginar muchas, les resultábamos incómodas, por nuestra manera de trabajar, por la cohesión que veían dentro del equipo, por la condescendencia que teníamos con las usuarias... y les pareció peligroso el juego. Entonces intentaron pasarnos por el tubo sin sentido: o sea nosotras estábamos dispuestas a hablar y a modificar, pero no por el artículo 14. La cuestión es que, bueno, se acabó una concesión que había y decidieron no renovar, por una diferencia de 500.000 pesetas (...), que al final la Diputación dijo que las pondría ¡imagínate!: la gran guerra. Y públicamente reconocieron que trabajábamos muy bien, pero que adiós" (R.V.).

"El medio millón era lo de menos, en un presupuesto de 10 millones, no va de eso. El medio millón era en plan 'yo soy el que mando', y durante un año habían estado intentando que cambiáramos la estructura de trabajo, que pusiéramos una directora, a lo que nos negamos, que una de nosotras fuera la directora. Otra cosa es que nos obligaban a hacer las visitas rápidas más en plan seguro, nos negamos, nos dijeron que nos pusiéramos una bata blanca, no nos negamos pero dijimos que creíamos que para ponernos una bata, primero tenían que tapar un agujero negro que había allí y adecentarnos el local, porque era ridículo ir con bata blanca en un local que estaba que se caía, que daba vergüenza, que nosotras ya teníamos cuidado de la esterilidad de todo el material, pero lo que era el local, las paredes daban vergüenza, entonces era todo un poco estúpido (...) El problema fue ese: que a este señor no le gustó que unas mujeres, porque este señor era muy macho él, que unas mujeres, con todo tipo de dificultades, llevaran a cabo un trabajo, después de 6 años, como el que habíamos llevado: que habían pasado por allí más de 10.000 visitas, que no teníamos más de 3.000 historias porque no nos habían querido ampliar el horario y que teníamos una lista de espera de un año" (C.S.).

Y, poder por poder, pudo más el Ayuntamiento. Así fue como se acabó el primer capítulo (probablemente el más importante) que inició las andanzas de esta cooperativa en la implantación de la planificación familiar por Tarragona y algunos municipios de la provincia. El centro de la Mitja Lluna lo perdieron, pero les quedaba Cambrils, El Vendrell y Valls que, en la actualidad superan en años y usuarias al de Tarragona.

En el Centro de Planificación Familiar de Cambrils, nuestra unidad de observación en esta tesis, veremos que los planteamientos iniciales han evolucionado y que partió con dos características que lo han hecho diferente al de Tarragona: que el Bloc Feminista de Tarragona ya no ha tenido que ver directamente con el funcionamiento y que fue el propio ayuntamiento el que ofreció la posibilidad de crearlo.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DISCURSOS Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD Y EPRODUCCIÓN: LOS CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Yolanda Bodoque Puerta
ISBN:978-84-693-6294-5/DL:T-1601-2010

**TERCERA PARTE:
ANÁLISIS ETNOGRÁFICO**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DISCURSOS Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD Y EPRODUCCIÓN: LOS CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Yolanda Bodoque Puerta
ISBN:978-84-693-6294-5/DL:T-1601-2010

5. ESTUDIO DE CASO: ANÁLISIS DE UN CPF

5.1 El CPF de Cambrils

La primera parte de este capítulo retoma la historia de la creación de los centros que ya desarrollamos anteriormente. En el último capítulo nos quedamos en la desaparición del CPF "Mitja Lluna" de Tarragona, pero apuntamos que ya habían sido puestos en marcha otros tres que continuaron funcionando hasta la actualidad. Nuestra unidad de observación es uno de ellos: el CPF de Cambrils.

En primer lugar situaremos espacialmente el centro ya que no se trata de una unidad aislada de su contexto geográfico, sino que se encuentra perfectamente integrada en su localidad: Cambrils. Posteriormente pasaremos a describir la rutina de un día de trabajo en el centro con la intención de mostrar los mecanismos que posibilitan la puesta en marcha de la especificidad de la que hemos hablado.

5.1.1 Marco local: el pueblo

El extenso término de Cambrils, de 34,76 km², está situado en el litoral del Camp de Tarragona. Está bien comunicado: la carretera N340, la autopista A2, el ferrocarril, así como numerosas carreteras locales dan fe de ello. La propiedad de la tierra está repartida (actualmente están casi equiparados el regadío y el seco) y es de explotación directa. La segunda base tradicional de la economía cambrilena es la pesca, realizada mediante diversos sistemas y con un alto rendimiento anual, que se comercializa a través del pósito local. La misma pesca ha generado industrias subsidiarias como las fábricas de hielo, de aparejos de pesca y unas atarazanas. El boom turístico ha dado lugar a la aparición de numerosos cámpings, apartamentos, hoteles, bares y restaurantes, que generalmente se han edificado sin haber

tenido en cuenta el entorno natural y histórico donde están ubicados. El mismo fenómeno turístico ha impulsado una inmigración superior al 15%. Su población ronda los quince mil habitantes permanentes.

La movimiento constante de que goza esta villa y el interés por mejorar su infraestructura han hecho que el Ayuntamiento no escatime el presupuesto (algunas veces con más acierto que otras) para ofrecer una imagen de voluntad por hacer lo posible para elevar su nivel de vida. De esta forma, Cambrils se apuntó a la oleada de Ayuntamientos "receptivos" a los Centros de Planificación Familiar, y desde 1986 ofrece este servicio y lo vende como una más de sus prestaciones a los habitantes del pueblo.

Esto podría considerarse como un hecho sin importancia si no fuera por su relativa proximidad a grandes ciudades como Reus o Tarragona, donde existen servicios similares (el Centre d'Atenció Primària de La Granja, dependiente del Hospital Joan XXIII, el Centre de Planificació Familiar de Reus dependiente de l'Hospital de Sant Joan, el Centre de Planificació Familiar de Tarragona, actualmente dependiente del Hospital Joan XXIII y numerosas consultas de ginecólogos privados). La cercanía de algunos pueblos a grandes ciudades conduce, la mayoría de las veces, a que servicios, más o menos importantes, sean obviados y a que la gente conviva con el ir y venir continuo de la ciudad al pueblo para poder solucionar cualquier problema.

La idea de apuntarse al "carro de la Planificación Familiar" no partió de una iniciativa exterior, como era lo habitual, sino que fue el propio Ayuntamiento (en aquella legislatura había una correlación de fuerzas entre PSC, ER y PSUC), mediante la regidora de Servicios Sociales -del antiguo PSUC, ahora IC-, quien se encargó de poner en marcha todo el proceso de implantación del Centro en Cambrils. Concretamente fue esta mujer la que tuvo la iniciativa de crear el CPF y de "convencer", para ello, al equipo de gobierno municipal:

"Bé pues em vaig presentar a les eleccions i des de la meva condició política d'esquerres, però més feminista, em vaig presentar amb la ferma intenció de canviar això i de fer coses que vagin per aquí. Llavors la correlació de forces que en aquelles eleccions municipals... pues la correlació de forces que van sortir en aquelles eleccions va ser que podien governar socialistes, esquerra republicana i comunistes en aquest cas (...) Però allavorens el tema de la sanitat no recollia absolutament res d'aquest tema i la única solució que les hi quedava a les dones era la d'anar-se a un metge privat i tots sabem que sempre era el mateix, aquelles dones que tenien un poder econòmic pues no tenien problemes" (MDM).

La decisión fue tomada a partir de un ciclo de charlas que las componentes del equipo del CPF "Mitja Lluna" de Tarragona, impartieron en 1985.

"Clar va haver un procés, primer no hi havia masses persones, nosaltres els únics que coneixiem era la "Mitja Lluna" que allavorens treballava a Tarragona, vam estar parlant amb elles. Es va tindre que fer un estudi tampoc disposavem d'un local perquè s'estava construint aquest edifici (...) jo em vaig reunir amb les treballadores del Centre de Planificació "Mitja Lluna" de Tarragona que pràcticament eren les mateixes que hi han aquí ara i vam estar estudiant que això s'havia de fer per etapes, que això era nou, que aquí a Cambrils això no s'havia fet mai i que s'havia de mirar una mica la població" (MDM).

La buena acogida y el éxito de las charlas fueron decisivos para que el proceso de implantación del Centro fuera posible al cabo de un año de empezar las negociaciones, a pesar de las precarias condiciones en las que empezaron a trabajar:

"Es feien una sèrie de xerrades, es va començar a convocar a les dones, es va fomentar a l'associació de dones per a que dongués una mica de difusió i va haver una bona acceptació i de seguida va tenir bastants usuàries. Llavors el servei era bastant precari. No disposaven de massa material, el pressupost era petit, el tema del funcionament anava malament i van haver bastants problemes en el tema dels cobraments. No es veia amb bons ulls des de l'Ajuntament. He de dir que era la única dona al consistori, tots els demás eren homes i no ho entenien massa bé això. Tot el que jo els explicava no s'entenia perquè per ells el planning era perquè volíem avortar i totes aquestes coses les haviem d'explicar. Home no a tots, hi havia alguns que ho entenien perfectament. Pero per la majoria era: 'planning?, que voleu ara, avortar?'" (MDM).

5.1.2 Ni carne ni pescado: entre la sanidad y los servicios sociales

A pesar de que el Centro desde su instauración ha dependido de la Regiduría de Servicios Sociales forma parte de la parcela de Sanidad. Esta situación ha dado lugar a frecuentes conflictos en relación a las competencias relacionadas con el Centro:

"Estava dins de serveis socials que era la meva comissió. Perquè imagina't ni tan sols es va poder considerar això com un tema de sanitat. Per mi era lo menys important, com si l'hagueren pogut posar... de fet estava a ensenyament també, perquè no hi havia serveis socials, els serveis socials els vaig crear jo. És a dir, l'assistent social, l'atenció al públic... que no hi havia res de tot això, res. I va costar moltíssim. Per tant la meva comissió era la comissió d'ensenyament i el centre de planning estava dins d'ensenyament perquè jo era la regidora d'ensenyament. I després bueno amb la creació del centre de planning era importantíssim dins del projecte constituir els serveis socials amb una assistent social perquè molts problemes es deriven de l'assistent social cap al planning i viceversa. Per tant era important tenir tota una infraestructura que permetés fer aquest treball. I així vam començar. Molt pobrement, amb moltes dificultats i bueno, van passar dos anys i al cap de dos anys ja va ser més positiu, es va crear l'assistent social a l'Ajuntament" (MDM).

Parece como si el hecho de pertenecer a "Servicios Sociales" le revistiera de un carácter de "servicio de beneficencia" del que, como veremos a lo largo de la tesis, carece. De hecho, su ubicación física es propiamente sanitaria, ya que está situado en la segunda planta del edificio del Ambulatorio del pueblo.

El Ambulatorio se encuentra situado en una encrucijada, a caballo entre la zona marítima y "el pueblo": una gran explanada, anteriormente sin edificar, a un lado de la riera de Riudecanyes que cruza todo el término municipal de Cambrils, llamada "*Zona Direccional*". Este lugar, que podríamos calificar como "privilegiado" se ha destinado a la concentración de todos los grandes servicios municipales: Pabellón de Deportes, Instituto de Bachillerato, Instituto de Formación Profesional, una escuela pública, la piscina municipal, el nuevo Ayuntamiento y el Ambulatorio.

El ambulatorio, acabado de construir en el año 1986, alberga en su planta baja a todos los médicos de cabecera, incluido el servicio de urgencias, donde se atiende exclusivamente a los habitantes permanentes de Cambrils. En verano y debido a que la población prácticamente se dobla, se destina un lugar en la segunda planta para atender sanitariamente a los turistas, siendo una empresa privada (SAGESSA) contratada por la Seguridad Social, la encargada de gestionar estos servicios.

En la segunda planta está situado el Centro de Planificación Familiar. De las nueve salas de que consta esta planta, solamente cinco son ocupadas el Centro, mientras que las cuatro restantes son utilizadas en invierno por la Cruz Roja para sus actividades, y en verano se convierten en consultas para los llamados "desplazados".

En sus inicios, como nos ha relatado la ex-regidora, recién estrenado el ambulatorio, la segunda planta no estaba terminada de construir y la planta baja albergaba los dos servicios más importantes -Ambulatorio y Centro de Planificación Familiar-, con lo que algunas salas eran compartidas por horas por algunos médicos de cabecera y las trabajadoras del Centro. Esta situación, aunque temporal (desde abril de 1986 hasta agosto de 1989), provocaba una descoordinación tanto de los servicios que ofrecía el ambulatorio, como de los que ofrecía el Centro de Planificación Familiar. La buena disposición de los profesionales de uno y otro servicio fue esencial para el cumplimiento del horario establecido así como el buen mantenimiento del material depositado en la consulta.

5.2 Un día en el CPF

La observación llevada a cabo en el CPF de Cambrils me ha dado la oportunidad para entender y comprobar cómo las componentes del centro llevan a la práctica su forma de entender la asistencia. Se escogió un día de trabajo para observar las actitudes dentro y fuera de las consultas, registrar

conversaciones y anotar todo cuanto ocurría, pudiendo así contrastar esto con lo que las informantes habían relatado previamente.

Como hemos repetido en varias ocasiones, la Planificación Familiar tiene una vocación mucho más amplia de lo que, en un principio, pueda parecer. No se trata de "ayudar a los pobres a tener menos hijos", no se trata tampoco de hacer accesibles los métodos anticonceptivos a la población, sin más... Se trata de abordar de frente un tema tan cotidiano como es una parte de la vida de cada una de las personas que van al centro. El motivo fundamental de este abordaje de la vida es simplemente ofrecer una información sobre las posibilidades que las personas tienen para mejorarla. Información que se concreta en el cuerpo, la salud, la sexualidad, la reproducción... en definitiva, parcelas que aunque pertenecen a facetas íntimas de nuestras vidas y, por tanto, parece que se tienen que preservar, allí se convierten en temas cotidianos.

La observación de un día de trabajo nos ha dado la oportunidad de analizar en profundidad, por un lado, los elementos principales que conforman el discurso ideológico de las trabajadoras del centro y, por otro lado, descubrir el entramado de relaciones que se establecen entre las mujeres y las trabajadoras y entre las propias profesionales.

5.2.1 La llegada: distribución de horas y de trabajos

Es martes⁹⁰ por la mañana y han quedado, como siempre, en el quiosco situado en la plaza Imperial Tarraco, frente a la Universidad. Teóricamente, tienen que salir de Tarragona a las nueve de la mañana porque, aunque se necesiten aproximadamente veinte minutos para llegar a Cambrils, el tráfico a estas horas-punta es extremadamente intenso. En la práctica, siempre salen con cinco o diez minutos de retraso, que se traducen en prisas por la carretera para llegar a la hora en que se abre el Centro.

Hoy la psicóloga "hace de" secretaria⁹¹ todo el día menos dos horas por la tarde, en que ejerce de psicóloga (de 17,30h. a 19,30h.). Estará todo el día en el Centro. Una de las consultoras trabajará como tal todo el día, salvo las dos horas de psicología, que ocupará el puesto de secretaria. También estará todo el día en el Centro. La médica estará toda la mañana y por la tarde hasta las 17,30h., aproximadamente. La otra consultora vendrá a partir de las 14,30, para impartir la charla. Y, finalmente, la educadora maternal llegará a las 16h. y se quedará hasta las 19h. Lo más probable es que todas se encuentren en el restaurante, a la hora de comer.

90 El Centro de Planificación Familiar se abre todos los días salvo el lunes. El horario es el siguiente: los *martes* por la mañana de 9,30h. a 13h. (exclusivamente consulta médica) y por la tarde: de 14,30h. a 17h. (consulta médica), de 16h. a 19h. (Educación Maternal) y de 17,30h. a 19,30h. (consulta psicológica), además de hacer charlas dos martes al mes, lo cual ocupa la franja horaria de 15h. a 19h. Los *miércoles* por la mañana de 9,30h. a 13h. (exclusivamente consulta psicológica). Los *jueves* y los *viernes* por la mañana también de 9,30h. a 13h. (exclusivamente consulta médica). Aunque no aparezca reflejado, es obvio que durante estas horas la presencia tanto de la consultora como de la secretaria son fundamentales, ya que las consultas por teléfono y las visitas sin hora previa son constantes.

He elegido describir un martes puesto que, como se puede apreciar, es el día más completo de la semana en cuanto a variación de las consultas.

91 Hasta el año 90, había una secretaria-administrativa que se encargaba exclusivamente de este trabajo. Cuando se fue del centro, la psicóloga pidió ocupar su puesto, ya que de esta manera se integraba más en el mismo (su dedicación como psicóloga, en relación al horario total, es mucho menor) y así su relación tanto con las trabajadoras como con las usuarias se incrementaba. Esta es otra de las características del trabajo interdisciplinario: la flexibilidad de las personas que componen el equipo.

El viaje desde Tarragona lo hacen juntas la psicóloga y una de las consultoras. Cuando llegan al Centro, la primera visita ya está allí esperando. La médica⁹² todavía no ha llegado; viene de otra ciudad y seguramente el tráfico también la ha entretenido.

Rápidamente se disponen a abrir todos los cajones y los archivadores, conectar el teléfono, abrir las salas y conectar la luz⁹³. Mientras la consultora abre y ordena la consulta médica, la secretaria elabora la "chuleta"⁹⁴ y prepara las historias.

La distribución de los horarios responde a una lógica que procura respetarse lo máximo posible. Las visitas se dividen en dos grupos: las largas (revisión anual y primera visita) y las cortas (urgencias y revisiones rutinarias). Las visitas largas se dan a "las medias", es decir, 9,30h., 10,30h., 11,30h. y 12,30h., mientras que las demás se dan a las horas en punto con el fin de que, si acude o llama por teléfono una mujer que tiene una urgencia (no prevista) y precisa de una visita sin demora, se le reserva un espacio entre una visita corta y una visita larga. El "menú" de hoy es bastante completo: de 9,30h. a 10h. una primera visita; de 10 a 10,30h. una revisión de DIU (Dispositivo Intrauterino); de 10,30h. a 11h. una revisión anual; de 11h. a 11,30h. una urgencia por infección; de 11,30h. a 12h. otra primera visita; de 12h. a 12,30h. una revisión de mamas y, finalmente, de 12,30h. a 13h. otra revisión anual. Por la tarde empezarán de nuevo a las 14,30h. con otra revisión anual; a continuación, a las 15h. una revisión de

92 La médica del Centro de Planificación Familiar de Cambrils no tiene la especialidad de ginecología -cosa que ocurre en la mayoría de estos centros- ya que el título -no reconocido- que se otorgan es el de "Especialistas en Planificación Familiar" y que consideran paralelo, pero diferente, al de "ginecología". Utilizaré durante todo el relato el término "médica" ya que en este sentido me parece más coherente.

93 Debido a que sucesivamente han intentado robar en el ambulatorio y en el Centro de Planificación Familiar, tomaron la determinación de guardarlo todo y cerrarlo con llave cada vez que se van.

94 Se trata de la relación de usuarias que tienen concertada la visita para hoy. En ella se especifica la hora en la que van a venir, las iniciales del nombre y los apellidos, el número de historia y el tipo de visita que se va a hacer.

DIU; a las 15,30 una primera visita; a las 16h. otra revisión anual; y, finalmente, a las 17h. una urgencia de infección. Además, ha llamado una mujer a primera hora de la mañana diciendo que le había venido la regla y que quería cita para colocarse un DIU. Previa verificación de que su citología había sido normal, la secretaria le da hora entre dos visitas, a las 11,15h. de esa misma mañana.

5.2.2 La consulta médica

Como es la primera vez que viene, la mujer que espera está un poco desconcertada (quizás debido al rápido ir y venir, de un lado a otro, de las trabajadoras) y no sabe muy bien qué hacer. Hasta que la secretaria no le ha llamado la atención para darle la cartulina y decirle que ya puede pasar, la mujer mira (aunque parece no ver) el panel con informaciones diversas -como único elemento de decoración que hay- concernientes al centro. Seguidamente se sienta en la sala de espera.

Ya ha llegado la médica. Hasta ese momento la consultora ha acabado de preparar la consulta: destapar el microscopio, procurar que esté el material necesario y que los espéculos estén esterilizados. Mientras tanto, la secretaria ya ha comprobado la hora de la mujer que estaba esperando: es la primera visita. Le da una cartulina de papel⁹⁵ donde está apuntado su nombre, número de historia y fecha del día. En esta cartulina están impresos todos los servicios de que dispone el centro precedidos de un recuadro en blanco. Cuando la mujer salga de la consulta, la devolverá a la secretaria para verificar el tipo de visita que se le ha hecho.

Cinco minutos más tarde llega otra usuaria, que no es otra que su propia madre que la ha venido a acompañar. Estas situaciones, aunque no

95 Es un trozo de papel donde se apunta el tipo de vista que se ha realizado. A final de mes, los papeles utilizados en todas las visitas le servirán a la secretaria para controlar el número y tipo de visitas realizadas.

son muy numerosas, cada vez son más frecuentes: muchas mujeres que se ven impotentes ante los problemas de la adolescencia de sus hijas, vienen al centro con la esperanza de que las profesionales las orienten. En este sentido, muchas alegan que no tuvieron esta oportunidad con sus madres, las cuales eran inaccesibles en lo que se refiere a estos temas y cualquier problema de salud, es consultado en el centro.

Ya dentro de la consulta⁹⁶, la médica examina la ficha personal de la mujer, que se le realizó el mismo día de la charla. Así, la médica se hace una idea de las características de la usuaria. Además de esta ficha, hay también una hoja de urgencias que nos indica que esta mujer ya ha acudido a la consulta por una urgencia de infección por cándidas (hongos) hace escasamente un mes.

Generalmente cuando una mujer no es usuaria del Centro y llama o acude por algún problema determinado, se le atiende, intentando solucionarle el problema específico. Una vez en la consulta, se le aclarará que si quiere continuar visitándose ha de pasar por una charla informativa. Esta usuaria siguió esta pauta y ahora, tras haber pasado por la charla, acude a su primera visita.

En el momento en que la consultora anuncia que ya puede pasar, la madre llama la atención a la consultora haciéndole señas para preguntarle si puede pasar con su hija. La consultora se limita a mirar a la chica interrogante: "¿Quieres que pase tu madre contigo?"; la respuesta se hace esperar: "Bueno... no, no quiero que pase"⁹⁷.

96 Como se ha podido observar en ningún momento he hablado de que las profesionales se pusieran la bata blanca -o cualquier otro uniforme-, símbolo indiscutible (junto con el fonendo que suelen colgarse del cuello), de los trabajadores del sector sanitario, que supuestamente se utiliza para dar una imagen de profesionalidad. Los argumentos en contra de esta práctica no son otros que los de eliminar barreras simbólicas y jerárquicas entre las profesionales y las usuarias.

97 Por norma, se tiene siempre en cuenta la confidencialidad de las visitas, puesto que las consultas son un espacio privado de la usuaria. Por tanto, siempre que vienen acompañadas se les pregunta si quieren que la otra persona entre dentro de la consulta.

Una vez dentro, la joven usuaria (19 años) confiesa sus nervios, pero se la ve muy animada y risueña. Vino al centro porque en un viaje que hizo a Francia tuvo un problema por una infección y aunque ya fue visitada por un ginecólogo de este país, su madre no se quedó tranquila del todo. De hecho fue la madre la que hizo la consulta por teléfono ("aunque ella me dice que ya no tiene nada yo me quedaría más tranquila si le echáis una miradita"). Posteriormente fue la hija la que tomó la decisión de continuar visitándose.

En la primera visita, que generalmente es la más larga de todas, la médica rellena la historia clínica, en la cual se especifican los antecedentes familiares, personales, ginecológicos y obstétricos. Entra ahora en la parte ginecológica y general:

M.: ¿Cuándo te vino la primera regla?

U.: Ya casi no me acuerdo. Bueno hacía Octavo de E.G.B.... sería a los 14 años ¿no?... sí, a los 14 años.

M.: Y ¿cada cuánto te viene?

U.: Pues lo normal, cada mes.

M.: Pero cada 26, 27, 28, 30 días.

U.: Cada 28 ó 30.

M.: Y ¿cuánto te dura?

U.: 3 ó 4 días.

M.: Y ¿la cantidad? ¿te baja mucha cantidad o poca?

U.: La normal.

M.: ¿Has tenido algún mes irregularidades?, es decir, ¿ha habido algún mes que no te haya venido o que se te ha retrasado?

U.: No.

M.: ¿Has tenido alguna vez alguna regla demasiado abundante o pérdidas importantes en mitad del ciclo?

U.: No.

M.: Cuando te viene la regla, ¿tienes dolor o te encuentras mal?

U.: Bueno un poco, me duele aquí abajo, en la barriga.

M.: ¿Te tienes que tomar algún medicamento?

U.: No, me aguanto porque no es muy fuerte.

M.: Aparte de los hongos que ya te has tratado, ¿has tenido alguna vez alguna otra infección o has notado que tu flujo estaba diferente, si olía mal?

U.: No, aparte de los hongos no he notado nunca nada.

M.: ¿Te has hecho alguna vez alguna revisión ginecológica o alguna citología⁹⁸?

U.: No, ¿qué es eso?

M.: Pues es una prueba donde se analiza microscópicamente las células del cuello del útero, que también se llama "prueba del cáncer", pero en realidad son pruebas de diagnóstico precoz. Esto ya os lo explicaron en la charla.

U.: Pues, no, no me la he hecho nunca.

M.: ¿Tienes alergia a alguna cosa?

U.: No.

M.: ¿La tensión alta?

U.: No.

M.: ¿Problemas de circulación?

U.: No.

M.: ¿Has tenido alguna vez hepatitis?

U.: No.

M.: ¿Fumas?

U.: No.

M.: ¿Bebes a diario?

U.: No, nunca.

M.: ¿Tienes dolores de cabeza frecuentes?

U.: No.

M.: ¿Depresiones largas o fuertes?

U.: No, bueno, alguna vez estoy triste, pero no sé si es depresión.

M.: Casi seguro que no. ¿Te han operado alguna vez?

U.: Una vez cuando era pequeña, de las anginas, y ya está.

M.: ¿Ahora estás haciendo algún tratamiento o te medicas por alguna cosa?

U.: No.

M.: ¿Sabes tu grupo sanguíneo?

U.: Pues... sí, pero ahora no se lo puedo decir porque no me acuerdo.

M.: No importa, cuando vengas otra vez me lo dices y ya está. ¿Te han hecho alguna vez alguna transfusión de sangre?

U.: No.

M.: ¿Sabes si estás vacunada contra la rubéola?

U.: Ni idea, mi madre lo sabrá.

M.: Bueno, por la edad que tienes es probable que sí. En tu familia ¿hay alguien que tenga la tensión alta?

U.: No lo sé.

M.: ¿Hay alguien que tenga que comer sin sal?

U.: ¡Ah! sí, mi abuela.

M.: ¿Por parte de padre o de madre?

98 La citología es una prueba que consiste en la obtención de células procedentes de las zonas en las que con más frecuencia aparecen lesiones precancerosas y el cáncer genital (el cuello del útero, el canal endocervical y la vagina) que, examinadas al microscopio después de pasar un proceso de tinción, permiten diagnosticar su normalidad o la presencia de alteraciones.

U.: De padre.

M.: ¿Casos de diabetes?

U.: Es lo del azúcar en la sangre ¿no?, pues no.

M.: ¿Hay algún caso de cáncer?

U.: No.

M.: ¿Tienes algún familiar que sea deficiente o tenga malformaciones?

U.: No.

M.: ¿Sabes si ha habido enfermedades contagiosas graves como la tuberculosis?

U.: No, que yo sepa.

M.: ¿Cuándo te vino tu última regla?

U.: ¿Qué día?, no me acuerdo, sé que fue a finales del mes pasado.

M.: ¿No sabrías decirme más o menos el día?

U.: Pues creo que era jueves, sí, era jueves... el 29.

M.: Veo que en la última visita dijiste que tomarías las pastillas ¿Te has hecho los análisis de sangre que te pedimos?

U.: Bueno, es que resulta que yo se las pedí porque pensé que tendría relaciones, pero es que todavía no las tengo.

M.: ¿Te dimos las pastillas?

U.: No, quedamos en que cuando tuviera relaciones con el chico con el que voy usaría el preservativo y después ya me tomaría las pastillas y me haría los análisis.

M.: Me parece muy bien, pero no podré hacerte la exploración total porque si no has tenido relaciones con penetración es más molesto y yo no quiero hacerte ningún daño, además no merece la pena. Así es que como ya eres usuaria del centro, en cuanto tengas relaciones con penetración si quieres vienes y te acabaré de hacer toda la exploración completa. Ahora, de momento, sólo te miraré los pechos y te tomaremos nota del peso y la tensión. ¿De acuerdo?⁹⁹

U.: Vale.

C.: No hace falta que te quites nada, simplemente levántate el jersey y desabróchate el sujetador, te estiras en la camilla y pones los brazos detrás de la cabeza.

(...)

M.: ¿Tú te miras los pechos alguna vez?

U.: ¿Cómo si me los miro?

M.: Si te los tocas o te los exploras alguna vez.

U.: No, nunca.

M.: Pues tienes que acostumbrarte a mirártelos de vez en cuando. Si te acuerdas de lo que te dijimos en la charla, es conveniente que te los toques

99 Una visita ginecológica habitual consta de: una exploración general, una exploración vaginal, tacto ginecológico (donde se palpa el útero y los ovarios), la citología, la colposcopia, la exploración mamaria, el peso y la tensión arterial.

de vez en cuando, así como lo hago yo, unos días después de haber tenido la regla y no antes. Después de la regla, los pechos están normales. Si alguna vez notaras algo raro nos llamas y lo miramos. Yo te puedo decir que los tienes muy bien para tu edad. Tienes unos pechos que llamamos "fibroquísticos", es decir, que el tejido muscular es rugoso y no liso. Pero esto es normal. Ya está, ya te puedes vestir.

C.: Quitate los zapatos y te subes a la báscula.

(...)

C.: 60 kilos. Ahora te tomaré la tensión.

(...)

C.: 110-70.

U.: ¿Está bien?

C.: Sí, está dentro de lo normal.

M.: Bueno la revisión es normal, durante los próximos meses si tienes alguna consulta que hacer vienes o nos llamas por teléfono.

U.: Vale, pues muchas gracias y hasta la próxima.

M.: Adiós, hasta la próxima".

Generalmente el clima de las primeras visitas es en principio un poco tenso, pero poco a poco se va transformando y se llega a generar un ambiente donde se respira bastante tranquilidad. Las usuarias jóvenes, sobre todo, se prestan mucho a que esta tranquilidad sea posible ya que no tienen tantos tabúes añadidos, y los que tienen son más propios de la edad que de los miedos acumulados. Por otra parte el papel de la médica y de la consultora es importantísimo. Su tranquilidad y su calma han de ser transmitidas constantemente. No se puede permitir poner una mala cara o reprender a la usuaria, sobre todo porque lo que se intenta en el centro es que las usuarias, a través del diálogo vayan asimilando la información que se les proporciona y no angustiarlas.

Antes de salir, la consultora o la médica apuntan, en la cartulina que le dio la secretaria, que le han hecho una primera visita sin citología. Ha sido la madre la que ha pagado, mientras que la usuaria se iba corriendo al instituto. Se había perdido la primera clase.

Al salir la usuaria de la consulta, la médica advierte que tendrían que evitar que las mujeres que no han tenido relaciones sexuales con penetración vinieran a hacerse una revisión habitual, a no ser que tengan una urgencia o

quieran tranquilizarse por algún problema. En general, lo más habitual es que las mujeres acudan con regularidad a hacerse revisiones una vez que tienen este tipo de relaciones.

La siguiente visita ya está esperando. Es una revisión de DIU y previsiblemente será una visita corta. Antes de hacerla pasar, la médica le echa un vistazo a la historia. Este DIU se colocó hace un mes y medio y ahora viene a hacer la primera revisión del DIU, una vez pasada la siguiente regla, para ver que está bien colocado y que no hay ningún problema.

Esta usuaria es de las más antiguas del centro y de las más "fieles". Es de Cambrils y trabaja en el campo. Tiene cinco hijos, y cuando se enteró de que "aquellas chicas" que venían a dar charlas sobre métodos anticonceptivos y sexualidad "montarían" un Centro de Planificación Familiar, no lo dudó un momento. Se convirtió en lo que se podría llamar una "usuaria modelo". Viene desde el año 86 a hacer las revisiones anuales puntualmente, ya lleva colocados 5 DIU's y ha tenido problemas con 2. Uno lo expulsó y se le colocó otro que toleró mejor. Con el otro, el problema vino después de una revisión anual rutinaria, donde en la citología se le detectó la presencia de *Actinomyces* -unas bacterias que a veces colonizan el DIU y que, si no se detectan con antelación y no se tratan, pueden dar problemas-. Se le retiró rápidamente y se le hizo una citología (impronta) al DIU para ver si la infección había llegado al interior del útero. La citología salió completamente normal. El mismo día que le retiraron el DIU, se compró en el centro una caja de preservativos y le pidió a la médica que fuera rápida en el diagnóstico puesto que quería rápidamente otro DIU. Finalmente se le colocó el último, el quinto, y hoy viene a hacerse la revisión.

El hecho de que se la pueda calificar de "usuaria modelo" se debe a que su relación con el centro responde a una necesidad concreta a la que se da respuesta sin hacerse dependiente del mismo, es decir, ha asumido la información que a ella le interesa -la búsqueda de un método anticonceptivo seguro-, y en base a esto acude al centro con la regularidad que ella cree

necesaria. En este sentido se espera que las mujeres, al recibir la información e ir asumiéndola a lo largo de las visitas, sepan utilizarla en su propio interés y no esperen que en el centro decidan por ella.

A primera vista da una imagen de ser una persona muy decidida. Llega con una gran furgoneta, aparca deprisa y, sofocada por las prisas, sube las escaleras esperando llegar puntual. Hoy aprovechará para hacer una serie de recados en el pueblo; por eso ha pedido una de las primeras horas. La consultora la hace pasar.

M.: Hola, ¿qué tal?

U.: Pues bien, mira, otra vez aquí.

M.: ¿Cómo te ha ido este primer mes?

U.: Perfecto, no sabes tú las ganas que tenía yo ya de colocármelo. Espero no tener más problemas con él.

M.: ¿Cuándo te vino la última regla?

U.: Hace dos miércoles, por la noche.

M.: ¿Fue una regla dolorosa?

U.: ¡Qué va! Pero, eso sí, mucha. Pero yo ya sé que es normal con el DIU puesto.

M.: ¿Sigues manchando en mitad del ciclo?

U.: Bueno, eso como siempre. Aquello que es como una mancha oscurita en mitad. Pero nada, ya estoy acostumbrada.

M.: ¿Te sigue yendo igual de bien?

U.: Ya sabe que sí, que me va muy bien. Pero mi marido dice que ya está harto de que tenga tantos problemas y que él se podría hacer la vasectomía. Es que con cinco hijos, yo creo que la Seguridad Social...

M.: Me parece muy bien que tu marido se preocupe por ti, pero tenéis que valorar un poco qué es lo mejor para vosotros. ¿Cuántos años tienes ahora?

U.: Pues 51 cumplidos.

M.: Con esta edad, seguramente la regla ya empezará a venirme más irregularmente, y no sé si os compensará un método como ese. Pensar en ello los dos y lo valoráis. Yo creo que no merece la pena. ¿Te ha faltado la regla algún mes?

U.: Por ahora nunca, cada mes puntual.

M.: ¿Os fiáis del DIU?

U.: Pues claro.

M.: ¿No miras de usar otro método los días de la ovulación?

U.: Nada, me fío del todo.

M.: De todas formas ya sabes que usando otro método como los óvulos espermicidas o el preservativo los días de la ovulación, el DIU tiene una seguridad del 100%.

U.: Ya, ya lo sé.

M.: Si no tienes nada más que decirme, ya te puedes ir desvistiendo.

C.: Te quitas sólo las braguitas.

M.: Ya sabes que esta exploración es muy sencilla. Solamente te colocaré el espéculo y miraré que los hilos estén igual como los dejé, y después te haré un tacto¹⁰⁰.

(...)

M.: Mira llevas un DIU que tiene los hilos muy oscuros y se ven perfectamente. Igual que yo los corté. ¿Después de la regla tú te controlas los hilos?

U.: Cuando me acuerdo. Algunas veces sí y otras no. Pero no me preocupo".

Con esta usuaria no hace falta ni tan siquiera esperar a que se relaje. Estirada en la camilla y con las piernas en alto, deja su cuerpo en las manos de la médica con toda la confianza. Tanto es así, que durante la corta exploración, y hasta que la visita se acaba, hablan de temas triviales que no tienen nada que ver con la misma. Pero esta actitud no es la más normal, ni siquiera en usuarias como ésta que hace muchos años que se visitan. Se trata de una posición que las mujeres, en general, valoran como incómoda; la relajación se hace muchas veces difícil y la sensación de molestia al colocar el espéculo es general. En algunas ocasiones, sobre todo las primeras veces que vienen, esperan más molestia, más dolor y más incomodidad ya sea porque tenían una experiencia negativa anterior, o bien porque otras usuarias cuentan sus propias sensaciones y las hacen generalizables.

A esta usuaria no se le ha apuntado ninguna cantidad¹⁰¹ en la

100 En el tacto ginecológico se introducen dos dedos por la vagina que, en combinación con la otra mano situada en el abdomen, permite valorar de una forma aproximada el reconocimiento de la posición, tamaño, movilidad y características de los órganos genitales internos (útero, ovario, trompas, ligamentos, etc...). Para una valoración más exacta se realiza, en caso de duda, una ecografía de la zona.

101 Para las trabajadoras lo ideal sería que los servicios fueran totalmente gratuitos, pero el Ayuntamiento exige que se pague. Los precios están marcados por el propio Ayuntamiento, pero las trabajadoras consideran que algunos de los servicios no se tienen que pagar. Generalmente las visitas en las que es la médica la que le dice a la mujer que tiene que volver (revisiones de control) son gratuitas. De hecho, solamente se pagan las primeras visitas, las revisiones anuales, las urgencias y los DIU's (cuyo precio varía en función de la duración del dispositivo: no se cobra la colocación). En cuanto a las citologías, al depender el centro del Ayuntamiento y no de la Seguridad Social, se llevan a analizar a una anatomopatóloga privada, que, como es amiga de las trabajadoras del Centro, hace un precio bastante especial. Hay algunos centros municipales en los que

cartulina, y la usuaria no se ha sorprendido. Sabe bien la mecánica de los precios en relación a las visitas. Cuando sale, se limita a entregárselo a la secretaria y a despedirse hasta el próximo año.

Han terminado antes de tiempo y tienen un cuarto de hora libre. La secretaria está preparando café con pastas para desayunar, que tomarán en la sala donde está el almacén con todo el material (de papelería, medicamentos y anticonceptivos) y la máquina de esterilizar. Mientras se acaba de hacer el café la consultora prepara una bombona de espéculos para esterilizar¹⁰² (se dispone de dos bombonas que contienen siete espéculos cada una. Siempre tienen que procurar las consultoras que una de las dos bombonas esté esterilizada). Durante el desayuno se comentan incidencias tanto personales -tipo "¿qué tal ha ido el fin de semana?-, como profesionales:

"S.: Ha llamado una mujer que no es usuaria pero yo le he dado hora porque dice que en uno de los labios le ha salido un grano muy grande y que le duele muchísimo. Yo creo que es un "bartholino", ¿no?"

M.: Quizás. ¿Para cuándo le has dado hora?"

S.: Para el jueves, porque hoy tenemos muchas visitas. También me ha dicho que quería venir a la charla, pero resulta que es de Salou. Ya le he dicho que aquí solamente visitamos a mujeres de Cambrils, pero que lo de la urgencia ya se lo solucionaríamos. Por cierto hay citologías para comentar"¹⁰³.

la Seguridad Social ha llegado a un acuerdo con el Ayuntamiento de forma que las citologías y todo tipo de pruebas complementarias es gratuito, con lo que la usuaria sólo tiene que pagar la visita.

102 En la mayor parte de servicios sanitarios, tanto públicos como privados, se utilizan espéculos desechables. Aquí se optó por los de metal puesto que se considera que el acabado es mejor, son mucho más manejables y cómodos, aunque el mantenimiento es un poco más costoso.

103 Generalmente, la secretaria se encarga de llevar cada día las citologías directamente a la anatomopatóloga y de recoger los resultados de las anteriores. El resultado tarda un tiempo medio de 15 días en llegar.

Los resultados de las citologías se dividen en dos: las que ha de comentar la médica y las que no. Éstas últimas son las que tienen como resultado: "Citología dentro de los límites de la normalidad".

La secretaria busca las historias correspondientes a cada una de las citologías. Las "normales" las vuelve a archivar apuntando, en el libro de registro de las citologías, el diagnóstico sin consultar a la médica. Las que tienen algún comentario que hacer las separa y aprovecha momentos, como el del café, para que la médica, historia en mano, valore el resultado, en función del cual recomienda un tratamiento, indica la repetición de la misma, la realización de una biopsia, etc.

Mientras se revisan las citologías el teléfono no deja de sonar; de hecho, no ha parado en toda la mañana. Saber el resultado de una citología¹⁰⁴, consultar un tratamiento o pedir hora de visita, son las llamadas más frecuentes. También suelen venir las mujeres directamente al centro para hacer este tipo de consultas.

Mientras están acabando de desayunar llega la próxima visita, puntualísima. Es la segunda visita que hace al centro, ya que el año pasado hizo la primera. La secretaria la recibe, confirma la cita, le da la cartulina y la invita a sentarse en la sala de espera hasta que la médica la reciba. Esta usuaria todavía no tiene la suficiente confianza con las trabajadoras, ni con el centro en sí. Se la ve tímida y vuelve a preguntar dónde está la consulta.

La médica, antes de hacer pasar a la usuaria, echa un vistazo a la historia: la exploración y la citología del año pasado fueron normales. Tiene 38 años, está casada, con dos hijos, trabaja en su casa y utiliza como método anticonceptivo lo que se conoce popularmente como "la marcha atrás". En la ficha que se realiza después de la charla ya había dejado claro que este método lo había utilizado toda la vida, que les iba muy bien y que no estaba dispuesta a cambiarlo. No obstante, en la primera visita dijo que pensaría la posibilidad de colocarse un DIU, aunque no le hacía mucha gracia.

M.: Hola, ¿qué tal?

U.: Bien.

M.: ¿Cómo te ha ido durante este año? ¿Has tenido algún problema?

U.: No, ninguno.

M.: ¿Estás haciendo ahora algún tratamiento?

104 Este bis-a-bis secretaria-médica es de máxima importancia, desde el momento en el que los resultados de la citología siempre los ha de comunicar la secretaria. La médica estudia la historia de la usuaria y, con el resultado de la citología en la mano, da un diagnóstico traducido a un lenguaje asequible, de forma que la secretaria, que también está familiarizada con el lenguaje técnico, lo comunique a la usuaria. No tenemos que olvidar que la citología se conoce comúnmente como "la prueba del cáncer", pero no se asocia con la detección de otro tipo de infecciones "menores" -cándidas o gardnerellas-. Así, cuando la secretaria comunica un resultado con alguna alteración, no tiene que crear ninguna angustia a la usuaria. En el caso de que la citología tenga cualquier alteración, es la médica la que personalmente habla con la usuaria para comunicarle el diagnóstico y el tratamiento a seguir.

U.: No. Bueno estoy un poco resfriada, pero de momento no me tomo nada, me hago zumos de naranja.

M.: Me parece muy bien. ¿En la sexualidad todo va bien?

U.: Sí.

M.: Veo que no te decidiste por el DIU. ¿Continuáis con la marcha atrás?

U.: Sí.

M.: Si a tu pareja y a ti os va bien... nada, pero ya te dijimos el año pasado que tiene un porcentaje muy alto de fallos.

U.: Me pensé lo del DIU, pero es que ¡oyes decir tantas cosas! Una vecina mía se quedó embarazada con el DIU y otra tuvo problemas, porque engordó mucho.

M.: Pero tú de esto no tienes que hacer caso. Seguro que se quedan más mujeres embarazadas utilizando la marcha atrás que el DIU, lo que pasa es que un embarazo con un DIU es más llamativo. De todas formas nosotras ya te informamos de que el DIU tiene un 1% de fallos, mientras que la marcha atrás es más fácil que falle y también te explicamos cómo puedes vigilar mínimamente para que eso no te ocurra.

U.: Si ya lo hablé con mi marido, pero es que a él no le gusta que me ponga nada ni que me tome nada.

M.: Y ¿el preservativo?

U.: Hace mucho tiempo que lo probamos, pero dice que no le gusta. Es igual, si me quedo embarazada no estará mal y... ya estamos bien.

M.: Bueno entonces si ya estáis bien, pues nada.

El énfasis en que las mujeres tengan claro el método anticonceptivo es lo más importante de la planificación familiar. Pero también para las trabajadoras es importante que no solamente se tenga claro el método, sino también que éste sea eficaz. De este modo las trabajadoras asumen el discurso de la eficacia tecnológica para justificar la constatación de sus propias ideas. En este sentido, la utilización del "coitus interruptus", a pesar de que no se exprese directamente, se considera un "retraso" considerable y muchas mujeres que lo utilizan lo saben, pero se resisten a cambiar (no les apetece o no quieren o no se atreven o no lo ven correcto). De hecho hay parejas que lo han utilizado siempre y no les supone ningún problema porque creen que lo utilizan bien. El argumento de la indiferencia ante un nuevo embarazo es el más utilizado por todas ellas. Ante esto, las trabajadoras no pueden hacer nada más que recordar año tras año el mismo argumento sobre el alto porcentaje de fallos que tiene este método, pero nada más. En el tema

de los métodos anticonceptivos es donde se manifiesta la diferencia entre los conocimientos médico-sanitarios y las creencias populares. Pero además, para las trabajadoras del centro es importante que las mujeres "disfruten" de su sexualidad, y la utilización del "coitus interruptus" es considerado un a priori para que esto no suceda. Por otra parte es inevitable que las mujeres se informen mediante las experiencias personales de conocidas y actúen de una forma u otra dependiendo de si éstas son negativas o positivas.

M.: ¿Cuándo te vino la última regla?

U.: Pues espere, déjeme que lo piense ¿Tiene un calendario? ¡Ah sí! hace dos fines de semana, el sábado.

M.: ¿Te sigue viniendo igual? ¿Cada 26-31 días?

U.: Sí, y me sigue durando dos o a veces tres días, pero normalmente sólo dos.

M.: Muy bien, pues ya puedes ir quitándote la ropa.

C.: Te quitas las braguitas y te desabrochas el sujetador. Puedes dejar la ropa colgada en esta percha¹⁰⁵.

U.: ¿Cómo me pongo? Ya no me acuerdo, y además esto es muy desagradable.

C.: Lo que tienes que hacer es poner las piernas encima de las perneras, estirarte y colocarte lo más al borde posible de la camilla, para que así se haga mejor la exploración.

U.: Yo creo que no me acostumbraré nunca.

M.: (De broma) Mira eso te pasará durante las primeras 100 veces, la 101 ya será diferente.

U.: (Risas) Es lo mismo que me dice el dentista¹⁰⁶.

M.: La consulta al principio tenía que estar en la sala donde se hacen las charlas, y teníamos previsto un espacio para que las mujeres pudieran

105 La sala de la consulta médica es bastante pequeña y no hay un espacio dividido entre lo que es la camilla para la exploración, la mesa de la médica y el armario donde se deposita el material que se utiliza para la exploración. A pesar de que a un lado hay una percha, algunas usuarias llegan tan cohibidas que se van quitando la ropa, mirando a la vez a un lado y a otro buscando un lugar donde "esconder", sobre todo, la ropa interior. Generalmente optan por ponerla en la silla que está frente a la mesa de la médica. A la hora de tumbarse en la camilla también se producen "malentendidos", en el sentido de que nunca adoptan espontáneamente la postura adecuada -estirada y con las piernas en alto, abiertas-.

106 La relación, bastante frecuente, que se establece entre la visita al ginecólogo y la visita al dentista (dos de los máximos exponentes de la medicina preventiva, que "obliga" a llevar a cabo consultas periódicas) responde, entre otras, a la sensación de indefensión (por el tipo de postura, ineludible, que se tiene que adoptar para efectuar la exploración) e incertidumbre (en relación a la angustia por el tipo de pruebas que se realizan) que ambas representan.

desvestirse, pero resulta que al final no pusieron por allí tuberías de agua y no disponíamos de grifo, por eso estamos en ésta.

U.: Bueno, no pasa nada".

Mientras la mujer se prepara, la médica se pone el guante de exploración y saca un espéculo. La consultora ha preparado un cristal - llamado "porta"¹⁰⁷- para recoger la muestra de la citología. Acerca la luz y coge la torunda montada en un palillo especial y una espátula, también especial, de madera. Antes de tomar la muestra de citología mira el aspecto exterior de la vulva.

"M.: ¿Tienes picores?

U.: Sí, pero de vez en cuando, ¿por qué?

M.: Mira, [a la consultora], acércale el espejo para que se lo vea. Tienes una zona bastante roja, y entre los pliegues podrías tener hongos. ¿Te has notado algún picor por dentro?

U.: No, por dentro no he notado nada.

M.: De todas formas te tomaré la citología, aunque también te recetaré una crema que te pondrás por fuera y un líquido para que te laves. Tu compañero que también haga el mismo tratamiento. Bien, ahora te voy a introducir el espéculo. Primero te separaré los labios. Ahora haz fuerza como si quisieras ir de vientre. Muy bien. Ahora relájate y el espéculo entrará solo. El flujo que tienes por dentro no tiene aspecto de tener hongos; de todas formas la citología ya nos lo confirmará. Ahora lo que notas son los palitos que recogen las muestras del flujo. Como puedes ver, cuando estás relajada, ni lo notas.

U.: Me duele un poco.

M.: Relájate bien. Es normal que lo notes porque no eres insensible, además los hongos también contribuyen a que estés un poco reseca. Aunque ya sabemos que no es ni la postura más cómoda ni la sensación más agradable.

U.: Es verdad, yo creo que esta postura es muy incómoda. Te sientes como desprotegida.

M.: Ahora te retiro el espéculo porque la citología ya está tomada. Ya sabes que de aquí a quince días tendremos el resultado. Llamas por teléfono o te pasas por aquí.

U.: Oiga, y esto de los hongos, ¿de qué me viene?

M.: Mira, los hongos viven con nosotros aunque no los notemos, solamente hace falta que les demos condiciones para que se reproduzcan: calor y humedad. Pero no hacen nada malo, solamente pican muchísimo. Procura siempre llevar braguitas de algodón, lavarte una sola vez al día y secarte muy

107 Los portas que se utilizan para este tipo de muestras llevan incorporada una banda mate para que se pueda escribir fácilmente el nombre de la persona a la que se le ha recogido la citología.

bien. Tu pareja también los tiene porque habéis tenido relaciones sexuales. A los hombres es más difícil que les moleste porque todo lo tienen un poco para afuera, pero si él no hace el tratamiento a ti no se te curará.

U.: ¿Tengo que volver para revisión?

M.: Llama dentro de quince días para saber el resultado de la citología, y si te continúa picando te volvemos a echar un vistazo. Pero si todo sale normal no hará falta.

U.: Vale".

Que la exploración tenga un resultado positivo en la mujer depende, ya lo hemos dicho antes, de que sobre todo la médica y la consultora crean el clima idóneo de tranquilidad. Este clima se hace dando información sobre el proceso que se está llevando a cabo, minimizándolo y haciendo que la mujer se familiarice con todo lo que en aquel momento siente. Y hay un instrumento que hace que parte de esta familiarización sea posible: el espejo. Generalmente, en las primeras visitas y en algunas sucesivas, la médica acerca el espejo para que la mujer vea su vulva, su vagina y el cuello de su útero. La reacciones pueden ser múltiples -rechazo, sorpresa, indiferencia...-, aunque la más generalizada es la de curiosidad. Por lo general las mujeres no suelen decir que no -recordemos que se lo sugiere la médica-, pero tampoco se las ve muy predispuestas a seguir el consejo del autocontrol. No hay que olvidar que este elemento -el espejo- tiene mucho que ver con el "autoconocimiento", puesto que, con el acto de acercar el espejo para que la mujer vea sus genitales por dentro, se pretende que sea ella misma la que repita este acto en su casa y no sea necesario, en casos puntuales, pedir la ayuda del médico para poderse diagnosticar, por ejemplo, las infecciones más comunes como la que acabamos de ver en esta última visita. En la mayor parte de los casos, las mujeres prefieren venir para consultar este tipo de problemas, pero no tanto por desconfianza, miedo o escrúpulo, como por considerar que este tipo de problemas son competencia exclusiva de las profesionales. De la misma forma y sin espejo, se repite el mismo discurso al hacer la palpación ginecológica de los pechos:

M.: Ahora lo que notarás serán mis dedos, porque te voy a hacer un tacto.

U.: Me duele un poco el ovario derecho.

M.: ¿Siempre o sólo de vez en cuando?

U.: De vez en cuando y a veces uno y a veces otro. ¿Eso es por la ovulación?

M.: Al cogerte la muestra de citología me ha parecido que el aspecto del flujo era de que habías ovulado o que empezabas ahora. Puede ser por eso, además tienes un ovario ligeramente aumentado de tamaño, o sea que ya sabes que esperas la regla para dentro de unos 14 días. Ahora levántate el jersey y ponte las manos detrás de la cabeza, que te miraré los pechos¹⁰⁸.

¿Tú te los miras de vez en cuando?

U.: Bueno, cuando me acuerdo. La verdad es que lo hago muy pocas veces.

M.: Si te acuerdas de lo que te dijimos en la charla...

U.: Sí...

M.: Intenta acordarte de mirarlos tres o cuatro días después de la regla, así como te lo hago yo. No pierdes nada de tiempo, y lo puedes hacer cuando te duchas mismo.

U.: Lo que no me he hecho nunca es una mamografía.

M.: Ahora ¿cuántos años tienes?

U.: 38 años.

M.: Mira, los pechos tienes que controlártelos tú misma. Yo te puedo tramitar una mamografía ahora para que te quedes tranquila, pero solamente nos dirá que ahora no tienes nada. Dentro de un mes, no se sabe.

U.: A una cuñada de mi hermana, el año pasado tuvieron que quitarle uno y aquí, en Cambrils, una señora se ha muerto de cáncer de mama.

M.: Pero no tienes que hacer caso de estas cosas, porque, además, me has dicho que no tienes antecedentes en las mujeres de tu familia que hayan tenido problemas con el pecho. Todas las personas somos diferentes y tú lo que tienes que hacer es procurar que a ti no te pase. ¿Tú te has notado algo raro?

U.: No, nunca.

M.: Mira, yo no noto nada. Tienes los pechos muy bien y si te acostumbras a tocártelos de vez en cuando verás que siempre están igual. En el momento en el que notes algo diferente nos llamas, te damos una hora de urgencia, y vienes a que te los miremos, ¿de acuerdo? Ahora, si tú quieres que te tramite la mamografía, a mí no me cuesta nada hacerlo. Normalmente empezamos a hacer mamografías de control a partir de los 40-50 años si no hay antes ningún otro problema¹⁰⁹. A partir de esa edad se realizan cada dos o tres

108 Para explorar la mama, el mejor momento es después de terminar la regla. Entonces, la glándula mamaria está en las mejores condiciones para que la información obtenida en la exploración sea clara. En la palpación de las mamas, la médica mirará si éstas son iguales, si hay alteraciones en la piel, en el pezón o en la aureola, si se tocan bultos, y las características de éstos: redondos, bien delimitados, móviles, dolorosos, etc...

109 La pauta para realizar las mamografías a las usuarias del Centro es la siguiente: antes de los 40 años se prescribe sólo en caso de problemas puntuales (molestias o cambios) y si ha habido antecedentes en la familia;

años. Piensa que una mamografía, aunque da un diagnóstico más exacto que la palpación, son radiaciones que nos dan una lectura a corto plazo del estado de tus mamas.

U.: ¿Usted los ve bien?

M.: Yo ahora sí, pero no se trata de lo que yo note sino de que tú te quedes más o menos tranquila.

U.: Bueno, pues es igual. Intentaré hacerlo yo sola.

M.: Ya está.

C.: Antes de acabar de vestirte, súbete a la báscula.

(...)

C.: 63 quilos

U.: Más gorda que el año pasado ¿no?

M.: El año pasado pesabas 60.

U.: ¿Que podría hacer para no estar tan gorda?

C.: En eso eres tú misma la que te tienes que controlar lo que comes y lo que quemas. Procura andar más, moverte para poder eliminar las grasas. De todas formas, si no pasas de ese peso, para la altura que tienes y para tu edad no es excesivo.

C.: Cuando te acabes de vestir te tomaré la tensión.

(...)

C.: 50-90.

U.: Tan baja como siempre.

C.: Si no te mareas, ya sabes que es mejor tenerla baja que alta. Procura beber al menos un litro de agua diario. También va muy bien el regaliz y cosas que den sed, olivas, patatas fritas, pero no le pongas más sal a las comidas.

U.: Bueno, ¿cómo estoy?

M.: Yo te he visto muy bien en general, ahora sólo falta el resultado de la citología, que lo tendremos dentro de 15 días. Acabas de hacer el tratamiento. Si está bien y te piensas lo del DIU te haremos una revisión de la infección, y cuando te venga la próxima regla nos llamas por teléfono y te lo colocamos, y si no, hasta el año que viene no nos volveremos a ver, a no ser que tengas algún problema ¿de acuerdo?

U.: ¿Me tienes que apuntar algo en este papel?

C.: Sí, que te hemos hecho la revisión de año y la citología.

U.: Bueno, pues hasta la próxima.

M.: Adiós, que vaya bien".

Ya son cerca de las 11,15h. La secretaria viene a la consulta para decir que la visita de urgencia que tenían a las 11h. no ha venido, pero sí que está

entre los 40 y los 50 años se puede hacer bianual, aunque, según los casos, se hace anual; entre los 50 y los 65, anual; y, finalmente, a partir de los 65 se realiza a petición de la mujer.

la usuaria que viene a la colocación del DIU. Les avisa de que la mujer está bastante nerviosa -es el primer DIU que se coloca-, a pesar de que hace ya una hora que se ha tomado una pastilla para relajarse.

La médica revisa la historia de esta usuaria. Es soltera, con pareja estable desde hace unos años. No tiene hijos, pero hace seis meses que se quedó embarazada y decidió abortar. Utilizaban conjuntamente el preservativo y la marcha atrás, pero los cálculos fallaron y la angustia de un embarazo no deseado le hizo tomar esa decisión. Ahora ha decidido ir sobre seguro y prefiere colocarse un DIU. Hace un mes que se le tomó la muestra de la citología y salió normal, así es que ahora, con la regla, viene a colocarse el dispositivo. La consultora la hace pasar.

"M.: Hola, ¿cómo estas?"

U.: Pues estoy un poco nerviosa.

M.: Es normal, pero tienes que intentar relajarte todo lo que puedas.

U.: ¿Me van a hacer daño?"

M.: Un poco. Lo que puedes sentir es un dolor de regla, un poco más agudo, y ya está. Pero yo necesito tu colaboración. Antes de desvestirte, dime ¿cuándo te vino la última regla?"

U.: Ayer por la noche, y tengo bastante.

M.: Eso no importa. ¿Para cuánto tiempo quieres el DIU?"

U.: No sé, ¿cuánto tiempo lo puedo llevar?"

C.: Para dos o para tres años. Bueno, los laboratorios dicen que son para tres y cinco años, pero nosotras, como aquí hacemos sobre todo prevención, preferimos cambiarlos a los dos y a los tres años, depende del modelo.

U.: ¿Cuál duele menos?"

M.: Los dos son iguales.

U.: ¿Y ya podré estar segura desde el principio?"

M.: Sí, pero piensa que el DIU no es el 100% seguro y nosotras recomendamos que durante los días de la ovulación se use algún método complementario como los preservativos, los espermicidas o la no penetración.

U.: Vale.

C.: Si no tienes nada más que preguntar, cuando quieras ya puedes empezar a desvestirte".

Mientras se hacen las preguntas la consultora va preparando el instrumental para colocar el dispositivo. Para ello se necesita una caja esterilizada que contiene todo lo necesario, además de los guantes esterilizados y el DIU. En este tipo de visitas, la presencia de la consultora es

fundamental, ya que la médica, una vez puestos los guantes, no puede tocar nada que no esté estéril completamente.

Cuando la mujer ya se ha estirado en la camilla, la médica le hace un tacto ginecológico, con guantes normales, para supervisar que no haya ninguna anomalía en los órganos genitales internos. Posteriormente, mientras la médica se coloca los guantes esterilizados, la consultora, con una gasa impregnada de un jabón especial, lava la vulva de la usuaria.

Durante la colocación, la consultora se sitúa muy cerca de la usuaria para indicarle la mejor forma de relajarse para que todo sea más fácil y rápido. Sólo hay dos momentos de dolor -cuando se mide el útero y cuando se coloca el DIU- que es, efectivamente, muy parecido al de la regla, aunque un poco más agudo; después se calma. Se le coloca el DIU sin ningún problema:

"M.: Ya tienes el DIU colocado.

U.: ¿Ya?

M.: Sí. ¿Sientes dolor?

U.: Un poco, pero...

M.: Si el dolor se agudiza, tómate otra pastilla, pero sólo si te duele mucho.

C.: Durante los próximos cinco días no puedes tener relaciones sexuales con penetración, tampoco te puedes bañar -duchar-, sí-, ni ponerte tampones. Pero sólo con esta regla. Cuando hayas pasado la próxima regla tienes que venir otra vez porque te haremos la revisión del DIU.

U.: Puedo pedir hora ya ¿no?

C.: Sí, sí.

U.: Bueno, pues hasta el próximo mes.

M.: Hasta pronto".

La secretaria entra de nuevo en la consulta para decirles que la próxima visita ya está esperando. Es otra primera. Viene a comentar con la médica la historia de esta usuaria, que es "un poco especial". Se trata de una chica de 23 años que vino a la charla hace ya un mes y medio y que, rellenando la ficha con la consultora, le dijo que tenía "problemas sexuales". La consultora la remitió a la psicóloga, que la visitó la semana pasada. Estos problemas sexuales consistían en el "miedo a la penetración". Ya había tenido relaciones, pero cuando eran con penetración le hacían daño. Continuarán la

terapia también con la pareja. Ahora cree que también la exploración le puede hacer mucho daño, y está aterrorizada. Le sugiere que en la exploración vaya con mucho cuidado y que le muestre "cómo es por dentro y cómo conocerse a sí misma".

Esta es otra de las características del trabajo interdisciplinario: la comunicación continua entre las profesionales sobre los problemas de las usuarias. En este caso concreto, se parte de la premisa de que los "problemas" que una mujer pueda tener en relación a su sexualidad dependen de la relación que tenga con su propio cuerpo. La relación con el cuerpo, su aceptación y su conocimiento, está muy ligado con la sexualidad, o mejor dicho, con la vivencia de la sexualidad. Al hacer esta reflexión, automáticamente se piensa que esta relación con el cuerpo, por lo general, es bastante nula, puesto que se tiende a reproducir esquemas sobre el cuerpo como tabú. Efectivamente, algunas mujeres se niegan a coger el espejo y mirarse, otras lo hacen porque la médica lo ha sugerido, pero solamente por curiosidad; sin embargo, este rechazo a mirarse no tiene una relación directa con la sexualidad. La negación procede, en la mayor parte de los casos, de la idea que se tiene de que las cuestiones concernientes al *cuerpo interior* -lo que no se ve- son propiedad exclusiva de los médicos, mientras que ya se comienza a extender la idea de controlarse el *cuerpo exterior* -lo que se ve- (los pechos, la vulva, etc.) con menos reticencia¹¹⁰.

110 En la investigación llevada a cabo por Esteban, se nos da una aproximación a la relación que las mujeres tienen con respecto a esta parte del cuerpo. De acuerdo con los resultados, el aparato genital interno, que se identifica sobre todo con el útero, es definido por las mujeres como un lugar especialmente vulnerable, una parte del organismo a cuidar especialmente y sobre todo a manipular lo menos posible, por las posibles consecuencias; mientras que la parte externa, la vulva y todos sus elementos, es lo desconocido, lo grotesco, lo poco estético, aunque tenga una utilidad para el placer sexual (1993a:281). La misma vulnerabilidad que sienten respecto a su cuerpo la reflejan en la percepción de sus genitales externos e internos. El pudor, el rechazo, por estética o por asimilación de los genitales con imágenes cargadas de sexualidad, la indiferencia..., aparecen en los comentarios sobre los mismos, pero casi nunca los calificativos positivos, por lo menos de una manera espontánea. Por otra parte, continúa Esteban, ninguna de las mujeres entrevistadas habla espontáneamente de ellos cuando se aborda el tema de su imagen corporal. En general, las mujeres revelan no habérselos mirado nunca o bien no sentir nunca sensación especial con respecto a los mismos; dicen considerarlos "como una parte más", y sin embargo, comentan que,

La usuaria, a pesar de que ya ha venido al centro otras veces y ve una cara conocida, se muestra muy nerviosa. Finalmente entra a la consulta. Durante los primeros veinte minutos que dura el cuestionario de la historia clínica, la usuaria va contestando sin dejar de mostrarse tímida pero segura, todas las preguntas referentes a los antecedentes personales, familiares, obstétricos y ginecológicos. No había mucho que explicar. Pero en el momento que la médica le dice que va a comenzar la exploración, la usuaria, visiblemente ruborizada, ni se levanta:

"U.: ¡Qué vergüenza! ¿Me vas a hacer daño?"

M.: Mira, si estás muy nerviosa, lo dejamos por hoy y vienes otro día más relajada. Pero si quieres, lo intentamos y en el momento en el que tú me digas que pare porque te hago daño, lo dejamos ¿vale?"

La chica empieza a desvestirse poco a poco. No sabe dónde dejar la ropa y mira de reojo a su alrededor. Finalmente se deja un jersey puesto que se lo va estirando de forma que no se vea nada. Se coloca en la camilla y, finalmente, consigue colocarse de forma idónea para hacer la exploración. La consultora le coge la mano:

"M.: Bien, intenta relajarte todo lo que puedas. Deja caer tu cuerpo como si te pesara mucho. Ahora solamente miro por delante y con este espejo miras tú conmigo. Estos son los labios mayores, éstos los menores, el clítoris, la vagina y la salida de la orina. De aspecto está todo normal. Por aquí, por la vagina voy a introducir el espéculo ¿lo ves? Ahora está un poco frío y es duro porque es de metal. Iré muy poco a poco y en el momento en que tú me digas "basta", yo pararé. Como ves, el espéculo se nota, porque tú no eres insensible, y piensa que la vagina es un músculo muy elástico. Si tú haces fuerza para cerrarla el espéculo te lo clavarás tú sola, así es que piensa que te tienes que quedar muy relajada. Ahora haz fuerza hacia el espéculo como si tuvieras ganas de ir de vientre... ya está, ahora relájate. Ahora voy a abrir el espéculo. Ya está colocado. Vuelve a coger otra vez el espejo y te enseñaré la vagina y la entrada al útero. Como ves, las paredes de la vagina son muy rugosas y están impregnadas de flujo. Estos restos de piel que ves aquí es el himen. Aquella bolita del final es la matriz y el agujerito que hay en el medio es por donde sale la regla. El aspecto general es bastante normal. Con estos palitos (espátulas) que no se notan recogeré las muestras para la citología, que nos dará toda la información que no vemos a simple vista (...).

M.: La citología ya está tomada. Ahora te haré otra prueba, que generalmente hacemos en la primera visita y que no volvemos a repetir hasta que no lo vemos necesario; es la colposcopia¹¹¹. ¿Te acuerdas que en la charla os pusieron una diapositiva donde se veía el cuello del útero con un cambio de piel y que antes decían que era una llaga y la quemaban?

U.: Sí, ya me acuerdo, que una señora que había dijo que a ella se lo habían hecho.

M.: Pues bien, esto se llama ectopia. Yo ahora te lo miraré con este aparato, que es como una especie de tomavistas. Para verlo mejor te pondré dos líquidos, uno que limpia el flujo y otro que es más oscuro y que es yodo. Si hoy o mañana manchas un poco el flujo, piensa que es por este líquido.

U.: Vale".

El resto de la exploración transcurre en la más absoluta normalidad. La usuaria ha respondido perfectamente y cuando se va su expresión es, en general, de tranquilidad.

Ya son las 12 del mediodía. Se comenta que la mañana ha pasado muy rápida, a pesar de que las visitas que se han hecho han sido, en general, muy largas. Pero es que, tanto en las primeras visitas como en las revisiones anuales, se dedica premeditadamente más tiempo para hablar. La charla es un cúmulo de informaciones, de las cuales algunas se canalizan cuando se pasa por la primera visita (sobre todo las usuarias que no se han revisado nunca), mientras que otras no se asumen nunca o se empiezan a plantear al cabo del tiempo, cuando la información se convierte en una demanda real. En este sentido, de la charla las mujeres escuchan lo que en ese momento más les interesa. Posteriormente pueden surgir problemas, ya tratados en ella, que las mujeres entonces no percibieron como importantes. En las visitas, en cambio, es más probable que las mujeres presten más atención a la información porque es individual y hace referencia a un problema suyo

111 La colposcopia consiste en la visualización del cuello del útero por medio de una lupa especial. Esta técnica permite la identificación de una serie de imágenes en el cuello del útero cuando el mismo se ha pincelado previamente con una solución de ácido acético al 2% y yodo. A través de la colposcopia, la médica identifica la normalidad o anormalidad de la mucosa del cuello del útero -epitelio-. Esta técnica no se repite en cada visita anual, sino solamente en la primera visita y cuando la médica lo cree conveniente.

concreto. De hecho nunca se sabe si llegan a asumir toda la información que se les va dando año tras año.

La siguiente visita ya está aquí. Es una revisión de mamas. Se trata de una usuaria que viene al centro desde hace unos cuatro años, acude anualmente unas dos veces como mínimo: una para hacerse la revisión anual y otra sólo para revisarse las mamas. En su primera visita se le enseñó a autoexplorarse adecuadamente y a no asustarse, más bien a "familiarizarse" con ellas. Pero como vio que no se quedaba muy tranquila se le dijo que, si quería, viniera cada seis meses a hacerse una revisión de rutina. Tampoco se puede valorar si un control mensual por parte de la usuaria es más eficaz que un control anual por parte de la médica, pero la implicación de la usuaria es muy importante para las trabajadoras, ya que determina hasta qué punto éstas se responsabilizan de su sistema reproductivo. Este rechazo a controlarse ella misma es generalizable a la mayor parte de las usuarias. Pero en este sentido tampoco hay una valoración negativa por parte de las profesionales porque saben que, en la mayoría de los casos, este control produce más angustia. Tampoco esperan que las mujeres lleguen a ejercer un autocontrol absoluto sobre su salud reproductiva y sexual; simplemente se limitan a dar pistas, a informar tanto el porqué lo hacen ellas como el porqué creen que lo deberían hacer las usuarias. El autoconocimiento tampoco se pretende aplicar drásticamente, han de ser las propias mujeres las que interioricen la información y, con ella, los hábitos necesarios para ejercer un control mínimo sobre su cuerpo. Si a esta usuaria no le supone ningún problema acudir al centro dos veces al año, como mínimo, a las trabajadoras tampoco, ya que pretenden que el centro esté abierto a cualquier demanda. Por otro lado este hecho podría suponer un inconveniente por la lista de espera que tenga el centro, pero recordemos que ya se reservan horas de revisión y urgencias que tienen en cuenta este tipo de imprevistos.

"Y.: Ya puedes pasar.

U.: Bueno, ya me tenéis aquí otra vez.

M.: ¿Qué tal te va?

U.: Pues como siempre. No me noto nada raro, pero ya me he acostumbrado a venir cada seis meses y yo me quedo más tranquila.

M.: Si es así me alegro. De todas formas tú te los vas mirando de vez en cuando.

U.: No, que va. Bueno algunas veces me los toco, pero los noto igual que siempre. Lo que pasa es que me siguen doliendo antes de la regla.

M.: ¿Y después?

U.: Nada, con la regla me los noto como más desinflados y ya no me duelen.

M.: ¿Continuas tomando tanto café como siempre?

U.: Es que yo con el café no puedo. Me tengo que tomar al menos dos al día.

M.: Bueno dos tampoco son demasiados. De todas formas si el dolor es muy intenso te recetaré esta crema para que te la pongas cuando te duela, y te la aplicas en los dos pechos. También puedes intentarlo poniéndote paños de agua fría, que también ayudan a neutralizar el dolor. ¿Cuándo te vino la última regla?

U.: Pues justo la semana pasada, el jueves por la noche.

C.: Ya te puedes ir quitando el jersey y desabróchate el sujetador. Te estiras del todo en la camilla y pones las manos detrás de la cabeza.

U.: Lo que sí me noto es que después del parto se me quedaron horribles, como más caídas.

M.: ¿Cuánto tiempo estuviste dando de mamar?

U.: Pues nueve meses y medio.

M.: Si quieres te doy una tabla para que hagas ejercicios de reforzamiento muscular, pero no esperes un cambio radical. Además la crema también te puede ir bien.

U.: Pero es que no tengo tiempo para ir a ningún gimnasio.

M.: Yo no te he dicho eso. Mira, nosotras te daremos una tabla de ejercicios que tú los puedes ir haciendo en tu casa tranquilamente, porque cinco minutos al día tienes ¿no?

U.: Intentaré hacerlos.

M.: Ya te puedes vestir.

(...)

M.: Bueno, yo te los encuentro como siempre; de todas formas vas controlándotelos cada mes y dentro de seis meses vienes, que te toca la revisión de año y te los vuelvo a mirar. Y si haces los ejercicios me dices si has notado mejoría.

U.: Vale. Tengo que llamar al menos con dos meses de antelación ¿no?

Y.: Ya no, ahora ya tenemos más horas porque el Ayuntamiento nos concedió la ampliación.

U.: Pues me alegro por vosotras. Y menos mal porque es que antes, para calcular la regla con tantos meses de antelación...

M.: Pues ahora ya será mucho más fácil.

U.: Bueno, pues hasta pronto.

M.: Adiós, hasta la próxima".

Nos sobran diez minutos y todavía no ha venido la próxima visita, la última de la mañana. Viene la secretaria, aprovechando que en la consulta no hay nadie, con la historia de una usuaria que está esperando fuera y que ha venido a traer los resultados de unos análisis de sangre para que la médica valore si puede seguir tomando las pastillas anticonceptivas o no. Tras echarles una ojeada, le dice a la secretaria que le comunique (a la usuaria) que puede continuar tomándolas, pero que el colesterol le ha salido un poco alto, aunque no es alarmante, y que vigile las grasas y el tipo de alimentación en general. Para ello le da unas hojas informativas sobre los alimentos que pueden alterar el colesterol para que se lo adapte a su tipo de alimentación. La consultora se va con esta usuaria al despacho para comentarle los análisis de sangre y la conveniencia de leer los folletos sobre el colesterol. El uso posterior de esta información es difícil de valorar porque los hábitos en la alimentación, en este caso, es un tema que no trata directamente el centro, pero se considera necesario proporcionarla ya que tiene que ver con la toma de pastillas anticonceptivas. Es decir, que dar esta serie de indicaciones a las usuarias es más un tema que tranquiliza a las profesionales pero que no se sabe si realmente es útil para la usuarias. Por eso los folletos no se dan sin más, sino que van acompañadas de una explicación por parte de la consultora cuya información intentará que asuma la usuaria.

Por otra parte, el hecho de venir al centro sin previa visita, es un procedimiento que se impuso desde el principio. Es decir, las dudas o las consultas extras que las mujeres puedan tener se intentan solucionar directamente sin tener que pedir hora. Solamente cuando la consultora o la secretaria, habiéndolo consultado con la médica, lo creen conveniente, o cuando es la propia usuaria la que pide hablar directamente con la médica, se le da una cita de urgencia. De esta forma, consultas como la toma de pastillas, entregar los resultados de pruebas complementarias (análisis de sangre, ecografías o mamografías) e informaciones en general (sobre los lugares donde se pueden hacer vasectomías o ligadura de trompas, donde se

realizan interrupciones voluntarias del embarazo, etc.), son atendidas por la consultora para no colapsar la consulta ginecológica. Por ello, la información de que disponen tanto la consultora como la secretaria es esencial y ha de estar completamente coordinada con la que se da dentro de la consulta.

La interdisciplinariedad implica una constante comunicación entre las trabajadoras. La labor de cada una está bastante predefinida, aunque se vayan haciendo incursiones necesarias en el terreno de las demás, según las directrices que tome el problema a solucionar, ya que las labores del centro se consideran responsabilidad de todas. Más que trabajo interdisciplinario, yo lo llamaría *estrategia interdisciplinaria* o pluridisciplinaria, desde el momento en el que todas las personas implicadas persiguen un objetivo común: una visión integral de la salud reproductiva y sexual.

La siguiente visita ha venido acompañada por otra mujer que no es usuaria del centro. Hablan las dos con la secretaria y posteriormente ésta comunica a la consultora que la acompañante quiere hacerse una prueba de embarazo. Mientras que la usuaria se queda esperando a que se le llame, la consultora entra en el despacho de la psicóloga¹¹². Antes de hacerle ninguna pregunta, la consultora le da un bote de plástico estéril y le dice que orine en él. Mientras, va preparando la prueba.

"C.: Ya te puedes sentar. Mientras voy preparando la prueba me tienes que contestar algunas preguntas. ¿Cuándo te vino la última regla?"

U.: Pues hace mes y medio. Exactamente el día uno del mes pasado.

C.: Y ¿cada cuánto te viene?"

U.: Pues normalmente cada 28 días, aunque algunos meses se me retrasa bastante, pero tanto como veinte días nunca me ha pasado.

C.: ¿Cuántos años tienes?"

U.: Veintidós.

C.: ¿Qué método utilizabas para no quedarte embarazada?"

U.: El preservativo.

C.: ¿En todas las relaciones?"

112 Fuera del horario de consulta, las diferentes salas son utilizadas por las consultoras para actividades como la recepción de las usuarias o las informaciones individuales. Este hecho es indicativo de que el espacio tampoco está compartimentado en función de diferentes trabajos.

U.: No, normalmente cuento los días y cuando más o menos pienso que estoy en mitad del ciclo utilizamos el preservativo.

C.: Pero ¿tú te quieres quedar embarazada?

U.: No, claro que no.

C.: Pues teniendo estas reglas que no son exactas no te puedes fiar de utilizarlo de esta forma. Piensa que el preservativo es el método más seguro si se utiliza siempre y desde el principio. Además, no sé si sabrás que aunque se rompa o se quede dentro siempre tienes la posibilidad de ir a algún servicio de urgencias o venir aquí mismo y pedir la pildora del día siguiente¹¹³.

U.: Pues esto no lo sabía.

C.: ¿Últimamente te ha pasado algo que te haya producido alguna alteración, que hayas estado muy nerviosa...?

U.: Pues no. Bueno, ahora estoy muy nerviosa porque no me viene, aunque no me duele nada.

C.: ¿Estás haciendo algún tratamiento o has pasado alguna enfermedad importante?

U.: No, no, nada.

(...)

C.: Mira, la prueba sale negativa, lo cual no quiere decir que no estés embarazada. Igual la semana que viene te la haces y ya estás embarazada; ahora, de momento, tendrás que esperar unos días a ver si te baja la regla o no. Si no te viene, ven la semana que viene que la volveremos a repetir otra vez. Si vuelve a salir negativa te daré hora con la médica, ¿de acuerdo?

U.: De acuerdo. Pero a mí me gustaría tomarme la pastilla.

C.: De momento no puedes empezar a tomarla, primero porque no sabes si estás o no embarazada y segundo porque necesitas un análisis de sangre. De todas formas, si te viene la regla y quieres empezar puedes hacerlo siempre y cuando te hagas los análisis de sangre cuanto antes. ¿Tú te haces revisiones ginecológicas?

U.: No me las he hecho nunca, precisamente venía también a preguntar si aquí me las podría hacer.

C.: ¿Vives en Cambrils?

U.: Sí.

C.: No sé si sabrás que para poder visitarte aquí has de pasar por una charla informativa, que generalmente se hace los martes por la tarde...

U.: Sí, ya lo sabía porque tengo amigas que se visitan aquí.

C.: Bueno, pues en cuanto salgas le dices a la secretaria que te apunte para la próxima que, me parece, es dentro de dos semanas. Pero de todas formas

113 Consiste en la administración de una dosis alta de estrógenos, después del coito y siempre antes de transcurridos tres días. En el centro el criterio de utilización es el siguiente: se toman cuatro pildoras, dos cada doce horas, de antiguos anticonceptivos que se han quedado desfasados, precisamente por su alta cantidad de estrógenos, en favor de las dosis llamadas "micro". Los estrógenos actúan a nivel de la mucosa del útero, impidiendo la nidación y provocando una regla a los pocos días de haber dejado de tomar el preparado.

si la semana que viene no te ha venido la regla, vienes, que repetiremos la prueba.

U.: Entonces, si no es la semana que viene será la otra, pero ya vendré. ¿Dónde tengo que pagar la prueba?

C.: Cuando salgas fuera, le das este papel a la secretaria y ella te la cobrará.

U.: Hasta luego.

C.: Adiós".

Algunas mujeres, como la del caso anterior, han descubierto la existencia del centro debido a un retraso involuntario y peligroso de la regla. El no saber dónde acudir les ha traído al centro como un último recurso, a veces, como en el caso de una usuaria esporádica, impregnado de vergüenza: "Mai hagués imaginat que em veuria en un lloc d'aquests, però això no li puc dir que m'ho faci el meu ginecòleg". En estos momentos, generalmente llenos de angustia, siempre hay alguien que conoce el centro y más en un pueblo como Cambrils. Ir a la farmacia podría ser demasiado público, pero ir al centro no, puesto que ya conocen la existencia de la protección a la intimidad y la confidencialidad. Y en el centro encuentran lo que buscan: complicidad, intimidad, comprensión y atención inmediata. Estos son los ganchos, digamos secundarios, que funcionan a la hora de decidirse a ser usuarias, aunque sea esporádicamente, de planificación familiar.

Cuando la consultora termina con esta información se va rápidamente a la consulta ginecológica. La médica ya ha terminado de hacerle las preguntas de protocolo a la usuaria y ésta, cuando llega la consultora, se está desvistiendo. Prepara todo lo necesario para tomar la citología, mientras que la médica ayuda a la usuaria a colocarse en la camilla. El resto de la exploración transcurre sin ningún incidente remarcable.

El papel de la consultora dentro de la consulta ginecológica puede ser prescindible en algunos momentos y en según qué visitas (revisiones de año, de DIU, urgencias...). Pero, generalmente, puede ser necesaria en momentos muy puntuales como el de la exploración, en los que la médica necesita un tipo de material a mano y alguna persona que se lo vaya proporcionando a medida que lo vaya necesitando; aun así hay momentos en los que la

consultora tiene que atender más demandas individuales, en los cuales la médica atiende la consulta sola. Ya hemos visto que es sobre todo en la colocación de DIU cuando la consultora tiene que estar necesariamente ayudando a la médica.

Finalmente han terminado y son las 13,15h. del mediodía. La secretaria ha recogido todo el material y ha cerrado los cajones, aunque no ha desconectado el teléfono porque por la tarde vuelven a estar allí. Antes de irse, la médica hace una llamada telefónica al Hospital Joan XXIII de Tarragona para interesarse por la mamografía de una usuaria. Ésta se notó un bulto en la mama que le pareció sospechoso y vino rápidamente al centro para mirárselo. La médica, después de la palpación, no se quedó tranquila y le tramitó una mamografía que salió normal, aunque los mismos radiólogos no descartaban la posibilidad de volverla a hacer a los tres meses. Ahora se la repetían junto con una punción y una ecografía mamaria. Las pruebas parece que han salido bien, pero seguramente las repetirán nuevamente en 6 meses, previo control de la médica. Finalmente se van a comer.

La hora de la comida es la prolongación de la hora del café, pero ampliada, puesto que allí se encontrarán con la otra consultora y con la educadora maternal. Generalmente van a un restaurante que está al pie de la Carretera Nacional 340, a cinco minutos a pie desde el ambulatorio. Es un restaurante con una gran capacidad, y las comidas son bastante caseras. Sus compañeros son siempre los mismos: los chicos que hacen la mili en la Cruz Roja, los obreros de alguna construcción cercana, algún viajante que hace un alto en el camino para comer y alguna familia -sobre todo en verano- que va allí atraída por el bajo precio del menú del día. Los dueños ya las conocen por el sobrenombre de "las chicas del planning", conocen sus gustos culinarios y sobre ello les modifican el menú y les reservan cada martes la misma mesa.

Durante el tiempo que están comiendo no paran de hablar, cada una tiene que contar algo, ya sea personal o profesional. Hoy preparan la reunión mensual de la cooperativa, que se celebrará al día siguiente. Comerán en casa de la psicóloga un bocadillo y tratarán dos temas centrales: la posibilidad de ir al próximo Congreso Estatal de Planificación Familiar y la presentación de alguna comunicación conjunta. La mayor parte de las veces en las reuniones se discuten sobre todo aspectos sociales, médicos o psicológicos que atañen a todos los componentes del equipo y que tienen relación con el seguimiento de historias (en el caso de que alguna usuaria haya pasado por más de dos servicios). Eventualmente también hay reuniones donde se tratan aspectos puramente médicos (reuniones clínicas); también se discuten aspectos que se relacionan con la organización del trabajo, o se ponen en común temas administrativos relacionados con la cooperativa.

Acaba de llegar la educadora maternal y cuenta que está muy cansada porque la noche pasada tuvo que asistir a un parto en casa y no ha podido dormir nada en toda la noche. Pero se la ve contenta porque todo ha salido muy bien y tanto la madre como el niño se encuentran en perfecto estado de salud. Era un parto que no se esperaba, puesto que la semana pasada esta mujer decía que, según sus cuentas, no le tocaba hasta dentro de dos o tres semanas más. Finalmente, cuando anoche estaba en la cama, el marido de esta mujer la llamó por teléfono y le comunicó que su compañera empezaba a tener contracciones muy seguidas. Por suerte el desplazamiento era corto.

Empieza a explicar el parto.

Oír a la educadora maternal es extremadamente agradable, puesto que realmente revive absolutamente todo lo que está explicando y tiene una sensibilidad especial al hablar de los partos que ella asiste y de la preparación que hace en el centro. Cada embarazo y cada parto (que asiste) los siente como propios y, como ella dice, más que ayudar a que los partos sean sin dolor lo que hace es apoyar y ayudar a la mujer a llevarlos. Insiste constantemente en que "la maternidad se ha de experimentar y se ha de vivir

hasta el límite, tanto la mujer como la pareja, si la hay. Los dos se han de implicar enteramente". Esta reflexión la hacía porque en el compañero de la mujer que acababa de parir ella observó un cierto rechazo al parto en sí. Pero no por escrúpulos. Se dedicó constantemente a hacerle agradable a la mujer el parto pero no se implicó en el nacimiento, hasta tal punto que, cuando nació el niño, él tardó aproximadamente una media hora en tomar al niño en los brazos, y lo hizo porque su mujer le dijo que lo hiciera. Después, todo fue perfectamente. Hay que tener en cuenta, dice la matrona, que para este hombre era su primer hijo y estaba más pendiente del dolor de su pareja (había asistido a todas las clases de preparación al parto) que del nacimiento de su hijo.

Así es que, entre plato y plato, estuvieron escuchando actitudes y percepciones sobre el embarazo y el parto y los métodos que ella utiliza para modificar algunos comportamientos que pueden ser negativos, tanto en las mujeres como en sus respectivas parejas.

Son las 14,20 h. Ya han acabado de comer y se tienen que ir pronto al centro porque a primera hora ya tienen la primera visita de la tarde. A las 15h. empezará la charla y a las 16h., la preparación al parto.

Llegan al centro y la usuaria todavía no ha llegado. Les da tiempo de preparar la consulta y preparar las historias de la tarde. Una consultora se encierra en la sala de las charlas para preparar la que va a dar esta tarde; la educadora maternal también se encierra en la sala de preparación al parto (hoy ha traído un vídeo nuevo que les quiere pasar a las embarazadas y todavía tiene que terminar de verlo), mientras que la médica y la otra consultora se van a la consulta ginecológica a esperar a que venga la primera usuaria, que será una revisión de año.

5.2.3 La charla

Los martes por la tarde es el momento en el que hay más ajetreo y más ir y venir tanto de las trabajadoras como de las usuarias. Las embarazadas, las nuevas usuarias que vienen a escuchar la charla, las usuarias que tienen visita por la tarde con la médica, las que tienen hora con la psicóloga y las señoras de la limpieza, forman todo un ejército de mujeres que gradualmente van acudiendo al centro durante toda la tarde. Por la tarde la consultora que ayuda a la médica entra menos en la consulta ginecológica, solamente en momentos muy puntuales como son ayudar a tomar citologías, ayudar a colocar algún DIU, etc. Generalmente está con la secretaria ayudándole en las labores de preparar las historias de las nuevas usuarias.

"Para poder visitarse en este centro tiene que vivir en Cambrils y pasar primero por una charla informativa". Esta es la consigna primordial que se ha de decir en el momento en el que una mujer acude al Centro Municipal de Planificación Familiar de Cambrils. También se suele añadir la coletilla "pero si tiene algún problema urgente le podemos atender aunque no tenga historia abierta". Cuando esta señora esté en la consulta ya se le recordará la consigna principal: "y si se quiere continuar viniendo ya sabe que tiene que pasar por una charla informativa".

Son muy pocas las mujeres que cuando deciden visitarse en el centro desconocen la existencia de la charla. Y es éste precisamente el motivo que las frena más a venir: "A ver, explícame qué es eso de la charla?, ¿qué tipo de información se da?, ¿tenemos que venir a la charla cada semana?". Son comprensibles estas preguntas, ya que esta forma de acceder al CPF no tiene precedentes y recuerda más al ingreso en un grupo especial que a la petición de una revisión ginecológica. Ninguna de las mujeres se imagina que el hecho de utilizar anticonceptivos tenga que estar precedido por el trámite de una charla. A la avalancha de preguntas que las mujeres pueden hacer, las trabajadoras tienen las contestaciones adecuadas: "Pues se da, sobre todo,

información sobre los métodos anticonceptivos, en qué consisten las revisiones ginecológicas y qué pruebas se hacen, las enfermedades de transmisión sexual..." No vale decir que todo eso ya se sabe. Estamos delante del trámite más importante e imprescindible para poder visitarse en el centro: acceder a la información que les proporcionará la charla¹¹⁴. Y ¿por qué es tan importante esa información? Porque "es una información con espíritu de prevención; es una información que te servirá para que te conozcas a ti misma y es una información que también le puede servir a tu familia".

Pero, a pesar de la charla, las peticiones para hacerse revisiones en el centro son múltiples. Al menos se reciben diariamente cinco: ya sea personalmente, ya sea por teléfono. Aunque la mayor parte saben de la existencia de la charla, a pocas les hace gracia "perder tres o cuatro preciosas horas de una tarde". La mayor parte tienen hijos a los que ir a buscar al colegio a las cinco de la tarde, pero por lo general hacen lo posible para buscar a alguien que les haga esta labor. Pero no hay piedad. La charla se ha convertido en sagrada y necesaria, puesto que todas las trabajadoras coinciden en que la información es básica. Se considera que los métodos anticonceptivos y todas las consecuencias que comportan tanto a nivel físico, psíquico y social son muy importantes para dejarlos pasar por alto, por ello la información es básica y la charla irrevocable. Por otra parte consideran imprescindible que las mujeres sepan en qué consiste cada una de las pruebas y por qué se realizan ("las mujeres no tienen que venir vendidas"). Las cuatro horas que se pueden perder una tarde en la vida no son tan importantes, consideran las trabajadoras, y a los niños cuando salgan del colegio a las cinco los puede ir a buscar una vecina o una amiga.

Generalmente para una charla se convoca un máximo de diez mujeres aunque, por lo general, para no hacer esperar tanto tiempo (hemos de tener en cuenta que las charlas se hacen dos martes de cada mes), hay veces que

114 Hace algunos años, esta información era exclusiva de los plannings. Ahora, revistas y otros medios de comunicación, también dan mucha información.

se convocan hasta quince mujeres, mientras que la media de asistencia es de unas ocho a diez mujeres. El motivo por el cual se limita la asistencia se debe al tiempo que se les dedica a las mujeres, ya que después de la charla se abre una ficha personal que se realiza individualmente con la consultora -es el primer contacto que tienen a nivel individual con el centro-. En la mayor parte de los centros sanitarios es el/la médico/a quien realiza esta labor, pero en planificación familiar se considera importante que el primer contacto lo tengan con la persona que les ha dado la charla que es, a su vez, la que las ha acogido y que, como hemos dicho, ejerce de puente entre las usuarias y la médica. De esta forma se descompone, también, la visión jerárquica que las usuarias tienen con respecto a los profesionales de la medicina.

Si no se hacen charlas cada martes es debido básicamente a que, aunque cada vez el número de usuarias va en aumento, pero el número de horas de visita permanece estable (salvo este año pasado, que se ha aumentado a cinco el número de horas de dedicación de la médica); si se quiere mantener el número de citas entre seis y siete diarias, las charlas tienen que disminuir y continuar jerarquizando las visitas en función de su posible duración.

Para hoy se ha convocado a quince mujeres y la consultora se queja de que es un número excesivo, ya que seguramente, si vienen todas, acabarán muy tarde. Las responsables son la secretaria y la otra consultora, ya que algunas veces no saben decir "no, para esta charla es imposible. Tendrá que esperar a la siguiente, que no sabemos todavía cuándo se convocará. Llame a principios del mes que viene".

Son las tres menos cinco y ya han llegado diez mujeres. La secretaria contrasta con el libro de citas la llegada de cada una de ellas, pide el nombre completo, les asigna un número de historia y las va enviando a la sala de las charlas donde las espera la consultora. Algunas se conocen entre ellas y van comentando algunos folletos informativos que hay esparcidos por la sala sobre el cáncer de mama y sobre métodos anticonceptivos. Otras van

mirando los pósters que, sobre los mismos temas, hay colgados por las paredes. La consultora va dejando listas las diapositivas que le ayudarán a hacer su explicación. Finalmente, cuando son las tres y diez y no han llegado más mujeres, decide empezar no sin dejar dicho a la secretaria que, si llega alguna más, le diga que venga a la próxima charla. Y la charla empieza:

"Buenas tardes, soy la consultora de este centro y con esta charla os voy a explicar un poco de qué se trata lo que hacemos aquí. El servicio que damos aquí, en el Centro de Planificación, es lo que se llama ahora asistencia primaria¹¹⁵. Hasta ahora hemos tenido más o menos unas ideas, en cuanto a nuestra salud, de acudir al médico cuando teníamos alguna cosa, etc. Eso no deja de ser correcto. Pero hay otra forma de controlar las enfermedades y vigilar nuestra salud: se trata de la prevención de todo aquello que nos puede llegar a producir enfermedades. Es un control que, además, no requiere nada especial, sino que se trata de que tengamos sobre todo información, las ideas claras, y nosotras estamos porque tenemos que ayudar a hacer estas cosas".

La información que se pretende dar en la charla tiene dos objetivos: promocionar la salud de la mujer y de su familia potenciando el autoconocimiento, tanto como prolongación de la misma promoción de la salud cuanto también como una de las formas de hacer que las mujeres aprendan a decidir por sí mismas:

"El capítulo de la información es absolutamente importante. Por más que os parezca extraño que dentro de la atención sanitaria se os haga venir a una charla, nosotras entendemos que es necesario porque primero hará que, sepáis cómo trabajamos aquí, con qué criterios, qué es lo que hacemos, y sobre todo para que entendáis qué es lo que se hace, por qué se tienen que hacer estas revisiones. Si una persona no ve la necesidad o no sabe por qué tiene que hacer una cosa, pues difícilmente si no tiene una buena información, no podrá en todo caso decidir si quiere hacérsela, porque la decisión siempre tiene que ser personal. Así es que para poder decidir siempre tenemos que tener los elementos de la información para saber si nos interesa o no hacer estas revisiones".

115 En realidad, que la planificación familiar esté integrada dentro de la asistencia primaria es un deseo de las trabajadoras, pero no es la realidad. No está reconocida como tal dentro de las competencias de la asistencia primaria -esta labor la realizan ginecólogos/as como especialistas- según lo recoge la Ley de Régimen Local y la Ley General de Sanidad. Esta situación exige, como hemos visto, un esfuerzo organizativo, negociador y de transición hacia un sistema sanitario integrado.

Y para poder decidir por sí mismas es necesario que tengan información. Esta información, como veremos, es tratada como una panacea ya que se percibe como la clave de una buena asistencia y prevención de la enfermedad:

"Entonces, dentro de todo este espíritu que decíamos, hacemos prevención del cáncer de matriz, del cáncer de mama, de ovarios, de vagina, de todo esto. Junto, también, con la prevención que se hace del control de las enfermedades de transmisión sexual, que también es un tema muy importante, del que hablaremos después, y del control del método anticonceptivo. También, y dentro de la asistencia que ofrecemos aquí en el centro, se hace asistencia psico-sexológica, que es para personas en cuyas relaciones sexuales pues hay algún problema o no hay ninguna comunicación en la pareja o tienen algún problema de los que después hablaremos; y también se hace la preparación al parto (...) La preparación al parto consiste, pues, en que a partir del quinto mes del embarazo, se hace una preparación psíquica y física tanto anterior al parto -preparto- como posterior al parto, para que después las mujeres no paguemos la factura al cabo de los años de no haber hecho una buena recuperación y tengamos pues eso, desprendimiento de matriz, desprendimiento de la vejiga de la orina, etc., que se dan al no haber una buena información. Estas son las consecuencias de no haber tenido una buena información y asistencia en este sentido".

Así, la charla se divide en tres bloques fundamentales:

- .Anatomía y fisiología femenina y masculina
- .Enfermedades de transmisión sexual y
- .Métodos anticonceptivos

Estos tres bloques sirven de excusa para poner en marcha los mecanismos normativos que acompañan a la información. La insistencia en la importancia de la autoatención y el autoconocimiento del cuerpo son los objetivos principales de la charla, donde no falta la referencia al espejo, elemento importantísimo para el buen desarrollo de la autoexploración:

"...tenemos que conocer nuestra vulva, de forma que la conocemos y sabemos cuándo está bien y sabemos por lo tanto apreciar si se producen cosas diferentes, de este tipo: irritaciones, infecciones, lo que sea. Tenemos que conocer nuestra vulva, y hoy día me parece que a nadie se le prohíbe tener un espejito que le permita verlo con muchísima comodidad y con muchísima facilidad; esto es importante ir haciéndolo".

Y para autoestimarse:

"Segunda cuestión. Hay una actitud general de todas las mujeres -igual ahora menos pero hasta ahora bastante- a tener demasiado miedo a esta parte de nuestro cuerpo, hay como una excesiva angustia, no gusta ir al ginecólogo, no gusta eso de '¡Uf! igual me hacen daño...', hay una idea en este sentido que no es correcta. Después, también existe una tendencia a calificar a esa parte de nuestro cuerpo de forma muy despreciativa. Se dice: 'eres un coñazo', y no te están diciendo precisamente que eres una flor, sino que se utiliza un tono completamente despectivo. Bueno, y éste es suave, los hay peores. Si os fijáis un poquitín y os paráis a pensar cuando se hace referencia a los órganos genitales masculinos, se dice 'es cojonudo' y eso se pone en superlativo, o sea que es... Por otro lado las mujeres siempre estamos 'ay qué asco de regla', 'qué asco, vaya cosa mas fea'... siempre unas connotaciones generalmente muy negativas, entonces... En este sentido hay que cambiar también un poco la mentalidad, puesto que esa parte de nuestro cuerpo es muy importante para nosotras, y muy importante para la vida humana. Nosotras, las mujeres, somos capaces de reproducir la especie, cosa que ha de ser una decisión completamente voluntaria, pero sobre todo porque tiene una categoría tan importante o más que las demás y no hay que tener esa actitud tan excesivamente negativa. Si una persona cree que es tan mala, tan asquerosa y tan no-sé-qué, difícilmente se dedicará a ella, a vigilarla, a cuidarla, más o menos con un cierto cariño. Si se le califica de forma tan negativa, pues eso va alimentando una mentalidad que siempre parece que las mujeres tengamos toda la mala sombra del mundo. Es por esto que se ha de cambiar también este concepto, esa idea hay que cambiarla".

Constantemente insisten en la percepción negativa que las mujeres tienen en relación a la menstruación, que asocian a una percepción negativa general en relación a todo el cuerpo. En el análisis de las entrevistas en profundidad analizaremos los motivos por los cuales las mujeres utilizan expresiones negativas para caracterizar este proceso y si hacen extensible esta negatividad a otros procesos corporales o a su propio cuerpo.

Por otra parte, el lenguaje utilizado por la consultora para dirigirse a las nuevas usuarias es muy claro, llano y reiterativo, repleto de toques de humor y ejemplos que escenifican en todo momento el relato. De esta forma se crea constantemente un clima de interés, ya que en muchas ocasiones las explicaciones de la consultora intentan romper con tabúes establecidos. Se intenta, en todo momento, minimizar o desbanicar conceptos muy arraigados

sobre el cuerpo que eran considerados como negativos u obviados del funcionamiento del cuerpo en general:

"Hasta ahora hemos visto la entrada de la vagina, donde las mujeres, ayudándose de un espejo, pueden ver perfectamente el himen. El himen es una membrana que nacemos con ella, que es una membranita que tiene agujeritos, por los que sale la regla y sale el flujo y salen las secreciones de la vagina, que nos juega un papel defensivo, protector. Cuando las niñas son pequeñas les protege de posibles agresiones de fuera. Cuando una mujer tiene relaciones, pues esa membrana se va dilatando y cuando tiene un parto se le rompe y solamente le quedan restos. Si os miráis con el espejito y veis que quedan como colgajitos chiquitines de piel, eso son los restos del himen que han quedado después de un parto. Es diferente la mujer que ha tenido hijos de la que no ha tenido hijos porque a esta última la membrana no se le ha desgarrado completamente, pero se le ha dilatado lo suficiente como para poderse meter un tampax aunque no haya tenido relaciones, para que las relaciones las tenga sin ningún problema, ni grandes dolores, ni hemorragias ni por supuesto nada de todo eso; es una membrana que se puede romper de cualquier ejercicio, dilatar en cualquier ejercicio, en cualquier deporte y en la vida normal y corriente. Esto lo tendríamos situado en la entrada de la vagina".

Otro de los grandes objetivos de la charla es que la información que se proporcione sirva para que las mujeres la gestionen a nivel particular, esto es, que la vayan adaptando a las concepciones que ya tenían de estos procesos. Es sobre todo en relación a los métodos anticonceptivos cuando se intenta que las mujeres elijan de forma individual (y/o con su pareja) y no en base a otras informaciones más tergiversadas que pueden escuchar en otros lugares y de la mano de otras personas. Esto es en la mayoría de los casos inevitable:

"Ya habéis visto que el método anticonceptivo perfecto no existe: existe más o menos seguridad, más o menos garantías y efectos secundarios. Lo que también está claro es que cada persona tenemos nuestros gustos, nuestras manías y nuestra forma de ser, y por lo tanto cada persona puede escoger entre toda la gama, depende de lo que quiera".

Evidentemente este objetivo es conseguido de forma muy relativa. No olvidemos que en la mayor parte de las ocasiones, el éxito de un producto depende más de la difusión que la propia población da que no de la potencial efectividad del mismo. Y lo mismo pasa con los fracasos. Muchas mujeres,

al encontrarse cara a cara con la consultora, a la hora de hacer la ficha personal, insisten en decir: "entre nosotras, ¿es cierto que el DIU va tan bien?, porque yo tengo una vecina que un día se le salió, y se lo encontró en la cama", o "yo las pastillas no me las quiero tomar porque mi hermana se las tomó y le engordaron mucho", y, finalmente, la inevitable pregunta "¿usted qué me recomienda?". A este respecto podemos constatar que la mayor parte de las mujeres después de la charla cambian de método anticonceptivo; lo que no se puede asegurar es que sea por lo que les dice la consultora o porque ya han acudido al centro pensando en cambiar de método anticonceptivo. Por otra parte, y en referencia a la última cita, la información sobre los métodos anticonceptivos (de menos eficaces a más) ya induce a pensar en cambiar actitudes, a pesar de apuntar al final que las mujeres son libres de decir lo que quieren hacer. Recordemos cómo en apartados anteriores a una usuaria que utilizaba la marcha atrás se le recordaba año tras año la ineficacia del método.

Durante la charla el clima de tensión por el no saber qué va a pasar en ella, va siendo precedido por un clima de distensión con el que se llega a tales puntos de confianza, que las mujeres se sienten lo suficientemente a gusto como para interrumpir innumerables veces a la consultora para explicar su propia experiencia o la de personas allegadas. Esta complicidad (que es generalizable a todos los servicios de planificación familiar) se traduce en comentarios donde lo que, en general, es considerado íntimo y personal se convierte en público.

U.: Sí, yo solamente quería comentar que yo cuando era más joven utilizaba la esponja como método anticonceptivo, y fíjese que me dio la idea una prostituta que era vecina mía, incluso me dio la dirección de la farmacia donde las vendían sin preguntar nada. Yo es que vivía en Barcelona antes, ¿sabe?

U.: Pues miri, jo de tota la vida que fem servir lo que ha dit aquesta noia i que no me'n recordo com se diu. El meu marit diu que és allò que sortim a passejar de Cambrils a Salou i a Vilafortuny tornem al radera. Bueno ara ja

soc vella i no tinc la regla, però abans amb aquestes coses rèiem molt, ni que no ho semblí.

Así es como las dos horas que teóricamente dura la charla se convierten en cuatro horas reales. Antes de terminar, hace una referencia a todos los servicios de los que dispone el centro:

"Antes de terminar, no me queda más que aclarar que a nivel de los servicios que damos aquí, está el de psicosexología para personas que en relación a este tema tengan problemas a nivel de relaciones sexuales. Con la buena comunicación, que queden todas las cosas claras a nivel de pareja, con la educación que hemos recibido, con la apetencia de la pareja, etc... Junto con todo esto, las personas que tengan relaciones sexuales que no sean satisfactorias, o que tienen problemas ya sea de que no sienten nada, que les duele, de que no tienen apetencia, de que la libido la tienen baja, eyaculación precoz en el hombre, o impotencia, eyaculación retardada, etc... Aquí damos una posibilidad de que la persona que realmente crea que quiere sobre todo solucionar ese problema o quiere mejorar sus relaciones sexuales, puede tener esa posibilidad de que hay una persona especializada en eso que quiere ayudarle realmente a solucionarlo.

Por otra parte está el servicio de educación maternal para las personas que deciden tener un hijo, pues para que sea en las óptimas condiciones. Una persona embarazada no es una persona enferma ni mucho menos, ni tiene que ser necesariamente hospitalizada, ni tiene que ser un parto traumático, ni toda esa historia. Es por ello que se está cuestionando otra vez lo de los partos con dolor y por ello se está volviendo un poco a lo más natural: los partos en el agua, los partos en casa, etc., porque hoy en día la asistencia está muy deshumanizada y la mujer pasa muy malos tragos en el hospital, mucha seguridad clínica pero poca humanidad, y lo que más interesa es el trato con las personas, sentirte tranquila, sentirte a gusto etc... Bueno, pues todo ese tipo de asistencia es el que se da aquí".

Como podemos observar, se insiste bastante en el hecho de que el centro dispone de servicios variados que tienen como finalidad ayudar a solventar problemas: el más solicitado, evidentemente, es el de ginecología, puesto que es para lo que mayoritariamente acuden. Pero también el servicio de psicosexología despierta el interés de múltiples usuarias que quieren solucionar un problema de pareja -que a veces han disfrazado de problema sexual-.

5.2.3.1 Elaboración de la historia personal

Mientras la charla se realizaba, la secretaria ha estado abriendo las historias de las nuevas usuarias. En un sobre grande pone dos hojas: la ficha personal y la de la primera visita, oportunamente rellenas con el nombre y el número de historia de cada una de ellas. Aparte también rellena una especie de tarjeta donde progresivamente se le irán apuntando las visitas que realizará y los resultados de las pruebas complementarias.

Cuando salen las mujeres, una a una pasan por la mesa de la secretaria y ésta les propone algunos días a escoger para que vengan a hacerse la primera visita. Es importante que cuando vengan a hacerse este tipo de visita no tengan la menstruación (la presencia de células endometriales dificulta el análisis de las células descamadas de la mucosa del cuello del útero), ya que si no es así no se podrá realizar la exploración habitual completa y consecuentemente tendrán que venir otro día a realizar el resto. Otras, las más atrevidas, ya piden, además, consulta directa con la psicosexóloga

Son las cinco y diez cuando la consultora empieza a hacer la primera ficha personal a la primera usuaria:

"C.: ¿Cuántos años tienes?"

U.: 20.

C.: ¿Vives en Cambrils?"

U.: Sí, en la calle..."

C.: ¿Tienes teléfono?"

U.: Sí, pero mejor que no me llamen a casa.

C.: No te preocupes, que no te llamaremos, solamente es un dato de referencia, yo anoto a un lado que no te podemos llamar a casa y ya está. El teléfono te lo pedimos por si se da el caso de que un día no te podemos visitar por la razón que sea, y para que no vengas en balde... ¿Qué estudios tienes?"

U.: Estoy estudiando primero de Empresariales.

C.: ¿Trabajas?"

U.: Sí, en la tienda de mis padres.

C.: ¿Estás, soltera, casada...?"

U.: Soltera.

C.: ¿Vives sola, con tus padres, en pareja...?"

U.: Con mis padres.

C.: *¿Has estado alguna vez embarazada?*

U.: *No.*

C.: *¿Cuál es el motivo por el que vienes al centro?*

U.: *Porque me quiero tomar las pastillas.*

C.: *¿Tienes relaciones sexuales?*

U.: *Sí.*

C.: *¿Cuántos años tenías cuando empezaste a tenerlas?*

U.: *Pues el año pasado.*

C.: *¿Y con qué frecuencia las mantienes en la actualidad?*

U.: *Pues cada fin de semana, cuando podemos.*

C.: *Y ¿tienes algún problema sexual con tu pareja?*

U.: *No.*

C.: *¿Te quedas satisfecha? ¿Llegas al orgasmo?*

U.: *Algunas veces sí, otras no. Bueno, es que al principio me hacía mucho daño pero ahora ya no.*

C.: *¿Te has masturbado alguna vez?*

U.: *Sí.*

C.: *¿Has tenido alguna vez relaciones homosexuales?*

U.: *No.*

C.: *Desde que empezaste a tener relaciones sexuales hasta ahora, ¿qué has utilizado para no quedarte embarazada?*

U.: *El preservativo.*

C.: *¿Y por qué quieres cambiarlo por las pastillas?*

U.: *Porque a él no le gusta y yo creo que son más seguras que el preservativo.*

C.: *Ya has oído la charla. El preservativo, bien utilizado, es el método más seguro, pero eres tú con tu pareja los que tenéis que decidir el método que queréis utilizar. ¿Tú quieres tomar las pastillas?*

U.: *Bueno, de momento probaré con las pastillas a ver si me van bien.*

C.: *Pues, si quieres, te hago la petición para que te hagas los análisis de sangre y así, cuando tengas los resultados, si están bien con la próxima regla ya te las puedes empezar a tomar.*

U.: *¿Y qué hago con esta petición?*

C.: *Se lo llevas a tu médico de cabecera y él con esto te hará el volante para que te hagas los análisis. Generalmente se tarda aproximadamente unos quince días en tener los resultados.*

U.: *Vale.*

C.: *¿Cómo te enteraste de la existencia del centro?*

U.: *Pues por una amiga mía que se visita aquí.*

C.: *Bueno, pues ya está. Has de venir el día de la primera visita y si tienes los análisis de sangre, pues mejor.*

U.: *Adiós.*

C.: *Adiós".*

Ante la charla y el tipo de preguntas que conforman la ficha personal¹¹⁶ las reacciones de las mujeres son, en su mayoría, de perplejidad. Son reacciones que hacen cuestionar tanto la existencia de la existencia de la charla como la exhaustividad de las preguntas que conforman este cuestionario. La cuestión que me planteo en este sentido es la siguiente: a pesar de utilizar este tipo de lenguaje más llano y asequible y a pesar, también, de intentar facilitar el acceso y la intercomunicación a las mujeres, ¿llegan éstas a conectar realmente en su primera relación con este nuevo tipo de servicio que les ofrece una nueva forma de concebir las relaciones de pareja, de conocer su cuerpo o de pensar la sexualidad? A este respecto, creo interesante reproducir aquí un testimonio ficticio recogido por Leonor Taboada en un artículo del libro *Mujer y Salud* sobre el impacto de la charla, que nos resultará muy orientativo para contrastarlo con los resultados de las entrevistas en profundidad donde se tratará a fondo la charla.

"...Juana, una mujer de cualquier barriada, en edad de Planificación Familiar, la usuaria tipo, que no es demasiado joven como para espantarse de 'Planificación Familiar', ni demasiado mayor para que ésta la excluya: una mujer normal. Juana ha hecho la consiguiente lista de espera porque su amiga Rosa le ha contado que allí la han tratado muy bien, como a una persona. Y allí llegó una mañana a escuchar la charla informativa: 'Me pone un poco nerviosa esta reunión con tanta gente desconocida. Menos mal que somos casi todas mujeres. Durante mucho rato me cuentan como un millón de cosas, mientras pasan unas diapositivas que no entiendo mucho. Me explican que por dentro tengo un útero, dos ovarios, dos trompas, una vagina y me cuentan que "eso" se llama clítoris. Me dicen que tengo que disfrutar mucho, y que para eso hace falta un buen anticonceptivo. O sea que lo primero que comprendo es que si quiero experimentar todo ese placer tendrá que ser mediante el coito. Pero luego dicen que si no tengo orgasmos, que no me preocupe, que lo más habitual es que los tenga por estimulación del clítoris. Aquí francamente, no entiendo mucho. Pero yo lo que no quiero es quedarme embarazada, no entiendo nada. Y enseguida pasan al bloque de los anticonceptivos. Se me quedan preguntas en la punta de la lengua, pero no me atrevo. Me atrevo a preguntar sobre los anticonceptivos, pero eso del sexo... nadie pregunta sobre eso ¿será que todo el mundo lo sabe menos yo? Salgo de la charla con la convicción de que la señora que la da sabe mucho, y ella y sus amigas se lo

116 Desde hace algún tiempo se han empezado a pasar por alto algunas de las cuestiones que forman parte del cuestionario, sobre todo las referidas a las relaciones sexuales.

deben pasar pipa con eso del sexo. Claro que yo... ¿cómo se lo hago entender a Juan? A él lo único que le interesa es eso y a mí que me venga la regla. En fin luego me hacen una historia y me preguntan. Hay preguntas que me inquietan, cosas que no sé bien; digo lo que puedo, pero tampoco me atrevo a seguir hablando del tema, así de golpe. Que si me masturbo, que si me corro en el coito o por estimulación del clítoris, que cuándo fue la primera vez, que cuántas veces por semana, que si tengo ganas (yo, la verdad, de eso, poco, soy muy fría, sólo me entusiasmo cuando estoy por tener la regla o cuando ya la tengo pero a Juan le da asco). Lo que es seguro es que sales de allí con un método anticonceptivo, aunque con la píldora sientas todavía menos, pero no pueden ponerme un DIU, nadie me ofrece un diafragma y Juan no quiere saber nada de condones. Luego volveré a las revisiones periódicas del método y a la revisión anual, donde me hacen la citología, análisis para ver si todo va bien. No me he quedado embarazada (he tenido suerte, otras se quedan igual), pero eso del sexo no ha cambiado nada ¿seré normal? ¿será que todo el mundo tiene ganas de hacer el amor todo el rato y se corren muchas veces y yo no?" (1984:62).

Aunque cuando se fundaron los Centros de Planificación las trabajadoras pretendían en sus planteamientos no imponer nada y respetar siempre las ideas de las usuarias, es difícil imaginar que no se intente inculcar a través de la charla una serie de ideas que pueden llegar a estar descontextualizadas con respecto a la realidad de las mujeres. Este texto podría resultar un reflejo de la realidad que las mujeres experimentan al salir de la charla. Aunque también hay que tener en cuenta que muchos de los planteamientos iniciales han variado sustancialmente. La charla en la actualidad está siendo cuestionada por la mayoría de las trabajadoras del centro porque consideran que está en algún modo obsoleta. Pero la información no se quiere dejar de dar. La contrapartida a la charla es la siguiente: no obligar a las mujeres a venir a la charla, pero sí informar a título individual cuando se les realice la ficha que recoge los datos personales (la cual también se tendrá que modificar sustancialmente). Dando informaciones individuales se considera que las mujeres pueden coger más confianza, y además solamente se tratarán los temas que a ellas más les interesen. Se considera que la información no tiene que crear angustia a la mujer, y cada caso tiene que ser analizado en sí mismo y no de manera general. No se trata

de crear problemas sino que a medida que la mujer se los vaya cuestionando ella misma, las trabajadoras del centro pueden actuar sobre la base de las demandas que reciban.

5.2.4 Preparación al parto

Cuando hacía una hora que había empezado la charla, van llegando las embarazadas. Se nota cuando sube las escaleras una embarazada, puesto que son pasos lentos y cansados, salvo las que llegan en coche, que suben con un poco más de ánimo. En cambio, durante el tiempo que están dentro de la sala haciendo la preparación no se dejan de oír carcajadas, e incluso cuando se van lo hacen de forma bastante más alegre que cuando llegan.

Hoy la educadora maternal tiene a unas ocho mujeres embarazadas, de las cuales cuatro son nuevas, eso sin contar que la semana pasada dieron a luz tres. Es importante que el número de mujeres sea reducido, puesto que así el grupo se conoce mejor y el intercambio de dudas, conocimientos y experiencias es más fluido. Generalmente la mayor parte de las parejas respectivas no participan en toda la preparación, salvo en ocasiones contadas, es decir, cuando la propia educadora maternal propone algunas sesiones con padre incluido. Pero, en general, la presencia del padre para ir a las clases de preparación al parto todavía sigue siendo reducida.

"Hay padres que culturalmente se les ve bien y que son habitualmente los que más vienen, aunque su economía no sea del todo buena, pero pertenecen a sectores culturales altos, altos, con formación suficiente o bastante. Los padres con trabajos, no sé como llamarle a este tipo de trabajos, que son obreros, les cuesta más. Hombre, siempre hay padres progres, pero los menos, y además creo que tienen que hacer un gran esfuerzo cuando entran en una sala donde hay 8 mujeres y él está solo, aunque cuando tienen un verdadero convencimiento y además yo les apoyo, yo digo 'Ah! muy bien, no te preocupes', se sienten mejor y reafirman cada día más cuando vienen" (MJM).

Para acceder al curso de preparación al parto no se tiene que pasar por la charla ya que se supone que la mayor parte de estas mujeres ya acuden

con regularidad a un ginecólogo, al menos para hacer el seguimiento del embarazo. Aun así, en el centro se les abre una historia para que la educadora maternal tenga un control de estas usuarias. Si después alguna de estas mujeres quiere empezar a visitarse en el centro, tendrá que pasar por la charla, aunque conservarán el mismo numero de historia.

Se puede empezar el curso a partir del quinto mes de embarazo. La preparación se hace cada martes de cuatro a siete de la tarde, y simplemente tienen que llevar ropa cómoda y calcetines. El primer día se les recomienda venir unos diez minutos antes de la hora porque la educadora maternal las quiere recibir personalmente para conocerlas y explicarles un poco qué es lo que van a hacer durante el tiempo que estén haciendo la preparación.

La sala de preparación al parto es la mas grande de todo el centro. El suelo está enmoquetado y cubierto, a su vez, de colchonetas forradas por una sábana y de numerosos cojines esparcidos por toda la sala. Tiene también una televisión con vídeo y un equipo de música. El curso incluye información detallada y discusiones no solamente en relación al embarazo y al parto, sino también en relación a la maternidad y paternidad. En este sentido se discute tanto de sentimientos y actitudes como de las técnicas que se van a emplear. Éstas incluyen la relajación, la respiración, saber cómo enfrentarse al parto y el trabajo corporal para fortalecer algunas zonas específicas. Las clases son normalmente audiovisuales, se pasan vídeos referidos al tema y para la relajación se escucha música. Una parte muy importante del material audiovisual de que dispone la educadora maternal, son los vídeos caseros grabados por ella misma de algunos partos que ha realizado en casa (con la autorización de la mujer). Durante las clases sugiere esta posibilidad de realizar el parto en casa a la cual no pocas mujeres se acogen. Otras, en cambio, aunque prefieren tener el hijo en el hospital, desean que ella esté presente en el momento del parto.

A media tarde han venido dos mujeres, que dieron a luz hace un mes, para enseñar a sus respectivos bebés. Las expresiones de admiración cuando

estas mujeres entran dentro de la sala con sus pequeños acompañantes no se hacen esperar. Esto, de alguna manera, también forma parte del cursillo, ya que la educadora maternal les pide que cuando puedan traigan a su hijo para que sean ellas mismas las que expliquen su caso personal y entre todas haya un intercambio de opiniones y vivencias personales. En este sentido, la educadora maternal les pasa un cuestionario que han de rellenar voluntariamente para que lo contesten tanto ella como el padre. En este cuestionario se intenta reflejar las vivencias que los dos tuvieron tanto en el momento del parto como después, la actuación de los médicos y enfermeras que la atendieron, la medicación que le suministraron, el tiempo que estuvo dando a luz, lo que sentía durante el alumbramiento y después, etc...

5.2.5 Consulta psico-sexológica

Son las cinco y media y ya está aquí la primera usuaria de la psicóloga. La médica hoy se ha ido antes porque la última mujer no había venido. Las dos consultoras habían estado hasta ese momento haciendo las fichas personales de las primeras usuarias, pero en el momento en el que llegó esta usuaria a una de las consultoras le tocó cambiar su papel: a partir de ese momento la secretaria se convertía en psicóloga y una de las consultoras pasaba a ser secretaria. Como secretaria lo primero que hizo fue preparar las historias a la psicóloga. Cuando ésta le avisa, la secretaria-consultora la hace pasar a la usuaria dentro de la consulta.

Los martes por la tarde la psicóloga normalmente tiene dos visitas, es decir, de cinco y media a seis y media y de seis y media a siete y media. Las dos usuarias de esta tarde son "históricas", ya que las dos hace bastante tiempo que vienen a visitarse, aunque solamente utilizan el servicio de psicología. Con las historias que se abren para la psicóloga pasa lo mismo que con las de preparación al parto: no hace falta que vengan a la charla si

no se van a visitar con la médica, y si posteriormente quieren hacerse revisiones ginecológicas a visitarse con la médica sí que tienen que pasar por la charla, aunque conservando su antiguo número de historia.

Durante el tiempo que dura esta primera visita, la secretaria termina de atender a las primeras usuarias y, como ha finalizado su trabajo por hoy, se marcha. La otra consultora se queda terminando de archivar las nuevas historias mientras viene la segunda usuaria de la psicóloga. Como se conocen desde hace tiempo, se ponen a hablar de temas muy triviales mientras la psicóloga termina. Empieza la siguiente visita, mientras que la anterior paga y se va. Continúa trabajando hasta que a las siete empiezan a salir las embarazadas, hablando, riendo y comentando cosas. Algunas de ellas piden que se les cobre el curso: el mismo precio todo el curso completo, tanto si dura tres, cuatro o cinco meses. En el momento de pagar se les abre la historia.

En la segunda planta del ambulatorio ya no queda nadie más que la psicóloga, la usuaria y la consultora. Como es invierno, a esas horas ya está oscuro y no se oye nada más que un ligero rumor que sale de la consulta de la psicóloga y el ir y venir de las mujeres de la limpieza que están en la planta de abajo. El teléfono dejó de sonar a mitad de la tarde y generalmente no es normal que alguien venga a pedir ningún tipo de información. A estas horas todo está muy tranquilo.

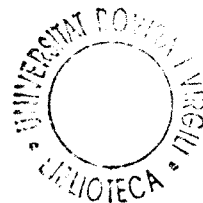
Finalmente psicóloga y usuaria salen de la consulta. La secretaria se dispone a cobrar a la usuaria y ésta a su vez le pide que le reserve cuatro horas más en la próximas semanas. Ha salido llorosa de la consulta y la psicóloga acaba de consolarla. Finalmente se va prometiendo que se tranquilizará y que procurará pensar las cosas mejor. La secretaria acaba de recoger todo: guarda todo el material en los archivadores, los cierra, junto con los cajones. Supervisa que las puertas de las consultas estén todas cerradas y apaga todas las luces -como quedan encendidas las de emergencia arriba y todas las de la planta de abajo no hay problema de visibilidad-.

Tal y como han venido, se van. Son las ocho menos cuarto cuando dejan atrás el ambulatorio la psicóloga y la consultora-secretaria. Durante el camino de vuelta la psicóloga le explica que esta última usuaria tiene problemas personales y que además lo está pasando bastante mal porque no encuentra trabajo en ningún sitio, se siente sola y sus hijos tampoco le prestan demasiada atención y dice que la única persona que le presta un poco de atención es la psicóloga. Le pregunta -la consultora- si ella tiene alguna solución para estos problemas. Contesta que no tiene ninguna pastilla mágica pero que intentarán entre las dos que salga del atolladero.

"En una consulta psicológica nunca, nunca vas a decir a una mujer o a un hombre lo que tienen que hacer, nunca jamás. Esta decisión la tienen que tomar ellos. Aquí se les da la información, se les enseña el amplio abanico de posibilidades y que ellos decidan según su experiencia personal, según su situación familiar y según todo, qué camino van a seguir. Nunca les vas a decir este camino es mejor que el otro porque depende de cada persona. Esta decisión la tiene que tomar la persona únicamente y te lo piden ¿eh?, te piden que decidas por ellos. Y, no. Porque están acostumbrados a la relación que tienen con el médico, ¿no? que el médico les dice 'esta pastilla te curará' y se toman esa pastilla. Entonces vienen un poco a buscar esto, que tú les digas 'haz esto que es lo bueno', y esto no se ha de decir, se intenta enseñar un poco a la gente a pensar, y no a que obedezcan. No ponerte en el plan de superioridad de que yo sé todo y tú no sabes nada y lo que yo te digo es cierto y tienes que obedecer, sino: yo este tema lo conozco más, te informo para que tú conozcas y decide tú, no voy a decidir yo por ti. Y esto a la gente les gusta. De entrada puede que les asuste. Vienen buscando un poquito la receta mágica. De entrada les sorprende que no se la des, pero luego les gusta. Les gusta porque les da seguridad. Ven que les tratas en un plan más de igual y no en plan inferior, ven que las valoras como persona y claro..., eso gusta. Gusta y yo he visto cómo la gente se siente más segura, aumentan su personalidad, las cosas que ya tenían más escondidas, las sacan: se atreven a sacarlas. Creo que esto es parte de la terapia: sacar la parte positiva de la persona y no la inseguridad con la que vienen" (P.O.).

El tráfico a esta hora de la noche es intenso porque también es una hora punta de retorno, pero por fin llegan a Tarragona, y se despiden en la Plaza Imperial Tarraco hasta el próximo día.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DISCURSOS Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD Y EPRODUCCIÓN: LOS CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Yolanda Bodoque Puerta
ISBN:978-84-693-6294-5/DL:T-1601-2010



DISCURSOS Y PRÁCTICAS SOBRE
SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN:
LOS CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

YOLANDA BODOQUE PUERTA

Octubre 1996

Universitat Rovira i Virgili

Tarragona

6. LOS CPF A TRAVÉS DE LA MIRADA DE LAS USUARIAS.

6.1 El centro: símbolos e ideas

Durante los dos últimos capítulos se han ido abordando toda una serie de aspectos que caracterizan al CPF que hemos tomado como unidad de observación. Unos los han ido señalando las propias trabajadoras y otros son fruto de la observación realizada por la autora de la investigación. A grandes rasgos, éstas serían algunas de las características del CPF de Cambrils:

***En cuanto a la creación:**

-Fue a propuesta de una regidora del Ayuntamiento que contactó con las trabajadoras -vinculadas con un grupo feminista- del CPF de Tarragona.

***En cuanto a la ubicación y competencias:**

-En principio no se ubicó en un espacio típicamente sanitario y era deficitario en cuanto a recursos materiales.

-Es competencia del ayuntamiento y, dentro de éste, forma parte del Área de Servicios Sociales.

***En cuanto a las trabajadoras:**

-Las trabajadoras son todas mujeres.

-Las trabajadoras no llevan bata.

-Existe una comunicación fluida entre las profesionales y a su vez con las personas que acuden a las consultas.

***En cuanto al estilo de trabajo:**

-El equipo de trabajo es multidisciplinario.

-Se imparten charlas informativas a las nuevas usuarias.

-Se ofrece información (aborto, métodos anticonceptivos), en consulta directa o por teléfono, y asistencia puntual (urgencias) a cualquier persona que lo requiera.

-La información no es proporcionada exclusivamente por la médica.

- Se cuenta con un servicio de psicosexología.
- Se dedica un tiempo suficiente a cada visita.
- Se potencian actitudes preventivas mediante el autoconocimiento.

Teniendo en cuenta estos aspectos que caracterizan el centro se intentará analizar la visión y percepción que tienen las mujeres de todas estas características para intentar validar o descartar una de las hipótesis generales de las que partíamos, que se decía que las usuarias perciben los CPF como una forma de asistencia sanitaria diferente.

6.1.1 La decisión de ir a un CPF

Todas las informantes se han visitado en algún centro de planificación familiar, aunque por motivos distintos. Algunas de ellas, ya sea para buscar información en general o para asesorarse sobre métodos anticonceptivos, acudieron a ellos acabada la adolescencia, justo cuando nacía el primer CPF de Tarragona, la Mitja Lluna. Ya fuera porque tenían contacto con grupos de mujeres, o porque tenían amigas mayores comprometidas con la causa feminista, el caso es que cinco de nuestras informantes comenzaron a visitarse en el primer centro que empezó a funcionar en Tarragona.

A Montse¹¹⁷, cuando tenía 17 años, sus amigas le hablaban del centro de tal forma que le atrajo mucho la idea de ir porque "lo veía muy liberal", porque todas eran mujeres y porque daban información. Aurora, con 22 años, también prefirió ir directamente al centro porque le parecía atractiva la idea de que, además de una visita ginecológica, se hiciese una charla informativa. Meritxell, en cambio, a pesar de que sus amigas (también mayores que ella) la animaron a acudir al nuevo centro que acababa de abrirse en su pueblo, era reticente por varios motivos:

"Mira, al principi em feia una mica de respecte. De respecte primer pel fet d'anar a un ginecòleg, que t'has de posar nueta davant d'una persona que no

117 Los nombres de las usuarias son ficticios.

coneixes de res, et talla amb disset anys i damunt arribes i lo primer que dius és que vols pastilles..." (Meritxell).

En cambio Chari y Júlia, cuando empezaron a ir, ya estaban conectadas con grupos de mujeres, por lo que en su caso no hubo intermediarias que las convencieran. Es importante destacar que el propósito de estas mujeres, a juzgar por su testimonio (y los años que llevan visitándose), no era solamente contribuir a que el proyecto del nuevo centro tuviera éxito, sino que intervino de manera importante el factor personal:

"Sempre m'he bellugat amb una sèrie de gent (...) en un ambient que ha col·laborat a que estigués assabentada de totes les coses. Llavors sempre la meva gran preocupació des dels 14 anys que he tingut inquietuds a nivell personal i a nivell social, clar tot això, encara que no vulguis et belluga i és un motor a preguntar i a saber. Clar, jo no estava gens contenta [con el ginecòleg que la visitava] i poc o molt et vas enterant i, finalment em vaig decidir a anar..." (Júlia).

"Yo cuando fui, fue a través del contacto entre mujeres y tal y la idea que tenía era que allí había unas chavalas cantidad de majas que te atendían la mar de bien, sobre todo a mí me atraía mucho que me atendiera una mujer, porque claro eran los principios y... bueno tampoco habías ido a un ginecólogo ni nada antes. Y que daban charlas, yo iba a las charlas, que se llevaban tiempo contigo, que te explicaban muchas cosas y bueno... Y eso es lo que me atrajo que podías hablar tranquilamente de todo lo que se te ocurriese, que te escuchaban y eso es lo que me atrajo mucho, sobre todo a nivel personal" (Chari).

Algunas de las informantes, como Inés, Rosa y Elisa, conocieron la existencia del centro porque sabían que eran los únicos lugares donde se informaba sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Inés, que en su caso iba de acompañante, "siempre había relacionado el planning con abortos y los veía como una salida a ese problema". Por este motivo se enteró de que existían los centros, aunque no se decidiría a ir hasta años más tarde. Rosa en Terrassa y Elisa en Tarragona decidieron que continuarían visitándose, después de la interrupción, porque las dos destacan un trato agradable y amplia información sobre el proceso.

Otras dos ya empezaron a visitarse en centros de Barcelona, también en los inicios. Mientras que las restantes se sintieron atraídas por los comentarios de amigas, vecinas o familiares que acudían o, curiosamente, porque el nombre del centro sugirió, en otra, la solución a unos problemas personales. A Carmen los comentarios sobre los CPF le resultaron suficientes para pensar, no sabe por qué, que iría un día u otro:

"Yo te digo una cosa, antes de ir al planning, yo tenía la idea de que iría, lo recuerdo de conversaciones con amigas cuando comentábamos según qué temas, y cuando me mandaron ir no me resultó extraño" (Carmen).

Pilar, la mayor de las informantes, en cambio, nunca imaginó que iría a un ginecólogo, pero tampoco que iría a un CPF y menos recomendada por su ginecólogo de cupo:

"Yo me pensé que era un cosa de gente joven, que no era para mí, que era una cosa para personas jóvenes, pero luego cuando llegué allí y vi lo que me hicieron y cómo me trataron pues..." (Pilar).

6.1.2 Las "históricas": la percepción de las ideas

Antes de pasar directamente al centro que nos ocupa, interesaría detenernos un momento en estos primeros tiempos de los centros, porque creemos que es muy importante la visión que las mujeres que acudían a ellos nos pueden aportar aunque sea desde la distancia (que de alguna manera puede favorecer que se distorsionen y/o magnifiquen los recuerdos). Aunque la entrevista se ha focalizado en la visión de la situación actual de los CPF por parte de las mujeres, algunas de las entrevistadas reflejan una voluntad expresa de comparar aquellos primeros momentos de fervor reivindicativo con la calmada actualidad del centro de Cambrils. En este sentido, he creído conveniente resaltar que algunas de las informantes han mencionado, de una forma u otra, la percepción de la ideología feminista en el discurso de las trabajadoras. Y aquí se tiene que hacer referencia a la diferencia que estas

entrevistadas hacen del centro de Tarragona y del centro de Cambrils. Algunas, como Aurora, lo mencionan, aunque para esta informante, en concreto, es indiferente mientras no le perjudique:

"Lo que si vaig veure allà [Mitja Lluna] és més ambient feminista, però vaja, és una cosa que suposant que jo particularment no fos o no combregués amb el rollo feminista, m'és indiferent perquè pel fet de ser dona mai m'ha perjudicat això..." (Aurora).

Marijo, en cambio, no sabe si es o no feminismo, pero cree que es positivo porque las mujeres están bien atendidas:

"A mi m'agrada el planning perquè lluita per la dona. Això del feminisme no se si hi serà aquí o no, jo no ho he vist, pero sí que veig que les dones estem ben ateses i ens ajuden" (Marijo).

Para Inés, en cambio, se trata de que el trabajo lo hagan bien y de que respeten las decisiones que las mujeres tomen, al margen de las ideas que la institución tenga:

"...es la típica historia de que los centros de planificación familiar siempre se han relacionado con feministas, pero de todas formas a mí no me influye nada, porque mientras que el equipo que lleve el centro me respeten, al margen de las ideas que tengan, me da igual. El trato es lo que buscas. Me interesa que el trabajo lo hagan bien" (Inés).

No es que la ideología feminista, como tal, fuera percibida por parte de las usuarias, de forma negativa. De hecho, la mayor parte de estas mujeres, se hicieron usuarias porque conocían la existencia de esta característica en el centro. Lo que, en todo caso, se puede destacar de estos testimonios es una desaprobación a la forma de difundir su mensaje. Las usuarias, en este sentido, destacan en ocasiones una intolerancia, por parte de algunas trabajadoras al no respetar, o desaprobando, decisiones propias; la obligación de apropiarse de ciertos hábitos y de compartir decisiones y criterios; y un excesivo celo para asumir los contenidos de su discurso. Es decir, que las informantes separan radicalmente las ideas de la práctica, cuando, en la mayor parte de las ocasiones, ésta última está directamente determinada por la influencia de las ideas (y en aquellos momentos, ideología y prácticas

estaban fuertemente unidas). A Carmen, cuando le envió al centro su médico de cabecera, no sabía la trayectoria ideológica de los centros. Cuando posteriormente se dio cuenta, a priori no le importó demasiado hasta que experimentó una incursión que ella consideró impropio por parte de las trabajadoras -de la cual nos ocuparemos posteriormente- y que relacionó directamente con la ideología. Aun así, continúa como usuaria por considerar que, al margen de las ideas, puede hacer uso de determinados servicios del centro:

"A ver, cuando yo fui, no tenía ni idea, pero a medida que vas conociendo, vas viendo que van más allá de lo médico. Pero a mí nunca me molestó, o casi nunca, digo casi nunca porque en una ocasión sí que me molestó, pero cuando veo algo que no me gusta no lo cojo y me quedo con aquello que sí me gusta" (Carmen).

Montse, cuando empezó en la Mitja Lluna, ya sabía que el centro estaba conectado con el Bloc Feminista, pero le llegó a parecer excesivo el mensaje feminista que se intentaba difundir desde el centro. Compara el centro de Tarragona con el de Cambrils remarcando, como usuaria, la evolución que ella cree que ha habido en los planteamientos:

"El planning on jo vaig començar a anar em semblava que havia... que era una història com a molt feminista, era molt extremista en aquest sentit i era l'únic que... bueno no em molestava, pero ho veia que era, potser una mica massa, per coses, frases, paraules, follets que havia per allí, és que no sé dir-te cap exemple així concret, estava a l'ambient (...) La dona tampoc estava tan ben considerada com està ara llavors suposo que també havia d'haver un tipus de dones, en tot cas, que lluitessin pel dret de la dona, i allí era on es feia. Llavors no és que em sobrés, ho aprovava, però és que es respirava a l'ambient, es respirava a l'ambient el rollo feminista i a mi pues... tots els extrems, en fi, no m'agraden. Pero Cambrils és molt diferent de quan jo vaig començar a Tarragona. Clar però és que a Tarragona s'havien d'imposar i gràcies a elles segurament a arribat tot a tal i com està. Suposo que d'alguna manera hem d'estar agraïdes, perquè gràcies a aquestes senyores que s'han dedicat a reivindicar el dret de la dona i... però que es nota, jo no ho trobo a faltar perquè ja et dic que a mi els extrems... no ho trobo a faltar, però veig la diferència de Tarragona, en uns inicis i Cambrils. Essent les mateixes persones, els ideals hi són igual, però que no matxaquen tant a les dones. Clar, llavors jo crec que s'aprofitava una mica, inclús me'n recordo de fer tests i de signar per col·laborar, que estic contenta d'haver-ho fet, però que aquí per exemple, mai m'han demanat cap firma ni res. I és que jo crec que han passat

anys i és normal, tot evoluciona i gràcies a Déu ha evolucionat a favor nostre i potser no cal matxacar tant" (Montse).

La valoración que hace Júlia como militante de un grupo feminista y como usuaria también de los dos centros, se asemeja a la que hace Montse, pero ella misma remarca que adopta, por un lado, una postura subjetiva al evaluar la difusión del discurso feminista desde el centro como militante y, por otro lado, la postura crítica que da la perspectiva temporal.

"Potser era també molt més militant feminista la tendència al principi. En canvi ara no ho es tan fort ni molt menys. Sabies que les treballadores que hi havia en aquella època militaven en el Bloc Feminista, jo també ho vaig ser (...) en aquest aspecte l'evolució ha sigut una mica paral·lela, vull dir, igual que han fet les dones aquesta evolució, per força també l'ha tingut de fer la filosofia del planning (...) En aquest sentit jo no puc ser objectiva perquè jo estava rebent lo que jo volia rebre en aquells moments, però ara mirant una mica en retrospectiu (...) sortiem d'una època que era el franquisme i moltes dones amb molts problemes d'acceptar el seu propi cos, d'acceptar la seva pròpia sexualitat, de no parlar d'aquests temes, que tot era tabú, arribar a un centre de planificació familiar i passar unes diapositives i una xerrada així, podia ser fins i tot de vegades traumàtic, sobre tot segons quina edat i de dir 'uy això no...' més aviat feia l'efecte contrari, de que moltes dones diguessin 'no, no, jo d'això ni parlar-ne', perquè clar amb 50 anys una dona vivint amb tots aquests tabús que en sec te plantifiquin això no pot assimilar-ho com ho pot assimilar una persona jove. (...) Penso això pel moment que es vivia, però també penso ara que en aquells moments tenia que ser així, no hi havia una altra manera (...) va ser per la pròpia dinàmica de que les coses van anant sorgint així. Potser gràcies a les feministes es van poder obrir aquests centres que ara han anat evolucionant i han anat fent aquest canvi (...) I t'ho dic perquè jo potser també he evolucionat (...) Ja no és aquest factor més feminista tancat, sino molt més obert. A més moltes dones no tenen per què estar obligades a escoltar o tenir que assistir a coses que no tenen ganes, llavors necessiten el seu procés i a lo millor moltes no volen, vull dir no pots obligar" (Júlia).

Estas dos informantes coinciden en señalar la contradicción según la cual aunque la perspectiva, marcadamente feminista, desde su punto de vista, no era la más adecuada, o la más positiva de cara a llegar a todas las mujeres, era, en cambio, la única vía posible para plantear una transformación de perspectivas que favoreciera a las mujeres en general. La evolución de las posiciones ideológicas de las trabajadoras -independientemente del trabajo

que realizan-, que estas mujeres califican como muy positiva, efectivamente se encuadró dentro de otra dinámica más general que propició que el fervor reivindicativo se fuera tranquilizando. Esteban enmarca esta evolución dentro de un contexto político favorecedor donde, por una parte, se estaban dando avances tecnológicos y descubrimientos importantes por parte del sistema médico-científico (la reproducción ha sido una de las parcelas más prioritarias), así como las primeras manifestaciones de surgimiento del movimiento en favor de la sanidad pública; se dio además una situación política reivindicativa general, y un ambiente social muy propicio para la autorregulación de la procreación, al tiempo que las mujeres se incorporaron al mercado de trabajo y a la educación y se empezaba a conseguir cierta igualdad (1994:15).

6.1.3 El espacio¹¹⁸ y la cuestión de las competencias

Como ya hemos mencionado anteriormente, algunas de las entrevistadas se han visitado en los centros de Tarragona y El Vendrell, y todas ellas en el de Cambrils. Las personas eran las mismas y el trabajo que realizaban también es el mismo, pero la diferencia radicaba en el espacio físico en el que se ubicaban: el de Cambrils, está instalado en un ámbito sanitario, mientras que los de El Vendrell y Tarragona estaban situados en un piso particular y en los bajos de un edificio, respectivamente. Hemos querido descubrir la importancia que para las entrevistadas tiene la ubicación, el espacio que ocupa el centro, para comprobar la trascendencia que puede, a priori, ejercer el área donde se desarrolla la actividad.

Para algunas de ellas era una cuestión indiferente, pero para otras no pasó desapercibido. En opinión de Meritxell, que ha conocido los centros del

118 Tomo la definición de espacio que apunta del Valle: "El espacio sería un área físicamente delimitable, bien por las actividades que se llevan a cabo, la gente que lo ocupa, los elementos que lo contienen o los contenidos simbólicos que se le atribuyen" (1990:4-5).

Vendrell y Cambrils, el espacio en los dos casos ha tenido mucha importancia:

"...el primer dia em va donar la impressió de que era una cosa d'amagatotis. Lo primer que vaig pensar és que això no deu ser gaire legal, aquesta història no és gaire legal que estigui en un pis montat. Llavors al veure al personal i veure que estava dintre de l'Ajuntament i tal, doncs bé (...) [Y el de Cambrils] ho vaig trobar diferent, però és que ara m'agradava més l'altre, molt més. Aquest centre es enorme, és com una consulta de seguro, una mica, tot i que continua sent el mateix, el mateix plantejament, el mateix funcionament, és diferent totalment. Llavors sembla que sigui un dels serveis més d'allà. Tot i que saps que és el mateix, pero bueno, és diferent" (Meritxell).

La idea que atrae más, en general, es que el centro se encuentre aparte. Los motivos son diversos. Ya hemos visto que a Meritxell el hecho de que esté situado en el ámbito sanitario le recuerda más a "una consulta de seguro", cosa que, como veremos en el próximo apartado, tiene connotaciones negativas. Para Elisa y Júlia, que esté en el ámbito sanitario se relaciona directamente con el hecho de estar enfermas:

"...potser que estigui en àmbit sanitari és important, però tampoc li veig...tampoc és una qüestió de patologia sino d'un coneixement del propi cos, que t'informen i t'assesoren. Tampoc crec que sigui important que estigui en àmbit sanitari, però bueno més que res per comoditat de vegades que si veuen una patologia et poden derivar allí mateix, però no és així, tampoc no... I a més el fet de que sigui en àmbit sanitari la gent poc o molt ho veu com una cosa patològica o de malaltia (...) moltes dones pensen que això és com una malaltia i llavors és important que no ho vegin com una malaltia sinó com un coneixement del propi cos..." (Júlia).

Elisa asocia el ámbito público con la masificación, es decir, con la falta de intimidad y con la enfermedad; mientras que el ámbito privado, es decir, el simple hecho de estar separado, le sugiere más privacidad, un espacio más íntimo y personal que se relaciona con el cuidado de la salud. Es la misma línea de argumentación que hace Chari, para la cual es muy importante la complicidad y la confidencialidad que sugiere un espacio aparte, y no el espacio más público:

"A mí me atrae más aparte. A mí como estaba en Tarragona le daba más personalidad, un ente por sí solo, planning, sólo el planning. Por ejemplo cuando voy a Cambrils, ya entras como... eso es como un Centro de Atención

Primaria, un centro sanitario y parece que se diluye un poco lo que tiene que ser un planning. Es diferente incluso cara a las mujeres que iban al planning, te hablo de Tarragona, a escondidillas, jovencitas... por ejemplo si te lo pusiesen aquí en el centro de salud puedes ver al vecino, a la vecina y eso quieras que no, para mí, te evita el ir o no ir. Yo no sé si es lo correcto o no, pero allí ibas a veces, ibas como de 'estrangis', no te gustaba por entonces, tan joven que se enterara nadie que ibas" (Chari).

En cambio para Rosa, a la cual le es indiferente la ubicación espacial del centro, opina que el ámbito sanitario otorga más valor, a nivel social, al CPF:

"Bueno, una consulta se puede montar en cualquier sitio, lo que pasa es que un poco a nivel social pues eso da un prestigio, el hecho de que esté en un centro médico pues parece que vas al médico... pero yo creo que no tiene por qué, porque no es el lugar físico sino que es lo que se hace en el centro" (Rosa).

A Pilar, en cambio, el hecho de que el centro donde se visitaba al principio estuviera en un piso particular, lo desprestigiaba más:

"Pues muy mal, lo pensé porque yo pensé que allí no habría las cosas que hay en un centro médico. Yo también he ido a consultas de médicos que tienen la consulta en su casa, pero no sé, al principio me parecía diferente y no sé decirte por qué. Yo creo que tendría que estar en un sitio más médico, a mí me parece que sí" (Pilar).

Este desprestigio que suponía el piso particular no solamente podía repercutir de cara a las mujeres que acudían, sino también en el propio barrio¹¹⁹ por las sospechas que levantaba entre algunos vecinos. Para Carmen y una amiga suya el recibimiento que tuvieron el primer día no fue muy agradable precisamente:

"[era] un piso lúgubre y la anécdota es que llamé, me equivoqué de timbre y me salió el vecino de al lado y empezó a tratarnos de todo. No recuerdo las palabras, pero de putas para arriba. Luego llamamos al centro y nos explicaron que habían tenido algún problema. Nosotras nos quedamos escandalizadas por aquel hombre, que además tenía hijas, ¡pobrecitas!. Pero nos dio igual, seguimos en el centro" (Carmen).

119 El CPF del Vendrell siempre ha tenido problemas con los vecinos del edificio donde estaba ubicado. A detalles como el que nos cuenta esta usuaria podemos sumar otros como el hecho de que, desde un principio, el centro empezó a ser conocido, despectivamente, como "la casa de los condones", o la destrucción, en numerosas ocasiones, de la placa que anunciaba el centro en la puerta principal del edificio.

Como podemos comprobar, la ubicación despierta o sugiere ideas diferentes entre las mujeres. Por un lado, el ámbito sanitario supone, sobre todo para las informantes más mayores, más protección, más seguridad y más valor, aunque según para qué actividades. En el caso de Pilar y otras entrevistadas, por ejemplo, que han visitado otros profesionales que tienen consulta privada en un piso particular (generalmente situada en las áreas urbanas de más prestigio social), este hecho concede más crédito que los CPF estén situados en pisos particulares (generalmente áreas suburbanas, barrios de nivel social medio-bajo y en unas condiciones materiales y ambientales algo deficientes). Se podría pensar que para otras, como Montse (recordemos que no veía con muy buenos ojos la ideología feminista "que se respiraba en el ambiente" del centro de Tarragona), la "moderación ideológica" actual que ella percibe en el planning, con respecto al fervor reivindicativo del principio, podría estar relacionada también con su ubicación en un ámbito sanitario, cosa que le puede conferir más legitimidad, menos extremismo y, por tanto para ella, más valor.

Otras informantes que pasaron de visitarse en los centros situados fuera de ámbitos sanitarios, al centro de Cambrils (ubicado en el primer piso del Ambulatorio local), han modificado sus opiniones, porque mientras que el piso particular les sugiere confidencialidad, individualidad, y una visión particular de la atención que se ofrece, el ámbito sanitario: 1) es más concurrido y por tanto menos individual y menos íntimo; 2) se relaciona directamente con la enfermedad y menos con la prevención de la salud; y 3) pasan desapercibidas las diferencias con respecto a los demás servicios.

Finalmente, se ha podido observar que, para las entrevistadas que viven en Cambrils, doce en total, es una ventaja que el centro esté situado en el pueblo, aunque ésta no es una razón con el suficiente peso. Creen más importante y más útil que funcione, según sus declaraciones, correctamente:

"Para mí lo importante ha sido el funcionamiento, pero no que esté más cerca de mi casa. ¡Hombre! es muy cómodo, si vienes a buscar abajo una receta pues ya te acuerdas de que te toca pedir hora con el planning y ya subes. A

mí si no me gustara me iría a La Granja, lo que pasa es que como sé que aquí lo hacían mejor dije 'pues vaya tontería tener que ir a otro sitio teniendo lo que tengo al lado de mi casa'..." (Joana).

Las que viven fuera, sobre todo las que viven en Tarragona, envidian un centro de las mismas características en su ciudad. Pero, de la misma manera que las informantes foráneas, éstas acuden al centro por las características, el tipo de asistencia sanitaria y el trato que se ofrece:

"S: Mira nosaltres fem una hora de camí cada vegada que anem al planning, tant ens fa fer una mica més si ens agrada, a Tarragona o al puesto que sigui. Perquè parlem i ens escolten, i de fallos... quantes queixes tenen?, si als demés ho fan com amb nolsaltres, cap (...) I poques cues, perquè venim allà i més ràpid no pot ser" (Sevi).

"Yo me lo tomo como ir de excursión. Cogemos fiesta una mañana una amiga y yo y nos vamos a visitar. Merece la pena porque es que estás a gusto y no siento perder la mañana. Hay veces que vas al especialista del seguro y te tiras la mañana entera y entonces sí que pienso que he perdido toda la mañana, porque al médico casi ni lo ves" (Dolors).

En cuanto a la cuestión de las competencias, a las usuarias en general no les parece mal la idea de que el centro pertenezca al Ayuntamiento¹²⁰. Éste último, generalmente, se asocia a la proximidad a la ciudadanía; por tanto, consideran positivo que los políticos locales tengan este tipo de iniciativas. Como aspectos negativos consideran que por lo que se refiere a infraestructura pueden resultar más deficitarios y que su acceso queda restringido ya que, precisamente por ser municipales, sólo pueden acudir aquellas personas censadas en el pueblo.

En cambio la sanidad pública despierta respuestas más ambiguas. Por un lado, las informantes más fervientemente partidarias de la sanidad pública coinciden en destacar la privacidad o particularidad de los centros como uno de los aspectos más importantes que los caracterizan. Como aspectos

120 Las usuarias que viven fuera de Cambrils han tenido que dar una dirección falsa para poder acudir al centro. Aun así no ha habido ningún problema porque, por parte del Ayuntamiento, se hacía la vista gorda. En cambio, en El Vendrell ha pasado menos desapercibido y ha habido más control en este sentido.

positivos señalan que la sanidad pública es un derecho, por lo tanto es gratuita y está al alcance de toda la población; posee más infraestructura tecnológica y humana, cosa que en principio, puede resultar beneficioso de cara a ofrecer una atención de calidad. Como aspectos negativos (que son complementarios con los positivos) señalan que, en contra de todo pronóstico, la atención sanitaria es lenta, deficiente y masificada. En este sentido no se posicionan claramente en cuanto a sus preferencias. Unas, como Pilar, valoran solamente la cuestión económica haciendo el siguiente razonamiento: sea de la Seguridad Social, sea del Ayuntamiento, todo es público, por tanto, todo tendría que ser gratuito.

"...me parece que sería mejor que fuera de la Seguridad Social, pero si es del Ayuntamiento también es público, porque el Ayuntamiento es de todos. Pero me parecería mejor que no se tuviera que pagar nada" (Pilar)

De la misma opinión es Sevi, pero Marijo matiza. Para ella, hablar de sanidad pública es sinónimo de mala calidad en los servicios que es precisamente uno de los peligros más temidos, por parte de las trabajadoras de los CPF, de la incorporación de los centros a la red pública: que la integración "descafeíne" la atención que se intenta ofrecer en el centro:

"S: tal i com estàn s'hauria d'incloure en la Seguretat Social.

Mj: Però llavors no seria igual. Ara, si jo hagués de pagar més ho pagaria, si són elles. No en sabria greu pagar perquè és un servei que et donen.

S: Sí, perquè això que estàn fent és un dret de tothom i com això moltes coses. Però lo que fan aquestes dones hauria de ser gratuït, però així com ho fan" (Marijo & Sevi).

A otras informantes, como Montse, Elisa y Meritxell, el hecho de pagar o no pagar tiene una importancia relativa. Mientras que Elisa cree que para las cuestiones relativas a la salud y al cuerpo no se tiene que mirar la cuestión económica, para Meritxell, es una forma de selección de las usuarias que impide la masificación:

"...el fet de pagar, trobo que són quantitats tan mínimes que trobo que està bé que sigui d'aquesta manera. Potser limita una mica, inclús..., és a dir, elles d'alguna manera poden acceptar o deixar d'acceptar una sèrie de persones per número, ja no dic per..., per això trobo que està bé el fet de que sempre hagi

el mateix número de persones perquè trobo que aquestes persones estan més ben ateses que no pas si fos pública" (Meritxell).

Rosa se posiciona claramente por la competencia municipal, precisamente por la aproximación de los Ayuntamientos a las necesidades de los ciudadanos, aunque matiza que no sólo es una cuestión de competencias sino que también influyen las personas y las características:

"...si es municipal supongo que está más cerca del ciudadano que si es de la Seguridad Social, yo creo que sí, todo lo que sea municipal atiende más de cerca al ciudadano y parece que sea algo suyo, está ahí. A ver, si las personas... si las características son las mismas, da igual que dependa de un sitio u otro, pero en este caso si empezó así por algo será..." (Rosa).

De la misma opinión es Chari, que vuelve a introducir el problema económico aunque ya no se refiere al hecho de pagar las visitas, sino al dinero de que disponen los organismos para subvencionar los centros:

"Yo es que creo que tenía que ser de la Seguridad Social por una razón, porque los municipios subvencionan o no en función de las pelotas que tienen. Lo que pasa es que juega a favor lo municipal que parece que los ayuntamientos están más cercanos al ciudadano y a las ciudadanas y se puede dedicar más dinero, por ejemplo a hacer estudios o a propaganda o a darlo a conocer. La Seguridad Social, por el tema de que bueno es sanitario y parece ser que tendría más apoyo a nivel estructural y a nivel de más cercanía a la población que interesa. Yo siempre digo a la gente que son los municipios, yo creo que los ayuntamientos son los organismos que tendrían que tener más pelotas de todos, porque es el que ve las realidades y las necesidades de la ciudad..." (Chari).

Finalmente Júlia remarca esta idea, lanzando también su propuesta en cuanto a la competencia ideal de los CPF: público, pero local; accesible a todo el mundo, pero marcando las diferencias notables de cada lugar y, sobre todo, donde se promocióne la participación ciudadana:

"Jo estic per la Sanitat Pública (...) Llavors penso que ha de ser públic. El que passa és que ha hagut una època de que de tot això s'han fet càrrec els ajuntaments, que han sigut capdavanters, però penso que ara hauria de passar a l'ICS, però conservant una mica la filosofia del Centre i que hagués una certa autonomia a l'hora de decidir, vull dir, la gent, els treballadors i els usuaris en com voldrien que fos la història i que no vingués donat per la Generalitat, per tot arreu igual, perquè cada lloc té el seu tarannà, la seva

manera, penso que a això sí que se li ha de donar autonomia però que fos públic" (Júlia).

6.2 Pero... ¿qué sugiere la planificación familiar?

Otro de los aspectos destacados que caracterizan a los CPF es precisamente su denominación. Ya vimos en el marco teórico que en el Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española, la palabra "Planificación" no recogía en ninguno de sus calificativos el acompañamiento de "Familiar"; aunque si nos remitíamos a literatura especializada en el tema, encontrábamos algunas definiciones sobre la significación de los términos "Planificación Familiar". De la observación en el centro podemos adelantar que, tanto para las mujeres como para las trabajadoras, existe una diferencia considerable entre lo que es "planificación familiar" y el anglicismo que se utiliza para acortar el nombre: "Planning".

Por esta razón, se pidió a las mujeres que dieran su opinión sobre el nombre que recibía el centro, más concretamente lo que les sugería las palabras "planificación familiar", independientemente de lo que ya sabían que se hacía en él. Algunas de ellas aprovecharon la pregunta para reprochar el hecho de que el centro tenga un nombre que de alguna manera excluye a una parte de la población: las más jóvenes se sentían demasiado jóvenes para ir ["...quan jo hi anava allà eren tot dones grans i jo em veia allí una criatura, però amb el personal del planning mai me van dir que no podia anar, al contrari, amb tota confiança" (Montse)], mientras que las mayores pensaban que eran demasiado mayores.

"A mí me parecía que era para dar información... que sería eso para dar información a la gente joven, para lo que tienen que hacer... para cuando tienen que hacer... estar con un chico y esas cosas. Yo no me sé explicar. Yo después cuando fui vi que era otra cosa" (Pilar).

"Planificación familiar me sonaba a señoras casadas que quisieran tener o no tener hijos, aquello de planificar la familia. Yo, por ejemplo, no pensaba tener

más hijos y pensé, pues ¿para qué voy a ir si no quiero tener más hijos? No sabía yo que tenía otras facetas de sexualidad" (Laura).

La mayor parte de ellas contestaron de forma unánime refiriéndose, como lo hace Rosa, a "la familia y la pareja que pueden escoger el método o la manera y los hijos que quieren para formar una familia". Inés se arriesga un poco más al añadir la posible problemática que de ello se pueda generar:

"...la problemática que pueda tener esa pareja ya sea para no cargarse de hijos, por ejemplo, porque no los pueden mantener, para tenerlos o tengan problemas por lo que sea para no tener hijos o para enfermedades. Dar una información a la pareja y poder echarles una mano, darles una ayuda a los problemas internos que pueda tener" (Inés).

En cambio tanto para Patricia como para Meritxell, relacionan la palabra planificación familiar con la sexualidad. Y mientras que a la primera le sugiere "información sobre sexualidad, sobre las relaciones sexuales y sobre cómo evitar embarazos no deseados" (Patricia), para la segunda "és una manera de gaudir de la sexualitat, controlant-la una mica" (Meritxell).

Todas ellas al final de su argumentación remarcan que la realidad supera ampliamente al nombre. Para Elisa "el planning abarca otras cosas que no son planificación familiar (...) también a las mujeres que te hacen acordarte de ti, de tu cuerpo y que lo tienes que cuidar". En esta línea es más explicativa Júlia remarcando que lo más importante no es el nombre, sino que es la filosofía:

"El que passa es que bueno, jo penso que és el que dèiem abans de la filosofia d'aquests centres que el que fan és educar-te, informar-te, sobre tot conèixer el teu propi cos, que jo crec que és una cosa molt important, perquè si tu coneixes el teu propi cos, com funciona... és lo que dic moltes vegades, la ignorància l'únic que fa és tenir por, el tenir por moltes vegades és perquè ignores les coses, és a dir, si tu les coneixes, poc o molt estàs preparada i aquesta por desapareix. També hi ha una sexòloga o per si necessitem un assessorament de qualsevol tipus, per mi això és molt important, que la gent sàpiga que pot anar, que pot expressar els seus problemes. Penso que és molt més global que lo que pot suggerir planificació familiar" (Júlia).

En todo caso, la palabra inglesa "Planning", sin el calificativo "Family" - "Family Planning" es la traducción literal de "planificación familiar"-, es el

concepto utilizado para definir el trabajo que se realiza en el centro¹²¹. Las trabajadoras, conocedoras de la poca pertinencia del nombre y de la confusión a que puede dar lugar, justifican este hecho por haber traducido el nombre literalmente del inglés, desde el principio. Contrariamente, nadie ha intentado cambiarlo ya que se considera que la gente ya sabe de qué se trata, no sólo la planificación familiar, sino también el planning. En todo caso, parece que para las mujeres una cosa es "el planning" y otra muy distinta "la planificación familiar":

"Es un nombre inadecuado, porque el planning no ha dado eso, ha dado mucho más. Ha dado charlas para vivir tu sexualidad a gusto, ha dado cursillos para conocer tu cuerpo, es decir, ha dado mucho más. Lo que pasa es que la mujer ya habla del planning, ni planificación familiar ni tonterías, es el planning" (Chari).

6.3 Motivos para visitarse en un CPF

Varios son los motivos por los cuales las mujeres pueden acudir al centro. En este sentido hay una clara diferencia entre las motivaciones que tenían las mujeres hace algo más que una década y las que tienen ahora. En un principio, los centros significaron para muchas mujeres, sobre todo, alcanzar dos éxitos: la posibilidad real de conseguir y/o informarse sobre métodos anticonceptivos y una puerta abierta de cara a solucionar el problema que podía suponer un embarazo no deseado. Posteriormente, se fue generalizando la práctica anticonceptiva del tal manera que desde hace algunos años hasta la actualidad, la demanda de revisiones ginecológicas es el motivo más importante por el que las mujeres acuden a los centros.

Ahora la diferencia en las motivaciones de las entrevistadas se establece de acuerdo a la edad, que varía según las intenciones: para unas

121 Muchas veces, los anglicismos o barbarismos que se utilizan en una lengua determinada recogen un significado más amplio que la traducción exacta en la lengua propia.

es importante la información, otras (la mayor parte) buscan asesoramiento sobre métodos anticonceptivos y, finalmente las que van directamente a hacerse las revisiones ginecológicas (de rutina o para solucionar un problema determinado).

Para Montse, que cuando fue la primera vez tenía 17 años, era muy importante informarse y le atrajo mucho la charla que daban en el centro. Júlia, algo más mayor, tenía cubierta la anticoncepción, por lo que el motivo principal era hacerse la revisión ginecológica y la razón fundamental para acudir a un CPF y no a otro tipo de servicio era, según su propia declaración, la "filosofía del centro":

"Jo vaig anar una mica per la filosofia del centre (...) Jo vaig anar per la visita ginecològica perquè jo, a més a més, estava prenent pastilles per una amiga metgessa que me les va receptar (...) En aquella època funcionava així, vull dir els anticonceptius estaven prohibits, només els podien donar els metges però com anticonceptiu no, sino de regulació hormonal i llavors amb aquesta història bueno van colar totes les pastilles (...) vull dir que no era una qüestió anticonceptiva, que la portava feia temps, era més que res una revisió ginecològica i una mica doncs aquesta filosofia de lo que era el centre..." (Júlia).

Meritxell, en cambio, ya tenía la revisión ginecológica cubierta. Su madre la había animado a ir hacía varios años (por reglas abundantes y dolorosas), pero el médico con el cual se visitaba no le gustaba, y además no le recetaba las pastillas. Por eso, cuando instalaron el centro en su pueblo, decidió ir, dispuesta a que se las recetaran y a continuar con las revisiones.

Cristina, en cambio, se decidió más tarde. Había tomado pastillas cuando tuvo sus primeras relaciones sexuales, pero ahora, casada, utilizaba conjuntamente la marcha atrás y el método Ogino. No se atrevía a ir por vergüenza a ningún ginecólogo hasta que la ATS de su pueblo le habló del centro de Tarragona. A Carmen, por su parte, no le interesaba el tema de la anticoncepción, ni tan siquiera veía (y ahora tampoco) la necesidad de hacerse revisiones ginecológicas. El motivo de consulta (derivada por su

médico de cabecera) fue que tenía ciclos menstruales muy largos que, según sus propias palabras, quería "controlar".

Las informantes más mayores empiezan a motivarse directamente por las revisiones ginecológicas en función de la edad y en función de la resolución de problemas puntuales. La mayor parte de estas entrevistadas sólo se han visitado durante los embarazos y partos porque en estas épocas todavía no se había creado la necesidad de la revisión preventiva. Para Sílvia, empezar a las puertas de la menopausia no ha sido una cuestión de pudor:

"Luego cuando tuve a mis hijos no tuve ningún tabú, he sido de las que si hay que enseñar el culo se enseña el culo. (...) empecé aquí hace siete años, porque ya tenía una edad que pensaba que ya necesitaba revisarme, porque ya tenía una edad que ni veinte, ni cuarenta (...) digo, pues voy a empezar a hacerme una revisión pues ya normal, pues luego para evitar males mayores" (Sílvia).

En cambio Pilar no se lo había planteado nunca, hasta que empezó a tener una serie de problemas que la obligaron a pedir una visita con el especialista:

"...Fui al médico a Tarragona a hacerme... bueno a mí me habían operado, me habían sacado unos pólipos. Bueno yo notaba que tenía una cosa que me salía y entonces fui al médico pensando que era la matriz. Y cuando fui me dijeron que eran unos pólipos que tenía que me los tenía que sacar. Cuando volví a hacerme la revisión el médico me dijo que no tenía ninguna necesidad de ir a Tarragona porque había un planning en mi pueblo. O sea fui porque tenía un problema si no, no creo que me hubiese enterado nunca" (Pilar).

Laura y Carolina, en cambio, fueron directamente a asesorarse al centro, como último recurso para intentar solucionar un problema:

"Me decidí porque tuve problemas de reglas, tuve problemas de cosas (...) Yo estoy separada y tuve relaciones con un hombre y como no me venía la regla me asusté, me asusté mucho (...) Luego ya aquí ves que las cosas son más fáciles de lo que nos parecen... que hemos vivido ciegas a la vida" (Laura).

"Hace seis años. Entonces yo estaba pasándolo mal en mi matrimonio (...) bueno me enteré que existía planificación familiar y me decidí un día venir. Me dijeron que había una psicóloga y entonces pensé que lo que yo no sabía pues que a lo mejor me iban a ayudar. Digamos que mi intención era venir aquí para solucionar o que me solucionaran los problemas. Entonces me

encontré con la psicóloga y a partir de ahí fui abriéndome un poco más. Luego ya trabajando, vas conociendo más gente, vas sabiendo y todo esa te va abriendo los ojos, te van dando esperanza, vas viendo más cosas que tú no veías. Me han abierto, digamos, la mente y sobre todo con la mente es con lo que funciona todo" (Carolina).

Unas intentaron anticiparse a un embarazo no deseado, mientras que otras, alertadas por los medios de comunicación y/o profesionales del sector salud, acuden a los centros para prevenir determinadas enfermedades o debido a la ansiedad surgida a raíz de las experiencias de otras mujeres de su entorno (ansiedad de la que nos ocuparemos posteriormente). Tanto en unos aspectos como en otros, las trabajadoras de los centros consideran que las mujeres necesitan una orientación que les permita: por un lado decidir personalmente la manera de evitar el embarazo no deseado, y por otro lado asimilar la información que les ayude a desangustarse, a conocer los posibles riesgos y a valorar la necesidad de la prevención.

6.4 La charla: el primer contacto

Como hemos apuntado en capítulos anteriores, las trabajadoras del centro consideran necesario asistir a la charla para poder visitarse en el centro. Hemos querido preguntar a nuestras informantes, no sólo qué les pareció la charla en sí, sino qué les pareció el hecho de tener que asistir a ella, obligatoriamente, para poder acceder a la visita ginecológica. Como veremos, la relación de las informantes con la charla es de amor-odio, de tira-afloja ya que, si por un lado creen que es muy importante tener información, por otro consideran la charla un trámite muy pesado que a muchas mujeres les frena para visitarse en el centro. La impresión general es de indefinición, es decir, las informantes no se posicionan claramente; se limitan a enumerar pros y contras en relación a la necesidad de información por un lado, mientras que, por otro, lamentan la pérdida de tiempo que supone la asistencia a la charla. Solamente, las dos informantes más concienciadas,

más relacionadas con el movimiento feminista, se han posicionado claramente en relación a la misma. Por un lado Júlia, cree que es totalmente innecesario obligar la asistencia a la charla ya que la obligatoriedad es la causa fundamental de la desmotivación.

"Obligatòria no (...) A mi no m'agrada que m'imposin les coses per obligació, és una cosa que em molesta i en aquell moment em va molestar, hi vaig anar per no fer diferències i perquè no volia donar la nota (...) I em molestaria ara igual i penso que a moltes dones els hi podria passar el mateix (...) La persona que anirà sentint-se obligada segurament no serà tan receptiva com si li enfoques d'una altra manera. Perquè si et sents obligat ja vas en certa manera en plan de negoció, de dir 'jo vaig aquí perquè m'han fet anar', et tanques molt més" (Júlia).

Pero no por ello cree que la existencia de la charla sea innecesaria. Propone que la charla se sugiera de forma que motive a las personas a acudir sin ningún tipo de coacción, ya que de este modo considera que la charla estará más aprovechada.

Por otro está Chari que, contrariamente, la cree necesaria porque abre los ojos a ciertos temas que, sobre todo a la gente joven, interesan mucho:

"Yo creo que sí tiene que ser obligatoria. A ver, la gente tiene una información, se dice que tiene una información porque salen los preservativos en la tele (...), pero a nivel de juventud, yo creo que la gente no se para a ver debates en la tele. Tiene que ser algo más que le toque y algo más es una charla con unas personas que están allá, atractiva, pedagógica, donde te lo enseñen todo, yo creo que sí, y sobre todo a la gente joven y a la gente mayor" (Chari).

Y esto, según ella, lo dice por experiencia personal, ya que después de la charla comprendió que la mayor parte de las preocupaciones son innecesarias porque no hay nada más fácil que informarse:

"Antes de ir al planning estaba perdidísima de si me podía venir la regla o no, entonces en el planning te informan sobre todo, de cómo funciona tu cuerpo. Entonces, madre mía, si es mucho más fácil por qué te tienes que estar amargándote la vida con cosas que haces por desconocimiento cuando es tan simple como informarte y saber cómo funciona todo. Yo, para mí, aquella charla fue... ¡ostras!, mira así va todo, fíjate tú qué fácil y qué sencillo" (Chari).

De la misma opinión son Carmen y Meritxell, para las cuales más que la información en sí, es más importante ese primer contacto con la institución, "te da pistas" (Carmen). Meritxell cree, además, que a partir de la asistencia a la charla, las personas conocen el funcionamiento del centro y se desinhiben de cara a las visitas posteriores:

"Em van dir que havia de passar primer per una xerrada per veure si... perquè elles m'explicarien com portaven una mica el sistema i llavors per... suposo jo que per començar-te a desinhibir una mica de que és... o sigui perquè tinguessis una mica de idea del que anaves a fer (...) La persona que em va dir que havia la xerrada aquesta me la va plantejar molt bé i jo la vaig trobar molt bé (...) Jo crec que és molt important que la gent vingui abans a la xerrada perquè llavors trobo que així ja saps a lo que vas, quina mena d'enfoc t'hi trobaràs o quina mena de lloc és. Vulguis que no el primer dia que arribem que lo primer diguin és bueno seu aquí, quants anys tens o què vens a fer, per molt tacte que la persona o la doctora que està allà a l'altra banda tingui, es dur. Jo crec que la xerrada és una manera de desinhibir-te de tots els tabús que tu portes quan hi vas. Jo et parlo de l'edat que tenia i de les coses que jo veig una mica negres i llavors la xerrada si estàs davant de més gent no tens, potser, tanta llibertat de preguntar (...), si una persona és tímida no et preguntarà mai ni sola ni acompanyada, ho farà quan hi hagi més confiança. Però com a mínim amb la xerrada tindrà una idea general" (Meritxell).

Elisa piensa, como Meritxell, que la charla no es primordial, pero es importante porque prepara para la visita: "sabes más a lo que vas y para lo que sirve", aunque confiesa que a ella le dio "palo" pensar en que tenía que asistir. A pesar de todo, explica que le dijeron cosas que le parecieron tan interesantes que le hubiera gustado llevar encima una libreta para apuntarlas. Cosas que, según Patricia, son importantes para que después no se tenga que preguntar siempre por desconocimiento:

"Se podría ir a la visita sin pasar por la charla, lo que pasa es que la charla es información para ti, y entonces vas a la visita pues teniendo ya una información sobre cosas que te puede hablar la ginecóloga, que antes igual no sabías y para que no tengas que preguntar siempre 'y esto qué es' o 'esta palabra qué quiere decir', o sea así vas con una información previa" (Patricia).

A tenor de las respuestas que se contestan a la pregunta '¿qué te pareció la charla?', se intuye que la mayor parte de las entrevistadas esperaban un discurso, largo, pesado y difícil de digerir:

"Nosotras no queríamos porque ya nos habían dado estas charlas en nuestra época estudiantil, pero insistieron que era una parte obligada. Y después estuvo bien, había mujeres mayores, y entre cortadas y divertidas, lo pasamos bien. Aprendimos algo" (Carmen).

"Yo creo que estuvo bien, no fue un rollo, además con las diapositivas quedaba muy gráfico, y lo veías todo mucho más claro. La encontré bien preparada" (Patricia).

"...la justa medida, no fue coñazo" (Inés).

De hecho, el discurso de la misma Inés es contradictorio puesto que mientras que cree que la charla tiene que ser obligatoria y que a ella no le pareció "un coñazo"¹²², califica el hecho de estar escuchando la charla como "aguantar el rollo":

"Sí, tiene que ser obligatoria porque hay gente que a lo mejor que por no aguantar el rollo una tarde pues pasan y siguen sin saber de qué va la historia" (Inés).

La impresión general es que la información más o menos fraccionada que se tiene, en la charla se sintetiza, se le da un sentido que antes no acababa de tener. Pero sobre todo, la charla es, para todas las entrevistadas, un trámite que tienen que pasar:

"...llavors em vaig creure que era un tràmit per poguer accedir al que jo volia però ara miro enradra i penso, doncs que està molt bé, que va estar molt bé perquè moltes coses no les sabia o si les sabies... és lo que sents, lo que arplegues de les converses. I bé, doncs era necessari i em van obrir els ulls. Moltes coses ja les sabies potser, els mitjans que hi havia, però no està de més que la facin" (Montse).

Lo que las entrevistadas recuerdan de la charla son, sobre todo, los grandes temas que se trataron, pero sin entrar en detalles sobre el contenido esencial porque básicamente se quedan con aquella información que les interesa y les conviene más, tal y como lo explican Marijo y Sevi:

122 A pesar de que en la charla la consultora increpa a las nuevas usuarias para que dejen de utilizar aquellos calificativos que menosprecian algunas partes del cuerpo de la mujer, es curioso destacar que Inés utiliza "coñazo", precisamente para definir lo que no ha significado la charla para ella.

"Mj: Va ser molt llarga, però es que havia de ser així si vols parlar de tot i més en aquella època que no es té tanta informació i que cadascú agafi lo que vulgui. Cadascú, lo que li convé.

S: Si a tu t'agrada una cosa et preocupes més per aquella cosa.

Mj: Però no és que hagi d'agradar sinó que et preocupa.

S: Lo dels anticonceptius pues és lo que et fixes, que no puguin fallar o que hagi més bons o més dolents" (Marijo & Sevi).

O bien recuerdan episodios muy concretos, temas de los que no han oído hablar nunca, como a Inés que le "hizo mucha gracia lo de la descamación del endometrio", o a Patricia que recuerda bien "lo de la ectopia que antes se quemaba". A Carmen, en cambio, le atrajo la idea de poder ver directamente de lo que se hablaba, "poder tocar". Sílvia, por ejemplo, recuerda que le enseñaron "cómo era mi cuerpo, cómo era el cuerpo del hombre y más o menos cómo podía funcionar". Pero esta misma informante propone que la charla se amplíe para ser más asequible de cara a la gente joven y a la gente más mayor. Para ella, que los jóvenes conozcan el cuerpo del hombre y el cuerpo de la mujer, no es tan importante como el estar preparados para la futura convivencia. Propone, como veremos, charlas más "edificantes":

"...me gustaría que hubieran más cosas. Por ejemplo para jóvenes, charlas sobre la juventud, sobre la planificación de las jóvenes, porque ellas están a ciegas, creen que lo saben pero no saben nada. Me gustaría que hubiera charlas sobre preparación para casarse porque el casarse decimos '¡ay! qué bien que me voy a casar', pero el casar no es la vida del viaje de novios, el casar trae sus cosas. Luego me gustaría que hubiera charlas sobre la vida de los hijos, cómo dar de mamar a los hijos, cómo educar a los hijos. Me gustaría que hubiera más cosas sobre mi edad, porque de mi edad no hay nada tampoco, sobre cómo tratar a los ancianos. Está muy bien el centro pero se puede mejorar muchísimo y se puede hacer muchísimas cosas. Igual para los chicos, porque los chicos están también verdes. Y bueno, sí, yo hablo mucho con mis hijos en casa pero yo creo que también les vendría bien unas charlas. Yo pienso que tienen que haber muchas más cosas para mejorar todo sobre la mujer, sobre la mujer niña, la mujer que empieza a ser un poco más adulta, la mujer más mayor y para los ancianos sobre todo y de las mujeres ancianas porque está dejado todo" (Sílvia).

Todas ellas al final, hacen la reflexión de que aunque se tenga una idea más o menos vaga de los temas sobre los que se va a tratar, no les importa

volverlos a recordar y lo justifican siguiendo las máximas de "el saber no ocupa lugar" o "nunca te acostarás sin saber algo nuevo".

Por otra parte, en la charla, que es colectiva y abierta a cualquier intervención, las usuarias tienen la oportunidad de hacer preguntas y comentarios personales, que amenizan el discurso y plantean cuestiones directas que pueden afectar directamente a otras usuarias presentes en la charla. A menudo, estos comentarios personales son recordados por las entrevistadas que los juzgan, unas veces, como medida de su propio conocimiento, y otras, como argumento para hacer de la charla un paso previo y necesario:

"S.: ¡I feien unes preguntes!, pero bueno parlem de ja... vuit anys, però senties cada història...

Mj: Però això serà sempre" (Marijo & Sevi).

A Meritxell le pasó lo mismo. En la charla a la que ella asistió, los comentarios de otras mujeres le hicieron darse cuenta, según sus propias palabras, de la importancia de la información, aunque de una forma un tanto apocalíptica:

"... estàvem en una edat que no acabàvem de aclarir gaire les coses, tens la regla, vols anticonceptius perquè no se què, no saps a on anar. A més a més les senyores que hi havien allà ens va xocar moltíssim una senyora que tenia 7 fills i no sabia pràcticament com es feia un fill. Ella sabia que al seu marit li tocava a tal dia i a tal hora el gran polvet. Llavors deia que havia arribat un moment que tenia quaranta i pico anys que encara té la regla i que no podia continuar quedant-se prenyada pels perills pels crios i per ella. Llavors nosaltres vam dir, si naltros no venim aquí, clar... a mi el ginecòleg que havia anat no m'ho havia dit tot això que hi havia maneres de no tindre fills. Només em va sapiguer dir 'cuidado amb la regla perquè ja ets una dona' i jo pensava 'per què cuidado i per què sóc una dona' jo volia que m'expliqués què em pot passar i què no em pot passar, a part de lo que jo sabia. Clar jo ja em veia com aquella senyora al cap de 25-30 anys carregada de criatures i sense cap mena d'informació. És a dir que aquella senyora s'havia dedicat tota la seva vida a parir set crios. Per això et dic que la xerrada ens va anar bé per veure les coses des d'un altre punt de vista" (Meritxell).

Esta mujer de la que nos habla Meritxell, podría tratarse perfectamente de Carolina. Para esta informante, con tres hijos, la charla fue como una

revelación puesto que le desveló los grandes interrogantes del "misterio de la vida". Por eso increpa a las mujeres para las cuales la charla es un freno:

"Si ahora tienes un hijo es todo muy distinto, te preparan, te dan ilusión, te van conociendo más, van asistiendo a tu hijo, te van diciendo todo, lo que tienes que sentir ¡todo!, y eso la mitad de la gente no lo sabe, ni lo quiere saber (...) Por no asistir a la charla prefieren ir a uno de pago y no perder aquí un día, 3 ó 4 horas de charla que les va a beneficiar. Porque yo cuando vine a la charla, ni sabía eso, ni sabía tampoco las enfermedades que había y gracias a la charla me he enterado (...) Incluso obligaría a las mujeres y a todo el mundo que venga al centro (...) ¿queréis esto? pues primero tenéis que pasar por aquí primero. Mi experiencia es que si no hubiera asistido a la charla no hubiera sabido muchas cosas que salí de allí abobada diciendo yo con tres hijos y esto no lo sabía" (Carolina).

Es sobre todo el tiempo que se "pierde" lo que, a juicio de algunas informantes, frena mayoritariamente a las mujeres. Sílvia cree que es lo más incómodo tanto para ella como para otras conocidas, las cuales todavía no se han decidido a ir al centro debido a la charla. Aunque para ella, finalmente, fue una manera de pasar el rato:

"Vine a la charla que, si quieres, es lo más incómodo que puedes... Se puede decir que es lo más incómodo porque tienes que estar unas horas, que bueno crees que lo conoces todo pero no conoces todo, pero bueno yo creo que eso es lo más incómodo. Yo hablo con muchas mujeres y les digo '¿por qué no vais a la planificación?', porque yo tengo una amiga que tiene una edad que yo y le dije 'mira me voy a la planificación ¿te quieres venir?' y dice 'es que por no ir a la charla...', y por no ir a la charla no ha ido ni a mirarse. Es la incomodidad, pero para mí no fue una incomodidad, pues ya vienes, estás un rato, estás escuchando, comentas algo y ya está. No es incomodidad, pero muchas mujeres dicen 'es que estar allí dos horas, tres horas, pues tú sabes lo que es y para una cosa que ya sabemos'..." (Sílvia).

Para el caso que explica Joana, más que un freno, la charla posterga la visita hasta que no se tiene un problema. Es entonces cuando la usuaria acude sin ningún interés, sólo con el fin de solucionar un problema determinado:

"Yo he conocido personas que al decirles yo que lo primero que tienen que hacer es asistir a una charla donde le van a explicar todo el proceso de desarrollo de la mujer, del hombre, de todo en general, esto les cuesta y entonces se defienden y dicen 'bueno, ya iré' y no vienen hasta que no tienen remedio. Por ejemplo mi hermana que para estar bien ha venido y ha

permanecido en la charla por ponerse un DIU, por una comodidad, pero no en general para saber lo que es la planificación familiar. Y como ella, muchas" (Joana).

En resumen, la charla obligatoria tiene detractoras y partidarias. Para las primeras, la obligación a asistir, independientemente de la visita, la consideran negativa porque esta característica genera, a su vez, imposición de unas determinadas ideas; puede dar lugar a que las asistentes tengan poca receptividad a la asimilación de estos contenidos; mientras que otras remarcan la incomodidad que supone la obligación (básicamente por incompatibilidad de horarios y porque consideran que el contenido de las charlas ya se conoce en términos generales) y la pérdida de tiempo que supone. En este sentido, la observación participante, como ya se vio en el capítulo correspondiente, ha podido constatar que efectivamente muchas de las usuarias filtran ciertos contenidos de la charla que les afectan directamente (quieren y/o utilizan métodos anticonceptivos; les preocupa el funcionamiento del ciclo menstrual, las enfermedades de transmisión sexual, etc.), o que les sorprende porque no tenían noticia de ello (como la ectopia, la "descamación del endometrio" o el funcionamiento del aparato genital), sin prestar atención a lo demás.

Para las partidarias, la charla obligatoria es necesaria porque consideran que la gente en general no tiene información, porque es importante un primer contacto informal con el centro para desinhibirse y para conocer su funcionamiento. Como características positivas de la charla, unas destacan que está bien planteada y que es muy pedagógica, mientras que otras la definen en negativo -como si realmente la esperaran así- argumentando que "no fue pesada".

En definitiva, se puede decir que tanto las trabajadoras como las informantes-usuarias consideran la charla como un rito de paso. A las primeras les interesa que las mujeres tengan información (un tipo de información), sobre unos temas concretos y desde un punto de vista

determinado: desmitificando conceptos que ellas creen erróneos y que se han ido forjando a base de lo que ellas consideran "informaciones que desinforman". A pesar de tratar temas que las usuarias, en mayor o menor medida, ya conocen a través, y sobre todo, de los medios de comunicación, las trabajadoras consideran necesario condensar todas esas informaciones puntuales en un discurso homogéneo y lineal.

Las mujeres aunque no la consideran fundamental, saben que es la única posibilidad para hacer las consultas rutinarias. En cualquier caso les ha podido servir para constatar, corroborar y/o sintetizar una serie de informaciones procedentes de otros canales, aunque como veremos posteriormente, en principio la charla no es tan significativa a nivel de aporte de información como lo pueden ser las consultas posteriores. Así, mientras que la charla colectiva es considerada como un primer contacto con la institución principalmente y un aporte de información secundario, las consultas, individuales, son las que pueden influir más en la adquisición de hábitos preventivos y donde se mostrará o se preguntará o se consultará sobre aquellos temas que verdaderamente preocupan y/o interesan a nivel personal -independientemente de que se hayan tratado en la charla-.

Pero, para que esto ocurra, es importante tener en cuenta la existencia de la charla, de ese primer contacto informal, no sólo con las ideas, sino también con las actitudes, donde las mujeres pueden observar (o no) una apertura por parte de las trabajadoras, una licencia que les permitirá preguntar y donde obtendrán un tipo de información determinado.

6.5 La consulta: pequeños detalles, grandes diferencias

La mayor parte de las mujeres que acude a los centros de planificación familiar, lo hace para realizar una revisión ginecológica. Por esta razón, la consulta médica es la más frecuentada de todos los servicios que se realizan en el centro y es la más requerida por las nuevas usuarias.

Hemos intentado elaborar, a partir del testimonio de las usuarias, los hechos diferenciales que caracterizan al centro, a partir, precisamente de lo que las informantes particularizan en la consulta médica.

6.5.1 Cuando al otro lado de la mesa hay una mujer

Una de las características más importantes que las usuarias en general atribuyen al centro es el hecho de que éste es llevado por mujeres. Esto no quiere decir tanto que les importe que trabajen hombres en el centro, como que lo más importante para ellas es que el médico sea una mujer. Las razones son variadas y las atribuyen tanto en lo que se refiere a las profesionales como a ellas mismas. En cuanto a las profesionales: consideran que tienen más sensibilidad porque pasan por los mismos procesos fisiológicos, por eso entienden a las usuarias; ponen más dedicación y profesionalidad; inspiran más confianza; y consideran que las mujeres tratan mejor a las mujeres. En cuanto a ellas mismas, cuando saben que es una mujer, van más tranquilas, más relajadas, les da menos apuro y les disminuye el sentimiento de vergüenza.

La mayor parte de las entrevistadas opinan que las mujeres que se dedican a la medicina y, en concreto, a la ginecología y la planificación familiar, poseen una sensibilidad especial que las hace automáticamente aptas para el desarrollo de esta profesión. Y esta sensibilidad especial, como todas las características que les otorgan, les viene a las mujeres de su propia condición de mujeres. Este requisito lo consideran fundamental para poder sentir en su propio cuerpo todos los procesos que las usuarias experimentan:

"Yo pienso que las personas se sensibilizan cuando, de alguna manera, pasan el problema o lo tienen" (Chari).

Y si no lo tienen (el problema) y no lo han experimentado nunca, según Júlía el hecho de ser mujer prepara para intuir el problema, aunque sea por la famosa existencia del "sexto sentido":

"...la dona entén el que ens està passant de vegades, tu li pots explicar això que tens mal de panxa perquè tens la regla amb un senyor i ell això no ho ha viscut mai, i una dona ho sap, ho intueix perquè les dones ens movem bastant en aquest nivell. A vegades hi haurà una amiga que t'explicarà una cosa que tu no has viscut mai, no has passat mai, però saps què t'està dient, l'entens..." (Júlia).

Por eso nuestra informante más joven contesta, iracunda, que no entiende cómo, en el caso de los ginecólogos, se puede estudiar, por ejemplo, un dolor que no se va a experimentar nunca¹²³:

"Él no tiene lo que yo tengo y no puede entender lo que yo siento. Él no puede tener la regla y no puede saber si los dolores de regla que tengo son normales o no (...) Yo no entiendo como hay hombres que se ponen a hacer ginecología, si es que no pueden sentir, no pueden saber. Te pueden preguntar qué tipo de dolores son o así, pero eso se lo sabe por haber estudiado pero no por experiencia" (Elisa).

La confianza que inspira una mujer que esté al otro lado de la mesa es un aspecto que se basa, en principio, en el hecho de establecerse una relación de mujer a mujer. Si además esta relación es percibida de forma positiva por la usuaria se puede llegar a hacer este tipo de divisiones genéricas en la profesión médica. Para Sílvia la confianza se fundamenta en la diferencia que establece entre el hecho de ir a los médicos, en general, tranquila, y el hecho de sentirse cómoda y "a gusto" en el centro:

"Yo desde luego, cuando he ido a los médicos he ido más bien tranquila porque, bueno, ellos tienen su trabajo y yo, pues... pero yo aquí me siento muy cómoda, me siento muy a gusto, no sé. Yo si tuviera que ir a otro médico, iría, claro, pero casi me sentiría más incómoda. Aquí tengo más confianza, no sé si es por la relación de mujer a mujer porque ya hace mucho tiempo que vengo y las conozco más o menos" (Sílvia).

123 Esta afirmación sería equivalente a decir que todos los y las profesionales de la medicina tendrían que pasar un cáncer, por ejemplo, para saber lo que experimentan sus pacientes. Considero que lo que las usuarias pretenden decir, no es tanto que los y las profesionales tienen que padecer la enfermedad o el dolor en cuestión para poder ejercer su profesión con éxito, como la consideración y respeto que merece estar enfermo o tener un dolor determinado. En este sentido las usuarias perciben que la médica (todas las médicas) es más sensible y considerada con el dolor o con cualquier otro proceso asistencial que los médicos en general.

La dedicación y la profesionalidad que aplican a su trabajo como médicas, según Meritxell, procede de la visión o enfoque diferente que éstas tienen de los problemas de las mujeres:

"...considero que és positiu en principi per la banda de la dona, però tampoc m'importaria que fos un home, mentre continuessin posant la dedicació que posen les dones. A vegades el problema és que un home no veu el problema des del mateix punt de vista. Un problema un home l'enfoca d'una manera i una dona el pot enfocar des d'un altre i al cap som nosaltres les que prenem aniconceptius i que patim la regla. L'home s'ho pot mirar des d'un altre punt de vista..." (Meritxell).

Este enfoque diferencial facilita que las mujeres predispongan el trato, siempre agradable según las usuarias, que van a dispensar. De hecho, el trato agradable lo presentan como la suma de otras características: la sensibilidad y la profesionalidad. Consideran que profesionalmente es muy importante que en las consultas la médica y la consultora dediquen un tiempo a mostrar y a enseñar a las mujeres todo lo relacionado con su salud; pero también que es importante que este trabajo se realice de una forma agradable para ella. Para ilustrar con unos ejemplos, Chari y Cristina nos contaron las visitas que realizaron con tocólogo y comadrona durante sus embarazos:

"... jo un fill l'he tingut amb llevadora només i l'altre amb metge i llevadora i què vols que et digui, si el metge va estar agradable, la llevadora molt més, es que no sé com explicar-ho, és completament diferent, molt millor" (Cristina).

"Por ejemplo, los tocólogos, cuando te meten la mano, pues chica te... sí que me tocó un equipo majo, pero cuando te miraba la comadrona, pues veía un cuidado que a lo mejor no tenía el tocólogo en este caso. Muy majo, pero no, te meten la mano que parece que tengas el agujero ya hecho allí y la otra en cambio 'relájate, cuidado', porque sabe que te puede doler, porque a lo mejor a ella también se lo han tenido que hacer, o se lo tienen que hacer" (Chari).

Esta misma usuaria atribuye a la prepotencia de los médicos-hombres la mala situación de la relación "médico-paciente", es decir, a que los médicos normalmente "van de entendidos y no se paran a pensar que las personas que tienen delante pueden pensar y pueden entender" aunque,

finalmente, apunta que quizás no se trata de ser una mujer o un hombre sino que "a lo mejor depende de las personas".

En cuanto a los sentimientos que las entrevistadas tienen cuando ven a una mujer al otro lado de la mesa, son básicamente dos: relajación y tranquilidad, es decir, tienen menos "apuro" (según Pilar) y menos "vergüenza" (según Cristina).

Patricia cree que, en principio, no tiene especial importancia el hecho de que el médico sea una mujer porque considera que lo primero que se hace es pedir referencias del lugar y de las personas para saber que "lo hacen bien, que sea muy agradable", porque así "no da tanto apuro". Tanto a ella, como a Inés y Pilar, el hecho de que sea una mujer les proporciona relajación y tranquilidad. Además a Inés le "impone menos". A las entrevistadas, en general, no les importaría que trabajaran hombres en el equipo del centro: si tuvieran ese sexto sentido (según Dolors), si tuvieran la misma dedicación y profesionalidad (según Meritxell), si tuvieran la misma filosofía (según Júlia), si no trataran a las mujeres "como un órgano, sino como personas que tienen las ideas claras" (según Chari), si no impusieran tanto (según Inés), si fueran más agradables (según Patricia) y si inspiraran la misma confianza que las mujeres (según Sílvia). Para todas ellas lo único que cambiaría si el médico fuese un hombre es que no estarían tan relajadas, aunque no matizan si la primera vez o siempre.

6.5.2 La bata como símbolo de jerarquía

Otro elemento diferenciador que caracteriza al CPF de referencia, es que las trabajadoras no llevan ningún distintivo que les señale como tales. Como dijimos en el capítulo relativo a la actualidad diaria del centro, las profesionales no utilizan la bata blanca -como sus homólogos sanitarios- ya que consideran que este símbolo refuerza la división entre usuarias y

profesionales. Durante mi estancia en el centro realizando el trabajo de campo, no tuve la oportunidad de escuchar ningún comentario relativo a la ausencia/presencia de esta prenda. Es por eso que me decidí a preguntar a las entrevistadas por la impresión que causa ver a las trabajadoras sin bata. A algunas, como Carmen, este hecho pasó totalmente desapercibido ("¿La doctora no lleva bata?... ¿No?!), cosa que argumenta diciendo que ella no tiene "el síndrome de la bata blanca, en mi caso es el síndrome de la forma de hablar que tienen algunos médicos"; Elisa y Pilar tampoco se habían dado cuenta y, si se habían dado cuenta, como Inés, no le prestaban demasiada importancia. Elisa especifica posteriormente argumentando que si llevan bata significa que hay más diferencias ("yo soy el médico"), mientras que si no la llevan ("es como un trato más humano").

Contrariamente, las entrevistadas contestaron a la pregunta argumentando la impresión que les causa la presencia de la bata, cuando se les preguntaba por su ausencia. La bata, en estos términos, es sinónimo de seriedad ("sin bata impresiona menos y te da como más pie a si tienes alguna duda comentar" -Chari-), prepotencia ("van de blanco y todos con bata y da la impresión de que todos son muy médicos y muy puestos en su papel, pero no por ello son mejores que los demás" -Patricia-) y distanciamiento. Éste último calificativo, al que ya se había referido anteriormente Elisa, se emplea para simbolizar el hecho de que la presencia de la bata se relaciona directamente con la jerarquización entre los profesionales y "los profanos" sin importar, ahora, ni el sexo ni la generación de aquellos:

"...perquè és allò de que tu ets tal i jo sóc tal, o sigui tu des del moment que entres per la porta, jo en aquell moment em considero totalment inferior o aquella altra persona, sigui qui sigui, m'és igual home o dona, més jove o més vell, m'és igual, però trobo que és una cosa freda" (Meritxell).

y en estos términos el ser "profano", junto con la presencia de la bata, es lo mismo que estar enfermo:

"...no m'agrada que portin bata perquè una mica és aquella filosofia de veure't com a malalt. Aquesta visió és molt important per les persones a nivell

psicològic de tranquil·litat i de dir que no et valoren com a malalt perquè no ho és" (Júlia).

6.5.3 La consulta ginecológica como ritual

Ir a hacerse una revisión ginecológica significa someterse a un ritual cuyas partes, a menudo, poseen una serie de connotaciones muy singulares que se relacionan en muchas ocasiones con el pudor y la vergüenza, pero también con la modernidad, con el estar al día. Muchas de las mujeres que se enfrentan por primera vez a este ritual, lo hacen la mayor parte de las veces con actitud negativa, pero a la vez resignada por una serie de razones: se tienen que enfrentar a unas cuestiones, algunas de las cuales todavía son consideradas un tabú; tienen que desnudarse o como mínimo liberarse de las prendas interiores; tienen que tumbarse en una camilla con las piernas en alto y abiertas¹²⁴; se les coloca un aparato de hierro, normalmente muy frío y duro, dentro de la vagina; se les introduce un par de dedos dentro de la vagina, también, para hacerles un tacto; se les palpa los pechos... No es raro, en este sentido, que alguna mujer durante el ritual deje escapar afirmaciones como la que hace Joana:

"...las mujeres lo tenemos todo, la regla, te toca parir y el padre muy majo, los padres ideales, pero bueno la que pasa el trago eres tú, la que pasa el embarazo eres tú, la que pasa después del parto las ganas o las no ganas eres tú, todo, los puntos, todo. Y dices ¡ostras, qué asco!..." (Joana).

Pero, de momento, el mal trago que puede suponer el ritual algunas mujeres lo van compensando mediante una serie de aspectos a los que nos hemos referido anteriormente: que tengan una información previa de en qué

124 Según Esteban, la "postura ginecológica" no es una postura vivida con tranquilidad por casi ninguna de las mujeres, que la relacionan con sentimientos diversos como: indefensión y desamparo, sentimiento de estar a "merced del médico", por estar con las piernas abiertas, vergüenza, por mostrar los genitales a alguien que no conoces. Resalta entonces la importancia de la información previa puesto que entonces ya se conoce en qué va a consistir la exploración y se crea un ambiente de relajación y confianza (1993:385).

consiste la revisión, que el ambiente sea agradable, que en el equipo haya mujeres, o lo que es más importante, que el médico sea una mujer, y que no lleven la bata blanca (aunque no se hable abiertamente, este aspecto simbólico contribuye a acortar distancias entre profesionales y usuarias). Estos aspectos, si no disminuyen la inquietud que supone la revisión ginecológica, sí que ayudan a hacerla más, digamos, agradable. En algunas usuarias, como Elisa, es más fuerte el sentimiento de vergüenza por tener que desnudarse y sentirse observada, que el tipo de visita que se realiza en sí:

"A mí me entra de todo. Primero, que tardo un montón en desnudarme, porque me da mucha vergüenza. Yo, si estuviera segura de mí, de mi cuerpo, pues no me importaría nada desnudarme, a mí siempre me ha dado un poco de corte, pero yo creo que si tuviera un cuerpo más bonito, incluso me gustaría que me viesen para que me dijese 'mira que guapa que estás'. Pero tengo mucho corte. Segunda, que me da un poco de respeto cuando te tienes que estirar en la camilla, allí, y tienes que poner las piernas así. Entonces lo del desnudarme, como ellas ya lo saben que me da mucha vergüenza, pues cuando yo les digo se giran las dos y me dan una toalla" (Elisa).

Dejamos para el final el aspecto que más tranquiliza a las mujeres y que les mueve a volver periódicamente al centro: el trato de las trabajadoras hacia las usuarias. Aunque más adelante incidiremos directamente en este aspecto, apuntamos ahora que el trato es sobre todo el motor que mueve el éxito del centro. Las respuestas más frecuentes a la pregunta referida a las sensaciones que produce la consulta, y que se relacionan directamente con el trato, son: tranquilidad, "es como estar en casa", complicidad, bien, "a gusto"... Hay que tener en cuenta estas respuestas sin olvidar que la mayor parte las informantes son usuarias del centro desde hace varios años y que ellas mismas han tenido una primera vez para visitarse, de la cual se acuerdan algunas. Por ejemplo Meritxell, la cual según su propio testimonio lo pasaba muy mal, solamente el pensar que se tenía que desnudar:

"Les primeres vegades en resultava horrible, pensa que abans de treure'm la roba havia d'anar al lavabo, jo pensava, ¡qué deu pensar ella [la médica] tota vestida i jo aquí nueta damunt la camilla!. Però després no. Quan agafes més

franquesa, més confiança i així, trobo que no, no hi veus el què. Al cap i a la fi tu vas allí perquè t'has de mirar" (Meritxell).

Otros testimonios interesantes son los que revelan un sentimiento de impotencia que les causa el no superar los nervios que produce la revisión y que se traducen, algunas veces, en hacer todo lo contrario de lo que se les pide. Marijo, por ejemplo, aunque le dicen que se relaje, cree que ayuda más si se pone tensa. Chari, en este sentido, cuenta una anécdota de cuando se fue a colocar el DIU. Había aprendido a relajarse en algunas sesiones organizadas por el grupo de mujeres al que pertenece; sin embargo, cuando decidió colocarse el DIU, el miedo al dolor (saber que le podía doler) le hizo olvidarse de las técnicas aprendidas, lo cual produjo una situación en la que ella se sintió incómoda, tanto por su incapacidad para relajarse como por que este hecho no permitía que la médica pudiera realizar su trabajo:

"...me sentía incómoda conmigo misma porque se lo estaba haciendo pasar muy mal, porque verdaderamente estuvo mucho rato conmigo, y lo estaba pasando mal por mí, porque era incapaz de relajarme y por la otra persona porque veía que no había manera" (Chari).

Todas, en algún momento de la conversación, se han referido a lo que les podría resultar más molesto: a Patricia le entra frío sólo con ver el espéculo, a Inés este aparato le molesta según los días, a Pilar y a Elisa les da vergüenza desnudarse -aunque la primera matiza que delante de mujeres tiene menos problemas-, a Júlia y a Dolors les molesta la postura obligada en la camilla, a Marijo no es que le moleste la postura, es que se siente rara. Pero en ningún momento se han referido a la consulta haciendo alusión al sentimiento de incomodidad. Es más, después de los años, para casi todas ellas el hecho de ir al centro tiene una serie de calificativos: "es como ir a casa de una amiga" (Joana), "es como ir a depilarme" (Inés), "és com anar a passejar" (Júlia). El testimonio más explícito en este sentido es el que relata Marijo, la cual desproblematiza su posible angustia, dando a entender que, para ella, aunque no tuvo una buena información por parte de sus padres,

desnudarse ante su hijo o "anar a ensenyar la flor" lo considera muy natural.

Además le divierte decírselo a su madre, su suegra o su tía:

"La mare a mi no m'ha dit mai res del meu cos, ni de la regla i crec que em va veure nua de petita i para de contar. Però nosaltres aquest problema no el tenim amb el fill, que ens banyem nus tots. Però uy! calla de dir aquestes coses. I mira jo ara que li dic 'mare demà vaig a ensenyar la toia' no m'ho haig d'amagar. I la meva mare encara ha anat, pero la meva sogra em diu 'ay! yo no he ido nunca' es castellanaparlant, andalusca i li dic 'y mejor, ojalá no tenga que ir nunca, pero si tienen que ir algún día piense que aquel día se lo van a tocar todo, aquel día se van a aprovechar de usted', com ella i altres dones d'aquesta època. La meva tia que li dic 'demà hi aniré a Cambrils... vaig a ensenyar la flor' i ella em diu: 'jo no ho he fet mai'. Te dos fills i té seixanta-vuit anys i no a anat mai al ginecòleg..." (Marijo).

Sólo Carmen, que curiosamente es la que minimiza y cuestiona la importancia de las revisiones ginecológicas, ha confesado un sentimiento de incomodidad con la consulta, que se agrava por el hecho de sentir, en algunos momentos de la exploración, dolor:

"No es agradable que te anden en tu cuerpo de ninguna manera, y en ginecología menos. Te es incómodo, pero bueno, piensas en otra cosa (...) [Algunas veces] un poco de dolor he tenido. He hablado con gente que siente dolor y otra que no, que se relaja. Pero si tú eres una persona nerviosa o tensa, pues sientes dolor" (Carmen).

6.5.3.1 "¿Donde me cambio de ropa?"

El hecho de desnudarse, de despojarse de la ropa ante personas en principio desconocidas que además están vestidas, que además van a mirar y tocar el propio cuerpo desnudo, no deja de ser para mujeres y hombres un factor que condiciona no solamente la revisión, también el hecho de decidir concertar una visita médica.

En el proceso de toma de conciencia del cuerpo por parte de las mujeres desde pequeñas, intervienen toda una serie de factores que contribuyen a pensarlo diferente, cosa que, en nuestra cultura, se ha basado en aspectos que van desde una sistemática ocultación (para evitar riesgos y

peligros nunca definidos con claridad), a exhibir un modelo de cuerpo femenino de acuerdo con una serie de cánones de belleza determinados. Unos y otros factores han propiciado, de cualquier modo, el establecimiento de tabúes que se pueden interpretar, en palabras de Mary Douglas, más como un medio de protegerse contra las amenazas (de los peligros imaginarios, por un lado, y de no adecuarse a los cánones de belleza, por otro) que como creencias incomprensibles (1991:VIII).

El tabú sobre el cuerpo empieza a manifestarse en el momento en que a las niñas les inculcan las nociones de riesgo y peligro. Las concepciones dominantes han relacionado a éstas con la capacidad para reproducir, pero también con la necesidad de preservar y de ocultar, porque el cuerpo de las mujeres no solamente ha servido para tener hijos, también se ha relacionado - fuera de los procesos de reproducción- con el pecado. Nuestra propia mitología nos muestra cómo después de morder la manzana del pecado, tanto Eva como Adán fueron castigados duramente mientras sentían la extraña necesidad de taparse aquellas partes con las que habían experimentado el placer del pecado.

En la actualidad, la ilusión de libertad sexual se ha apoderado de nuestra sociedad y se han ido mostrando los cuerpos desnudos con una naturalidad hasta ahora nunca vista, aunque no exenta de otras connotaciones que continúan poniendo a las mujeres en el blanco de las miradas. Así, mientras unas (socializadas en los peligros del cuerpo) han interiorizado la "naturalidad" de su cuerpo desnudo (por ejemplo Sílvia), otras más jóvenes (como Elisa) tienen que combatir con los cánones de belleza que contribuyen a tabuar, siguiendo una serie de normas estéticas, su cuerpo.

A pesar de que algunas de ellas no hacen una referencia explícita al hecho de desnudarse, la mayor parte de las entrevistadas encabezan con este acto la relación de sensaciones ("vergüenza a desnudarme") que les produce

la consulta¹²⁵. Ya sea para decir, como Elisa, que les da mucha vergüenza, como para remarcar y dejar claro que no tienen ningún problema en hacerlo¹²⁶. Sea como fuere, el hecho es que, en el centro de Cambrils, la sala destinada a la consulta médica carece de habitación contigua para quitarse la ropa; además es demasiado reducida y la distribución no permite la instalación de un biombo adicional donde cambiarse. En las primeras visitas, produce un poco de extrañeza -que se traduce en miradas a uno y otro lado buscando algún indicio que muestre el lugar donde cambiarse de ropa- acabar las preguntas preliminares que conforman la ficha de la primera visita y empezar a desnudarse con el ritual que le precede. Una de ellas podría ser Meritxell, a la cual como hemos visto anteriormente, este hecho la ruborizaba e incluso molestaba. Con el tiempo se ha ido acostumbrando de manera que ahora encontraría ridículo poner un biombo o hacer una habitación contigua porque en vez de una consulta de planificación familiar parecería, según sus palabras, la consulta de un ginecólogo privado. Inés rememora esta misma situación que ella ha vivido:

"Yo es que la primera vez sí que fue muy incómodo, era el ginecólogo Tal entonces él te da confianza, la verdad es que es una persona encantadora, antes estuvimos hablando ya, o sea antes tuvimos una mínima charla pero más que nada por el problema que yo tenía, entonces bueno te hacía entrar en una habitación pequeñita, te cambiabas y te daban una toallita verde, una tela que no sabes donde ponértela si arriba o abajo, la verdad es que no me acuerdo qué hice con ella. Era todo como muy cortante, nervios..., era diferente y pasé apuro. Luego con la otra ginecóloga que he ido muy bien, y me parece que también me cambiaba en otra habitación..." (Inés).

Aun así, es difícil para muchas mujeres y hombres desnudarse sin prejuicios delante de otras personas, por muy sanitarias que éstas sean, y quizás les resulte más fácil ampliar el ritual metiéndose en una habitación

125 La diferencia entre desnudarse, sin problemas, en la playa (por ejemplo) y hacerlo, con vergüenza o recato, en una consulta médica radica en que en la primera el cuerpo pasa más desapercibido mientras que en esta última el cuerpo, o ciertas partes, son el centro de atención, se miran y se tocan.

126 En la consulta nunca se plantea que las mujeres se desnuden completamente; en todo caso se dejan las prendas que no dificultan la exploración.

para cambiar su ropa por una bata, tela o toalla que, como mínimo, les evitará un apuro que ahora les resulta molesto.

Otras, en cambio, tendrán suficiente con la entrevista previa para sentirse confiadas y desnudarse sin pudor. Sin embargo, en el hecho de desnudarse ante la médica y la consultora, hemos visto que juegan un importante papel otros factores como pueden ser: la autoestima -como en el caso de Elisa- y, sobre todo, el hecho de conocer y confiar en las personas ante las cuales las mujeres se desnudan. He aquí donde juegan un importante papel los años que las mujeres llevan visitándose en el centro. Porque al fin y al cabo, como decía Meritxell, estas personas tienen que ver, tocar y palpar ciertas partes del cuerpo que poseen unas connotaciones un tanto diferentes que las que puedan tener las manos o los ojos.

6.5.3.2 El espejo: "mirarse para conocerse"

Como ya se explicó en el capítulo 5, una de las partes de la revisión, aunque opcional, consiste en que la médica, sobre todo en las primeras visitas y eventualmente en visitas posteriores -cuando la mujer lo pide o cuando la médica observa una predisposición-, ofrece la posibilidad de que la usuaria contemple a través de un espejo los pasos de la exploración, sobre todo la observación de la vulva, la vagina y la toma de la citología¹²⁷. Generalmente, e independientemente de la opción del espejo, estos pasos son relatados por la consultora para que la usuaria tenga conocimiento en todo momento de lo que se le está haciendo.

127 La médica del CPF de El Vendrell, además, ofrecía a las mujeres la posibilidad de que ellas mismas se introdujeran el espéculo -como si fuera un tampón-, ya que así la usuaria se relajaba mejor -práctica que se llevaba a cabo muy a menudo entre los grupos de mujeres que se dedicaban al autoconocimiento-. No hemos contemplado esta posibilidad en las entrevistas ya que, en el centro donde se ha hecho esta investigación, la médica no lo creía oportuno. Sin embargo Carmen, antigua usuaria de El Vendrell, recuerda que se lo propusieron, pero que se negó ya que considera que "sólo ellas saben lo que hacen".

De las diecinueve entrevistadas, a nueve les ofrecieron la posibilidad de verse con el espejo. De éstas, cuatro se negaron rotundamente, entre ellas Pilar, que no dio ninguna justificación en particular. Para ella no era ni por pudor, "ni porque pensara que era pecado", simplemente piensa que es una parte más de su cuerpo a la que no tiene que dar mayor importancia. Las demás han contestado unánimemente, que "no era el momento", como Joana:

"La verdad es que me quedé un poco parada, porque no me lo esperaba. Me pareció muy bien porque además estábamos comentando algo de los picores y era el momento, supongo, pero mira, me salió que no. Y yo ni lo he hecho en mi casa tampoco. Si tengo algún problema, llamo por teléfono y que me miren ellas. Es que no sale de mí" (Joana).

De las que aprovecharon la oportunidad, a algunas les pareció interesante porque nunca lo habían visto, a otras "les chocó", a otras les sorprendió y, finalmente, a Elisa le pareció ridículo aunque le gustó el detalle ("para conocerte mejor a ti"). A Patricia, que "le chocó" mucho, le pareció muy bien porque:

"... tú normalmente no ves lo que tienes o no ves lo que se ve o lo que ven ellos. Es más que nada por ver lo que te están haciendo y lo que ellos están viendo" (Patricia).

A Inés y Meritxell les sorprendió mucho porque consideran que la realidad no tiene nada que ver con los dibujos que la reproducen, pero reconocen, como otras, que no es una práctica habitual. Admiten, como curiosidad, que en las visitas se ofrezca esta posibilidad ya que, en general, se tiene la impresión que de esta forma participan más en ellas. Para otras informantes, las más reticentes, la simbología del espejo es considerada negativamente, por un lado porque sobre ellas pesan una serie de tabúes que les impiden observar esta parte de su cuerpo con la naturalidad con que las trabajadoras se la quieren mostrar; por otra parte, y complementaria con la anterior, consideran esta parte del cuerpo desde un punto de vista médico, por tanto excluyen la idea de observar para conocer.

6.5.4 La (creación de la) necesidad de las revisiones ginecológicas

En los últimos años estamos asistiendo a un aumento de la demanda de revisiones ginecológicas por parte de las mujeres. Este aumento es la consecuencia de campañas que informan sobre la necesidad y pertinencia de la prevención del cáncer ginecológico y de mama, en el caso de las mujeres. Adicionalmente, se trata también del seguimiento y control de métodos anticonceptivos que directa o indirectamente pueden repercutir en la salud (el caso de la píldora y el dispositivo intrauterino). Esteban considera que este aumento es coherente con el hecho de que las mujeres están interiorizando progresivamente la dependencia respecto al sistema médico, sobre todo en los aspectos reproductivos, como una relación que necesitan para mantenerse sanas, al margen del beneficio real obtenido u obtenible por esas consultas periódicas (1993a:369). En este sentido la cuestión que nos sugiere esta constatación es la siguiente: ¿se previenen las enfermedades realizando revisiones anuales? Para las trabajadoras del CPF, la respuesta a esta pregunta es sí, relativamente. Para las mujeres late la contradicción entre la obligación y la necesidad, entre consultar por una patología o por prevención (Esteban, 1993a:388). Por un lado, en el CPF se intenta ir más allá proponiendo a las mujeres algo más que una cita anual: que sean ellas mismas las que, partiendo de la información proporcionada, vayan adquiriendo ciertos conocimientos y que así, progresivamente, vayan familiarizándose con determinadas partes del cuerpo. Conociendo el desarrollo de las posibles enfermedades y las alarmas que el propio cuerpo emite, las revisiones ginecológicas no tienen por qué ser anuales. También las trabajadoras son conscientes de que, por un lado, la información puede asustar, puede generar miedo, y por otro, las experiencias próximas pueden atemorizar, con lo cual se provoca una dependencia obsesiva de las

revisiones anuales o incluso semestrales. Por lo tanto, la necesidad de las revisiones anuales depende, básicamente, del tipo de información proporcionada, de la forma de asimilarla y del uso que de esta información se haga.

En el caso que nos ocupa, los motivos por los cuales las usuarias justifican la realización de revisiones ginecológicas son bastante contundentes y se pueden resumir, básicamente, en tres: por la tranquilidad de saber que se está bien, para controlar que no surja ningún problema y, finalmente, por la edad. La mayor parte de ellas se lo han impuesto como una "obligación necesaria" que han de cumplir "religiosamente" cada cierto tiempo. Por ejemplo, Inés lo compara con ir a depilarse, es decir, a pesar de que no es algo obligatorio, ella se lo autoimpone:

"Cuando vas al centro es como ir a depilarte cada mes o cada dos meses, es decir algo que tienes que hacer, no es una obligación, pero es algo que es por ti. Es un reconocimiento general, es para ver como estás tú y punto, al fin y al cabo es una parte de tu cuerpo que te preocupa más que otra parte" (Inés).

En cuanto a la periodicidad, varía, según los casos. Mientras que algunas de ellas consideran que la revisión anual es muy importante sin más, otras la justifican con el hecho de que durante el año se puede encontrar con posibles malestares susceptibles de ser comentados anualmente. Chari, por ejemplo, la aconseja para "no dejar de prestarle atención a esta parte del cuerpo que la tenemos tan olvidada". Montse, en cambio, va anualmente por la tranquilidad personal. Y Laura va porque ya se ha acostumbrado a ir en una fecha determinada. Para otras, el hecho de hacerse revisiones ginecológicas es un símbolo de modernidad, mientras que lo contrario es un signo de ignorancia, de atraso.

"... bueno d'aquestes que prenem pastilles que som quatre que estem més avançades... que les prenem amb precaució, que ens fem revisions" (Marijo).

La más reticente y crítica de las revisiones anuales es Júlia, la cual considera que, si se tiene una sexualidad estable y un autoconocimiento del

cuerpo, se puede realizar cada cierto tiempo, pero no anualmente. Otra usuaria que tiene la misma opinión que Júlía es Carmen, que no entiende la importancia que se le ha dado a esta parte de cuerpo y no a otras, ni la necesidad que se ha impuesto de realizarlas anualmente. Por un lado, considera importante la prevención, pero cree también que la misma prevención genera la obsesión por determinados problemas, por pequeños que sean, que van surgiendo en las sucesivas revisiones. Concluye diciendo:

"Hasta qué punto tener alguna cosita es lo normal y estar completamente sano, anormal. No daría más importancia a la ginecología que a otras cosas"
(Carmen).

Por eso, esta informante acude a hacerse la revisión, más o menos, cada tres años "si no tienes nada y a una determinada edad".

6.5.4.1 Los resultados: entre la preocupación y la tranquilidad

Pero la paradoja de estas respuestas reside en que mientras que las entrevistadas se hacen, mayoritariamente, las revisiones ginecológicas por "tranquilidad" y "para controlar que todo esté bien", no les produce ninguna angustia ni realizarse el "control" ni la espera de los resultados de las pruebas. Solamente a Carolina las primeras revisiones le resultaron un verdadero calvario ya que no le hacía demasiada gracia que le hicieran una "prueba de cáncer" por si realmente se lo encontraban de verdad. Para ella buscar (tomar la muestra de citología) significaba que se podía encontrar:

"Yo lo único por mis hijos, que no los quiero dejar solos. Y la prueba del cáncer a mí me daba mucho miedo. Luego ya me han explicado que no pasa nada y que se lo hacen a todas las mujeres y luego tarda mucho en venir y que por eso la hacen. Ahora ya no me preocupa si es para bien nuestro"
(Carolina).

Elisa considera que es demasiado joven para preocuparse por este problema. Pilar, la mayor de las informantes, cree que si tuviera algún

problema se "encontraría mal". Inés, en cambio, se fía de la información que le proporcionan en el centro, confía plenamente en los diagnósticos y cree que si hubiera algún problema se intentaría solucionar. En cambio Júlia y Chari piensan que al no tener antecedentes familiares relacionados con problemas ginecológicos no tienen por qué preocuparse. A Júlia, por ejemplo, le preocupa más el hecho de fumar; mientras que a Chari le inquieta más el problema de varices que se va repitiendo en las mujeres de su familia.

En este sentido se puede decir que, efectivamente, la información sugiere la idea de riesgo, pero en el caso de los CPF se intenta que la ansiedad que ésta pueda producir sea menor utilizando diversas estrategias que ya se han ido apuntando: el tiempo de espera no es demasiado largo (entre el mensaje, la citación, la visita y los resultados hay un mes de diferencia), y la posibilidad de consultar los problemas, independientemente de la consulta, sin necesidad de hacer lista de espera.

6.5.4.2 Prevención y autoconocimiento

Teóricamente, la atención no se acaba en la visita sino que tendría que continuar según los consejos de prevención que se vayan sugiriendo: autopalpación de las mamas postmenstrual, detección de las infecciones más sencillas (según el olor, color y consistencia del flujo), identificación de los cambios... Si tienen alguna duda, el centro está abierto a cualquier consulta que las informantes quieran realizar, por teléfono o en persona, y para ello, como vimos en el capítulo 5, no es preciso concertar una hora de visita:

"Jo se més o menys quan tinc una infecció perquè conec els símptomes, suposo que per tothom deu ser el mateix. Llavors el primer que he fet ha sigut trucar i dir 'escolta me passa això què puc fer. L'altra vegada en vaig posar això, ho faig una altra vegada o vinc?' i llavors 'fes-ho o vine'" (Meritxell).

Generalmente, tras las primeras revisiones, las visitas posteriores sin cita previa o las llamadas por teléfono al centro, son más frecuentes puesto

que muchas de ellas, por curiosidad, empiezan a seguir algunos de los consejos de prevención.

Sobre todo son las mamas lo que más preocupa, que a su vez es una autoexploración¹²⁸ no demasiado complicada de realizar (es una parte del cuerpo que no pasa desapercibida), pero que requiere una técnica muy determinada y tiene que ser postmenstrual. Algunas usuarias intuitivamente proceden a la autopalpación, pero se olvidan de la técnica. Es entonces cuando empiezan a notarse "bultos" que antes no sabían que tenían, quizás porque no se habían palpado antes, y empieza un proceso de ansiedad hasta que no vuelven a hacerse nuevamente una revisión, si no llaman o acuden antes, angustiadas ante el problema descubierto. Algunas de ellas, finalmente y por tranquilidad, van al centro dos veces al año: una para hacerse la revisión completa y otra sólo para hacerse una revisión de mamas. Otras, prefieren desangustarse y se aprenden de memoria no sólo la técnica de la autopalpación, también la consistencia y volumen de su pecho, los "bultos", "placas", etc..., se lo autoexploran unas cuantas veces al año y solamente cuando tienen algún dolor o molestia diferente acuden a consultarlo. Muchas de las veces, tal y como apunta Carmen, la revisión es una mera constatación de que no pasa nada grave, lo cual refuerza su argumento en contra de las campañas que informan sobre problemas de salud sin tener en cuenta que, determinadas formas de publicidad, pueden contribuir a aumentar la ansiedad:

"Cuando te palpas estás previniendo que no hay ningún bultito, que no se pueda hacer más grande. Insisto, cuando voy a la revisión no pienso que me vaya a pasar nada, vas porque se ha instaurado así y se ha aceptado, pero no creo que me vaya a pasar nada. Y sí que alguna vez has dicho: pues me noto aquí algo, y lo comentas pero para constatar más bien que no tienes nada y no

128 Las trabajadoras del centro parten de la base de que la autoexploración, a pesar de que no es una técnica fiable desde el punto de vista estrictamente médico-científico (no se detectan lesiones pequeñas), es una de las formas de llevar un control rutinario del estado de las mamas. Si se potencia, desde los plannings, es porque se da una respuesta inmediata en caso de duda por parte de la usuaria. Por otra parte, esta técnica, a diferencia de las mamografías (radiaciones) realizadas en muchos casos indiscriminadamente, no tiene efectos secundarios. Desde hace unos años la ecografía mamaria, menos dolorosa y exenta de estos efectos, es la prueba que se realiza más frecuentemente.

que sí hay algo. Se ha creado una especie de fantasma de que si el cáncer de mama, de que si el cáncer... es la excesiva información que te decía antes" (Carmen).

Casi todas las informantes, cuando se les ha preguntado si realizan algún tipo de autoexploración, se han remitido directamente al "control del pecho", pero ninguna de ellas se ha mostrado angustiada. Chari lleva a cabo más o menos sistemáticamente el autoconocimiento, aunque "por la edad" y al estar rodeada de personas que "ya empiezan con problemas", le preocupa empezar a tenerlos:

"...me lo miro sistemático el tema de mamas porque te llega una edad que estás rodeada de unas personas que la que más o menos ya empieza con problemas. Por ejemplo a nivel de si me noto escozor, si me noto olor más fuerte o menos, sí que me lo noto, sí que me preocupo. Ahora sí que ha habido unos cambios, pero también lo achaco a que he tenido el crío hace seis meses, el cuerpo todavía no está en condiciones y notas que tienes unos cambios, sí que lo noto y sí que estoy pendiente. Me entero, también, muy bien de cuando ovulo" (Chari).

Otras, como Joana, Pilar o Dolors, creen que, además, es muy importante el aseo y la higiene personales, "lo demás es cosa de los médicos", dice Joana. Júlia, siguiendo en esta línea de argumentación, considera que no hay que caer en la obsesión:

"...penso que l'important sobre tot es conèixe't el cos quan està fent senyals d'alarma i el cos les fa. El cos avisa, el fumut es que la gent no ens enterem, vull dir, passem. Llavors penso que més que estar cada mes pendent, com jo tinc certa tendència a l'obsessió penso i jo sé que haig d'apendre a no ser-ho, si m'estigués cada mes tocant, cada dia em tocaria un bulto i estaria angoixada i entraria en una dinàmica que no tinc ganes d'entrar-hi perquè vull viure tranquil·la. Llavors penso, que si cada any la metgessa m'ho mira i em troba algo, poc o molt si que m'ho vaig mirant, però no és cada mes" (Júlia).

Por otra parte, los consejos de prevención pueden ser interpretados de forma muy particular. Meritxell, como hemos visto anteriormente, asume como consejo de prevención saber curarse una infección. En cambio, hace oídos sordos a otro tipo de prevención de enfermedades cuyas consecuencias tienen lugar a largo plazo, es decir, que no dan síntomas inmediatos:

"Sí, segueixo els consells de prevenció, menys en les pastilles, prenent les pastilles mai he fet cas de no fumar o no beure, que a més ja sé que això és per tothom, però a més a més jo tinc un problema de cor. Però crec que això són opcions personals, o... però per exemple si he tingut alguna infecció i m'han dit fes això o fes allò, sí, sí que ho he procurat fer" (Meritxell).

6.5.5 La interrelación profesionales-usuarias

Como hemos señalado en páginas anteriores, el tipo de relación, a través del trato que se establece entre las profesionales y las usuarias, es el motor que mueve el éxito del centro. Esta relación se basa en varios aspectos: en una actitud agradable, en no jerarquizar totalmente las posiciones, en dar un tiempo para hablar y, finalmente, en proporcionar información suficiente del proceso, es decir, que la usuaria sepa en todo momento qué es lo que se está haciendo. Es sobre todo en las visitas ginecológicas donde todos estos aspectos se ponen en funcionamiento para hacer que las consultas resulten cómodas y para que la usuaria participe de la visita. Tal y como lo comenta Aurora, es tanto más importante la visita como la actitud de las profesionales hacia las usuarias:

"...sempre és una cosa que et fa com a cosa, vull dir el fet de la visita i tal. Llavors notes que a part de fer-te una visita correcta i normal, com s'ha de fer, ja hi ha una actitud de la persona que és molt humana, cosa que molts metges en general no tenen en compte. Que fa tant el tipus de revisió que et facin i que t'ho facin bé com l'actitud que ells tinguin vers a tu, que sigui humana, per què bueno ens coneixem i hi ha una confiança, però quan no ens coneixíem de res jo la tenia aquesta sensació, que és lo que importa, notaves caliu, vull dir que em passava l'ansietat perquè si havia algún inconvenient o algo que t'havien trobat venies i t'explicaven el què era..." (Aurora).

Las usuarias otorgan mucha importancia al hecho de que las profesionales se interesen por sus problemas. Decir: "hola, ¿qué tal estás?" al principio de la visita, ofrece múltiples posibilidades para que la usuaria se tome su tiempo preliminar al comienzo del ritual en sí. Y en esta frase caben respuestas que pueden dar pie, o no -depende de la usuaria-, a que la mujer

empiece a hablar. Además, las visitas tienen un tiempo limitado pero suficiente (de 20 minutos a media hora) para incluir comentarios, preguntas, dudas..., lo cual favorece que éstas, muchas veces, vayan tomando una confianza -de la que ya nos han hablado en citas anteriores- que va aumentando a lo largo de las sucesivas citas:

"Yo sé que la primera vez que fui pensé: ¡ostras hemos estado media hora! y me gustó, además como fue la primera estuvo bien. La visita de médico, entrar y salir, no me gusta. Y la persona que necesita más, que quiera más (...) Hay médicos que te dedican su tiempo y tu tiempo, pero son los menos (...) [en el centro] Yo te puedo hablar de mi experiencia, que me han dedicado el tiempo suficiente y nunca he tenido la sensación de visita de médico" (Carmen).

El tiempo para hablar permite que, en muchos casos, la visita ginecológica se amplíe tratando otros aspectos de la salud, más allá de la reproducción y la sexualidad. Es lo que las trabajadoras llaman atención integral. Meritxell, como caso ejemplar, explica que además de la visita la médica se interesó por las secuelas que le dejó un grave accidente y que eventualmente podrían haberle afectado a su salud reproductiva y sexual:

"Quan estic allà estan per lo meu. M'he trobat amb el cas del problema de les operacions i vull dir, sempre he vist que han estat molt al damunt d'això. Sempre tracten més enllà de la part ginecològica i van a la salut integral" (Meritxell).

Aunque reconoce también que a veces el tiempo se puede exceder demasiado, cree que es bueno para la usuaria porque de esta forma no se queda ningún tema por tratar:

"...inclús crec que de vegades s'estén una mica en general. Però em sembla bé, perquè si són visites de cinc minuts d'allò d'arrivar i moldre a lo millor no acabes d'habituar-te quan ja estan dient fora i quan estàs fora penses ¡ostres! m'he deixat de dir allò i allò altre i a lo millor si m'ho hagués preguntat jo li hagués dit, em passa això o allò altre. Trobo que el temps que deixen està molt bé" (Meritxell).

Todas las entrevistadas coinciden en señalar que el tiempo que se otorga a las visitas es el suficiente para tomar confianza, que a su vez es

importante para que las usuarias se sientan tranquilas y estén relajadas - retomando lo que se comentó en citas anteriores-:

"Penso que se m'ha donat el temps que era necessari. Hi ha un temps que jo considero necessari, és això que seus a la taula i comences a fer comentaris d'alguna cosa i ella et pregunta i s'obre una certa confiança" (Júlia).

Sevi:"... com nosaltres que arribem allà i com si les coneguéssem de tota la vida, que hi ha una confiança i que es pot parlar. Jo això veig que repercuteix a tots dos" (Sevi).

"Yo hace poco que estoy aquí, pero es que he encontrado realmente el poder hablar y que te salga toda tú, con otra persona, lo que sientes, lo que vives, lo que has vivido hasta ahora" (Laura).

Las referencias constantes al "tómate tu tiempo" o "tranquila, no tenemos prisa", son *rememoradas con vehemencia sobre todo en lo que se refiere a ciertas partes del ritual en sí que a las mujeres les pueden resultar más desagradables y fastidiosas, como es la relajación previa a la colocación del espejo.*

6.5.5.1 La negociación de las decisiones

Desde el momento que la usuaria entra en cualquiera de las consultas, se intenta en todo momento que haya un acercamiento entre ella y las profesionales. Por parte de las usuarias, se trata de que tengan la oportunidad de poder hablar y poder preguntar sobre aquellas cuestiones que les inquieten. Por parte de las profesionales, se trata de que permitan que las usuarias pregunten, de que ellas a su vez contesten, pero también de informar de las distintas partes del ritual. En este sentido, Júlia considera que no es tanto el que las profesionales informen, sino que las usuarias tengan la oportunidad de preguntar:

"...si jo pregunto sé que se'm respon, llavors el fet de que no preguntem, potser moltes dones perquè no s'atreveixen, però jo si tinc algún dubte sé que li preguntaré a la metgessa o a qui sigui 'escolta, això què passa' i llavors no és tant que t'estiguin informant, sinó depèn del que tu necessitis estar

informada. Depèn de nosaltres, de preguntar-ho, però la informació no se'ns ha negat mai i això crec que és important. I a més a més amb un nivell, i això és una cosa a tenir en compte, molt assequible, penso que la gent d'aquesta manera marxa molt més tranquil·la" (Júlia).

Es decir, que no se trata de proporcionar información sin más, sino también de que ésta pueda ser comprendida por los receptores de esta información y de que la comprensión pueda dar lugar a la toma de decisiones y a la negociación. Todas las entrevistadas se ponen de acuerdo al afirmar que el centro ofrece posibilidades variadas donde las mujeres pueden escoger. Algunas, como Júlia, Rosa o Cristina consideran muy importante que se ofrezcan alternativas a la medicación convencional:

"...és que a tu potser no t'agrada pendre medicaments i llavors et diuen altres coses que, potser triguen més a curar-se, però tu te sents millor..." (Cristina).

"T'ofereixen alternatives a llarg plaç que tu pots anar fent mica en mica, exercicis del periné que a mi em van anar molt bé pel part, jo ara els faig de tant en tant, perquè, no sé, potser quan sigui més gran m'ajudarà (...) Pero jo crec que és la manera de dir-ho. Et suggereixen altres coses que no sigui només amb la medicació de dir 'amb això et curaràs i ja n'hi ha prou', és a dir que et donen altres possibilitats, que quan més ventall tens tu també pots escollir, sempre en funció de com penses" (Júlia).

"Yo veo que ellas te dan las posibilidades y tú escoges. Yo creo que sí, porque ante una información yo he sabido si me siento mejor con esto o con lo otro o qué me va mejor. No me han dicho 'tómame estas pastillas', sino 'te enseñamos todo esto y dinos lo que quieres'..." (Rosa).

Y es precisamente el hecho de proporcionar una información con posibles alternativas, que faciliten y potencien la decisión personal, lo que destacan las entrevistadas como uno de los hechos diferenciales del centro:

"S: Van en contra de lo que està montat. Bueno no prediquen el mateix que els demés.

Mj: Te donen les dos opcions.

S: Te donen la més pràctica. Te donen la que és millor per a tu.

Mj: Elles te donen la informació de lo que hi ha i llavors tu agafes lo que vols. Però a mi lo que m'agrada és que vas allà i com si et veiessin cada dia i això m'agrada. A mi m'agrada. Si vas a un puesto que et miren així serios com si no et conegessin ni et tinguessin que tractar mai, a mi això m'encén..." (Marijo & Sevi).

El intento por no jerarquizar las posiciones, finalmente, es la base para procurar que la distancia entre las profesionales y las usuarias sea la mínima. Esta no-jerarquización se plasmaría en el conjunto de todos los aspectos que se han ido apuntando hasta ahora: informar sobre todos los procesos, ofrecer la posibilidad de poder hacer preguntas y contestarlas, no llevar la bata que puede contribuir a marcar posiciones distintas, destinar un tiempo para hablar y, finalmente, permitir una negociación en las decisiones de las usuarias. Esto último, contemplando la posibilidad de admitir que las usuarias tienen la capacidad de decidir sobre la marcha de su proceso asistencial.

6.5.5.2 La otra cara de la moneda

Generalmente se suele definir la relación médico-paciente como una relación asimétrica de poder que se enraiza en la especificidad del saber y de la práctica médica: se objetiva al individuo y se le impide tomar la palabra (Monforte, 1990:143). Cuando el proceso de asistencia contempla las posibilidades contrarias, es decir, la subjetivación del individuo y el acceso a la palabra, se abren toda una serie de posibilidades de relación que, aunque pueden vivirse de una forma negativa (no estar de acuerdo con alguna decisión, con alguna actitud en particular o, más general, con la ideología que lo sostiene), pueden ser consideradas como la otra cara de la moneda del propio proceso de negociación, pero también como su culminación.

Dos de las usuarias entrevistadas consideran que no siempre la comunicación ha sido fluida entre las profesionales y las usuarias. El caso de Meritxell es el siguiente. En la primera visita ginecológica que realizó al centro de Cambrils -ya había sido usuaria de El Vendrell- le propuso a la médica que procediera a la retirada del DIU porque había decidido volver a tomar anticonceptivos hormonales. Siguiendo la pauta que se tiene establecida en

el centro, la médica le recomendó que esperara a tener la regla¹²⁹, que en este caso sería una espera de una semana aproximadamente. Cuando la médica le expuso los motivos, Meritxell le aseguró que no había posibilidades de embarazo, pero ya le había molestado el hecho de que la médica, al parecer, no entendiera las razones y cuestionara de primeras su petición. Ella nos lo explica así:

"... jo vaig anar allà amb la intenció de treure'm el DIU. I ella em va dir 'per què no esperes a que et vingui la regla', doncs no, em vinc a treure el DIU i vull que em receptis unes pastilles. I ella em contesta 'per què' ho entenc, pero trobo que és absurd. No, si jo prenc una determinació i crec que no m'ha de perjudicar... mentre, evidentment no em perjudiqui la meva salut. És clar si a mi m'hagués perjudicat la meva salut, jo entec perfectament que em diguis 'jo t'ho faig però vigila que et pot passar això' (...) m'agrada que em diguin lo que em pot passar però lo que no puc permetre de cap manera es que jo et digui, jo vull això, vull que m'ho treguis per lo que sigui... i que em diguis que és absurd. No em pots dir que és absurd lo que jo vull, que són les pastilles i que abans del DIU les havia pres. També era absurd posar-me un DIU, el cas és el mateix. El que si sé és que vull un descans de DIU perquè trobo que al meu marit i a mi no ens convé. (...) Llavors jo a què vinc aquí a lo que tu vulguis?, això no és així, vinc a lo que jo vull mentre tu em puguis dir això està bé o no està tan bé. Em va sobtar perquè jo estava acostumada a l'altra que jo li deia vull això i vull allò i deia 'vale però pots tindre això i allò, pero jo... ja t'ho faràs' i en aquest sentit estava molt bé acostumada. Estàvem sempre d'acord i no vaig tindre cap problema. En canvi l'altre dia em va sobtar una mica la determinació de dir-me això, malgrat que després va ser capaç de dir-me 'sí, tens raó, estem a tal dia et falta poc per la regla i és absurd el que t'estic dient'" (Meritxell).

En esta situación, que tal y como se describe parece un poco tensa, destacan dos elementos. En la informante ha podido influir, por una parte, el contacto con una nueva médica, con la cual no había establecido la confianza que tenía depositada en la anterior -que es lo que le pudo llevar al recelo-. Por otra parte, la decisión que la usuaria había tomado y que consideraba absolutamente lógica dadas unas determinadas circunstancias, significaba

129 En el CPF de Cambrils el protocolo establecido es el siguiente: el DIU se coloca y se retira durante la menstruación ya que ésta dilata lo suficiente la entrada al útero como para permitir que la colocación sea lo menos molesta posible. Con la menstruación, además, se sabe con exactitud que la mujer no está embarazada. Otras/os profesionales, en la actualidad, no tienen en cuenta la menstruación para proceder a la colocación o retirada del DIU y previamente realizan una ecografía que descartará el posible embarazo.

para la médica -la cual no conocía a la usuaria y por tanto no sabía hasta qué punto había tomado esta determinación- que la misma podía desconocer las implicaciones de su decisión.

Pero precisamente es en estos términos en los que se basa la negociación de las decisiones: la usuaria ha asumido la información y sobre esta base actúa de una determinada manera, mientras que la médica puede, como tal, recordarle las implicaciones que la determinación puede acarrear. El diálogo puede acarrear conflicto, sin embargo lo importante es el diálogo en sí y, en cualquier caso, Meritxell reconoce que la negociación de la decisión a tomar, de una forma u otra, se produjo:

"En aquest cas és claríssim. Trobo que en principi potser no va haver enteniment perquè potser jo parlava d'una cosa i ella d'una altra fins que vam arribar a l'acord. Crec que aquella persona està a la teva disposició d'alguna manera i és capaç d'oferirte lo que tu vulguis. No és el fet de que ella sigui professional i jo sigui pacient. O sigui el fet aquest de que tu ets pacient i has de fer el que jo et dic, no, això no passa. Jo com a usuària crec que sóc capaç de decidir una mica per mi mateixa mentre no perjudiqui la meua salut. Es pot negociar, però ella posant-se al seu puesto i jo posant-me al meu" (Meritxell).

El caso de Carmen, aunque con distintos elementos, nos puede llevar a la misma conclusión. Carmen desde siempre ha tenido ciclos menstruales muy largos e irregulares, cosa que no le preocupó durante su adolescencia. Posteriormente le inquietaba el hecho de no poder controlar su ciclo menstrual por la posibilidad de un embarazo. De hecho, y como ya se apuntó al principio del capítulo, el motivo principal por el que acudió al centro -derivada por su médico de cabecera- fue precisamente éste: buscar una posible causa y posterior solución. Cuando planteó el tema a ella le pareció que lo revestían de una problemática que ella no había percibido o que por lo menos no había considerado nunca. El caso es que, tras varias citas con la médica, ésta determinó una derivación a la psicosexóloga, cosa que a Carmen no le gustó en absoluto. Ella lo explica así:

"Para ellas era un problema. Yo tenía una edad y quería controlar más mi cuerpo, me preocupaba en la medida en que no lo podía controlar, pero no lo vivía como un problema. Ellas sí que vieron un problema en que yo insistiera

en controlarlo, y recuerdo que me enviaron a la sexóloga (...) Yo insistía en que si por el hecho de tener estar reglas tan irregulares pues yo no podría tener hijos, o...bueno, que qué podía implicar. Y ellas lo veían cómo si yo tuviera un problema. Yo había dejado de tomar pastillas, y al dejar las pastillas dejaba de controlar mis periodos y yo quería tener un cierto control. Ellas quisieron ver algo más. Y entonces cuando fui a la consulta y vi de qué iba el rollo me cerré en banda y fue muy así. Que si tenía algún problema sexual... [y yo le contesté] '¿Y tú qué consideras un problema sexual?' (...) En este caso ellas me daban más de lo que yo pedía, que era una consulta estrictamente médica. (...) [y con la psicosexóloga] Tuvimos una pequeña charla en que ella no me contestó... imagino que ella se haría una imagen de mí... no sé qué imagen. No he vuelto [a la consulta de la psicosexóloga], porque yo no hice uso... eso es lo que no me gusta de los plannings. Tampoco es un problema, me pareció que yo no me había explicado o ellas no me habían escuchado, no pasa nada. Pero, pienso que otra persona que no tenga las ideas tan claras como las tenía yo en ese momento, podía salir de aquella consulta teniendo un problema" (Carmen).

Es evidente que, tanto en un caso como en otro, ha habido una diferencia de opiniones entre las dos partes porque, tanto las trabajadoras como las usuarias, poseen visiones propias que no siempre pueden ser complementarios y que, sin embargo, forman parte de la interacción que se intenta establecer en el centro. Mientras que para algunas de las informantes y usuarias la forma de proceder de las trabajadoras del centro (de todas o de algunas) es positiva de cara a sus expectativas, para otras la misma puede ser considerada una intromisión en sus vidas. Desde mi punto de vista, en los dos casos se puede hablar de negociación, y además, positiva. De una forma u otra el hecho de ofrecer alternativas que capaciten para la decisión, por un lado, y el hecho de discutir una determinada decisión, por otro, permite que las mujeres no se limiten a ser sujetos pasivos de su proceso asistencial. Y es precisamente el discurso abierto por parte de unas y otras, trabajadoras y usuarias, lo que permite que mientras para unas usuarias el centro sea un servicio más del cual hacen un uso práctico determinado (sin darle mayor importancia), para otras resulte fundamental en la resolución de determinados problemas.

6.5.6 Las trabajadoras del planning y los otros profesionales sanitarios

Como se habrá podido comprobar, las mujeres personalizan el centro en todo el equipo que lo compone, utilizando siempre el plural para referirse a cualquiera de los servicios que han utilizado. Esto es así porque desde el principio no han percibido una diferenciación clara que separe las diferentes disciplinas. En los inicios, muchas usuarias identifican a todas las trabajadoras, en general, como médicas puesto que de todas reciben algún tipo de asistencia que, en principio, las puede identificar como tales. Las consultoras imparten la charla y les hablan de temas que, aunque con un lenguaje sea asequible, pueden considerarse médicos. Éstas también les atienden individualmente cuando se tiene que rellenar la ficha personal - momento que aprovechan algunas para comentar problemas, también, médicos- o cuando vienen a hacer alguna consulta personal. Con la secretaria, en el centro que nos ocupa, también tienen un cierto desconcierto, puesto que es la que por teléfono atiende demandas individuales, y además es la psicóloga.

Posteriormente, van identificando a las profesionales con las tareas que les corresponden, y saben a cuál de ellas tiene que acudir para resolver un problema u otro. Un dato curioso es el que hace referencia a la consultora. A pesar de que generalmente está dentro de la consulta ayudando a la médica, no es percibida como una enfermera. Hay que tener en cuenta que la consultora es la que, desde un principio, les ha proporcionado información y es con la que han tenido un primer contacto. Por otra parte, en la consulta, es la persona que va informando de todos los pasos de los que se compone la revisión, aspectos que juegan un papel fundamental para que las usuarias no duden de su palabra. Para la mayor parte de las informantes, la enfermera es solamente la que ayuda al médico, pero que muy pocas veces informa o hace valer sus conocimientos. Algunas de las informantes consideran positivo

que la consultora atiende demandas individuales porque, como argumenta Elisa, comprenden que la médica no puede estar en todos los sitios:

"...yo creo que la médica no puede estar en todas partes y que está bien que haya alguien al teléfono que te puede aconsejar, o sea que ni hace falta que sea la médica porque ella [la consultora] estando en este tema te lo puede decir igualmente..." (Elisa).

Meritxell es de la misma opinión y argumenta, además, que no es lo mismo el servicio que ofrece el centro que cualquier otro servicio médico:

"...a lo millor aquella enfermera no està suficientment qualificada per fer això. No m'he trobat mai en aquesta situació sempre són els metges els que t'atenen i t'informen, però en el cas en que m'hi trobés no m'en fiaria, en canvi en el servei de planning, pel que he vist calculo que la gent està el suficientment qualificada" (Meritxell).

En general, las demás entrevistadas, cuando se les ha preguntado lo que piensan acerca de que haya profesionales (del centro o no) que no son médicas/os que realicen trabajos tradicionalmente asociados a los segundos, anteponen a la respuesta el "depende", que puede ser por varios factores: de la confianza (Inés y Chari), de la usuaria (Júlia) y del problema que se tenga en ese momento (Patricia). Pero todas convienen en decir algo así: "Como en el centro las conoces a todas desde el principio, ya tienes la confianza y ves que donde no llega la una llega la otra" (Joana).

Esta coordinación de los trabajos individuales más la relación cordial que hay establecida entre las propias profesionales, son aspectos que perciben las usuarias y que favorecen la relación posterior entre ellas y las trabajadoras. A Julia esta interrelación que se establece le da, sobre todo, tranquilidad:

"Veig sobretot que es treballa en equip, que hi ha molt bona coordinació i, fins i tot, penso que molt bona relació a nivell personal, perquè el treball és un lloc on passes moltes hores i si tu estàs bé amb els companys, les coses funcionen millor, i això ho he vist, potser m'equivoco, però he estat allà una mitja hora o una hora i he vist molt bon ambient i molta tranquil·litat i a mi això em fa sentir molt tranquil·la" (Júlia).

Cristina, en cambio se fija más en los detalles que hacen la revisión más agradable:

"A mi m'agrada molt la relació que hi ha a la consulta amb mi i entre elles. Hi ha una coordinació bestial. La metgessa, que és encantadora, és la que et fa les coses i l'altra te les va explicant, que ho entens tot, saps?, i t'agafa la ma quan veu que tu et poses una mica nerviosa, sense que ho demanis, i això són detalls..." (Cristina).

Elisa nos hace un resumen de la relación que mantiene con todas ellas:

"[la médica] que te lo va explicando todo y además te hace ver como si fuese una maravilla. Por ejemplo pues la vagina 'mira qué bonito' te dice, y tú te lo miras y dices '¿dónde está lo bonito?' pero dices 'pues sí, igual sí que es bonito' y te lo explica todo lo que te hace. La psicóloga que fui un día me lo explicó todo lo de la sexualidad muy cariñosa y la otra, que me parece que es la consultora, la que está dentro de la consulta, pues te explica las cosas como si no le diera mucha importancia a todo, o sea pero de una forma que tiene importancia pero no es grave, que no te asustes..." (Elisa).

Finalmente, Meritxell generaliza más apuntando que ella lo percibe como un trabajo "diferente":

"És un treball diferent. A veure, en principi amb elles m'he trobat molt bé, trobo que fan una feina molt dura i molt agradable i que a més a més elles ho saben portar molt bé" (Meritxell).

Y sobre esta diferencia, se han basado todas ellas para decir que una cosa es el centro y otra muy diferente otros profesionales sanitarios, sean ginecólogos, otros especialistas o médicos de cabecera, privados o de la sanidad pública.

Algunas de ellas, como Pilar, Patricia o Meritxell, establecen la diferencia en función de la necesidad de acudir a los profesionales: mientras que al centro van "per controlar-me jo a nivell personal meu" (Meritxell) o "porque lo considero necesario" (Patricia), a los demás profesionales acuden cuando están enfermas. Elisa, en cambio, basa la diferencia en el trato:

"Es que el trato es muy diferente. Por ejemplo en el médico de cabecera puedes estarte hasta hora y media esperando y después te despachan en cinco minutos, o sea sólo 'a ver qué te pasa, tal', casi ni te escuchan, pastillas y a la calle. En el centro de planning te dan una hora, puedes esperar poco más o menos pero no es una pérdida de tiempo y a parte te preguntan, no van sólo

a la revisión (...) Ella [la médica] es mucho más suave, te explica todo lo que te está haciendo paso por paso 'ahora vas a notar un poco de frío porque te pongo esto, ahora te rascaré un poco para...', es muy diferente. Los otros, 'a ver abre la boca', incluso el dentista que es privado (Elisa).

Y en la información:

"Generalmente con los médicos no puedes decidir, ni puedes decir nada y si te atreves a preguntar qué son y para qué sirven las pastillas que te han recetado bueno solo te dicen 'tómatalas que esto te curará'. En cambio en el centro no me he sentido en ningún momento ni coaccionada, ni obligada, ni nada" (Elisa).

Todas las informantes han tenido alguna experiencia con otros sanitarios. La mayor parte de ellas, como Elisa o Pilar, considera que los médicos, por lo general:

1) no informan de los procesos asistenciales

"...en otro sitio que estuve pues a mí ni me explicaron nada ni me dijeron nada. Yo entré y me dijeron 'Tumbese en esa camilla'. Me hicieron la citología esa y nada más, no me explicaron nada más, ni siquiera me tocaron el pecho" (Pilar).

2) establecen una jerarquía insalvable entre su posición y la de las usuarias/pacientes como en el caso, por ejemplo, de Inés que antes de ir al centro ya había ido un ginecólogo y una ginecóloga privados, ésta última, conocida suya:

"... con [la médica del planning] es diferente porque la veo más cercana, la relación es diferente, más distendida... con la otra [la ginecóloga privada] también era de tú a tú, pero no sé, quizás aquí vas con menos remilgos, con menos vergüenza a preguntar cosas y a incordiar, o sea la otra te marcaba como médica. Le preguntabas, te informaba lo justo, pero más seria, más cortante, por ejemplo el estar hablando con ella y que no te mire a la cara eso te marca, te impone más, ella iba más de médico y eso marca una barrera entre las dos" (Inés).

3) se permiten realizar juicios de valor en cuestiones que las mujeres consideran personales y privadas:

"...fui al seguro y la verdad es que era un señor bastante mayor y el trato que tuve fue un poco desagradable y yo como soy muy cortada me dejó... o sea yo fui porque tenía una infección y me dijo que qué era lo que había hecho,

que relaciones tenía y qué tal y cual y, claro, a partir de entonces ya no fui más al seguro" (Rosa).

4) no les dan la confianza suficiente:

"El meu metge de capçalera tot i que li tinc molta confiança per segons quines coses, seria incapaç d'explicar-li segons què, no per res sinó perquè tot allò que jo li puc explicar amb ell l'importa un rave, per això, jo el faig servir per unes determinades coses" (Meritxell).

5) no perciben un trato individualizado:

"La meva impressió va ser nefasta perquè no em va donar tranquil·litat i el fet d'anar al ginecòleg jo penso... és que vas a mirar-te una part del teu cos que no té les mateixes, es a dir, que no és el mateix que anar a mirar-te els ulls. Sí que el ginecòleg o la ginecòloga que es dedica a això està tip de veure dones, pero és que no fan ni cas. Però és que al planning també veuen moltes dones i en canvi, almenys per mi, el tracte és individualitzat, és personalitzat. Allò era algo que feia aquell home cada dia un munt de vegades i... molt fred" (Montse).

Júlia, en particular, no se fía de los médicos que se dedican conjuntamente a la pública y a la privada porque considera que, aunque sean mejores o peores profesionales, engañan a la gente:

"...el privat és de cara a la façana. Els privats moltes vegades enganyen a la gent per aquest aspecte, perquè et tracten tan bé, són molt educats, sempre amb el somriure a la boca, els quatre copets a l'esquena, a nivell professional han sigut nefastos. Però la gent es queda amb la façana i damunt a pagar. I, després, bueno, tota la utilització que en fan d'això, des de que molts d'aquests estan a la pública i envien a la gent cap a la privada, tota aquesta corrupció, perquè jo crec que això és una corrupció..." (Júlia).

Es decir, lo que cuestionan las usuarias, más que el nivel de preparación profesional que tenga el personal sanitario que las atiende -que es muy importante-, es la interrelación que se establece entre ellas y los/as profesionales: los modos y las maneras.

"...el doctor que me llevó el parto es un poco excepcional porque te atiende más deprisa porque tiene dos consultas. Te pone en un sitio, te esperas mientras que visita en el otro... eso también, quieras que no estás allí esperando con la batita aquella y, quieras que no te crea un estado de... Pero a nivel médico, más o menos igual, te lo hace todo. A nivel de orientación y a nivel de información, es diferente, es diferente, porque lo encuentro menos

comunicativo, menos... que tú puedas expresar realmente lo que piensas y te aseguro que cuando estás embarazada tienes ganas de expresarte" (Rosa).

Lo más difícil, o lo más problemático, es en todo caso tener la posibilidad de poder expresar que no se está de acuerdo con este tipo de asistencia, o bien intentar que ésta se realice de la forma más agradable y menos traumática para ambas partes -como los ejemplos que hemos expuesto en el apartado anterior-. Esteban se refiere, en este sentido, a la vivencia que tienen las mujeres de la posibilidad de protesta, que la viven como algo extremo y violento cuando, contrariamente, tendría que ser algo integrable en un proceso de comunicación fluida que podría ayudar a introducir cambios y mejoras en la relación general usuarios-as/red asistencial (1994:24).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DISCURSOS Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD Y EPRODUCCIÓN: LOS CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Yolanda Bodoque Puerta
ISBN:978-84-693-6294-5/DL:T-1601-2010

7. LA PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES SOBRE LOS PROCESOS RELATIVOS A LA SEXUALIDAD Y LA REPRODUCCIÓN

En los capítulos anteriores se ha intentado hacer una aproximación a los CPF, vistos por las usuarias y las profesionales que los fundaron, así como a los discursos predominantes, de éstas últimas, sobre salud reproductiva y sexual. Para poder hacer una valoración de la aprehensión de este mensaje por parte de las mujeres que acuden a ellos veremos, en principio, cuál ha sido la socialización de éstas y sus vivencias personales en referencia a esta parte de su salud. Nos adentraremos en aquellas partes del discurso que las entrevistadas toman para sí, donde se intentará analizar la relación que las mujeres establecen con su salud reproductiva y sexual teniendo en cuenta aspectos como la anticoncepción, las relaciones sexuales, la maternidad o la interrupción voluntaria del embarazo, entre otros. El punto y final se pondrá en la importancia que las mujeres otorgan a estos aspectos en relación con sus ciclos vitales. Finalmente se analizará el posible resurgimiento de un modelo alternativo en las relaciones entre hombres y mujeres a partir de la relación entre éstos y la salud reproductiva y sexual.

7.1 La socialización respecto a la sexualidad y la reproducción

Esteban define la salud reproductiva y sexual como "un campo de la salud general con entidad propia, donde caben temas tan distintos como la menstruación y la menopausia, el aborto, el uso de un método contraceptivo, el embarazo, el parto, la esterilidad y otros que no se refieren directamente a la reproducción, como son el autoerotismo y la sexualidad compartida" (1993:12). Si tomamos esta definición como punto de partida para analizar el discurso de las informantes es porque una parte del guión de la entrevista, utilizada en esta investigación, se ha elaborado a partir de los temas de que se compone este área de la salud. Nos centraremos en las percepciones y

representaciones sociales¹³⁰ que sobre estos temas se hacen las mujeres, a partir de elaboraciones propias procedentes de otros discursos sociales normativos y/o alternativos de que se han nutrido a lo largo de su ciclo de vida.

Para del Valle la socialización consiste en los procesos de familiarización-adquisición de aquellas características (normas, valores y símbolos) sobre los que hay acuerdo acerca de su necesidad para desenvolverse dentro de un marco cultural determinado (1991:87-88). Los principales agentes de socialización lo constituyen distintos grupos, pequeños y grandes, a los que la persona accede o a los que tiene como referencia, los cuales estarán a mayor o menor distancia en la relevancia que tienen en el proceso de socialización, dependiendo del momento dentro del ciclo vital y contextualizados en cuanto a la cultura y el tiempo histórico (Ídem:90-91). Dejaremos, en este sentido, que sean las mujeres las que nos hablen de sus agentes de socialización y de la importancia que otorgan a cada uno de ellos, incluyendo a los CPF.

Una vez enmarcados los conceptos con los que desarrollaremos esta última parte de la investigación, pasamos a analizar los discursos, las experiencias y percepciones que nuestras informantes poseen de este conjunto de prácticas que forman parte de su ciclo vital. No pretendemos demostrar que el discurso difundido por los CPF ha sido fundamental en la aprehensión del mensaje, pero sí que sostenemos que ha formado parte importante en la reestructuración de algunos significados.

130 "Toda representación pone en juego una relación entre al menos tres términos: la representación misma, su contenido y un usuario (trad. libre de "utilisateur"), tres términos a los cuales se le puede añadir un cuarto: el productor de la representación puesto que éste es distinto del usuario". (Sperber, 1989:115) (En el original en francés. Traducción libre de la autora de la investigación).

7.1.1 Lo que nos contaron: familia, escuela y amistades

En general, las mujeres empiezan a tener conocimiento de la importancia de su cuerpo y de su fertilidad cuando tienen su primera menstruación, es decir, con la menarquia¹³¹. A partir de la llegada de ésta, y de forma paulatina, es cuando empiezan a enfrentarse de varias maneras con los procesos relativos a la sexualidad y a la reproducción. Victoria Sau describe figuradamente esta "primera vez" de una forma que nos ayudará a enmarcar el argumento de este apartado:

"Un buen día la niña nota que sangra por los genitales y acude a la madre -o a la abuela, una hermana u otra mujer de su entorno- a decirle lo que pasa. Puede que fuera éste un hecho anunciado o puede que no; en cualquier caso está cargado de emoción y ambivalencia, porque es 'una primera vez'; porque no son mocos, orina o algo con lo que estuviera familiarizada, sino sangre; porque sale de un lugar que ya tiene connotaciones de secreto; porque ya es como las demás, las que hasta ahora eran 'las otras'; porque le da vergüenza que lo sepa su padre; porque 'intuye' que 'esto' va a cambiar su vida" (1986:16).

Pero ¿por qué se dice que una niña cuando le llega su primera menstruación pasa a ser una mujer? Ciertamente, a nivel de manifestaciones fisiológicas, es la culminación de una etapa que precede al crecimiento de los pechos, del vello púbico, de la estatura, etc. Sin embargo, la propia frase va más allá de las diferencias fisiológicas que, seguramente, las niñas han ido constatando en su entorno. No se ha preguntado directamente a las informantes sobre la percepción de estos cambios corporales, la constatación de estas diferencias entre su cuerpo y el de "los otros" y su vivencia al respecto. Sin embargo se ha podido confirmar que la menstruación, aunque puede significar un antes y un después, no marcó cambios sustanciales en sus vidas como para que ellas la definan como la etapa que marcó el inicio de su conciencia como mujeres; en todo caso como pertenecientes al sexo

131 La menarquia es la época de la vida de la mujer caracterizada por la aparición del primer período menstrual (Cifrián, 1984:19).

femenino. Sau (1986) señala que las niñas se enfrentan con un doble problema: experimentar, como le ocurre al niño, que su cuerpo pasa por una transformación y, además, que su cuerpo se va haciendo cada vez más diferente al del varón (Ídem:16).

Posteriormente la frase "ya eres mujer" forma parte de la construcción desigual de género que hace suyas las diferencias fisiológicas -coronadas por la menstruación- para conformar las diferencias sociales entre hombres y mujeres. En este sentido hay una toma de conciencia del cuerpo que comienza a ser diferente para hombres y mujeres que se manifiesta en una categorización del cuerpo: mientras que para estas últimas se priorizarán los roles expresivos relacionados con la seducción y la reproducción, los hombres serán instrumentalizados para la fuerza de trabajo¹³².

Para la mayor parte de las entrevistadas, como veremos, la menstruación es un acontecimiento significativo en su vida porque es un antes y un después: a partir de un cierto momento, cada mes tendrán algo que antes no tenían. Algunas dan más importancia que otras a la primera vez, pero para todas es el símbolo del desarrollo "normal" de su cuerpo. Y desde esa primera vez he querido partir el relato, para intentar desmenuzar lo que significó para ellas este proceso de maduración corporal.

La primera menstruación marca un límite, una frontera muy importante a la cual se le da mayor o menor importancia dependiendo de varios factores, no excluyentes entre sí: de la información que se ha proporcionado, del grado de patologización de que se haya revestido la llegada de la menstruación, del grado de ocultación/misterio que se le haya otorgado y, finalmente, del grado de molestia física que, a menudo, le acompaña.

Información. En cuanto a la información y para no dar lugar a confusiones, cabría distinguir varios conceptos en relación con la inminente llegada de la regla: en principio estaría la no-información (que no es lo mismo

132 Dostie, Michel *Les corps investis*. Montreal. Ed. Saint Martin, 1988. Recogido en Esteban, 1993a:160.

que desinformación), es decir, el desconocimiento total de su llegada; en segundo lugar estaría el anuncio o el aviso, sin más, de la posible aparición (que a menudo sí va acompañado de informaciones sesgadas); y finalmente, la transmisión de conocimientos sobre el funcionamiento, causas y consecuencias, es decir, lo que podemos llamar la información general.

A Pilar, una informante de 66 años, no le hablaron nunca de la regla, "simplemente me vino", dice textualmente. En su relato, a diferencia de otros, no deja entrever ningún rencor porque no le hubieran explicado nada, justificando la ausencia de información a la relación que se establecía entre la llegada de la menstruación y la licencia para pecar. Tanto es así que el relato de la menstruación, más que un enfoque hacia la no-información (que, para ella, no tenía lugar), lo conduce hacia la actuación que en aquellos momentos era la correcta:

"Estaba con una tía mía. Ella fue la que me dijo que no me preocupara, que no me pasaba nada. Me subí a mi casa... Me asusté un poco al principio, pero luego como se lo conté a mi tía y ella me dijo que eso era normal, que no me pasaba nada, que era una cosa que tenían todas las mujeres y me subí a mi casa y entonces se lo tuve que decir a mi madre y me dijo... bueno no me dijo nada, me preparó un paño de esos que entonces se llevaban, que ahora... entonces no había compresas y me dijo que nada, que... eso ya lo tendría que tener para siempre, bueno para siempre... Y ya no me dijeron más. Entonces tampoco ni te advertían de que te podías quedar embarazada porque ya, aquello pensarlo a los 15 años era un pecado mortal. No me explicaron nada" (Pilar).

Más reciente es el caso de Rosa, de 34 años. Tampoco tenía ninguna información, pero según su propia percepción no tenía que darle más importancia que la que tuvo. Le sorprendió más por lo embarazoso que resultó el hecho de haberle llegado en el patio del colegio de monjas al cual asistía a los 13 años, que por las implicaciones de la regla en sí:

"Estábamos en el patio del colegio sentada, estábamos jugando, me pilló allí y claro, se lo dije a la monja y me dio una compresa pero tampoco le dio demasiada importancia, yo no me acuerdo... También... éramos muy niñas entonces, tampoco le debí dar toda la importancia que a lo mejor se merecía en aquel momento" (Rosa).

Las demás entrevistadas fueron "avisadas" de la llegada de la menstruación ya fuera de la mano de las madres u otros familiares próximos, o de amigas, con las cuales ponían en común sus experiencias y sensaciones. Carmen atribuye al hecho de que sólo le "avisaran", sin más, a que era la mayor de sus hermanas, aunque dice que cuando llegó el momento tampoco vio demasiado problema. Resalta que las informaciones más importantes, no las más exactas, son, según sus propias palabras, "las que llegan de las amigas que tienen hermanas mayores, que a su vez les informan a ellas" (Carmen). Otras recuerdan, además, que en el colegio, sobre todo colegios religiosos, les proporcionaron algo de información relacionada con estos temas pero muy orientada hacia la futura maternidad, con algunas "naciones de sexualidad". Este hecho es recordado básicamente porque de alguna manera suplió la falta de abordaje directo ante estos temas en el ámbito familiar:

"O sea, en el colegio sí, con compañeras de clase, en el colegio las monjas con la clase de "sesología", eran más que nada del embarazo, pero nada de la regla. En casa sí, lo que pasa es que nunca se ha hablado muy claro sobre... o sea sí, la regla es lo que le viene a la mujer cuando ya es mujer y que te puedes quedar embarazada y lo que tú quieras pero no explicarte bien, bien, todo" (Inés).

"... allí, en el pueblo, en el mismo colegio, había una chica que era catequista, que era la que nos ayudaba a estudiar la doctrina y tal. Pues esa chica hacía clases de sexualidad y nos ponía allí a todas la crías que tendríamos doce años más o menos, nos juntaba los domingos por la mañana un par de horas en el colegio después de misa y ponía una cesta y decía, 'venga, la que no tenga vergüenza que me lo pregunte, pero a la que le dé vergüenza y le dé corte pero que tenga preguntas pues que me lo escriba y que me lo ponga aquí' (...), luego ella iba cogiendo el papelito y contestando. O sea que estuvo muy bien, yo creo (...) Y nosotras que estábamos llenas de curiosidades, pues imagínate, venga hacer preguntas y venga hacer papelitos porque nos daba corte" (María).

Las demás informantes, a pesar de haber sido más informadas de su inminencia, la llegada de la menstruación fue más una sorpresa que un alivio. Algunas, como Elisa y Patricia, tal y como lo relatan, fueron ampliamente informadas tanto antes de la llegada como después. Elisa tenía tan

interiorizado el proceso, que incluso con una amiga suya había escenificado el hecho de "tener la regla":

"Incluso con una amiga, cuando éramos más pequeñas, pues 'ay a ver qué se siente al llevar compresa', y nos poníamos papel de water, 'ay qué incómodo', y..." (Elisa).

Cuando su madre -enfermera y profesora- le informaba del inicio del ciclo menstrual, de sus causas y consecuencias, a ella le parecía que tenía que haber tardado muchísimo tiempo más en venirle; le parecía, cuando finalmente llegó, que lo llevaba escrito en la frente, y le daba mucha vergüenza pensar que la gente se pudiera dar cuenta. Es por eso que se enfadó mucho con su madre cuando inmediatamente se lo comunicó a su padre y, entre los dos, planearon una fiesta para celebrarlo:

"...cuando salí del lavabo mi padre ya estaba con una sonrisa de oreja a oreja. Bueno 'felicidades, que ya eres mujer' y eso que tú te mueres de vergüenza. Incluso me querían hacer una fiesta porque yo ya era mujer, para que se enterase todo el mundo. Qué va, qué va. Para nada. Yo no quería que se supiese" (Elisa).

Se puede observar que, en el caso de Elisa, la información obtenida con anterioridad no ha influido en el factor sorpresa que supone la llegada de la regla, sino que ha sido un factor secundario totalmente. No tan trágicamente se lo tomó Patricia. Para ella fue también una sorpresa, pero no tanto porque no la esperara, sino por la reacción de sus tías, ya que cuando la regla hizo su aparición, y a pesar de que ya se lo habían anunciado, inmediatamente se pusieron manos a la obra y mientras una le proporcionaba una compresa, otra le dio una clase de planificación familiar que, según sus palabras, le sonó a chino:

"Después otra tía mía me puso al día de todos los métodos anticonceptivos que había y me dijo 'ahora que tienes la regla piensa que en cualquier momento te puede pasar, porque ahora puede pasar cualquier cosa y entonces para que estés prevenida y...' claro, a mí eso me sonaba a chino, yo decía pero cómo me voy a poner con nadie ni nadie me va a coger a mí ahora y ella 'nada, nada, yo te lo explico para que lo sepas todo' y sí, sí, me hizo un cuadro con todos los métodos anticonceptivos que había en ese momento. Estaba la píldora, el diafragma, el DIU. Los dibujos del DIU que yo no los entendía

pensaba '¿esto dentro?, no puede ser'. Pero sí, me dijeron 'sobre todo no te asustes de lo que te tiene que venir, pero esto es así... muy natural'" (Patricia).

Quisiera o no quisiera Patricia, tuvo que aguantar estoicamente el adoctrinamiento de sus tías. El caso de Cristina es similar, pero ella no se dejó, quizás porque su madre intentó hacer lo mismo de forma prematura o porque, como dice ella, es algo que siempre ha considerado muy íntimo:

"La meva mare, quan jo tenia 8 anys o així, ja em volia explicar com venien els nens, amb llibres i tot, i jo me'n recordo que no volia saber res. Vull dir... perquè jo aquestes coses no... Ara començo a parlar-ne, no?, al venir aquí i així, però ni amb les amigues a l'escola, allò totes 'ay!, a mi ja m'ha vingut la regla', jo no, al contrari, jo la tenia i no ho deia. Vull dir que totes estàven orgullosos i a mi... ecs! Però no perquè trobés que això era pitjor per mi o sigui que les dones eren pitjor que els homes, sinó perquè considerava que eren coses íntimes de cada persona i que no tenia que anar-les a explicant a tothom" (Cristina).

Grado de patologización. La llegada de la menstruación es considerada, entre la mayor parte de los progenitores, algo "natural y normal" entre las mujeres a una cierta edad. La mayor parte de las entrevistadas afirman que sus respectivas madres, o tías en algunos casos, lo primero que les dicen, cuando les avisan, es que no se preocupen porque es una cosa "natural". Pero estas mujeres que serán las encargadas de informar también calculan (generalmente por la propia experiencia) que la menstruación tiene un periodo de unos pocos años para aparecer, por lo que el retraso en llegar puede ser considerado, por algunas de éstas, como una anormalidad, como patología que ha de ser tratada médicamente. Tres de las entrevistadas (María, Inés y Júlia) tuvieron su primera menstruación entre los catorce y los quince años y las tres visitaron por primera vez a un ginecólogo alertadas por unas madres preocupadas por el desarrollo de sus hijas. Este hecho no presuponía, para ninguna de estas mujeres, que tuvieran mayor información sobre el funcionamiento del proceso menstrual; contrariamente, la alerta sobre el retraso significaba para ellas una anomalía considerable respecto de otras mujeres que sí habían tenido un proceso "normal":

"...se habló porque como me vino tan tarde, entonces había el problema de que 'uy a esta niña no le viene la regla y tiene 15 años y no le llega', por eso me acuerdo del día en que me vino porque para mí fue una alegría de impresión. [Pero] No me causaba trauma, era la historia de que ya era mayorcita y que a mí no me venía, que todas las compañeras de clase tenían la regla y eso, y a mí no" (Inés).

"...me vino la regla cuando tenía 15 años, que ya ella decía, 'pero, ¿cómo...?', o sea, que se preocupaba por mi desarrollo del por qué no me venía a mí la regla. Pero yo también veía a mis amigas que tenían la regla, sabes, esto que te sientes tú también, jolín, a ver si voy a ser una cría toda la vida. Y nada, pues ella, pues tenía un desarreglo, pues a lo mejor de veinte días o al menos un mes de retraso pues venga vamos a ver qué pasa, porque eso no es bueno porque si se te agolpa la sangre ahí te puede pasar algo, ella ¡fíjate lo que pensaba!" (María).

Aunque no fueran informadas sobre el funcionamiento menstrual, para estas mujeres, cuya problemática era el retraso de la regla, su llegada fue un alivio, una forma de sentirse normales:

"Fins i tot vaig anar al ginecòleg una mica abans perquè ma mare deia que semblava que m'estava retrassant en la regla, em van estar fent revisions i em van dir que no, que estava molt madura, que estava a punt d'arribar i que estava preparada. És a dir, no va ser... fins i tot va ser com una alegria a casa, perquè tinc tres germans per davant meu, tres homes i, bueno, va ser com una gran celebració..." (Júlia).

Grado de misterio/ocultación. Simbólicamente la menstruación se reviste de aspectos que la vuelven algo secreto, que raya lo misterioso. Por un lado es la culminación de un proceso esperado ("ya eres mujer"¹³³) con más o menos muestras de alegría o resignación, pero por otro lado es algo que se tiene que ocultar, sobre todo en lo que hace referencia a la higiene personal y a la ocultación de posibles evidencias:

"Pensar que tenías que hacer deporte con los pantalones cortitos aquellos y tenías que ponerte compresa y preguntabas '¿se nota?'" (Carmen).

133 Sau remarca que "la niña con su menarquia a los once, doce o trece años no es una mujer (adulta, se entiende) porque ni su inteligencia, ni su afectividad han alcanzado los niveles que nuestro desarrollo evolutivo requiere para que consideremos a una persona capaz de valerse por sí misma y de interactuar de forma adulta con los demás. Pero su cuerpo ya es funcionalmente apto para tener hijos y es en razón de esto que su propia familia le desliza al oído la frase lapidaria: 'ya eres una mujer'" (1986:18).

"...a raíz de ello fue cuando me lo explicó más, el cuidado, el pudor, todo con lo que tenías que tener cuidado, y la compresa que no... que la tirarás bien tapada, que claro... que cuidado con la limpieza, sobre todo" (Rosa).

Nadie más que la madre y la adolescente tenía que saber que ésta tenía la regla:

"Y bueno 'y cuando te cambias, que te tienes que cambiar muy a menudo' me dijo 'lo guardas muy liado para que no lo vean tus hermanos'" (Chari).

La higiene pasaba, en la mayor parte de los casos, por la utilización de rudimentarias "compresas", consistentes en trapos de algodón o rollos de celulosa, que hacían menos llevadero el periodo que duraba la regla. Ésta, en algunas de las experiencias relatadas, se recuerda con desagrado precisamente por lo complicado del mecanismo y por lo difícil que resultaba para ellas (y visto desde la perspectiva actual) olvidarse de que tenían la regla:

"...mi madre era lo típico, cuando te venía la regla guardaba los trapos, los paños aquellos que se ponían antes, con las bragas muy liadas aparte y tú no sabías allí si había habido regla. No sabías.(...) Yo el mal recuerdo que tengo de la regla es ir cargada con la mochila, con las piernas abiertas con aquellos trapos entre medio sin poder apenas caminar. Y es cierto, lo tengo como la sensación de que se te iba a caer el trapo, de que... (...) y recuerdo la sensación de ir con las piernas abiertas, me amargaba" (Chari).

"M'imagino que una mica van passar moltes dones aquesta història, és que limitava, a més a més en aquella època que a més a més tenies que posar-te la compresa, que no hi havia tampax com ara, que tenies que anar amb les compreses o amb celuloses d'aquelles perquè no hi havia compreses tampoc com ara, vull dir eren rollos de celulosa que te'ls tenies que muntar i a més a més sangrava molt" (Júlia).

Pero una cosa era la higiene relacionada con la ocultación de la menstruación y otra muy diferente era las creencias populares sobre la higiene y cuidados relativos al propio cuerpo. Durante mucho tiempo se consideró peligroso para la salud el bañarse o ducharse durante los días que duraba el periodo menstrual. Este hecho lo recuerda con mucho desagrado Chari, a la cual le molestaba no tanto el no poder ducharse diariamente sino

el no poder ir a la playa (que en su entorno formaba parte de su cotidianidad) cuando le apetecía:

"A mí me supuso, sobre todo... yo odiaba la regla, no recuerdo haber tenido dolores, así de decir me duele la regla y tal, pero tan pequeña, allí, en Cádiz, la playa era un constante y no me dejaban bañar en la playa y para mí eso suponía un frustré, pero... me lo pasaba muy mal a estos niveles. No te puedes bañar en la playa y veías... porque íbamos todo el barrio, los vecinos, nos íbamos todos juntos a la playa... a mí a estos niveles me amargaba" (Chari).

Grado de molestia/irregularidades. El "notar la regla" para muchas mujeres se hace más considerable, si cabe, debido a la presencia de molestias físicas que paralizan las actividades cotidianas. Es por esto que muchas mujeres recuerdan el periodo de la adolescencia, en lo que se refiere a este aspecto, muy negativo y limitativo en su vida:

"Yo lo que recuerdo es que las tenía dolorosas y algunos días me tenía que quedar estirada y aquello que te daban una pastilla o algo caliente para que se te calmara y entonces venían las amigas a buscarme para ir al colegio y.. 'ay pues no se encuentra bien' y entonces alguna tarde no iba al colegio porque me encontraba mal" (Rosa).

"Si, perquè quan estàs en aquesta edat adolescent que comences una miqueta a veure el món, a sortir, que comences a anar amb la colla, vas d'acampada o has de sortir i justament aquell dia et ve la regla, doncs et molesta bastant, a més jo tenia unes regles molt abundants, molt doloroses i, clar, això em representava a vegades estar casi un dia al llit perquè em trobava molt malament. I vaig fer... no una negació, però sí que em va a començar a molestar, cada vegada que em tenia que venir la regla per mi era posar-me una mala baba... I fins i tot havia moments que pensava 'ostres, voldria ser un home perquè això és un rollo!'" (Júlia).

Carmen, en cambio, tuvo siempre los ciclos menstruales muy largos, lo cual, lejos de preocuparle, le permitía hacer una vida "más normal" en relación con otras amigas que, por ejemplo, no se atrevían o no les dejaban ir a la playa porque tenían la regla. Aun así, considera que la llegada de la regla le incomodó mucho y que no valoró los cambios hasta años más tarde. Ahora, simplemente la acepta:

"Yo no creo que nadie hable maravillas de la regla. Que cada mes, cada dos meses, cada quince días, como hay gente que la tiene... no creo que nadie hable maravillas. Pero está ahí, es parte de ti y se acepta" (Carmen).

Aparte de la limitación que para algunas de las informantes supuso la llegada de la regla, la mayoría no tienen conciencia de un cambio sustancial ni físico (aunque algunas remarcan el aumento del pecho, no le otorgan demasiada importancia), ni psíquico (más adultas o responsables). Ante esta cuestión, muchas recurren a desmentir el tópico de que con la menstruación, las niñas se vuelven mujeres. Pero sí que perciben que algo ha cambiado. Para Patricia es algo nuevo, es un cambio muy fuerte porque a partir de un cierto momento tiene que sangrar cada mes. Por ejemplo Elisa, la más joven de las informantes, pensaba que tenía que ser más responsable, pero para ella fue, si cabe, más importante el hecho de que junto con la llegada de la menstruación le creció el pecho, cosa que le valió el prestigio entre el grupo de chicas mayores de su colegio. Aun así, considera que su madre (que le informó muy ampliamente del tema) le explicó toda una serie de cosas que ella no experimentó:

"No, no cambié para nada. Incluso ahora me cuesta aceptar que tengo la regla y me he hecho mayor. Yo tengo unas cosas por aquí (la cabeza) que no tienen nada que ver con lo que me ha enseñado mi madre, que mi madre me ha enseñado una cosa pero yo siento otra" (Elisa).

Para Júlia significó la culminación de un lento proceso pero a nivel de cambios físicos, porque siempre se ha sentido una mujer. Y finalmente, de los más significativos, destaco el testimonio de Meritxell, para la cual significa el inicio de una etapa cargada de mucha significación vital:

"Saps que corres una mena de perills, que estàs exposada a coses... Te'n adones que a partir d'ara ets diferent, ets o t'hauries de sentir dona i a lo millor les altres amigues... et sents... bueno, pases una etapa molt crítica, suposo en el fet de sentir-te fins ara nena, a sentir-te pues que, bueno, que pots fer una sèrie de coses i que poden tindre una sèrie de repercussions que fins aleshores no t'has plantejat mai ni de fet de les repercussions... Et creix el pit i ja et sents diferent ja a nivell de... et sents més gran, més important o a lo millor més, bueno, això depèn del dia i depèn del mes" (Meritxell).

Pero la menstruación no es vivida de forma negativa, ni tan siquiera entre las informantes más mayores: se vive más como una resignación, pero sin un rechazo, al menos, explícito. La regla causa, a nivel general, perplejidad, pero sin marcar una serie de caracteres diferenciadores. La menstruación se nota porque se tienen que llevar compresas; porque se ha de tener cuidado con la higiene; porque se dice que no se pueden comer helados, ni bañarse; porque, en ocasiones, duele mucho y limita ciertas actividades cotidianas; porque es un ciclo que se repite cada mes, ininterrumpidamente. Pero en ninguna de las informantes se ha vivido de forma negativa. Todas ellas argumentan que la perplejidad del principio se ha ido convirtiendo en una costumbre con la que han aprendido a convivir.

En otro orden de cosas, la excusa de la llegada de la menstruación proporciona argumentos para poner límites al cuerpo. Recordemos que al grueso de las informantes las "avisaron" de la llegada de la regla. Si miramos el Diccionario de la Lengua Española, la palabra "aviso" tiene, entre otras, las siguientes entradas: advertencia, consejo, precaución, atención, cuidado, prudencia y discreción (1992:239). Es decir, que el aviso de la llegada de la regla, sin más, lleva consigo la dimensión del peligro, de un peligro que las adolescentes no llegan a comprender, y que se introduce, a tenor de algunas de las citas anteriores, en el conjunto de medidas a tener en cuenta a partir de ese momento. Pero se trata, para las entrevistadas, de verdades a medias y mientras las adolescentes pueden entender por qué a partir de ese momento tendrán la menstruación, no se les explica bien por qué, además, tienen que "tener cuidado" sin más y además "con los chicos". Aquí se acaba, en la mayor parte de los casos, la información sobre la sexualidad, vista en muchos casos desde su dimensión de peligro:

"me decía 'cuídate niña que esto... no te acerques mucho, que si esto, que si lo otro', pero yo no entendía..."(María).

"Y lo que me dijo dice 'ahora tienes que tener mucho cuidado con los hombres', palabras textuales (...) Y después este temor de decir con los hombres qué. Entonces más adelante con 12 años, cuando ya empiezas con los

chicos y las tonterías, el temor a que te den un beso, porque como ya tienes la regla te puedes quedar embarazada. Todas estas historias son dichas por mis tías, por mi madre, entonces..." (Chari).

Así como la información sobre la menstruación puede traer consigo, al menos en casos como el de Patricia o Elisa, una serie de referencias sobre la sexualidad, en los casos en los que sólo se avisa, sin más, de la llegada de la regla, estas referencias desaparecen o se disfrazan mediante símbolos o significados que, más que negativizar la sexualidad, eluden cualquier referencia directa. Recordemos que la mayor parte de las informantes pasaron su adolescencia entre finales de los sesenta y los setenta, una época en que la sexualidad y el pecado eran conceptos casi sinónimos. Es por eso que muchas de ellas tuvieron que vivir sus propias experiencias, con mayor o menor sentimiento de culpa, para llegar a realizar su propio aprendizaje personal.

7.1.2 Lo que aprendimos de nuestras experiencias personales

Con la perspectiva del tiempo, la información o los mensajes entre líneas que enviaban los padres, la madre en la mayor parte de los casos, son juzgados por las informantes unas veces de forma negativa, como en el caso de Júlia, que considera que la actuación de su madre la marcó bastante:

"És a dir, d'informació sí que en vaig tenir, però molt parcial i molt repressora en certa forma, perquè el llenguatge o el discurs que feia la meva mare com la majoria de les altres mares d'aquella època era 'sobre tot ves en compte, els homes tots volen el mateix, no et deixis acostar (...)', clar, per mi això és una desinformació molt gran i fa a més a més fer-te sentir por a tenir cap tipus de relació, evidentment, i després en certa forma fa que tinguis una actitud diferent cap als homes. I a mi això em va marcar (...) Bueno jo vaig tenir un novio als 14 anys, fins als 16 però era tot de color de rosa, vull dir era agafar-nos i com a molt un petó, vull dir que no hi havia res més. Llavors clar estaven enviant-nos missatges que tú tampoc no ets capaç d'assimilar-los de la manera que ells ho pretenien. I veies una cosa que era bonica te l'estaven fent veure de la manera més desagradable. (...) és molt trist que en aquesta edat te la facin veure com una cosa doncs dolenta, (...) com a cosa de perill. Llavors la meva primera relació sexual, una de les coses va ser la por, la por

a que se'm descobrís que havia tingut una relació abans de casa'm, la por a l'embaràs i clar i pensar que no sé com ho podrien acceptar els meus pares, encara que fossin molt oberts... culpable, aquesta sensació de culpabilitat jo penso que és molt forta" (Júlia).

Otras veces se justifica esta falta de información con que los respectivos progenitores tampoco tuvieron una educación sexual más abierta, amén de las implicaciones negativas que poseía esta palabra. Es por esto que la mayor parte de las informantes se convirtieron en autodidactas, unas veces con conocimiento de causa, como el caso anterior de Júlia o Chari, introducidas en grupos de mujeres donde se abordaban estos temas de forma directa, haciendo aflorar experiencias y percepciones conjuntas:

"...en el tema de sexualidad, la verdad es que como en casa no me han comentado nada, he sido un poco retraída en este tema; lo que pasa es que luego me he ido espabilando gracias al contacto con otras personas... pero educacionalmente, muy mal. Yo sola, con mi esfuerzo, con mis contactos, con mis lecturas y con mis historias, pero nada" (Chari).

Carmen, en referencia a la cuestión, contesta con otra pregunta: ¿qué es tener información? Aunque se confiesa autodidacta no recrimina las pocas o nulas referencias al sexo en su ámbito familiar, porque el concepto de información lo considera muy flexible en el sentido de no darle más importancia de la que pueda tener. Cuando no sabe alguna cosa, se documenta y punto:

"A ver, yo no sé si la tuve buena o mala, porque de eso se ha hablado mucho, pero nunca he sentido que me faltase (...) ¿que he necesitado más?, cuando he necesitado más la he buscado; ¿sensación de que me faltase? No, y posiblemente me faltara y me falte y me seguirá faltando durante muchos años" (Carmen).

Otras informantes, las más mayores como Sílvia, Pilar, Carolina o Laura, empezaron a tener relaciones sexuales ya casadas, teniendo como referencia más inmediata el amor romántico, en donde la sexualidad era el mal menor que llevaba directamente a la reproducción, asumiendo las

relaciones sexuales como una de las tareas que les pertocan una vez casadas.

"...yo me acuerdo que cuando yo fui al matrimonio no pensé nunca en hacer el amor. Yo me casé con mi marido porque lo quería, porque, claro, en aquellos tiempos no podías ni imaginar que podías hacer las cosas que se hacen... Es que el novio te daba dos besos te agarraba de la mano y te sentías en la gloria y ya está, y de ahí no pasabas. Y yo me acuerdo que cuando me casé, fuimos de viaje de novios y es que lo que menos me pensaba es que me tenía que meter en la cama con él. A ver sí que lo pensaba, ya sabes que te tienes que meter en la cama con un hombre y sabes que... pero es que yo ni me lo planteé, y llega la noche y ¡jay! si ya me toca'" (Sílvia).

Las primeras experiencias, más o menos deseadas, más o menos traumáticas, más o menos agradables, más o menos esperadas, son evocadas por todas las informantes con actitudes muy diferentes. Ya hemos visto los casos de Júlia (miedo a ser descubierta, miedo al embarazo, culpabilidad) y Sílvia (sorpresa porque no se lo esperaba). Pero el caso de Patricia fue, por ejemplo, de complicidad con su madre; para Elisa fue un sentimiento de liberación, mientras que para Cristina y Meritxell, más prácticas, significó que tenían que poner manos a la obra y buscar rápidamente un método anticonceptivo para no quedar embarazadas:

"No m'ho he plantejat mai que algun dia podia tindre relacions sexuals, va vindre. I el dia que les vaig tenir les vaig disfrutar, però no hi vaig posar cap impediment en que fossin, el que si que em va preocupar el fet de que en aquell moment la primera vegada que vaig tindre relacions sexuals, doncs ja tenia la regla, llavors clar em preocupava lo que pogués vindre després. Llavors va ser quan vaig decidir que s'havien de pendre mesures. Senzillament és això, no m'ho he plantejat mai un canvi per tenir relacions sexuals, com poden arribar o quan seràn, no, van arribar i llavors el dia que van arribar vam dir, bueno això està aquí, funciona així, doncs bueno, s'han de pendre mesures i ja està" (Meritxell).

A pesar de que las informaciones pueden llegar por distintos canales: madres, amigas, escuela y, menos frecuente, lecturas puntuales, las informantes aprenden sobre todo de la propia experiencia personal, y con más o menos conocimiento de causa. Muchas de ellas diferencian lo que les han explicado de lo que han vivido. Incluso en experiencias tan distintas

generacionalmente como la de Elisa (20 años) y la de cualquiera de las otras informantes más mayores, el factor sorpresa por la llegada, o por la culminación de los diferentes procesos, existe.

Lo difícil es abordarlo. Como hemos visto anteriormente, para Cristina, tanto la llegada de la menstruación como las relaciones sexuales forman parte del ámbito más íntimo de su vida, por lo que considera que no se puede ir explicando ni siquiera a las amigas o a la madre. Otro caso curioso, del que hemos hecho referencia en párrafos anteriores, es el de Patricia. Su educación sexual no se acabó, para su asombro, en aquellos dibujos que su madre y sus tías emplearon para mostrarle gráficamente en qué consistía la menstruación, cómo era el aparato genital femenino y masculino, además de apuntarle que en las relaciones sexuales tendría que utilizar anticonceptivos. Su primera relación sexual sirvió para comparar experiencias entre ella y su madre:

"... mi madre cuando sospechó que yo podía haber tenido mi primera relación sexual, estaba nerviosa por hablar del tema, o sea estaba ya (...) me cogió y hasta que no... Y me sentó y me dijo 'Tú ya lo has hecho, ¿verdad?', pues vamos a hablar de ello'. Entonces hablamos de mi primera relación sexual, y yo le pregunté por la suya y así me explicó de todo. Me acuerdo que a mí me daba un poco de cosa decírselo a mi madre porque yo no sabía cómo iba a reaccionar, pero sí, sí, mi madre ya lo sabía y ya daba por hecho que 'yo ya sé que tú lo has hecho'. Y eso que a mí tampoco es que me hubiera cambiado la vida por nada. Pero antes de eso yo ya le había preguntado que si la primera vez dolía y mi madre me había ido contestando, pero vaya hasta aquel día que nos sentamos las dos en el sofá y estuvimos toda la tarde hablando de cómo había sido, me preguntó si me había sentido bien, si me había sentido nerviosa... detalles, mi madre quería detalles. Después yo le pregunté por la suya y si fue así o... porque, claro, son otros tiempos y tal..." (Patricia).

En un artículo sobre educación sexual de Jose Luís García, se apunta que los jóvenes, en general, se siguen informando mayoritariamente de cuestiones relacionadas con la sexualidad con sus amigos/as. Muy pocos, no llega al 10%, lo hacen con sus padres, y esto independientemente de la edad de los progenitores. Hay casos, como hemos podido comprobar en esta investigación, en los que se recibe algún tipo de información desde la escuela

pero, como resalta García, los diálogos se hacen mayoritariamente con los amigos (1989:220). Efectivamente, para las informantes, excepto las más mayores, los temas eran abordados en los círculos de amistad más íntimos y así se aprendía de otras experiencias; para unas no servía de mucho puesto que las amigas estaban igual de desinformadas que ellas:

"...con las amigas pues lo que te contaban, vas preguntando. Pero de ahí a cuando te ves en el ajo hay un abismo. Yo soy muy vergonzosa y para mí siempre ha sido como un tabú, como una cosa rara y... que tenías miedo. No era pecado para mí, pero tampoco se hablaba y entonces te encuentras que es algo raro..." (Inés).

Meritxell considera obvio que se hablara de estos temas entre las amigas ya que como estaban prohibidos en la escuela o esquivados en casa, tenían la necesidad de hablarse, comparándolo con el hecho de fumar:

"Amb les amigues molt, perquè, clar, el fet de ser tema tabú a l'escola és tema de conversa amb les amigues. És una cosa de la que no es podia parlar doncs t'havies de... com el que no et deix fumar, una miqueta com que no et deixen, doncs ara ho fas" (Meritxell).

Finalmente está un grupo de informantes que tenían amigas mayores, y para ellas el factor sorpresa no dejó de existir, pero con la diferencia de que podían saber a lo que se enfrentaban:

"...jo sempre he sortit amb gent sempre més gran que jo, uns tres anys o així, i llavors sempre he tingut inquietuds i això... ganes de fer coses que feien els meus companys, la meva colla (...) i en aquest aspecte pues suposo que les meves amigues es prenien això i es prenien allò, llavors això me donava a mi més llibertat de moviments, perquè jo era... no sé, era conscient que no podia anar així a les bones, m'havia de preparar" (Montse).

Entre todos los canales receptores, es decir, lo que explican unas y lo que se busca por propia voluntad, finalmente, el mensaje que subrayan la mayor parte de las entrevistadas es que de las experiencias es de lo que se aprende:

"MJ: A mi tampoc no m'han explicat res, tot ho hem hagut de sapiguer a través d'amigues, de gent de fora de casa..."

S: I revistes que hem hagut de comprar, o algun llibre.

MJ: Quan vas amb el teu novi a través de llibres i amigues un te diu una cosa un altre te diu una altra, i fas lo que et sembla. Això ja quan comences a sortir amb algun noi, si probem això, si fem allò" (MariJo & Sevi).

Las entrevistadas más mayores con hijas adolescentes son, sobre todo, las que acusan la falta de formación (o una formación en desacuerdo con los mensajes que se difunden desde otros canales) y los pocos recursos de que han dispuesto para abordar estos temas. Algunas de las informantes se ven obligadas a afrontar los temas referentes a la sexualidad y la reproducción con una absoluta falta de medios personales que faciliten el trabajo de educadores. Esta escasez de medios se acentúa con la negatividad e ignorancia confesadas con que se les enseñó a ellas mismas. Algunas, como Sílvia, recurrieron desde la infancia de sus hijos a métodos tan simples como no ocultar nunca el cuerpo desnudo o, por ejemplo, a explicar en forma de metáfora el proceso de la reproducción:

"A mí me han visto siempre desnuda mis hijos, desde el primer día que nacieron (...) y si ellos han entrado cuando yo he estado bañándome pues tan felices (...) Yo una cosa que he tenido muy clara desde que me casé es que hablaría con mis hijos de todos los temas claramente y si me han preguntado alguna cosa nunca les he mentado ni les he negado, siempre les he dicho la verdad. A lo mejor cuando eran pequeños pues no precisamente... porque cuando me han preguntado, les digo 'pues la flor echa a la semilla y el papa pone la semilla en la mama de la misma manera', pero en cada momento las cosas que ellos tienen que comprender. Porque claro a los cinco años, que fue cuando empezaron a preguntar estas cosas, no les voy a decir, pues el papa se monta a la mama y le hace esto y esto, no. Si la flor echa una semilla pues también el papa hace una semilla que se la echa a la mama y así hacen a los niños" (Sílvia).

Otras, como Laura, recurren a los folletos informativos para ayudarse en sus explicaciones. Aun así, considera que la información tiene unos límites que no se deben sobrepasar, que no lleven a la inducción:

"Yo a mi hija ya le empiezo a hablar, por ejemplo, como mi madre jamás me hubiera hablado a mí, incluso después de casada, yo ya le empiezo a informar que ya tiene sus reglas, le digo cómo tiene que proceder en la vida: hasta qué punto, cómo, de qué manera y que se lea los folletos que yo tengo allí para un futuro. Esto no quiere decir que yo la quiera ya... pero para que ella vaya entendiendo perfectamente cómo son las cosas, ya que yo no he tenido

oportunidad y he vivido con un miedo atroz, pues que ella viva de otra manera la sexualidad, sin quererla inducir..." (Laura).

Ante todo se trata de que las hijas y los hijos no acusen la falta de información que ellas creen que han tenido. El problema para ellas se acentúa cuando ven que, contrariamente a lo que creían, la mayor parte de los adolescentes poseen mucha más información de la que ellas se imaginan:

"Tengo una hija de 18 años que el otro día me pidió venir al Centro a visitarse. La verdad es que yo ya le he ido diciendo cosas pero no me hacía caso, me decía que ella ya lo sabe todo lo que tiene que saber. Y yo, imagínate, diciéndole que si estaba con un chico que tomara medidas y me contestaba 'los preservativos son muy caros', y yo se puede decir que hace dos días que sé lo que son los preservativos, como aquel que dice. Oye, a mí eso me asusta, porque aunque yo le he hablado del centro y de la información que se daba, ahora que me lo ha dicho ella directamente me da un poco de miedo..." (Joana).

Sílvia, en este sentido, hace una clara diferencia entre lo natural y lo serio. Para esta informante, que utilizaba la metáfora de la flor y la semilla, el conocimiento y las prácticas que de éste se deriven son una cosa muy seria, mientras que para la juventud, sus hijos, es algo demasiado natural.

"...sí veo diferencia pero a la vez veo que que estábamos más maduros antes que ahora. Yo veo por mis hijos que ya tienen veinte años y bueno, es que yo no pensaba como piensan ellos. Es que la cosa se les... todo lo toman como más tranquilo más, no sé como decirte. Yo pienso que yo era más responsable que ellos. No sé si es que ellos por la información que tienen todo se lo toman como más natural. Yo, a su edad, veía que las cosas eran más serias, pero hoy en día no. Mis hijos no sé toman las cosas tan en serio" (Sílvia).

Esta "naturalidad" de la que nos habla con reticencia Sílvia es el producto de un cambio en la visión de las relaciones sexuales que se puede traducir como "permisividad" a pesar de ser, según los especialistas, un concepto muy controvertido si se relaciona con la "liberación sexual" (Osborne, 1993:161). Quizás sea por eso que, tanto la llegada de la menstruación como las primeras experiencias sexuales despiertan, sobre todo en las entrevistadas más jóvenes -que son las que han recogido el testigo de la "permisividad" que empezó en la década de los setenta-, la curiosidad por

el conocimiento del cuerpo, que las impulsa a buscar los medios con los cuales poder disfrutar de la sexualidad sin temor a un posible embarazo. Para algunas de las informantes, la presencia de los CPF -sobre todo los de la primera época- ha constituido, como veremos en los siguientes apartados, la reafirmación de su búsqueda, sus vivencias y sus experiencias personales. Otras, que no han vivido la euforia de los primeros tiempos sino la calma de la evolución, se han convencido de la importancia otorgada a la salud preventiva en los últimos años y accederán a la rueda de revisiones ginecológicas, cediendo a tímidas incursiones para conocer su cuerpo.

7.1.3 Una reflexión sobre la información relativa a la salud

La entrevistadas, en general, creen que ahora se tiene más información sobre los procesos relativos a la reproducción y la sexualidad que antes, aunque todas ellas matizan sus afirmaciones con diferentes argumentos. En particular resaltan que la mujer tiene más información porque sobre ella recae la responsabilidad sobre los procesos relativos a la salud reproductiva y sexual. Para la mayor parte de las entrevistadas, la información se relaciona con la preocupación que pueda tener la mujer de no quedarse embarazada; está, también, relacionada con el riesgo ("són les que pateixen el problema"); y está, finalmente, relacionada con el interés particular que eventualmente se pueda tener por este tema. En relación con este último aspecto podremos observar que las entrevistadas consideran que la información se obtiene porque se pregunta o se cuestiona sobre un tema determinado. Es decir, no es que la información entre sin más, sino que tiene que haber un grado de interés personal para que se tenga la iniciativa de informarse a nivel personal. En este sentido, Aurora defiende la idea de que si las mujeres poseen ahora un grado de información más considerable que antes es debido, básicamente, a que la mayor parte de la que se difunde está dirigida a las mujeres.

Se puede observar una variación en las opiniones de la entrevistada más mayor y de la más joven en relación con el grado de información que posee la gente en general. Para Pilar, la mayor de todas, tener información es sinónimo de liberación personal y considera que las mujeres más jóvenes han tenido más suerte que ella en este sentido:

"A mí me parece muy bien que haya estas cosas, hay más información, yo lo reconozco, es mejor. Cuando yo era joven no nos enseñaban nada más que a trabajar. A nada, no nos enseñaban nada. Todo era pecado, si ibas con una persona era pecado, si ibas sin medias, no podías ir... Ahora está mucho mejor, a mí me gusta más" (Pilar).

En cambio Elisa cree que hay una desinformación generalizada, sobre todo entre los jóvenes. Considera negativo el hecho de que las mujeres de su edad (20 años) se cuestionen cosas que ella considera de pura lógica:

"La gente no tiene información, qué va, para nada, y menos la gente joven. Donde estoy estudiando yo la mayoría de gente tiene sobre los 18 años y es que nada. Me vienen a preguntar a mí y algunas veces me preguntan unas cosas que yo les digo 'pero bueno, cómo me puedes preguntar eso, si eso es casi de lógica'. Qué va, no tienen información" (Elisa).

Casi todas las informantes, al realizarles la pregunta miden su grado de información comparándolo con el de otras personas próximas a ellas. Consideran que su grado de información, como en el caso de Meritxell, se lo han trabajado no sólo a base de ir al centro, sino por la propia iniciativa que supone consultar y documentarse personalmente:

"Allò que parles amb d'altres noies de la meva edat i te'n adones que per mi hi han coses que són elementals i són molt bàsiques i que aquestes noies no ho saben i que jo les he descobert a base de venir al centre si no, no ho hagués sapigut. També m'he documentat i m'he enterat i al centre m'han parlat" (Meritxell).

Incluso a nivel individual, como remarca Carmen, nunca se tiene suficiente:

"Yo creía que tenía información suficiente, después he ido descubriendo que nunca tienes información suficiente" (Carmen).

Inés, en relación con este tema, rompe una lanza en favor de las personas que no tienen la iniciativa de informarse y elabora una serie de

razones que limitan este acceso, responsabilizando directamente de este hecho a la educación recibida:

"Tienes un problema y por qué tienes que retraerte y por qué tienes que sufrir y por qué tienes que aguantar pudiendo tener soluciones o simplemente pudiendo hablar e informarse de cosas que antes ignorabas pues porque no te han dado la educación, porque has tenido unos padres que nunca te han hablado de ello, porque han pensado que eran cochinas o pensando que ya lo aprenderás" (Inés).

En este sentido, Carmen vuelve a remarcar que aunque la gente tenga informaciones diferentes, es bueno que se tenga la máxima posible, aunque hace una advertencia en referencia a la información que intenta replantear unas vivencias determinadas:

"...según cómo se dé esta información, también puede ser negativa. A ver, replantearte tu sexualidad si tú estás a gusto con ella, te puede causar más problema que beneficio" (Carmen).

Las entrevistadas miden, también, el grado de información que tienen las mujeres con el que tienen los hombres. Salvo alguna excepción, la mayor parte de las mujeres han puntualizado que los hombres en general no están informados (o no les interesa estarlo) porque consideran que no es algo que les afecte directamente. Pero, analizando las respuestas, se ha comprobado que las informantes se referían únicamente a la información sobre los procesos reproductivos principalmente, sin entrar en la sexualidad directamente. Para Patricia, por ejemplo, a los hombres les cuesta más ir a un centro a informarse y "aceptar todas estas cosas debido a que encuentran la información superficial porque se piensan que lo saben todo". Júlia, más imparcial, piensa que depende de cada persona. Y Chari reparte las competencias en la información: mientras que la mujer se ha interesado más por los procesos reproductivos, el hombre se ha preocupado más por su sexualidad.

"...yo creo que ninguno están informados. A ver, yo creo que hay más preocupación por parte de una mujer de quedarse embarazada o no y a lo mejor sabe que existe el preservativo y sabe que existen otros métodos y tal. Pero el desconocimiento de cómo funciona su cuerpo, de que hay una

ovulación y de tal, ni uno ni otro. A nivel de sexualidad puede ser que los hombres, no más informados, pienso que pueden estar más... preocupados a nivel de conocimiento de su cuerpo, de sus necesidades y tal, los hombres, sí que lo creo, pienso que saben mejor lo que quieren que las mujeres" (Chari).

7.2 Sexualidad y reproducción: ¿control o libertad?

Uno de los aspectos más importantes que ha caracterizado la tan renombrada "liberación sexual" es precisamente que la sexualidad ha dejado de ser considerada, mayoritariamente, el "mal menor" que conduce a la reproducción. Y es éste el aspecto que asocia la liberación sexual con las mujeres, de ahí que generalmente se utilice como sinónimo la "liberación de la mujer". Desde que la sexualidad se ha erigido en una ciencia¹³⁴, se dice de ésta que es natural¹³⁵, que ya nacemos sexuados, que el instinto sexual no es cultural sino universal y toda una serie de calificativos que naturalizan la sexualidad, como parte integrante del conjunto de instintos necesarios que conviven con el individuo como el de comer o el de dormir. Se ha revalorizado la sexualidad como una de las fuentes principales de placer que, en el caso de las mujeres, ha sido reivindicado desde el feminismo y puesto en práctica por las mujeres (mediante una potencial libertad para decidir) como un signo

134 La sexología como "ciencia del sexo" ha marcado su desarrollo, definiendo el sexo como algo "natural" determinado por la biología y la fisiología y como algo separado de la organización social del mismo. Es en este sentido que Osborne argumenta un "sexismo" que marca esta ciencia al no tener en cuenta la influencia del género en la conformación de la sociedad y, así, adoptar el modelo masculino como referencia inmediata para estudiar la sexualidad femenina. Así, esta autora resalta el papel del feminismo, que, al poner en tela de juicio los roles sexuales y la institución familiar, ha conseguido romper la analogía entre liberación sexual y liberación *tout court* de la mujer, argumentando que cualquier liberación de la mujer sólo puede entenderse en el marco más amplio de la organización social de las relaciones intergenéricas (1991:188).

135 Osborne argumenta en este sentido: "La concepción de la sexualidad como algo natural presupone entender y explicar las diferencias biológicas entre sexos como determinantes no sólo de las diferencias sociales existentes, sino de la propia conducta sexual. Es decir, el hecho de ser biológicamente macho o hembra explica que nos comportemos en sociedad siguiendo las pautas que se atribuyen a los hombres y a las mujeres y que, además, nos relacionemos sexualmente con un miembro del sexo opuesto" (1991:179).

de los cambios a los que estaban sometidas. Pero han sido prácticas que no han estado exentas de teorización y categorizaciones que las han acotado. De este modo, el feminismo también se ha pronunciado sobre otras facetas de la sexualidad sobre las que nuestra sociedad y nuestra cultura ha ido dictando una serie de normativas encaminadas a considerar unas conductas como normales y otras, desviadas. En este sentido, el placer que hombres y mujeres pueden experimentar en sus relaciones sexuales puede tener muchas caras y en cambio, normativa y mayoritariamente, sólo se contempla la heterosexualidad y la estabilidad de estas relaciones, que al convertirse en una institución resultan ser parte de un control social (Osborne, 1991:199).

Por otra parte está la reproducción, el tener hijos, la maternidad/paternidad. ¿Hasta dónde la reproducción es natural y a partir de cuándo se convierte en parte de mensajes normativos culturales? De momento nos quedamos con una respuesta simple pero cierta: biológicamente la mujer se puede quedar embarazada. Otra cosa es que ésta capacidad se considere natural o inducida. En este sentido, Paola Tabet apunta que la fecundidad considerada como natural es aquella de una pareja o de una mujer que no practica ni concepción ni aborto, aquella en la que no hay esfuerzo consciente por espaciar los nacimientos ni limitar su número. Dicho de otra forma, todo comportamiento sin ánimo de restringir la fecundidad es clasificado como "natural", como formando parte de las condiciones naturales de la fecundidad. En cambio, la dirigida es aquella en la que habría una intervención sobre los nacimientos, y más precisamente una intervención limitativa (1985:63). Continúa esta autora señalando que la noción de control se ha empleado en el sentido de limitación cuando se habla de reproducción y de la cual se ha hecho un producto ideológico, exactamente como en el caso de la sexualidad. Alrededor de la reproducción, de la fertilidad se ha construido una ideología compleja lejos de las relaciones de poder, de las relaciones entre los sexos, de los hombres, que hace de estas facetas un asunto de mujeres, su propiedad exclusiva y al mismo

tiempo, y más concretamente, una propiedad de la edad de las mujeres (1985:63-64)¹³⁶. En este sentido, consideramos que habría que distinguir el potencial biológico de la reproducción impuesta; y en relación al control se tendría que distinguir entre varios aspectos que le caracterizan: 1) el control que se ejerce, mediante las políticas natalistas, para que las mujeres no tengan más hijos; 2) el que las mujeres o parejas practican a nivel individual para no tener hijos, o para tenerlos cuando los deseen (que sería, digamos, el control sobre el propio cuerpo); y 3) el que médicos y científicos ejercen a su vez sobre el cuerpo de la mujer al autootorgarse el conocimiento y la gestión sobre los métodos anticonceptivos.

A estas variables, Osborne añade que la verdadera libertad reproductiva sólo podría comprenderse por medio de la autonomía económica que permitiera la no dependencia de otra persona. Se tendría que entender el control sobre la reproducción, continúa, en un sentido amplio que incluye, no sólo la lucha contra la esterilización forzosa o a favor del derecho al aborto, sino un control de la natalidad seguro e inocuo, una educación e información adecuadas sobre el sexo y la posibilidad de escoger la opción sexual que se prefiera o se considere necesaria -incluidos el lesbianismo o la prostitución-, sin por ello verse discriminadas en relación a los hijos habidos, o por haber, o por adoptar (1991:232).

Pero a pesar de esta situación ideal de la que nos habla Osborne, las mujeres tienen que enfrentarse con una serie de retos de los que nos ocuparemos en apartados posteriores.

Entre las informantes no hay un cuestionamiento explícito sobre la dualidad existente entre la sexualidad femenina y la masculina, quizás porque tampoco se abordó la entrevista desde esta perspectiva. Nos hablaron principalmente de la visión que ellas tienen sobre la sexualidad, que no es la sexualidad femenina en general, es la de cada una, porque cada informante

136 (En el original en francés. Traducción libre de la autora de la investigación).

debe ser considerada como un ente individual, aunque algunas tengan cosas en común. Todas ellas, al abordar estos temas nos hablan de sexualidad, amor y placer indistintamente, pero también nos hablan de condicionantes, de coacción e incluso de control sobre su sexualidad en relación a toda una serie de aspectos entre los que se destacan principalmente el hecho de la anticoncepción. Nos podemos preguntar de entrada sobre qué existe y quién ejerce un control, sobre la sexualidad o sobre la reproducción y qué, o quiénes, condicionan o controlan qué.

Las mujeres opinan, en general, que existe una relación causa-efecto entre la información sobre métodos anticonceptivos, la gestión-control del cuerpo y la sexualidad. Es decir, si se tiene una buena información sobre los medios, automáticamente se puede controlar la reproducción y se disfruta de las relaciones sexuales, pero aun así no deja de haber condicionantes fuertes como, entre otros, la no aceptación de la homosexualidad (porque implica tener relaciones sexuales con personas del sexo opuesto), la presencia constante del sida y, sobretodo, el miedo al embarazo que siempre existe.

Laura considera que, anteriormente, el control sobre las relaciones sexuales se fundamentaba en el miedo al embarazo, precisamente porque no se conocían métodos anticonceptivos eficaces y por el tabú existente en relación a la sexualidad:

"Yo tenía relaciones, pero siempre un miedo, siempre una cosa... Aquí ya veo posibilidades para evitar el embarazo, pero yo por ejemplo he pasado toda mi vida encogida de una manera... con mucho miedo y sin llegar a tener relaciones con ningún chico por miedo al embarazo, por la poca información que había y con el tabú que se tenía siempre" (Laura).

Para Meritxell el uso de métodos anticonceptivos, en la actualidad, es algo que desde hace un tiempo está ligado a la propia cultura, con el añadido de que la gente cada vez está mejor informada. No obstante, define las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo (no deseado) como un peligro que hay que controlar, asumiendo este control como necesario:

"...aleshores com que no teníem informació, no sabíem els perills que ocorrien. L'únic perill era el de quedar-se embarassada i d'aquestes passaven una de cada cinc o deu, no ho sé i et pensaves 'a mi no em passarà, jo controlo'. Ara sí que trobo que la gent, com que està més informada, trobo que es consciencia més. A més, están les malalties de transmissió sexual, que abans no en teníem ni idea. S'han de pendre mesures" (Meritxell).

Es decir, que el control a nivel individual deriva directamente de la información que se tiene: estar informadas es casi sinónimo de tener control sobre el cuerpo. Otorgan mucha importancia a la anticoncepción posponiendo un "a pesar de". Creen que los métodos, más que controlar, condicionan, por ejemplo "que te tengas que tomar una pastilla cada día" (Inés y Patricia); acompañado de toda una serie de aspectos que se han de tener en cuenta para poder disfrutar de las relaciones sexuales, libres de toda preocupación:

"Influyen mucho en la relaciones. Según qué método emplees te coarta una cosa u otra. Yo utilizo... me miro la ovulación y cuando sé que hay posibilidades utilizamos el preservativo. Pero, bueno, el preservativo en sí es un rollo, porque a lo mejor estás muy a gusto, te apetece alguna cosa y te tienes que... para mí es un rollo (...) Yo me contabilizo la regla, lo llevo todo muy controlado, me miro el flujo y toda la historia esta, pero llega un momento que estás pendiente a ver ahora puedo, ahora no puedo, a lo mejor surge y hoy qué toca preservativo, o no toca preservativo... entonces 'espera un momento que lo miro a ver...' y sí, te coarta esto" (Chari).

Elisa, la más joven de nuestras informantes, aunque en su exposición ha introducido el discurso sobre la pertinencia del uso del preservativo y sus posibilidades para disfrutar de las relaciones sexuales, considera que hay una gran diferencia entre utilizar métodos y no utilizar:

"Yo creo que con los anticonceptivos son diferentes. Creo que... cuando utilizas el preservativo o algún método anticonceptivo, o sea que también puede ser divertido, porque no vas tan deprisa, paras un poco, o sea, es como un juego. Pero que a la hora de hacerlo sin métodos anticonceptivos es como más natural" (Elisa).

En cuanto a la regulación que se ejerce sobre la sexualidad, algunas informantes intentan quitar importancia a la influencia que los métodos anticonceptivos puedan haber ejercido. Rosa, por ejemplo, hace una diferencia que ella considera fundamental entre el control social que se ejercía

antes (cuando no se había generalizado el uso de métodos más eficaces) y la actualidad, introduciendo en su argumentación el discurso de la libertad de elección:

"...antes, sin métodos anticonceptivos, la pobre mujer se cargaba de hijos... Yo creo que estaban más controladas antes que ahora, porque ahora puedes escoger tú y antes las mujeres no podían escoger y se cargaban de hijos. Aparte el sida ha traído una serie de problemas y de control de la relación sexual, pero yo creo que favorece a la mujer y a la relación de pareja, de todas todas, los métodos anticonceptivos" (Rosa).

Es precisamente el discurso sobre el sida lo que ha movido a algunas informantes a posicionarse respecto al control social ejercido sobre la sexualidad. Júlia, además añade que existe una normativa encaminada a permitir unas relaciones sexuales (hetero) en detrimento de otras (homo). Lo explica así:

"...la sida és una cosa més per controlar al personal a nivell sexual, i bueno es que és això que hi ha unes normes i que d'aquestes normes no et pots passar perquè si no ja ets una persona diferent. Per exemple la homosexualitat que... la respecto i l'entenc, però en aquesta societat això està molt mal vist encara, encara que diguem que som molt lliberals en el pensament i tot això, és mentida perquè el fet de que no s'accepta que hi hagi homosexualitat, encara que diguin que sí, és fals, a nivell social no està acceptat i a nivell de l'administració tampoc, això en certa forma està condicionant i està controlant les formes com hem de viure la sexualitat les persones" (Júlia).

Carmen también cree necesaria una vigilancia a nivel personal por las posibles consecuencias que pueden repercutir en la vida. Finalmente, añade que además del control personal existen otros tipos que derivan de muchos frentes: desde los que propugnan hacer un uso racional y normativo de las relaciones sexuales, hasta los que potencian una libertad sin límites, pasando por los que ya se tienen en el ámbito de relación más próximo:

"Yo he controlado mi sexualidad de manera diferente en las diferentes etapas. Pero depende de tu forma de ser, de lo que te hayan enseñado en casa, de lo que hayas... por ejemplo en mi caso, el hecho de que una persona muy próxima se quedara [embarazada] sin quererlo, pues yo pensaba '¿Y si me hubiera pasado a mí? ¡Qué miedo!' Miedo a aquello que pueda romper muchas cosas que tú no quieres romper... al margen del aborto. Entonces en mi caso sí que ha habido un constante control, pero un control que no significa que

niegues (...) Yo creo que existen muchos tipos de control, que pueden llegar incluso a ser opuestos. De una parte te llegan informaciones de que si relaciones más libres, de que si es muy sano, de que si la represión es insana. Ese es un tipo de control. Y de otra parte que si la sexualidad dentro de la pareja, ya no hablamos del matrimonio, que está desfasado a muchos niveles, pero bueno, son diferentes informaciones que te van llegando (...) El control es muy fuerte a todos los niveles: a nivel de pareja, la persona con la que mantienes relaciones, a nivel de familia, a nivel de amigos..." (Carmen).

7.2.1 Métodos anticonceptivos: los invisibles límites entre la transgresión y la eficacia

Todas las entrevistadas utilizan o han utilizado algún método anticonceptivo¹³⁷, en el inicio de sus relaciones sexuales: bien en sus primeras experiencias sexuales (casi nunca estables), bien cuando formaron pareja estable. Algunas empezaron a utilizar mayoritariamente el preservativo, pasando a utilizar después otros métodos que se consideran más eficaces cuando tuvieron relaciones estables. Otras utilizaron desde un principio métodos más eficaces, pero con el tiempo y un conocimiento, según sus propias palabras, más exhaustivo de su cuerpo, optaron por otros métodos que combinan experiencia y afán por hacer de la separación entre la sexualidad y la reproducción un proceso más natural.

137 La última estadística elaborada por las trabajadoras del CPF de Cambrils en 1992 sobre el uso de métodos anticonceptivos, arroja los siguientes porcentajes:

Naturales:	0,51%
Diafragma:	0,94%
Espemicidas:	0,51%
Preservativo:	11,63%
Hormonales:	29,07%
DIU:	18,18%
Vasectomía:	2,14%
Ligadura de Trompas:	3,94%
Coitus Interruptus:	12,94%
Ninguno:	21,18%

El grupo "ninguno" es un colectivo homogéneo que engloba a las mujeres que, en el momento de confeccionar la estadística, no tenían la menstruación, las que están embarazadas y las que optaron por los métodos irreversibles.

De la gama de anticonceptivos, el método por excelencia ha sido la píldora¹³⁸. A pesar de las contraindicaciones físi que tiene, para muchas mujeres este método ha sido la panacea de la tranquilidad ante el embarazo y de otra serie de características que detallamos a continuación. Desde la legalización de los métodos se ha vendido sin ser necesaria una receta médica, cosa que aumentaba su mayor nivel de aceptación por una razón fundamental: nadie más que la farmacéutica o el farmacéutico podía saber que la mujer las estaba tomando; no se tiene una menstruación normal, sino que disminuye la cantidad considerablemente y no se acompaña de ningún malestar adicional. Pero, por otro lado, otros elementos subjetivos se ponían en juego en la elección de la píldora como método anticonceptivo: se trata de una tradición oral que ha culpado a la píldora de consecuencias indeseables como el aumento de peso, la esterilidad posterior (las más nombradas) y eventualmente una disminución de la líbido sexual. Si las mujeres leían los prospectos, la larga lista de peligrosas contraindicaciones les podían hacer retroceder eventualmente en su decisión; otras podían desistir tras varios intentos de tomarlas adecuadamente sin éxito (los olvidos pueden ser frecuentes), algunas de las cuales se quedaban irremediabilmente embarazadas; otras finalmente se podían cansar de estar continuamente pendientes de la pastilla.

Otro método al que las mujeres recurren, aunque en menor medida, es el DIU (Dispositivo Intrauterino)¹³⁹. En el centro que hemos utilizado como referente para esta investigación resulta ser uno de los métodos a los que más se recurre. Bien es verdad que tanto en la charla como en las visitas se

138 Es un medicamento compuesto por dos sustancias, de combinación variable en dosificación (estrógenos y progesterona), sintéticas y similares a las hormonas femeninas. Estas sustancias se expanden por la sangre impidiendo que los ovarios produzcan óvulos (de ahí que también se les llame anovulatorios). Por lo tanto no puede haber fecundación.

139 Son pequeños objetos que se introducen, mediante una técnica específica, en el útero y que tienen tres efectos principalmente: dificultan el paso de los espermatozoides hacia las trompas; aumentan la movilidad de éstas dificultando la fecundación; impiden la anidación del óvulo en el supuesto de que haya sido fecundado.

hace alusión a ellos, pero el DIU, independientemente de las referencias positivas o negativas, despierta odios y pasiones incondicionales.

Las visiones sobre el DIU son bastante interesantes de analizar: por una parte están las partidarias más acérrimas, para las cuales el DIU es mejor que la píldora, ya que solamente se necesita un día de inserción a cambio de dos, tres o cinco años de tranquilidad. Si al principio asusta el 2% de fallos estadísticos que se le atribuyen, este miedo cesa al cabo de algunos meses de la colocación ('yo me fío', suelen argumentar); si en la citología se detecta la presencia de *Actynomices* (la infección que coloniza al DIU), se trata o se cambia por otro; si persistentemente se va manchando (spotting) durante el ciclo o las reglas son eventualmente más dolorosas y abundantes, se ponen los pros (tranquilidad) y los contras (todo lo demás) en una balanza imaginaria y se decide. Algunas mujeres sólo han llevado un DIU durante el tiempo que dura su eficacia (de tres a cinco años); otras -las menos- al cabo de pocos meses ya piden una retirada. Y es que ya no son solamente las molestias físicas o el aumento de la cantidad de regla, sino que también, dicen, es algo artificial dentro del cuerpo, algo que no es natural. Muchas mujeres que hacen este tipo de afirmaciones toman anovulatorios, es decir, tienen reglas artificiales cada mes, pero tiene más fuerza el símbolo del DIU como algo permanente y estático por oposición a la píldora -como cualquier otro medicamento-, que la tienen como inofensiva porque se disuelve por el cuerpo y cuyos efectos secundarios pueden darse, sí, pero muy a largo plazo. En cambio el DIU "se puede subir hacia arriba y perderse, se puede caer, si se mueve hay peligro de embarazo...".

El preservativo es el último de los métodos más utilizados en el centro de referencia. Su redefinición en los últimos años, tras el descubrimiento del virus del sida, ha aumentado su uso, sin embargo, tampoco está exento de valoraciones y categorizaciones por parte de las mujeres. En cualquier manual sobre anticoncepción se puede leer que es el método masculino por excelencia, aunque son muchas las mujeres que se encargan de su

abastecimiento y del control de su correcta utilización. Se dice, también, que es el método que más utilizan los jóvenes, cosa que no es del todo cierta ya que muchas mujeres, cuando empiezan a tener relaciones sexuales más frecuentes con una pareja, acuden al centro para empezar a tomar las pastillas que, creen, les proporcionan la seguridad que necesitan. Al preservativo acuden también algunas mujeres mayores cansadas y un poco asustadas de la toma continuada de píldoras o del dolor y las reglas tan abundantes que, como contrapartida a la seguridad, proporciona el DIU. Pero el preservativo, para muchas, es el símbolo de la juventud, de relaciones sexuales desenfrenadas y poco estables. Estas mujeres, una vez han traspasado el umbral que les lleva a lo que ellas creen una estabilidad emocional y, por tanto, sexual, se deciden a utilizar métodos que consideran más idóneos para "sellar" este equilibrio. Finalmente, el preservativo se utiliza básicamente como anticonceptivo y muy adicionalmente para prevenir el contagio de enfermedades de transmisión sexual, porque, a pesar de las campañas que apoyan su uso para impedir el contagio del virus del sida, el miedo a un embarazo no deseado, en general, todavía es más fuerte.

Entre nuestras informantes, jóvenes y mayores, los métodos más utilizados son éstos que se han descrito anteriormente. Entre las de más edad el más utilizado hasta la llegada de la menopausia ha sido el coito interrumpido, la marcha atrás. Para estas últimas y para otras que no han sido informantes directas, la marcha atrás no es concebida como un método anticonceptivo "per se", porque ciertamente ellas no utilizan nada, no se sirven de nada, porque consideran que los mecanismos de la sexualidad son propiedad exclusiva de los hombres. Quizás algunas, como Pilar, nunca han disfrutado -tal y como se entiende y se exige en la actualidad- de las relaciones sexuales, pero tampoco han tenido problemas con la anticoncepción, al menos explícitamente. Todas ellas se conformaban con los hijos que se iban presentando, algunas con más suerte que otras. Para unas, el haber tenido tres o cuatro hijos cuando esperaban sólo dos no ha

significado un problema demasiado, grande porque era precisamente la maternidad lo que más les ilusionaba. Para otras, muy pocas, no dejar sólo en manos de su marido las artimañas de la anticoncepción no significaba tampoco que quisieran "disfrutar" de las relaciones sexuales; es que no querían realmente más hijos. Por eso en algunas ocasiones, como explica Joana, establecían contactos con prostitutas para que les informaran o les administraran métodos anticonceptivos. En el caso de esta usuaria se trataba de esponjas que, colocadas convenientemente dentro de la vagina, impedían el paso de los espermatozoides.

Si lo ideal para las trabajadoras del centro, como tales, es que las mujeres, con un abanico amplio de posibilidades escojan su método ideal, para las mujeres -incluyendo a las trabajadoras- las contradicciones que se establecen en la elección y el uso son numerosas. Pocas son las que se aferran a un método determinado y tienen claro lo que quieren, y muchas las que van probando un método u otro con mayor o menor éxito; las que esperan que sea el método el que falle para decidirse a quedarse embarazada ('no me importa que falle'); las que se quedan embarazadas, finalmente, pero no lo quieren; las que culpan a los métodos anticonceptivos de cualquier problema, etc...

Como veremos a continuación, las informantes tienen una relación contradictoria con los métodos anticonceptivos: por una parte los consideran necesarios para evitar embarazos no deseados, pero por otra han de tener en cuenta una serie de aspectos que contribuyen a una cierta intranquilidad y/o inestabilidad, ya que tienen que estar pendientes de demasiados factores que pueden alterar el control sobre la reproducción y la sexualidad. Elisa, como hemos visto en páginas anteriores, ha asumido el discurso normativo difundido sobre el preservativo y dice de este método lo siguiente:

"Ahora utilizo el preservativo. Y lo que he utilizado ha sido el diafragma, lo que pasa es que es un rollo, porque tienes que esperar las 8 horas. Y aparte está más lubricado y no es lo mismo, como cuando tienes relaciones con el periodo, no se siente tanto. Y el preservativo lo utilizo porque es de quita y

pon, protege contra las enfermedades de transmisión sexual que para mí es muy importante y para el embarazo, si se utiliza bien es bastante seguro" (Elisa).

Aunque posteriormente matiza: "pero que supongo que a la hora de hacerlo sin métodos anticonceptivos es como más natural (...) A veces estás tan enamorada que tienes ganas de sentirlo mucho y... claro, sientes el contacto piel a piel, igual más que nada está aquí [en la cabeza]" (Elisa). Patricia argumenta en relación al preservativo que "es higiénico, es incómodo, pero te lo puedes montar bien, aunque la verdad es que en el momento de hacer el acto sexual te corta". Inés también lo utiliza un poco obligada por las circunstancias médicas que le recomendaron dejar la píldora: porque fuma, por la edad, porque se olvidaba constantemente de la toma y, argumenta, ya estaba cansada. Júlia también dejó por cansancio las pastillas, considerando por otra parte la posibilidad de utilizar métodos "más naturales". En cambio Marijo ha seguido fiel a la píldora hasta los 38 años. Ahora entre ella y Sevi, su pareja, han considerado la posibilidad de cambiar al preservativo, aunque con reticencias:

"MJ: Perquè passem d'una seguritat molt forta que són les pastilles al preservatiu i qui sap si no se'ns comencen a trencar o ves a saber. De totes maneres abans de deixar-les ja començarem a practicar per agafar la rutina.

S: Vols dir?

MJ: Ara ja t'has de començar a encarrilar, perquè ara ja no tenim la tranquil·litat.

S: Però tampoc hem d'anar a buscar lo impossible. Si comencem amb els preservatius, pues comencem. N'hi ha que diuen que farem i mentres ho diuen ja està. Naltros ja ho tenim entès tots dos i si fallem, fallem naltros.

MJ: Jo trobo que si la parella està d'acord, cap problema.

S: Cap de problema, que hi han moltes maneres de matar mosques" (Marijo & Sevi).

Como podemos observar, Sevi introduce un aspecto muy interesante, que es el cuestionamiento de la eficacia de los métodos: ¿quién falla, los métodos o las personas que los utilizan más o menos correctamente? Es decir, la seguridad o la eficacia de los métodos anticonceptivos y la tranquilidad que éstos puedan ofrecer, dependen de que las personas estén

más o menos pendientes de su control. Para Marijo, por ejemplo, la toma diaria de la píldora no suponía ningún inconveniente puesto que ella "dominaba" la situación: en tanto que ella controla la toma, no se puede quedar embarazada. Pero, en cambio, el preservativo es algo que, para ella, queda fuera de toda intervención: puede controlar su utilización, en cambio se puede romper, lo cual ya queda fuera de toda vigilancia. En relación a los aspectos negativos de los métodos, Chari introduce un argumento esencial en el sentido de cuestionar la utilización exclusiva de los métodos por parte de las mujeres:

"...siempre la sensación de que siempre tienes que ser tú la que tienes que poner los medios y eso te fastidia un montón. Porque yo por ejemplo con el DIU me lo pasé mal y me cagaba en todo. Luego con la píldora, yo, la píldora, a mí me afectó en que no me apetecía al final nada tener relaciones. Y entonces dices, joder que siempre me tenga que estar yo fastidiando, que siempre tenga que ser mi cuerpo el que sufra las consecuencias..."(Chari).

Aun así, ahora, con la utilización del preservativo no se siente tranquila, ya que tiene que estar pendiente de sus ovulaciones y esto la incomoda. Para algunas mujeres el dilema con los métodos anticonceptivos estriba en que los que les proporcionan tranquilidad son de utilización y control exclusivamente femenino (quizás es ésta la razón fundamental); mientras que el preservativo que en teoría es de utilización y control masculino no les da, a algunas, la seguridad que esperan.

A pesar de los argumentos descritos sobre los inconvenientes de los métodos, todas las mujeres consideran positiva su utilización. Para unas es la tranquilidad porque se reducen las posibilidades de quedarse embarazadas cuando no lo desean (Marijo, Carolina, María, Júlia, Meritxell, Patricia); para otras, además, es una forma de disfrutar de las relaciones sexuales (Patricia, Chari); a Rosa, por ejemplo, le han servido para relajarse después de pasar por la experiencia de un aborto; Aurora argumenta la libertad que para la mujer supone tener estas alternativas que implican un alto grado de independencia y libertad; y finalmente Inés, entre risas, dice que para ella fue

positivo tomarse la píldora porque le hizo adelgazar. Como podemos observar, la convivencia de aspectos positivos y negativos conjuntamente, hace que las mujeres establezcan una relación curiosa con los métodos. Así, cuando se les insta a describir su método ideal, ninguno de los utilizados es descrito como tal, precisamente porque las mujeres perciben que ninguno es absolutamente seguro y porque siempre tienen que estar de una forma u otra pendientes. Ni siquiera para Marijo, la cual como hemos visto anteriormente, cree fielmente en la píldora:

"S: De totes maneres per qualsevol mitjà has d'estar molt al tanto perquè no hi ha cap que convenci.

Mj: Hauríem de tindre una aixeta, ara vull un fill, ara no. No hi ha cap infal·lible (...) Ara jo, per exemple, que m'estic prenent les pastilles, amb els anys que porto prenent-les, imagina't que hagués sortit una caixa adulterada..." (Marijo & Sevi).

La analogía del grifo que ha sugerido esta informante, se traduce para Júlía en el hecho de pensar que no puede haber embarazo posible:

"...l'ideal per mi seria pensar que no em puc quedar embarassada i no tenir que utilitzar cap, això per mi seria lo ideal però, és una utopia i es impensable, però és que no m'agrada que hagi cap barrera" (Júlía).

De la misma opinión son las demás informantes, las cuales han contestado en bloque que lo mejor sería no utilizar "nada" y, por supuesto, no quedarse embarazada, lo que nos lleva a suponer que la utilización de los métodos por parte de estas informantes se realiza con resignación. Otras sí que han hecho referencia a algún método en concreto. Rosa, por ejemplo, en el momento de la entrevista se acababa de colocar un DIU. Para ella la píldora había sido ideal, sin lamentarse por el hecho de tenerlas que tomar diariamente, hasta que en el análisis de sangre salió un resultado alterado. Considera que cualquier método anticonceptivo que se decida utilizar, a priori, es ideal para lo que se necesita. Meritxell es de la misma opinión que Rosa. Para esta informante son más importantes las ventajas que ofrecen los métodos que los inconvenientes:

"Jo des del moment en què els he fet servir, per mi sempre he pensat que eren els ideals. Tot i que sempre sé que sempre corro un risc, això està clar, pot tindre una eficàcia d'un tant per cent molt elevat però a lo millor jo puc estar en el tant per cent que no... que no inclou aquell mitjà. Jo des del moment que ho he fet, ho he fet pensant que això era lo millor que jo podia fer en aquell moment" (Meritxell).

Elisa, en cambio, a pesar de que el preservativo le gusta como método, cree que la píldora sería lo ideal, aunque no se la toma por miedo a engordar, pero si tuviera que elegir tendría las siguientes características: que se tomara una vez al año y que no engordara. Finalmente Aurora piensa que lo ideal es precisamente el hecho de tener alternativas que permitan decidir entre varios tipos de métodos anticonceptivos.

Pero a pesar de esta relación contradictoria, de estas posturas ambiguas en torno a la utilidad de los métodos anticonceptivos, las informantes, en general, creen que han sido muy importantes para las mujeres. Esta consideración se enmarca dentro de una lógica según la cual argumentan que gracias a los métodos las mujeres pueden controlar su reproducción y disfrutar de las relaciones sexuales. Consideración que se sustenta en el momento en que las mujeres echan mano de las comparaciones con generaciones anteriores:

"[la mujer] Se ha liberado sexualmente porque si no... antes tenías que ir con cuidado para tener hijos porque si no te quedabas embarazada..." (Patricia).

"Crec que ha sigut el millor èxit (...) pel fet de que abans ens vèiem molt limitades amb tots els sentits, en qüestió de criatures i en qüestió de malalties..." (Meritxell).

En este sentido, las informantes destacan toda una serie de aspectos positivos de los anticonceptivos para la vida de las mujeres. Elisa destaca el poder de decisión sobre la propia vida:

" Sí [es importante] porque si no sería un cachondeo (...) Bueno así ellas pueden decidir cuándo están preparadas y cuándo quieren tenerlo y cuándo no (...) Y sobre todo para la salud tanto física como mental de todas las mujeres (...) Para las mujeres es un poder, poder de decidir cuándo quieres tener hijos y cuándo no. Yo creo que la responsabilidad tendría que ser en teoría de los

dos, pero es la mujer la que se queda embarazada y ella es quien la va a tener que aguantar toda la vida la responsabilidad. Por eso es ella la que tiene que decidir" (Elisa).

Carmen va más allá, restando importancia a las características intrínsecas de los anticonceptivos y otorgando una mayor consideración a éstos como posibilidad real y como derecho. Inés interpreta, en este sentido, que los anticonceptivos han contribuido a que la mujer se libere de miedos y tabúes por no conocerse ni a ella misma ni a la persona que tenía al lado. Han relajado, han dado comodidad, confianza y también:

"...te han despertado a conocerte tú y ver lo que puedes... El placer, por ejemplo, conocer el placer" (Inés).

Chari y Meritxell convienen en destacar la importancia de los anticonceptivos como motores que han contribuido a que las mujeres tengan más información. Pero mientras que para Meritxell esta información ha servido a la mujer para igualarse "una mica" al hombre, para Chari, en cambio, se trata de una información que sirve a nivel personal, sin ir más allá:

"...por el hecho de tomar la píldora tienes que recibir una información, por el hecho de tener que ponerte un DIU te han tenido que informar y eso es bueno también. Todo anticonceptivo requiere una información de para qué sirve y cómo funciona y eso es bueno de cara a la mujer y es una vía para descubrir qué es lo que tiene, cuál es su cuerpo" (Chari).

Finalmente Júlia cuestiona, en la actualidad, la importancia de los anticonceptivos y en particular a la píldora, considerada como la panacea de la anticoncepción. Para esta informante, si en un momento determinado este método fue el símbolo indiscutible de la "liberación de la mujer", ahora éste y los demás métodos se han convertido en un instrumento de control del cuerpo de la mujer. De esta forma, considera que en su caso la solución estriba en conocerse a sí misma y, en función de esto, opta por los métodos que menos dañen a su salud y que le proporcionen una independencia para decidir con una base de información.

7.2.2 Sexualidad: entre la pasión y el control

El sexo, en la actualidad, ha pasado a formar una parte importante en la vida de las mujeres. Durante la entrevista, las referencias constantes a esta práctica, para muchas, cotidiana, dan fe de ello. Las más mayores (como Pilar o Sílvia) lo obviaban mediante referencias indirectas a la resignación y la obligación que supone el contrato matrimonial. Sólo Pilar al final de la entrevista se atrevió a afrontar la cuestión de forma directa. Considera que, a pesar de que los medios de comunicación difunden mensajes favorables a la sexualidad, éstos están dirigidos a los jóvenes, y que ahora las mujeres "con el sexo lo pueden pasar bien con el que lo sabe hacer bien", pero en general las mujeres de su edad afrontan la sexualidad por compromiso y con resignación:

"...yo no he disfrutado nunca. Pero yo hablo con mis amigas y dicen 'a mí es lo que más asco me da', y si lo haces alguna vez es por puro compromiso porque... y con mucha gente que hablas. Puede haber alguna que no, la habrá, pero la mayoría de la gente... si lo hace con el marido es por puro compromiso" (Pilar).

Las demás, en bloque, consideran que la sexualidad es muy importante y ejerce una influencia considerable en su vida. Para algunas, como Elisa, interviene de forma decisiva sobre su estado de ánimo: con la sexualidad se siente más querida y aumenta considerablemente su autoestima. De la misma forma que Chari, para la cual además, la sexualidad forma parte de los momentos más agradables de su vida, y más ahora que para ella cada relación sexual ha de ser preparada como un ritual desde que ha tenido a sus dos hijos. Ella lo explicó así:

"Para mí es uno de los momentos más agradables de la vida. Bueno te hablo ahora como pareja. Claro es que ahora te tengo que decir mis circunstancias: con dos críos, que estás trabajando, que estás todo el día por ahí, liadísima, que llegas tarde, que entre que acuestas es el momento que... más gratificante para los dos. Porque es el momento de unión, es el momento que incluso comentas cómo estás, no sé para mí es más gratificante quizás que hace unos años (...) Cuando no tenía a los críos, estabas a gusto aquí y te lo montabas cuando te apetecía, ahora que te lo tienes que... no te puedes poner en el

momento que a lo mejor te apetece, incluso lo preparas y lo preparas de una manera más atractiva... para mí es muy gratificante" (Chari).

Patricia argumenta que la vida sin sexo no es lo mismo, porque la relación sexual que se establece con la pareja es la culminación del amor y el afecto que se siente por esa persona. Tanto ella como Inés piensan que dentro de la relación sexual es primordial el contacto más que el placer, al que consideran importante pero también secundario:

"El placer en la relación sexual sale, tiene que salir pero tampoco es por obligación de decir hoy vamos a pasármolo bien. También el contacto, tiene que haber caricias, cariño, un contacto que tú lo notes. Todo el cuerpo es sensible. A mí lo que más me gusta de la relación sexual es el contacto, sentir al otro, la caricia del otro, el cariño por el cuerpo" (Patricia).

"Yo no es que no busque el placer (...) pero cuando estás con tu pareja yo no voy a darme placer o a dárselo, es el contacto que hay entre los dos y que, evidentemente, acabe bien, pero yo creo que es más que nada por la relación" (Inés).

Osborne escribe que un aspecto esencial de la heterosexualidad se refiere a la unión o separación entre sexo y amor (1991:202). Efectivamente, para las mujeres entrevistadas, todas ellas heterosexuales, la sexualidad ha de ir acompañada de "algo" que algunas han llamado amor, otras sentimiento, otras cariño o deseo, "porque es que si no, es como si lo hicieras con una pared" (Carolina). En este sentido, algunas de las entrevistadas, como Júlia, diferenciaron entre la sexualidad voluntaria, que se acompaña de otros sentimientos gratificantes, y la sexualidad obligada, como aquella en la que deja de haber ese "algo" del que hablábamos antes y que la puede volver traumática. Para Carmen la sexualidad tiene que ser deseada, por eso, argumenta, las personas que la practican sin deseo, impuesta por unas circunstancias sociales -el placer exigido-, se están fabricando un problema. Finalmente, esta obligación a la sexualidad tiene otra faceta muy negativa, según Rosa, que es la necesidad y la obsesión:

"Yo veo la sexualidad compartida y en todo momento dialogada y que las dos personas se comprendan, se complementen y compartan (...) no lo veo ni

como una necesidad ni como una obsesión. Sí que es verdad que estamos bombardeados y que a veces la gente joven no tiene la información o tiene mucha pero no la tiene bien... yo la veo [la sexualidad] como una parte más de tu forma de expresar la relación" (Rosa).

Finalmente Marijo con la colaboración de Sevi, su pareja, enumera los aspectos positivos de una sexualidad, según su propia expresión, compartida con humor. Vista así, ésta tiene muchas funciones:

"Mj: Les relacions sexuals serveixen per moltes coses que jo ho he llegit: per aprimar... per tot.

S: I jo sempre li dic que després està molt maca i és veritat, està molt més jove.

Mj: No em puc queixar, ja veus com m'estima el meu home.

S: Ho he sentit i ho he llegit que les persones estan molt més maques quan tenen relacions sexuals normalment i jo li veig en ella i li dic, el que passa es que no em creu" (Marijo & Sevi).

7.2.3 Reproducción: tener o no tener, poder o no poder

Hemos titulado esta parte así porque creemos que en la actualidad las mujeres se hacen muchas preguntas en torno al hecho de tener hijos. Utilizar métodos anticonceptivos para evitar el embarazo es algo que en mayor o menor medida todas tienen claro, pero no tanto el momento de tener hijos, ni cuántos, ni siquiera si tenerlos o no. Algunas ya son madres, incluso abuelas (Pilar), pero otras todavía no. A estas últimas, cuando les hemos preguntado sobre sus expectativas en torno a la maternidad, todas han hecho alusión a palabras como "experiencia", "oportunidad que no hay que perder" o "curiosidad". También han hecho alusión a la maternidad como opción y no como obligación, a pesar de que posteriormente las mayores de treinta años en un momento u otro del relato han hablado de la edad para apremiarse a sí mismas, como una forma de obligarse a vivir esa experiencia aunque sea a última hora -como si la sociedad hubiera puesto una etiqueta en la frente a las mujeres con la fecha de caducidad o un reloj reproductivo imaginario empezara a dar la señal de alarma-. Y es que para estas mujeres, que esperan

ser madres o ya lo son, las palabras "opción" y "obligación" tienen las siguientes connotaciones: la opción de quedarse embarazadas cuando quieran (sin edad ni estado civil predeterminados) y la no obligación de quedarse cuando no quieren, es decir, que para ellas la palabra "opción" no es sólo tener o no tener, es también querer o no querer teniendo en cuenta el momento en el que se encuentran:

"...el tindre fills no és una obligació sino que és una opció. És això que anys enrera la imatge que tinc és que la maternitat no era una opció sinó algo que estava escrit, com si diguessim. Ara ho veig com una opció de decidir si els vols i quan els vols" (Aurora).

Cuando las informantes hablan del "poder de decisión" para tener hijos se refieren sobre todo a sus respectivas madres, de las cuales consideran que no tuvieron esa oportunidad. Montse, recapacita y reflexiona sobre el hecho de que para su madre la decisión de tener hijos fue voluntaria ya que, a pesar de que las circunstancias la obligaban, "era lo que se llevaba":

"La meva mare es va casar per tenir una sèrie de llibertats que a casa seva no tenia i... (...) de seguida em va tindre a mi amb 21 anys, això és la diferència, pues que jo he decidit quan i el moment (...) però també penso que ella el que desitjava era tenir un fill i llavors ho feia només casar-se, va tindre el fill perquè era lo que es portava" (Montse).

Esta misma mujer, que en el momento en que se realizó la entrevista no tenía hijos, ya había hablado con su pareja de la posibilidad de quedarse embarazada. Como considera que ha tenido la opción de decir que no o que sí a la maternidad, nos explica las causas principales para tomar una opción u otra. Los motivos que da para no haberse quedado embarazada antes son los siguientes: en aquel momento era un vínculo demasiado fuerte, no le apetecía, no se veía capacitada, y se sentía demasiado joven. Los motivos que argumenta, ahora, para quedarse embarazada son los siguientes: porque ya llevan largo tiempo juntos, por la edad, porque su pareja está impaciente por ser padre, porque para ella es un buen momento, porque le apetece, porque está más tranquila, y porque es una decisión compartida. Acaba

diciendo: "tot té el seu temps". En cambio Cristina no lo tuvo al principio tan claro. Como Montse, también quería "disfrutar de la relación de pareja", pero se quedó embarazada sin desearlo y abortó. En aquellos momentos, según comenta, no quería tener hijos porque:

"...jo no considerava que estava el món en condicions de tenir-ne, que estava malament i pensava que per portar un desgraciat... i el meu marit igual" (Cristina).

Posteriormente cambiaron las cosas para Cristina ("la vida t'ho porta"): su pareja viajaba continuamente por motivos laborales y ella se sentía sola... pensó que un hijo le haría compañía y además ya habían cumplido el tiempo reglamentario desde que se casaron. Al final tuvo dos hijos e incluso pensó en la esterilización pero...

"...ara penso, més val que m'esperi, perquè... Després vaig dir, bueno en tindrem quatre, posats a tenir-ne ja no en ve d'aquí..." (Cristina).

Los motivos que les llevan a decidir tener hijos, no tenerlos, esperar... cambian constantemente, pero no solamente en función de las personas sino también en función de las épocas y las circunstancias, o al menos así es como lo ve Pilar, la cual justifica el porqué antes las parejas tenían hijos después de casarse y ahora no:

"Antes los hombres, como no disfrutaban de las mujeres como ahora las disfrutaban, porque ahora un muchacho que se echa novia la está disfrutando de esa novia desde el momento en que está con ella o antes. Entonces los hombres no, porque como no podían disfrutar de las novias porque no se lo permitían, aunque alguno lo hiciera fuera de lo normal... entonces lo normal era no hacer nada con la novia porque como estaban tan cohibidos, pues en cuanto llegaban al matrimonio lo primero que era... un hijo, y al año otro hijo y al año otro hijo y así... como hizo mi madre. Entonces era así, no es como ahora que dicen me caso y disfruto de mi matrimonio, pero también tiene que ser cuando la gente es joven, porque si te casas mayor como yo y te esperas 4 o 5 años en tener hijos, pues entonces lo tienes a los 50 años y eso tampoco. Mira las cosas tienen que ser en su tiempo, los hijos en su tiempo, el matrimonio en su tiempo, porque una vez que se ha pasado el tiempo, luego ya... todo es más cuesta arriba" (Pilar).

Porque en definitiva, Pilar piensa, como algunas de las informantes más jóvenes que ella, que las mujeres, tarde o temprano, tienen que tener hijos. La diferencia fundamental, como explica Aurora, es que ahora la decisión es más difícil porque por un lado se ponen en juego toda una serie de circunstancias personales (económicas, laborales, etc...) y por otro "la dona té altres buits que omplir a la seva vida a part de la maternitat" que pueden retrasar esta decisión. Así nos lo cuenta por ejemplo María:

"...porque yo pensaba, pues bueno estoy un par de años más o menos disfrutando de lo que es el matrimonio, de estar solos los dos, luego ya... lo que pasa también es que como estábamos trabajando los dos... no tienes ninguna estabilidad, todavía no teníamos piso propio, él estaba por un lado, yo por otro, hasta que pudimos comprar piso y pasó el tiempo y ya vimos que ya era hora" (María).

A tenor de las respuestas, podemos pensar que las informantes que han tenido hijos, tal y como nos lo exponen, los han tenido pensando y calculando cual era el momento idóneo. Todas menos Pilar, la cual contesta a la pregunta con un rotundo "no, nada más que vinieron y ya está". Ella los quería, de hecho a ella el matrimonio le servía para satisfacer el deseo de maternidad, independientemente de la relación con su marido. Considera, eso sí, que nunca ha estado en sus manos el quedarse embarazada: "llegaron al mundo porque Dios quiso y ya está. O sea, yo los quise pero no por decir ahora los vamos a tener. Cuando vinieron, vinieron". Tanto ella como Sílvia se consideran mujeres con suerte con respecto a otras mujeres de su generación, ya que tuvieron los hijos que esperaban.

Las demás informantes, a diferencia de las más mayores que "esperan" a los hijos, a la hora de decidir la maternidad se encuentran en la encrucijada entre la planificación y el deseo, aunque algunas veces un aspecto es consecuencia del otro. Los hijos de Rosa se puede suponer que fueron deseados, pero sobre todo planificados no solamente teniendo en cuenta las circunstancias personales sino las circunstancias laborales: calculó los meses de vacaciones y permiso que tendría después; es por eso que sus dos hijos

nacieron en febrero y marzo respectivamente. A Júlia, en cambio, no le gusta la palabra "planificar" porque por un lado le parece que la planificación y el deseo son términos que se contradicen y, por otro, porque considera que el deseo, el hecho de querer tener un hijo, tendría que estar por encima de cualquier cálculo, a pesar de que siempre intervienen elementos que pueden propiciar o no el deseo. Chari, por su parte habla de planear, de apetecer y de ganas de criar, pero es que precisamente estos aspectos pueden condicionar la propia planificación: forman parte de ella. Se planifica tanto para desear como para no desear: el trabajo, proyectos personales, la edad, la economía, la estabilidad emocional...:

"...yo siempre he sido de las... a mí me encantan los críos, siempre he dicho que yo tendría hijos cuando me apeteciese a mí y a la otra persona (...) Ya no van a ser más porque no me apetece, pero yo es que también miro otros condicionantes, mi edad y otras cosas que tengo ganas de hacer. Entonces si me apeteciese un tercero, por ejemplo, hay otros condicionantes que me podrían más, que hasta ahora no, hasta ahora, todavía me veía con ganas de criar, con ganas de estar, de no poder salir..." (Chari).

El deseo de tener un hijo conlleva que la vivencia de la maternidad (del embarazo sobretodo) no solamente marque una etapa muy importante en la vida, también que sea una de las más agradables y recordadas. Las informantes que han estado embarazadas han contestado unánimemente que los embarazos, al menos el primero, fueron "perfectos", que ellas se sintieron "felices". Meritxell es quizás el caso más sorprendente, ya que ningún médico le recomendaba un embarazo debido a un problema de corazón que hacía peligrar su propia vida. Sin consultarlo con nadie se quedó embarazada, "i vaig ser tan feliç que no me'n recordava que al cap de nou mesos havia de parir (...), i va anar bé. Vaig passar molta por però va ser la sensació més meravellosa que he tingut mai". Para algunas de las informantes pasar un embarazo agradable depende de la actitud personal, del contexto en el que se desenvuelve y del deseo de tener un hijo. Si estos tres elementos son positivos, la vivencia resulta placentera. Rosa decidió quedarse embarazada, pero contrariamente a todo pronóstico, la primera vez la vivió "más

angustiada" que la segunda, pero lo achaca al ambiente de la clínica privada donde fue a hacer el seguimiento del embarazo. Por ser precisamente la primera, ella y su pareja quisieron que tuviera los mejores cuidados ya antes de nacer y eso fue lo que a ella le inquietó más:

"La primera, un poco más angustiada, porque como en la clínica X son tan... todo lo hacían un mundo. Allí van las señoras y es que las tratan de una manera, nada más entrar, estés de lo que estés, te ponen una silla de ruedas y tantos análisis, tantas pruebas, tanto no se qué.(...) Y al final, después de todo van y me lo provocan" (Rosa).

Solamente nuestras informantes de más edad han confesado que al menos uno de los hijos (el último) que tienen no fue "buscado" o "esperado". Pero éstas tampoco se cuestionan de una forma abierta la dicotomía opción-obligación en torno a la maternidad; por eso los hijos, esperados o no, se tienen sin cuestionarse, al menos abiertamente, nada más. Pilar, por ejemplo, tuvo su último hijo a la edad de 44 años. Ella nos explica lo que sintió:

"Me sentía feliz (...), bueno, para el último no tanto, porque ya era muy mayor y tuve miedo, porque la verdad es que para dar a luz siempre he estado muy mala (...) Y con el último no estaba preocupada por tener otro, sino que estaba preocupada por si el niño salía mal o por si a mí me pasaba alguna cosa por ser tan mayor. Eran tres, pues tres, luego cuando nació, pues tan ricamente" (Pilar).

Deseados o no, esperados o no, todas las informantes convienen en señalar que los hijos cambian la vida. Sílvia considera que, en general, la gente no está preparada para tener hijos y que la educación que se les da es más producto de la intuición que del conocimiento. La solución que propone es que se realicen charlas destinadas a la juventud que expliquen "no sólo cómo hacer hijos o no hacerlos sino para prepararlos para la vida. Nosotros, como no estamos preparados para hacerlo mejor, fallamos la mayoría". Para Cristina y Joana cambia la vida porque a partir de ese momento es una persona dependiente: "No pots sortir com abans, per res, sempre has de pensar primer en ells i després en tu". El caso de Júlia es el más especial. Nos cuenta que al cabo de un par de meses de haber tenido a su hijo sufrió

una depresión que atribuye al cambio de papel que se otorga a partir de ahora, el de "madre":

"...Potser jo vaig pensar que podia ser una mare molt perfecta, que aquí va estar l'error, i pensava que li podia donar tot, potser per una mancança de relació amb la meva mare i se'm comença a venir al cap la relació de la meva mare amb mi, de tot lo que em va traspasar de pors, d'històries que penso que era una mica la meva por de dir 'ostres! és tan important la influència de la mare...'" (Júlia).

Este cambio de papeles le supone, según sus propias palabras, una pérdida de identidad, de independencia personal: "Deixo de ser una mica la dona, la dona en esència, i sento que passo a ser més mare i companya". Es decir la maternidad pasa en algunos casos por un periodo de cuestionamiento y de enfrentamiento personal sobretudo en aquellas mujeres que han pospuesto la maternidad. Júlia lo resuelve intentando compaginar los distintos papeles: "el fet és que jo em rebel·lo i torno a recuperar la dona que jo havia sigut sempre, aquesta dona més independent, sense oblidar que tinc un fill i tota la responsabilitat que això implica".

Hasta aquí hemos visto qué motivos pueden tener las mujeres para desear quedarse embarazadas y cómo se sienten cuando se quedan cuando lo desean. Pero ¿qué pasa cuando se presenta inesperadamente un embarazo?, ¿qué harían nuestras informantes?, ¿qué hicieron si les pasó alguna vez?

El aborto es visto por ellas como una solución a veces práctica, a veces drástica. Para las que han tenido ya hijos y/o han pasado alguna vez por la experiencia de un aborto; les resulta muy difícil pensar lo que harían:

"Preferiria no tenir-ho que fer mai, no ho he hagut de fer mai i ho he viscut per experiències d'amigues i sé que és dolorós, no sé si és cultural, o per educació o què, però, fins i tot jo, ara que tinc un fill, per mi abans era com a més fàcil, molt més... de dir, si em quedo me'n vaig a abortar i ja està, llavors ara tinc un fill i sé el que és i el que representa. Tot el que es belluga a nivell emocional, llavors penso que ara seria molt dolorós, però és que ara no puc tenir un fill, per moltes situacions, econòmica, emocional... moltes. No podria i per això procuro anar molt en compte" (Júlia).

Porque de la misma manera que se sopesan los pros y los contras para decidir un embarazo, éstos mismos entran en juego para decidir un aborto. La mayor parte de las informantes tienen clara la significación del aborto. Casi todas tienen una postura favorable, pero cuando se trata de valorarlo a nivel personal es cuando empiezan las dudas. Por un lado tienen claro que los hijos tienen que ser deseados, que no es lo mismo que tener los hijos cuando se presentan. En esto insiste Chari:

"Si no quiero un crío, abortaría, eso lo tengo muy claro. Espero no tener que pasar por ese trago porque yo creo que tiene que ser muy desagradable (...) De hecho antes de plantearnos tener el segundo, que no nos apetecía, yo creía que me podía haber quedado y lo pasé mal, aunque al final no estaba. Y luego al cabo de dos años tuvimos al crío. Pero es que en ese momento no me apetecía, yo soy de las que le apetece, es decir, eres consciente de que quieres tenerlo y no decir 'bueno, sí, nos hemos planteado tener un crío y total ya me he quedado', yo no lo viviría a gusto. No viviría a gusto un embarazo ni nada. Yo creo que el crío tiene que saber que yo he ido a por él. Ahora si me quedase abortaría" (Chari).

Otras, en el mismo supuesto valorarían toda una serie de aspectos. Por ello a la respuesta anteponen un "depende" sin posicionarse claramente en un sí o un no:

"Lo primer és depèn de la situació en què em trobi, depèn de quan fallés, de per què fallés, si és un descuid meu o si és una cosa que m'ha passat i prou, i en principi no avortaria però depèn de la situació en què jo em trobés a nivell personal i a nivell econòmic" (Meritxell).

"Depende, depende de qué vez, de la relación, de la situación personal, familiar... depende (...) Personalmente, si me preguntas si abortaría, no lo sé, depende. No te puedo contestar ahora" (Carmen).

Para algunas, uno de los aspectos que se ponen en juego a la hora de valorar qué se hace con un embarazo, en principio no buscado, es el grado de estabilidad con la pareja actual:

"... si me quedara embarazada, tiempo atrás hubiera abortado, ahora creo que lo tendría. Igual tendría que verme en la situación, pero posiblemente lo tendría" (Inés).

"Yo algunas veces lo he pensado, pero no sé si abortaría. He pensado que igual me lo plantearía, pero me crearía muchas dudas. Ahora mismo, por ejemplo consultaría, pero supongo que lo tendría aunque me costaría. Me pondría muy nerviosa porque sé que ahora para nuestra situación es muy difícil tenerlo" (Patricia).

Para las mujeres, en general, el aborto no es una solución ideal porque siempre es preferible no llegar a estar embarazadas cuando no lo desean. Aunque se tengan métodos anticonceptivos más eficaces, todos -hasta los irreversibles- tienen un porcentaje de fallos que no se pueden controlar. De modo que se ven expuestas a cambios de opinión en cortos espacios de tiempo, pueden sentir impulsos contradictorios y/o lo que es más grave, pueden no tener medios ni información para evitar un embarazo, si es eso lo que deciden finalmente.

Elisa, Rosa y Cristina han pasado por esta experiencia. Para ninguna de las tres significó un rechazo a la maternidad -dos de ellas en la actualidad tienen hijos e hijas- sino una cuestión de prioridades o miedos. Para Cristina, ya nos lo ha dicho antes, fue este segundo aspecto el que pudo más que el deseo de ser madre. Rosa, en cambio, tenía otros planes para su vida en el momento en el que se quedó embarazada. Nos lo explica así:

"Lo viví deprisa y corriendo porque cuando me enteré de que estaba embarazada estaba de seis semanas (...) Mi compañero no estaba aquí en aquel momento y no me pudo acompañar, eso también fue un mal trago porque tuve que ir con mi compañera de piso (...) Lo viví como un trauma porque la educación te marca mucho" (Rosa).

En cambio Elisa, la cual tuvo una educación sexual que valora como aceptable, con 17 años se vio obligada a tomar una determinación que ella considera drástica ya que tuvo que sopesar una serie de razones con sus propios deseos personales y contradictorios hasta hoy:

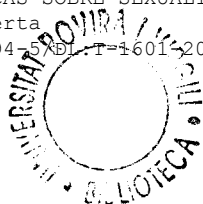
"...me quedé embarazada y aborté (...) no lo tenía muy claro, por la mañana quería y por la tarde no quería. Mi corazón me decía que no abortara y mi cabeza me decía que sí porque es mejor, porque si no te hipotecas la vida, porque no podrás acabar los estudios, porque la gente qué dirá, porque no tienes dinero, porque no lo puedes mantener tú. Llamamos mi madre y yo a

la clínica y fuimos. Si me pasara ahora tendría que estar en situación, pero seguramente lo tendría" (Elisa).

El motivo por el que las mujeres deciden llevar adelante un embarazo o deciden abortar es una cuestión muy difícil de responder. Se ponen en marcha mecanismos relacionados con lo material (económico sobre todo) y emocional (el hecho de ser madre que se ha adelantado), se valen de discursos liberales (es una opción que tiene la mujer cuando no desea tener un hijo) y conservadores (si se aborta "se siega una vida en potencia"); no se sabe a ciencia cierta qué es lo que realmente se desea y la experiencia en uno u otro caso puede ser traumática o satisfactoria, pero a priori nunca se sabe qué pasará.

En la otra cara de la moneda estaría el hecho de querer y no poder. Ninguna de nuestras informantes tienen o creen tener ese problema -porque en general la infertilidad es considerada como un problema-. Para algunas de ellas, la mayoría, el hecho de que existan las técnicas de reproducción asistida (TRA) es muy importante, considerando que podría ser más traumático el hecho de no poder quedarse embarazada cuando se desea, que quedarse cuando no se desea. Para las que ya se han quedado embarazadas alguna vez, les resulta muy difícil imaginarse que no pueden tener esa posibilidad. Pilar, por ejemplo, considera que sus dos hijas y el hijo que tiene son la razón principal de que ella se casara, puesto que la maternidad ha sido el hecho más trascendental de su vida. Para las otras más jóvenes la maternidad también ha sido importante aunque haya otros aspectos, como la carrera profesional, que tiene, para algunas, una valoración similar o, para otras, más valioso. Éstas consideran que si no pueden quedarse embarazadas recurrirían a las TRA: "primero si puede ser un hijo mío o sea más de mí, pues mejor" (Elisa).

Otras, como Chari, que conoce experiencias de mujeres que se han sometido a estas técnicas, simplemente lo probarían, pero "tampoco me dejaría las garras allí (...) sin agotar mi paciencia". Inés, en cambio, primero



400

agotaría todas las posibilidades que le ofrecieran las técnicas porque le parece que puede ser muy traumático no poder tener una hija o un hijo de ella "a pesar de todo lo que se dice que es doloroso y traumático, yo pasaría por ello". Todas estas informantes añaden, finalmente, que si las técnicas no dieran los resultados esperados acudirían, en última instancia, a la adopción. Otras, como Meritxell, Júlia o Carmen, no pasarían por estas técnicas ya que, como dice ésta última, "no creo que el hecho de parir te dé la exclusividad de la maternidad" y porque no cree "en el instinto maternal ese famoso" (Carmen). Meritxell en cambio piensa que las TRA son demasiado artificiales, mientras que Júlia en la misma línea, piensa que "la natura és molt sàvia i si està dient que això no pot ser és perquè realment no pot ser" (Júlia).

7.3 Menopausia: una frontera que marca un inicio o un final

Pilar es la única de nuestras informantes que ha pasado la menopausia (la última regla la tuvo a los 50 años, es decir, hace 16 años). No nos habla en los términos en los que se ha puesto de moda hablar de la menopausia: el inicio de una etapa, que es un hecho natural..., sino que tímidamente cuenta que a ella le supuso una tranquilidad inmensa, no tanto porque ya no tenía posibilidades de quedarse embarazada sino porque hacía suyo el discurso que decía que las mujeres, después de la menopausia, como no pueden tener hijos tampoco pueden tener relaciones sexuales más libremente. Por otra parte no sintió de forma muy marcada toda aquella serie de cambios físicos que hacen esta etapa más molesta: sofocos, aumento de peso, etc., cosa que le hacía cuestionar, en algunos momentos, si aquella sensación agradable era "normal":

"...me sentí más... no sé cómo explicártelo. Me sentí bien porque a mí no me afectó para nada, no es como otras personas que lo pasan mal (...) Nunca lo pensé que a veces te dicen que te ves más vieja, igual que cuando me vino la regla. A mí me extraña cuando la gente '¡ay! que estoy muy mal desde que no tengo la regla' y yo decía 'pues qué raro que a mí no me pase nada ¿seré normal?' Es que no tenía ningún problema" (Pilar).

Las demás informantes, las cuales no han llegado todavía a esta etapa, hablan de ella en referencia a otras mujeres próximas a ellas que la han pasado o la están pasando. La mayor parte explican que sus respectivas madres o conocidas han pasado esta etapa de una forma negativa por varias razones: ya no pueden tener hijos, tienen molestias físicas -accesos de calor, palpitaciones, ansiedad, nerviosismo, depresión-, se encuentran solas, no se sienten queridas por parte de su pareja, no tienen información... Aunque con la reconceptualización de la menopausia se intenta que ésta no sea percibida como el final de la vida de las mujeres, sino como un principio más, para estas informantes se trata de una época llena de incertidumbres. Elisa asegura que para ella será muy duro pensar que a partir de un cierto momento ya no podrá tener más hijos, y por eso le da miedo. La considera, en definitiva, como el final de una etapa:

"Me da la sensación de que voy a cambiar, que a pesar de que me lo sabré de boquilla, cuando llegue... (...) ya te consideras mayor a partir de un punto y dices, hasta aquí (...) igual que con la regla es la afirmación de que empiezas una etapa que es la adolescencia, pues con la menopausia, para mí, empieza la vejez" (Elisa).

De la misma opinión es Maritxell, la cual habla de esta etapa en términos productivos (se pasa de ser a no ser), pero añadiendo que puede ser mejor o peor dependiendo de la persona que se tenga al lado:

"...una dona que arriba a la menopàusa és una persona que passa de ser productiva d'alguna manera a una persona que no. Et parlo en el nivell de tindre crios. També depèn de la persona que tinguis al costat. Si l'altra persona és capaç d'animar-te que comencem a disfrutar molt més de la nostra sexualitat, perfecte, però a lo millor aquella persona t'està dient que ja no serveixes per res, i llavors..." (Meritxell).

A Júlia, en cambio, le preocupa mucho su salud física y mental, más que la capacidad fértil: "penso que la utilitat de la dona no passa només per la procreació". Le inquieta la pérdida de facultades y aunque considera correcto pensar que es una etapa más, "ja no estàs pujant, vas baixant".

Inés considera que a ella tampoco le supondrá un trauma el pensar que no podrá tener más hijos, puesto que "si se te va a los 45 o 50 años ya no te planteas el tener hijos, entonces como las relaciones sexuales las puedes tener igual...". Inevitablemente también hace una comparación con la llegada de la regla argumentando que son fases en las que no se producen cambios bruscos sino que los cambios se van realizando paulatinamente:

"Desde que nacemos cada año que pasa... y en el momento en que cumples los 50 ya te lo has planteado, tengas la regla o no la tengas. Ahora voy pasando los años y veo que me estoy haciendo mayor, entonces eso lo voy teniendo muy asumido" (Inés).

Carmen, mucho más expresiva, contesta a la pregunta con un "¡qué maravilla!, es la flor de la vida"; cree que es un momento que no tiene por qué dar miedo porque cada año que pasa es una preparación para llegar a esa época, y aunque conoce a mujeres que lo han pasado mal, considera que ésta se ha mitificado demasiado en sentido negativo.

Para Chari la solución está en no dejar de estar en contacto con el grupo de mujeres al que pertenece: "Hay cursillos y mil historias a los que puedo asistir para que me ayuden". Aun así, a ella lo que le preocupa es que con esta etapa se agote el tiempo que tiene para estar con sus hijos, le da miedo "que se me agote el tiempo y que no me entere".

7.4 ¿Asuntos propios o compartidos?

7.4.1 Los hombres: la mitad olvidada

En el Congreso de Planificación Familiar celebrado en Platja d'Aro (Girona), en mayo de 1993, una de las trabajadoras del centro donde se ha realizado la investigación, contemplando una de las salas destinadas a la recepción de congresistas que estaba llena de mujeres, se lamentaba: "Es una lástima que la planificación familiar todavía sea una cuestión únicamente

de mujeres". En realidad en la sala sí había hombres, pero se trataba de los visitantes médicos, es decir, los encargados de promocionar los métodos anticonceptivos y/o tratamientos ginecológicos diversos, que trabajan para las grandes empresas multinacionales y que, además, pagaban la mayor parte de los gastos del congreso. Y también son de los pocos hombres que van con una cierta asiduidad a los centros, aunque a promocionar sus productos.

Nos podemos preguntar, efectivamente ¿por qué los hombres, en general, no van a los CPF? Se nos podrían ocurrir varias razones que no podríamos contrastar ya que las entrevistas solamente se han hecho a mujeres y a una pareja que acuden siempre juntos al centro. Es cierto que algunos hombres van al centro, unas veces a acompañar a sus parejas (se han contabilizado diez que acuden siempre), otros -los más jóvenes- a consultar sobre métodos anticonceptivos -sobre todo a pedir la píldora post-coital-, preguntar direcciones de clínicas concertadas que realizan abortos... Y finalmente, los más numerosos, los que acuden a la visita con la psico-sexóloga.

Una de las pocas referencias que hemos encontrado sobre la relación de los hombres con la planificación familiar se recoge en una publicación de la Diputación de Barcelona. Se trata de una investigación que evalúa la "Campanya de sensibilització envers l'anticoncepció, la paternitat i la sexualitat dirigida als homes", realizada por el Institut Municipal per a la Salut i la Qualitat de Vida (IMSAV) del Ayuntamiento de Terrassa¹⁴⁰. Las conclusiones recogen algunos factores que pueden influir en la no asistencia de los hombres a los CPF. Serían los siguientes: el desconocimiento de cuándo se puede asistir; la misma denominación de los centros de planificación *familiar*, que dificulta que los jóvenes se identifiquen con ellos; la creencia errónea de que la información que reciben de los amigos cubre sus

140 *Els homes també. Campanya de sensibilització envers els anticonceptius, la paternitat i la sexualitat dirigida als homes*. Butlletí de planificació familiar, 8. Diputació de Barcelona. Barcelona, 1993.

necesidades; un consenso social que valora negativamente que los hombres los utilicen; la despreocupación de los hombres respecto a un embarazo no deseado; y la creencia, por su parte, de que los centros se ocupan principalmente de los problemas específicos de las mujeres.

Otra publicación del IPPF (International Planned Parenthood Federation) titulada *Network en español. Family Health International*, ha dedicado un monográfico a la relación de los hombres con la planificación familiar¹⁴¹. En ella se especifica que si éstos tienen poco interés por los temas relacionados con este asunto es porque no hay métodos anticonceptivos que los comprometan a asumir la responsabilidad que les corresponde. Los hombres, apunta este monográfico, siempre han participado, ya que fueron el elemento clave en la transición demográfica hacia familias más pequeñas en muchos países desarrollados usando condones y el método de *coitus interruptus* antes del uso ampliamente difundido de la píldora en los años 60. Sin embargo, en la última generación, la orientación femenina va a la vanguardia de la planificación familiar. La introducción de métodos femeninos "modernos" -píldora, DIU, entre otros- coincidió con la fundación y crecimiento de programas de planificación familiar en los países en desarrollo. Las razones que, según esta organización, determinan esta orientación femenina de los programas son muy claras: la amenaza real a la salud de la mujer que plantean los embarazos excesivos, el fuerte vínculo entre la planificación familiar y la liberación femenina, y la decisión política y práctica, en muchos países en desarrollo, de prestar servicios en planificación familiar a través de las redes de atención para la salud materno-infantil (1992:4-5). Aunque estos factores podrían ser objeto de un análisis en profundidad, no nos vamos a detener en ello, aunque sí nos quedaremos con el dato relevante de que la poca implicación de los hombres en las cuestiones relacionadas con

141 International Planned Parenthood Federation: "Los hombres y la planificación familiar". En: *Network en español. Family Health International*. Vol 7, nº 3. Octubre, 1992.

la planificación familiar deriva, en gran medida, de una falta de motivación personal.

Por otra parte, no hay que olvidar que cuando una mujer acude a una consulta de planificación familiar, las referencias a la pareja son múltiples, ya sea cuando se trata de la sexualidad, ya cuando se trata de hacer un tratamiento conjunto o cuando se da cualquier otro tipo de información. De alguna forma la mujer, como usuaria del CPF o de cualquier servicio de ginecología, se hace responsable de la salud reproductiva y sexual de ella y por extensión de su pareja, si la tiene. Es decir, la mujer, cuando asume el contenido del discurso de la prevención de la salud reproductiva y sexual y decide empezar a realizar revisiones ginecológicas, lo hace independientemente de que tenga pareja o no, por dos razones fundamentales: por una parte ella es la que se queda embarazada y por tanto sobre ella recae, sobre todo si no tiene pareja estable, la responsabilidad de utilizar métodos anticonceptivos; por otra parte los medios de comunicación han dirigido hacia las mujeres la necesidad de realizar prevención de enfermedades como el cáncer ginecológico y de mama. Y cuando han decidido entrar en la rueda de revisiones se han visto apoyadas por los centros (CPF u otros similares) que las realizan. De esta forma los hombres se han visto excluidos de la planificación familiar deliberadamente o por omisión.

7.4.2 ¿Cosas de mujeres?

Hemos preguntado a las mujeres, por la implicación de sus respectivas parejas (si) en la salud reproductiva y sexual. Esta implicación, teniendo en cuenta la observación llevada a cabo en el centro de referencia y a juzgar por las respuestas de las entrevistadas, se podrían medir por una serie de actuaciones: saber que las mujeres van al CPF, saber qué servicios se prestan, estar al corriente de las pruebas que se realizan, recordar que la

mujer tiene que ir a visitarse, ir directamente o llamar para pedir hora de visita, acompañar al centro, acompañar y entrar en las consultas, acceder a aplicarse tratamientos en caso de infección, ir a visitarse si es preciso (consulta psico-sexológica, pedir información, visitarse en caso de infección que se ha de tratar individualmente), co-responsabilizarse de la anticoncepción (decisión individual o compartida), saber los mecanismos de acción de los métodos anticonceptivos, aprovisionamiento de métodos anticonceptivos, co-responsabilizarse de los embarazos deseados y no deseados...

En una de las entrevistas realizadas intervino de forma activa el marido de la usuaria (Marijo & Sevi). Se trata de una de las parejas más significativas que acuden al centro, de las pocas que lo hacen (ya hemos dicho que se han contabilizado unas diez que van asiduamente, entran y participan de la consulta). Como ya se ha podido comprobar a lo largo de todo el análisis de las entrevistas, ésta se convirtió en algunos momentos en un diálogo a tres que permitió mucha flexibilidad en las respuestas. Para Sevi, acompañar a Marijo y/o intervenir en la salud reproductiva y sexual de la pareja es algo que no se piensa, sino que se hace, como todo lo que realizan juntos.

De hecho, la mayor parte de las respuestas de nuestras interlocutoras muestran toda una serie de actitudes favorables por parte de los hombres, sobre todo respecto al seguimiento, no implicación, de los procesos asistenciales. Sin embargo, y a diferencia de este caso, si ellos llegan a conocer todo el proceso es porque precisamente son ellas las que tienen la iniciativa de explicarlo. Respondiendo a las preguntas las entrevistadas utilizaban el potencial "tendrían que" ("tendrían que ir a la charla", "me gustaría que me acompañara"...) para referirse a la parte que, según ellas, les corresponde en el proceso. Más que la actitud real explican la actitud ideal:

"...él no tiene que estar encima mío controlándome, ni tampoco pasar de todo, o sea interesándose como algo normal de la salud y, que si tengo algún problema pues pueda comentarlo con él y al revés, que si él tiene algo pues que lo comente conmigo" (Elisa).

Aunque ninguna de las informantes lo haya dicho explícitamente, a juzgar por los comentarios todas ellas consideran que la salud reproductiva y sexual es una parte de la salud de las mujeres. La responsabilidad de sus respectivas parejas estriba en el conocimiento de los diferentes procesos y la toma de decisiones conjuntas que afectan directa o indirectamente a uno y otro. Por ejemplo en el caso de Chari, tal y como nos lo cuenta ella, la implicación es totalmente compartida, aunque posteriormente se lamenta de que "ellos no tienen nada, tienen una falta de cuidado de su salud...". Sin embargo para las entrevistadas, en general, la implicación de las parejas es fundamental, pero no imprescindible. La intervención en la salud, para Meritxell, ha de ser en términos matemáticos de un cincuenta por ciento. Sin embargo, considera que la salud reproductiva y sexual es "su salud", en la cual él ha de intervenir para el buen funcionamiento de su relación:

"...trobo que és un 50%, igual que jo intervinc en la seva, ell ha d'intervindre en la meva i a més a més molt més ell en la meva que jo en la seva perquè d'aquí depèn que puguem funcionar com a parella" (Meritxell).

La intervención del compañero de Meritxell en "su salud", como más tarde nos explica, es para recordarle "no et toca ja anar al ginecòleg?" o "fes el favor de controlar-te a veure si després passarà algo". Como también lo hace el compañero de Patricia:

"...él comenta que es bueno hacer las visitas. A mí siempre me pregunta que cuándo voy a volver 'tienes que ir a hacerte la visita que ya te toca'". (Patricia).

Para otros la intervención se limita a acompañar a las mujeres a las visitas anuales, sin entrar en la consulta. Otros, como el caso de la pareja de Rosa, solamente van de acompañantes cuando éstas están embarazadas:

"...a mí me gustaría que viniera siempre, la verdad es que sólo me ha acompañado cuando he estado embarazada ha estado en los partos de los críos, ha estado un poco encima. Pero bueno en los partos sólo, entonces parece que ya después lo demás no es tan importante" (Rosa).

Otras informantes como Pilar, Júlia o Carmen consideran que al ser una parte de la salud que se ha de controlar a nivel individual, la intervención de las respectivas parejas queda relativizada. Pilar, por ejemplo, considera que la responsabilidad sobre su cuerpo es únicamente de ella, al margen de que a su marido le preocupe más o menos. Para Júlia la implicación depende del tipo de pareja que se tenga, estable o no:

"Si vols anar bé t'ho has de controlar tu, això està claríssim, perquè pots estar una època vivint en parella, altres èpoques viure sola i penso que és una cosa que has de controlar tu. Jo haig de tenir clar si vull tenir més fills o no i el mateix li dic a la meva parella. Però a nivell d'aquest aspecte de l'anticoncepció i de la meva salut, jo penso que prioritàriament passa per mi. Una altra cosa és després ja ho puguis compartir i parlar-ho amb l'altra persona i que puguis arribar a un acord, però prioritàriament és una cosa que passa per mi" (Júlia).

Mientras que para Carmen depende de lo que ella quiera que se implique la otra persona "cada persona es de una manera y la privacidad la marcas tú hasta cierto punto. Digamos que el límite lo marcaba yo".

Por otra parte, algunas entrevistadas consideran que sus respectivas parejas no toman partido en según qué decisiones: en la mayor parte de los casos la utilización de los métodos es una decisión individual tomada por las propias mujeres, generalmente porque son ellas las que se sienten responsables de las consecuencias de un embarazo (deseado o no). En los casos en los que ellas plantean, como acuerdo, cambiar de método y/o que ellos se hagan responsables de la anticoncepción, puede pasar lo que nos cuentan Rosa y Inés:

"...él me dijo 'no te preocupes si te sienta mal, pues tú tranquila que ya utilizo otro método, ya me pongo el preservativo, que a mí no me importa', es decir, que él se interesaba como para que no fuera una molestia para mí. Pero yo, como sé que no me quiero quedar embarazada y a él otro crío no le importaría, me he puesto el DIU" (Rosa).

"Cuando me tomaba la pastilla, no tenía ni idea de la marca, ni siquiera las controlaba. Ahora con el preservativo, lo mismo, estando conmigo no ha comprado nunca, se los proporciono yo" (Inés).

El caso de la anticoncepción definitiva es un tema por el que acuden muchos hombres al centro para informarse y es también, quizás, el que más controversia puede despertar. Para algunas mujeres, la realización de la vasectomía es una decisión que los hombres deberían tomar, como una aportación que compense el esfuerzo que hasta el momento ellas han realizado con resignación. Para ellos los pros y los contras a sopesar son numerosos: posible ruptura de la pareja, deseo de ser nuevamente padre, pérdida de "potencia sexual", someterse a una intervención quirúrgica... Ésta se convierte en una decisión compartida que hay que tomar conjuntamente a pesar de que la decisión final sea de él. En cuanto a la ligadura de trompas, generalmente son las mujeres las que lo deciden, como deciden la utilización de cualquier otro método anticonceptivo: porque ya no quieren quedarse embarazadas. Veamos este diálogo, lleno de tópicos entre Marijo y Sevi sobre los métodos irreversibles:

"MJ: No. Jo fe'm la lligadura no.

S: I jo fe'm la vasectomia tampoc. Perquè no estic segur. Ella diu que estem bé, pero i si demà no estem?

MJ: No diguis aquestes coses. És que no m'estimes?

S: No i si tu m'estimes te la pots fer tu.

MJ: Però ja vam quedar en què tu no volies que jo m'operés.

S: Això en la meva manera de veure hauria de ser així, seria fer-ho tots dos. Si tu dius que no jo també dic que no.

MJ: El meu home m'estima molt però fer això fer-me un favor a mi no me'l farà.

S: No, és que s'ha d'estar molt convençut i jo no ho estic.

MJ: No, és que no m'estimes.

S: No, no em convenceràs, i a més no hi penso. Però pensa que hi ha homes que els hi diuen i ho fan i resulta que el mes que ve o l'any que ve vols tornar i no ho tenen tant clar això. Ara ho tens bé per fer-ho però per a desfer-ho no.

MJ: Bueno, trobo que si em convingués per la salut ho faria, estic convençuda, però com que per la salut no em convé ni res pues...

S: I a mi tampoc. I potser quan ens decidim ja no caldrà. A més després de fer-ho pot tenir repercussions en l'organisme perquè ja em diràs si després els homes funcionem igual, que jo no m'ho crec.

MJ: El que no funciona és això (se señala la cabeza), perquè tot el demás funciona igual. Però n'hi ha que en el moment que se senten que no són, com se diu això fèrtils, ja està, catacrac, ja no funciona res. O es pensen que no seran tan homes.

S: ... que quan s'ho fan es pensen que no valen per res. Aquí, al poble, n'hi han molts homes. Hi han dones que han convençut als seus homes i ja s'ho han fet, imagina't que després passa algo, que ella li fotés una puntada de peu, què ha de fer ell? O estan los dos convençuts que ho poden fer tant un com l'altre, és que és igual qui s'ho faci, pues que s'ho facin los dos. Però que s'ho faci un i després... avui dia no es pot dir això, no es pot fer això. Jo no ho veig tant clar. És molt còmode que et diguin fes-te això.

MJ: Però si t'ho fas tu estariem més tranquils.

S: Estaries més tranquil·la tu.

MJ: Tu no estaries tranquil?

S: És que jo no estic convençut. És diferent de dir que no hi hauria cap més sortida. Si no hi hagués cap més sortida, dius bueno, pues el que sigui. Però si mentres podem fer servir altres coses, pues endavant" (Marijo & Sevi).

Otro tema que las mujeres y algunas de las entrevistadas revelan en sus conversaciones es que cuando ellas creen que se tiene que tomar una determinación conjunta que, según ellas, puede afectar a las dos partes, los hombres no se pronuncian, no toman partido en según qué temas y se limitan a decir "en todo lo que decidas te apoyaré". Este es el caso del acuerdo a tomar ante un embarazo no deseado. Cuando Rosa se quedó embarazada la primera vez, la decisión de abortar fue suya ya que su compañero, que estaba en un viaje de negocios "inaplazable", no intervino en el proceso, aunque eso sí "me dijo que hiciera lo que creyese conveniente para los dos" (Rosa). A Elisa le pasó lo mismo y nos lo cuenta así:

"Bueno él estuvo siempre a mi lado, lo que pasa es que él al decirme 'haz lo que tú creas conveniente' me quedé como un poco perdida, como diciendo, pero tú también di algo, 'sí, sí, yo te apoyo en lo que tú quieras', pero, claro, soy yo la que tengo que decidir. Y como un poco sola en este sentido, pero él estuvo a mi lado" (Elisa).

Elisa ha introducido el término "sola" para calificar lo que ella sintió en aquellos momentos. Y es que, en mi opinión, las mujeres deciden generalmente solas cualquier proceso referente a la salud reproductiva y sexual. Esto es así, además, porque en la actualidad ellas tienen un conocimiento más exhaustivo de estos procesos. Pueden compartirlo o no, depende de la relación que hayan establecido con sus respectivas parejas; éstas pueden implicarse o no, sin embargo también depende del interés que

ellos tengan en el proceso. Lo que sí parece claro es que, de momento, son ellas las responsables de la anticoncepción como consecuencia de la implantación y generalización de métodos anticonceptivos más eficaces de utilización femenina y, paralelamente, de la atención que se le ha prestado a la salud reproductiva y sexual de las mujeres. Estos dos hechos han contribuido, por una parte, a dejar de lado a los hombres en este proceso con la pretendida certeza de que este conocimiento ya se deriva de su género y, por otra parte, a reasignar un papel diferente a hombres y mujeres en los procesos relativos a la salud reproductiva y sexual. La desigualdad en los procesos de socialización, en el acceso a los mismos niveles de conocimiento, saberes, percepciones y actitudes, contribuye a que los desacuerdos y la toma de decisiones a nivel individual se vayan reproduciendo.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DISCURSOS Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD Y EPRODUCCIÓN: LOS CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Yolanda Bodoque Puerta
ISBN:978-84-693-6294-5/DL:T-1601-2010

8. CONCLUSIONES

En la presente investigación se ha pretendido hacer una reflexión sobre los CPF. Recordemos que el objetivo propuesto era el análisis de los discursos y prácticas sobre reproducción y sexualidad que se difundían en éstos. De este modo, la observación se ha realizado desde cuatro aspectos fundamentales: las personas que trabajan en ellos, el trabajo que realizan, la ideología que los sustenta y las personas que acuden a ellos. Básicamente ha sido un intento de aproximación a los centros teniendo en cuenta diferentes perspectivas de análisis: las propuestas del feminismo (que han producido el modelo en el que se basan los CPF), su puesta en práctica (la difusión de su discurso a través de los diferentes servicios y mediante un estilo de trabajo determinado) y la forma de entenderlas (la apropiación por parte de las mujeres).

La primera de las hipótesis formuladas hacía referencia a los CPF como centros de gestión de normas que se elaboran a partir de: el discurso del feminismo; de las demandas y necesidades expresadas por las mujeres que utilizan este servicio; así como de la práctica médico-científica, la cual, básicamente, les ha proporcionado la legitimación de su existencia.

En primer lugar, la ideología feminista es la base de los discursos de los CPF, ya que de aquí se han extraído las ideas fundamentales para la organización asistencial; es decir, el estilo de trabajo (interdisciplinario y que procura no asentar una jerarquía laboral dentro del equipo que lo compone), los servicios que se ofrecen (no solamente consulta médica y educación maternal, también información y consulta psicosexual), la relación que establecen tanto con las mujeres (basada en el "tiempo para hablar" y en el respeto a las decisiones que la misma evolución del trabajo les ha impuesto) como entre ellas, y una particular concepción de la salud reproductiva y sexual.

En segundo lugar, la autoridad que les confiere su saber médico-científico les ha permitido asignar unas reglas esenciales de percepción y actitudes con el fin de conseguir sus objetivos, aunque han integrado a dicho saber una dimensión práctica y relacional nuevas. Las representaciones que las trabajadoras de los CPF tienen de las mujeres se materializan en un cuerpo objetivado por saberes científicamente establecidos que, sin embargo, no tienden a fijar una serie de conductas adecuadas. Su intervención no se propone la enumeración de juicios morales, sino que se basa en un saber técnico y en el conocimiento del entorno de las personas. Las reglas de conducta, los hábitos y, en definitiva, las normas que ellas transmiten, no se presentan como obligaciones, sino como una estrategia, una necesidad, un valor determinado que es que las mujeres tengan un dominio de su cuerpo.

Por este motivo, el saber médico (o mejor, la legitimación de la intervención técnico-médica) se utiliza, en los CPF, para prevenir pero no para racionalizar, juzgar o resolver eventualmente situaciones problemáticas ya que se tienen fuertes reservas a este tipo de intervención. El saber médico es un medio y no un fin¹⁴². El hecho de que los CPF sirvan de puente fundamental entre los mensajes normativos referenciales y las percepciones y representaciones de las mujeres se funda, sobre todo, en la participación activa de éstas en los procesos asistenciales y la autogestión del cuerpo.

En tercer lugar, las trabajadoras del CPF reconstruyen su discurso a través de las percepciones y representaciones que tienen las mujeres sobre su cuerpo, teniendo en cuenta las nociones preconcebidas que cada una de ellas trae consigo a partir de su socialización y la interiorización de hábitos y reglas de conducta. Por eso decimos que el funcionamiento de los centros depende, en gran medida, de las mujeres como participantes activas del proceso de elaboración del modelo emergente del que hablábamos en el

142 Algunas de las cuestiones que se llevan a cabo en los CPF no son exclusivas de éstos; se deben, en general, a un cambio de mentalidad de los propios profesionales sanitarios.

capítulo teórico: son las mujeres las que tienen la palabra y ésta constituye el verdadero motor de funcionamiento. Saber trabajar teniendo en cuenta la palabra de las mujeres (a través de sus demandas, en principio, a través de sus decisiones, después), hace de los CPF lugares de expresión de los modelos emergentes que hacen aflorar a la superficie lo silenciado. Así, la gestión de la que hablábamos en la primera hipótesis es una gestión de las palabras y de las ideas, pero también de las actitudes y de las necesidades concretas.

De esta forma la coherencia de su discurso se articula con su saber médico, las ideas que fundan su práctica y una aproximación relacional. En este sentido, han privilegiado la expresión al análisis, la comunicación al dialogo unidireccional y esto ha sido posible, mediante la gestión de la palabra y el replanteamiento de su propio discurso.

En la segunda hipótesis formulada anunciábamos que los aspectos que caracterizan a los CPF -a la vez que los diferencian de otros centros sanitarios- son el estilo de trabajo y la concepción de la asistencia. Sin embargo, la alternatividad que caracteriza al discurso y la práctica de los CPF se basa, también, en el desarrollo de los modelos emergentes que priorizan las percepciones y representaciones de las mujeres en relación a la salud reproductiva y sexual.

En este sentido, el objetivo explícito de su trabajo, que es la promoción de la salud a través de un conocimiento del cuerpo por parte de las mujeres, inviste a las trabajadoras del poder que funda su práctica. Con una serie de conocimientos básicos que van siendo interiorizados a lo largo de sucesivas visitas, las mujeres pueden ir responsabilizándose de su salud reproductiva y sexual. Esto no quiere decir que anteriormente no fueran responsables, se trataba, simplemente, de que los conocimientos que tenían sobre los diferentes procesos corporales, no habían sido sistematizados porque las fuentes de donde procede la información son diversas, a menudo contradictorias y llenas de tabúes.

Una vez estructurada la información (a través de la charla o en consulta directa individual) se puede empezar a hablar de un comienzo de corresponsabilización entre ellas, como poseedoras del cuerpo, y las trabajadoras (como conocedoras o poseedoras de saberes científicos sobre los procesos corporales). Éstas han asumido que las mujeres saben más de su propio cuerpo que ellas mismas o que otros profesionales sanitarios y los conocimientos científicos y experienciales conjuntos pueden dar mucho más de sí que la imposición de saberes científicos únicamente como verdad absoluta. En este sentido el proceso de negociación entre las trabajadoras y las usuarias está basado en el descubrimiento de este conjunto de significados expresados por las mujeres que facilita la intervención en los diferentes procesos.

Acudiendo a los centros por motivos prácticos y asistenciales muy puntuales, tanto la información como los diferentes procesos por los que pasan, van interiorizándose de diferentes formas: desde unas nociones generales, más o menos exhaustivas, de su cuerpo -consecuencia, por ejemplo, del conocimiento y uso de los diferentes métodos anticonceptivos-, hasta la decisión de seguir un embarazo o abortar.

Las trabajadoras del centro, permitiendo hablar y expresarse a las mujeres, no hacen más que dejar que el intercambio de conocimientos fluya. No se trata de intervenir en los procesos ni en las decisiones personales, como tampoco se trata de persuadir a las mujeres para que asuman el discurso. Éste último método, similar al que utiliza la propaganda o la publicidad, puede ser útil para objetivos específicos y en un breve espacio de tiempo, pero no cuando se trata de promover comportamientos estables y de facilitar que las mujeres utilicen estos conocimientos fundamentales en relación a sus expectativas y a su estilo de vida.

Una de las herramientas más eficaces que utilizan las trabajadoras para difundir las normas relativas a la salud reproductiva y sexual (y entramos con

esto en la tercera hipótesis) es el "tiempo para hablar" el cual permite, además, valorar si la información es asumida y cómo.

A través de la socialización, las mujeres se enfrentan con informaciones y propuestas de comportamiento (transmitidas por la familia, a través de los medios de comunicación, la escuela, los servicios sanitarios, etc...) que dan como resultado modalidades de percepción y actitud diferentes. Por otra parte, la experiencia que las mujeres relatan a través de las manifestaciones de su cuerpo -en relación a los embarazos, los partos, los abortos, la sexualidad, que influyen, por ejemplo, en su carrera profesional y en sus relaciones afectivas-, permiten observar -mediante el trabajo de campo y las entrevistas en profundidad- toda una serie de contradicciones entre lo que piensan las mujeres, lo que se espera de ellas y lo que hacen finalmente.

Por su parte, las trabajadoras tienen que saber discernir lo que idealmente creen que es lo mejor para las mujeres, de lo que las mujeres escogen realmente para sí; que no son aspectos susceptibles de valorar negativa o positivamente porque proceden de una forma de decidir fundada en el principio de libertad para elegir -que es uno de los objetivos básicos de los CPF- y hecha a base de la información y de la negociación entre emisoras (trabajadoras) y receptoras (usuarias).

El "tiempo para hablar", efectivamente fortalece y personaliza las relaciones entre profesionales y usuarias, convirtiéndose en una estrategia de comunicación calibrada en base a las necesidades, las actitudes y los significados que tienen interiorizados las mujeres.

Para poder valorar la apropiación del discurso por parte de las mujeres, que era lo que se enunciaba en la cuarta hipótesis, vamos a comenzar haciéndonos la siguiente pregunta: ¿Por qué van las mujeres a los CPF? En principio, podemos argumentar que éstas acuden a los CPF o a cualquier servicio de ginecología, privado o público, en función de una serie de necesidades, algunas producto de la nueva concepción sobre los cuidados del

cuerpo y de la salud, y de la introducción del concepto de prevención que ha contribuido a cambiar hábitos de vida y de relación con el sistema sanitario.

Los motivos de consulta en los CPF son, entre otros: revisiones ginecológicas, información y/o aprovisionamiento de métodos anticonceptivos, información sobre la interrupción voluntaria del embarazo, preparación al parto, consultas sobre problemas sexuales, etc. Las usuarias y usuarios de los mismos, por lo general, buscan: atención inmediata, coste económico bajo (aquello que es gratis implica largas listas de espera), buena atención y que, quienes les atiendan, sean mujeres (aunque este aspecto es, de todos, el más secundario). Finalmente encuentran una forma de asistencia sin precedentes en el sistema sanitario que favorece la interacción entre las diferentes partes. Una forma de asistencia que se basa en los siguientes aspectos: una actitud agradable, respetuosa y abierta, no jerarquizar posiciones, dejar un "tiempo para hablar" y proporcionar información- y la participación de las mujeres en el proceso asistencial.

La interacción, producto de estos mensajes, es lo que permite que las mujeres escuchen el discurso -o al menos parte de él- lo asuman, y lo introduzcan con lo que ya tenían interiorizado, e incluso cuestionen, eliminen o reconsideren elementos en principio arraigados. Las mujeres, finalmente, y como hemos podido comprobar en el análisis de las entrevistas, se quedan con aquella parte del discurso y del tipo de asistencia que más les interesa y este interés condiciona la utilización que hacen del centro. En definitiva, las mujeres hacen lo que quieren, comprenden y/o interiorizan lo que les conviene de acuerdo con las necesidades prácticas que han ido a satisfacer al centro.

Como ya se ha visto en los capítulos 6 y 7 las mujeres perciben los CPF como una forma de asistencia sanitaria diferente de otro tipo de asistencia médica. Algunas, cuando fueron por primera vez, ya sabían cómo nacieron los CPF y cómo funcionaban, otras sin embargo no. Estas últimas son las más sorprendidas al observar que la atención es más amplia que la simple

visita médica preventiva: se establece una relación que va más allá de la conocida relación médica/o-paciente; en este sentido encuentran más de lo que buscan o de lo que esperan encontrar en un servicio sanitario. Por primera vez se requiere este tipo de servicio sin que haya por medio una enfermedad; se toman en consideración y se informa sobre los procesos fisiológicos que antes eran calificados como patológicos, como manifestaciones corporales normales; finalmente, el cuerpo no es aquí censurado por la prohibición, por una ley o por ciertas normas de comportamiento.

De esta forma, se sienten atraídas por el centro, no sólo porque satisface las necesidades creadas de las que hemos hablado anteriormente y además en un periodo de tiempo razonable. Tampoco es concluyente que acudan al centro porque es más barato que en "la privada", o porque está cerca de su casa. Estas son razones que, en un principio, pueden tener un peso específico determinado, sin embargo, si la atención recibida no la consideraran correcta dejarían de ir ya que, por una parte, la revisión ginecológica y la prevención de enfermedades, en su sentido amplio, todavía no están demasiado arraigadas en la concepción de la mejora de la calidad de vida y, por otra parte, la oferta en el sistema sanitario, tanto público como privado, es amplia.

Posteriormente continúan yendo porque perciben una calidad en la atención que es diferente; pueden consultar dudas y saben que serán informadas, incluso aunque no se consulten; hay un trato directo con la médica propiciado por ésta, y que es un factor esencial para que las mujeres decidan continuar. Cuando las mujeres acuerdan ser usuarias, las trabajadoras del centro les ofrecen espacio y tiempo, cosa que no tiene precedentes en el sistema sanitario público.

En las consultas privadas, mujeres y hombres, en general, reciben unos determinados servicios y un determinado trato porque, en la mayoría de los casos (no en todos), hay una relación precio-calidad preestablecida por

medio. En los CPF existe la relación económica por la coyuntura del funcionamiento del centro, que depende del ayuntamiento; sin embargo, pesa más la calidad de la asistencia y del trato recibido por encima de cualquier otra consideración.

Las mujeres perciben que la atención sanitaria es diferente por toda una serie de factores que hemos ido apuntando a lo largo de toda la investigación: desmedicalización de la asistencia, el tiempo para hablar que favorece el acercamiento entre profesionales y usuarias, la información constante, la atención directa y rápida, la ausencia de símbolos que jerarquizan posiciones... Pero recordemos que estos aspectos forman parte de la ideología que contextualiza el centro y que impone una calidad de las visitas, la relación cordial entre profesionales y usuarias y la familiarización de las mujeres con sus signos corporales.

De todos estos aspectos que, en general, se valoran como muy positivos, es sobre todo la información proporcionada y la interacción resultante entre las partes implicadas en el proceso, lo que contribuye a que se puedan llegar a conseguir los objetivos propuestos: los cambios en los hábitos y actitudes. Sin embargo, recordemos que las mujeres no acuden a los centros pretendiendo realizar estos cambios, no todas tienen una disposición explícita a conocer su propio cuerpo y a actuar de acuerdo a unos determinados hábitos; no todas tienen las mismas experiencias ni proceden de los mismos contextos; y finalmente, la mayoría actúan de acuerdo a los modelos creados para ellas en base a sus ritmos biológicos que estructuran las etapas en que se tiene que dividir su vida.

Sin embargo, también, los centros de planificación familiar sobrellevan el error que su propio nombre les ha etiquetado. Y efectivamente, muchas de las mujeres que acuden a ellos y otras que no, retrasaron o frenaron su entrada por este error de denominación: demasiado mayores, demasiado jóvenes o solteras o separadas o divorciadas o viudas, no entran en la denominación clásica de "familia" que tiene que planificar los hijos a tener.

Además, las trabajadoras son las representantes del feminismo, cuestión que les coloca en los límites de la aceptación de su discurso por los tópicos que circulan por la población en cuanto a esta ideología se refiere, no son de la sanidad pública, tampoco poseen el prestigio de los privados; son municipales, pero pertenecen a ese "cajón de sastre" que son los servicios sociales; no están en la mejor zona de las ciudades sino en barrios obreros; a nivel de infraestructura tampoco tienen la tecnología punta; y, además, dan anticonceptivos e informan sobre abortos -lo que resulta difícil de aceptar para mujeres de ideología conservadora-.

Sin embargo, el saber médico y la racionalidad científica junto con el estilo de trabajo y el establecimiento de relaciones personales con las usuarias, les suministra la garantía de su práctica y su legitimidad, así como una elevada aceptación entre las mujeres que entran en contacto con ellos y se convierten en usuarias de los mismos.

La principal propaganda de los centros son las propias usuarias que explican a otras mujeres (vecinas, amigas y familiares) cómo han sido atendidas en ellos. Y, de la misma manera, las madres llevan a las hijas adolescentes, o las hijas a las madres que no se han revisado nunca -solamente en los partos-, con lo cual se ha ido configurando un perfil de mujeres heterogéneo que desmitifica aquel tópico que dice que las usuarias son mujeres feministas o pertenecientes a las clases populares.

Las mujeres más jóvenes son quizás, por la época que les ha tocado vivir, las que más identificadas se sienten con la información recibida: están socializadas en una interiorización de los métodos anticonceptivos y de las relaciones sexuales que no llevan necesariamente a la reproducción. Aun así, la relación que establecen con su cuerpo es más conflictiva, precisamente porque en esta época la estética corporal debe adecuarse a unos determinados cánones de belleza y formas que no siempre coinciden con la realidad que están viviendo.

Las más mayores, también por la época que les tocó vivir, van asumiendo los cambios de hábitos en las más jóvenes, a veces con escepticismo, otras con sorpresa; pero también por su socialización, la relación -la mayor parte de las veces nula- que mantienen con su cuerpo, con la sexualidad o con los métodos anticonceptivos, es conflictiva. Estas mujeres han pasado del "cuerpo como tabú", al "cuerpo para exhibir"; de los procesos corporales femeninos que forman parte de "las enfermedades propias de las mujeres", y de la maternidad como única meta en su vida, al cuerpo que se tiene que cuidar, revisar y mirar desde el punto de vista médico.

Es fácil imaginar la problemática que representa este cambio de concepciones para estas mujeres. Así, mientras las más jóvenes van a los centros a proveerse de métodos anticonceptivos y a hacerse revisiones como formando parte de sus cuidados corporales, las mayores, alertadas por la publicidad de la prevención van en primer lugar por la revisión ginecológica y más a partir de una edad determinada. Todas ellas descubren su cuerpo, tarde o temprano, escuchan más los signos y síntomas que se manifiestan, en principio con miedo por lo que les pueda pasar, después considerándolos como una manifestación más.

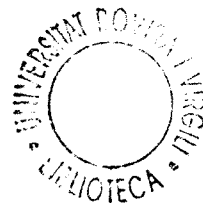
Finalmente, la última hipótesis hacía referencia al hecho de que la salud reproductiva y sexual es competencia exclusiva de las mujeres, a pesar de que los procesos de que consta hacen referencia explícita a la pareja, si la hay: decisiones sobre embarazos o abortos, elección del método anticonceptivo, replanteamiento de las relaciones sexuales, etc.

En este sentido se tienen que tener en cuenta varios factores: por un lado, las mujeres han sido socializadas para responsabilizarse de la salud de las personas de su entorno inmediato -pareja e hijos- y es difícil que se cuestionen un replanteamiento de esta situación. Más cuando la concepción de la salud reproductiva y sexual se realiza en base a los procesos biológicos femeninos. Pero por otro lado, y sobre todo en las mujeres más jóvenes, se

puede observar un cierto posicionamiento que va más allá de la responsabilización absoluta de la salud de la familia y se sitúa en un *compromiso con la propia salud individual*.

Así, las mujeres interiorizan y priorizan los cuidados sobre su cuerpo por encima de otras cuestiones; no se lamentan de que su pareja no se implique y no se corresponsabilice, puesto que han adquirido un sentimiento de propiedad del cuerpo, de un cuerpo sano, vigilado y cuidado.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DISCURSOS Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD Y EPRODUCCIÓN: LOS CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Yolanda Bodoque Puerta
ISBN:978-84-693-6294-5/DL:T-1601-2010



DISCURSOS Y PRÁCTICAS SOBRE
SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN:
LOS CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

YOLANDA BODOQUE PUERTA

Octubre 1996

Universitat Rovira i Virgili

Tarragona

BIBLIOGRAFÍA

ACUARIO (Espai de Salut):

(1992) *Cuaderno de autoconocimiento*. (Mecanografiado). Valencia.

ALVAREZ URIA, Fernando:

(1983) *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*. Barcelona. Tusquets.

(1986) "Los visitantes del pobre. Caridad, economía y asistencia de la España del siglo XIX". En: V.V.A.A. *4 siglos de acción social. De la beneficencia al bienestar social*. Madrid. Siglo XXI.

ANDERSON, Bonnie S. y ZINSSER, Judith P.:

(1988) "Historia de las mujeres en España" (Apéndice). En: V.V.A.A. *Historia de las mujeres. Una historia propia*. Vol. II. Barcelona. Crítica.

ARREGI, Begoña:

(1987) "Evolución demográfica y cambio socioeconómico: modernización y mujer en el País Vasco". En: DEL VALLE, T., LARRAÑAGA, C., ARREGI, B., MENDEZ, L. *La Mujer y la palabra*. Donostia. Gobierno Vasco. La primitiva casa Baroja.

ASSIER-ANDRIEU, L. (JUAN, M., ROCA, J. y BODOQUE, Y. colab.):

(1995) "Politique, Science et Droit naturel. Esquisse d'une révolution dans la normativité familiale". En: ASSIER-ANDRIEU, L. y COMMAILLE, J. *Politique de lois en Europe*. Col. Droit et Société, nº 11. París.

ASTELARRA, Judith:

(1987) "El patriarcado como realidad social". En: *II Congreso Mundial Vasco*. Leioa, Vizcaya.

(1986) *Las mujeres podemos: otra visión política*. Barcelona. Icaria.

(1984) "Estado, democracia y feminismo". En: *Jornadas de feminismo socialista*. Madrid.

BARTOLI, Paolo:

(1989) "Antropología en la educación sanitaria". En: *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 7.

BENHABIB, Sheila y CORNELL, Ducilla:

- (1990) "Más allá de la política de género". En: BENHABIB, S. y CORNELL, D. *Teoría feminista y teoría crítica*. València. Alfons el Magnànim. Generalitat Valenciana.

BERGER Peter y LUCKMANN, Thomas:

- (1993) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires. Amorrortu.

BERGUES, H., SAUVY, A. y RIQUET, M:

- (1972) *Historia del control de nacimientos*. Barcelona. Península.

BLOC FEMINISTA DE TARRAGONA:

- (1982) "Sexualitat i Centres de Planning". En: *II Jornades Catalanes de la dona*. Barcelona.

BODOQUE, Yolanda:

- (1993) "Mujer y normativa familiar: análisis a partir de los centros de planificación familiar". En DIEZ, C. y MAQUIEIRA, V. (Coords.) *Sistema de género y construcción (deconstrucción) de la desigualdad*. Tenerife. Publicaciones del VI Congreso de Antropología.

BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO:

- (1941) Ley de 24 de enero de 1941. "Para la protección de la natalidad, contra el aborto y la propaganda anticoncepcionista". *Boletín Oficial del Estado*, de 2 de febrero de 1941.
- (1985) Ley orgánica 8/1985 de 5 de julio, "De reforma del artículo 417 del Código Penal". *Boletín Oficial del Estado*, 166, de 12 de julio de 1985.

CABRÉ, Anna y TORRENTS, Angels:

- "La elevada nupcialidad como posible desencadenante de la transición demográfica en Cataluña". En: *Papers de Geografia*, 44. Universitat Autònoma de Barcelona.

CASTELLS, Eugeni:

- (1980) *El derecho a la contracepción. Los métodos anticonceptivos y sus indicaciones*. Barcelona. Rol.

CIFRIAN, Concha:

- (1984) "Menarquia y menopausia". En: *Mujer y Salud*. Madrid. Instituto de la Mujer. Serie Documentos, nº2.

COLECTIVO MUJERES DE BOSTON:

(1977) *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*. Boston. Asociación Artística La Cuchilla-Cali-Colombia.

COMAS D'ARGEMIR, Dolors:

(1995) *Trabajo, género, cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres*. Barcelona. Icaria-ICA.

COMAS D'ARGEMIR, D. (Dir.) ARASA, E., BODOQUE, Y., FERRERES, S., GIBERT, M., ROCA, J., y SABATE, A. (Colab.):

(1990) *La situació socio-laboral de la dona a Tarragona*. Informe Ajuntament de Tarragona.

COMAS D'ARGEMIR, D., BODOQUE, Y., ROCA, J. y FERRERES, S.:

(1990) *Vides de dona. Treball, família i sociabilitat entre les dones de classes populars (1900-1960)*. Barcelona. Alta-Fulla.

COMELLES, Josep M^a:

(1985) "Sociedad, salud y enfermedad". En: *Jano*, nº 655-H, Junio.

COMELLES, Josep M^a y MARTINEZ, Angel:

(1993) *Enfermedad, cultura y sociedad*. Madrid. Eudema.

DE LA PARTE, Isabel:

(1993) "A propósito de los nuevos movimientos religiosos: reflexiones sobre el trabajo de campo y una propuesta metodológica". En: Antropología de la Religión: ortodoxos, heretges i sectaris, *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 9. Tarragona.

DE MIGUEL, Jesús y DOMÍNGUEZ-ALCÓN, Carmen:

(1979) *El mito de la inmaculada concepción*. Barcelona. Anagrama.

DE MIGUEL, Jesús y DÍEZ NICOLÁS, Juan:

(1981) *El control de la natalidad en España*. Fontanella. Barcelona.

DE MIGUEL, Jesús:

(1983) *Estructura del sector sanitario*. Madrid. Tecnos.

DEL VALLE, Teresa:

(1990) "El espacio y el tiempo en las relaciones de género". En: *Actas del V Congreso de Antropología*. Granada.

(1991) "Género y sexualidad. Aproximación antropológica". En: DEL VALLE, T. y SANZ, C.: *Género y sexualidad*. Madrid. UNED. Fundación Universidad-Empresa.

DIARI OFICIAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA

- (1990) Decreto 286/1990 de 21 de noviembre por el cual se crea el Programa Sanitari d'Atenció a la Dona. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, nº 1374, de 30 de noviembre de 1990.

DIPUTACIO DE BARCELONA

- (1993) *Els homes també. Campanya de sensibilització envers els anticonceptius, la paternitat i la sexualitat dirigida als homes. Butlletí de planificació familiar*, 8. Barcelona. Diputació de Barcelona.

DOUGLAS, Mary:

- (1991) *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Madrid. Siglo XXI.

DURAN, M^a Angeles:

- (1987) *De puertas adentro*. Madrid. Instituto de la Mujer. Serie Estudios, nº 12.

EDHOLM, Felicity:

- (1979) "Las mujeres como personas antisociales: la representación ideológica de las mujeres entre los antaisaka de Madagascar". En: HARRIS & YOUNG: *Antropología y Feminismo*. Barcelona. Anagrama.

EHRENREICH, Bárbara y ENGLISH, Deidre:

- (1984) *Brujas, comadronas y enfermeras. (Historia de las sanadoras). Dolencias y trastornos (política sexual de la enfermedad)*. Barcelona. LaSal, edicions de les dones.

- (1990) *Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres*. Madrid. Taurus.

EHRENREICH, Bárbara:

- (1989) "Feminismo y consolidación de clases", publicado en la revista *Facetas*. Adaptado del libro de la misma autora: *Fear of falling: the Inner Life of the Middle Class* (1989)

ESTEBAN, Ma. Luz:

- (1992) "Propuestas para un discurso feminista sobre salud". En *Geu Emakumeok*, Núm. especial, otoño.

- (1993a) "Actitudes y percepciones de las mujeres respecto a la salud reproductiva y sexual". Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona.

(1993b) "La salud de las mujeres: nuevas preguntas para nuevas respuestas". En: DIEZ, C. y MAQUIEIRA, V. (Coords.): *Sistema de género y construcción (deconstrucción) de la desigualdad*. Tenerife. Publicaciones del VI Congreso de Antropología.

(1994) "La atención específica a las mujeres. 15 años de Planificación Familiar". En: *OP koadernoak. Cuadernos de Salud Pública*, nº 15. Diciembre, 1994.

FALTERI, Paola:

"Uno sguardo agli aspetti antropologici". En: *Le resistenze alla contraccezione. Alcune riflessioni per operare in area di controllo della fertilità*. Perugia. Università degli studi di Perugia. Servizio di documentazione e produzione di sussidi didattici per i programmi di educazione sanitaria.

FELLOUS, M.:

(1988) *De l'état de fille à l'état de mère*. París. Méridiens Klincksieck.

FINN, M. W.:

(1981) *El sistema demográfico europeo. 1500-1820*. Barcelona. Crítica/Grijalbo.

FLANDRIN, Jean Louis:

(1969) "Contraception, mariage et relations amoureuses dans l'occident chrétien". En: *Annales E.S.C.*, 24 (5-6), 1370-1390.

FOUCAULT, M.:

(1979) *Les machines à guérir. Aux origines de l'Hôpital Moderne*. Bruxelles. Atelier Pierre Madaraga.

FRANCO RUBIO, G.A.:

(1982) "La contribución de la mujer española a la política contemporánea: el régimen de Franco (1939-1975)". En: V.V.A.A.: *Mujer y sociedad en España (1700-1975)*. Madrid. Ministerio de Cultura. Estudios sobre la Mujer.

GARCIA, José Luis:

(1989) "La educación sexual: una breve aproximación teórica". En: *Revista Internacional de Sociología*, vol. 47, fascículo 2. Abril-junio. (215-251)

GASCO, Mercé:

(1989) "Modelos de servicios de salud en planificación familiar". Actas del *IV Congreso Estatal de Planificación Familiar*. Sevilla.

GENERALITAT DE CATALUNYA

(1983) *Manual bàsic de planificació de la família*. Barcelona. Quaderns de Salut. Generalitat de Catalunya.

GODELIER, Maurice:

(1989) *Lo ideal y lo material*. Madrid. Taurus.

GONZALEZ DE CHAVEZ, Ma Asunción:

(1993) "Introducción. Sistema sanitario, concepción de la salud y condición de las mujeres". En: GONZALEZ DE CHAVEZ, Ma Asunción (Comp.): *Cuerpo y subjetividad femenina. Salud y género*. Madrid. Siglo XXI.

GORDON, Linda:

(1980) "La lucha por la libertad reproductiva: tres etapas del feminismo". En: EINSENSTEIN, Z. (Comp.): *Patriarcado capitalista y feminismo socialista*. México. Siglo XXI.

(1984) "Maternidad voluntaria: inicios de las ideas feministas en torno al control de la natalidad en E.E.U.U.". En: NASH, M. (Ed.): *Presencia y protagonismo. Aspectos de la historia de la Mujer*. Barcelona. Del Serbal.

GRACIA, Diego:

(1983) "Humanismo y Medicina". En: *Primeras Jornadas de Sociología de la salud*. Getxo.

GRASSI, Estela:

(1986) "Estado, familia y mujer: de las damas de beneficencia a las asistentes sociales". En: GRASSI, E. (Comp.): *La antropología y los estudios de la mujer*. Buenos Aires. Humanitas.

GRUPO FEMINARIO DE ALICANTE

(1984) "Las mujeres y las estructuras patriarcales sanitarias o hacia un concepto de Sanidad más democrático". En: *Mujer y Salud*. Madrid. Instituto de la Mujer. Serie Documentos, nº 2.

HARRIS, Olivia y YOUNG, Kate (Comp.):

(1979) *Antropología y feminismo*. Barcelona. Anagrama.

INSTITUTO DE LA MUJER

(1984) *Guía de Centros públicos de Planificación Familiar*. Madrid. Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales.

- (1989) *Salud I: Guía de Anticonceptivos y sexualidad*. Madrid. Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales.
- (1990) *Salud II: Maternidad/Paternidad. El parto y el posparto*. Madrid. Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales.
- (1991) *Salud II: Maternidad/Paternidad. El embarazo*. Madrid. Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales.
- (1991) *Salud III: La interrupción voluntaria del embarazo*. Madrid. Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales.
- (1991) *Salud IV: Las enfermedades de transmisión sexual*. Madrid. Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales.
- (1991) *Salud V: La menopausia*. Madrid. Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales.
- (1991) *Salud VI: La consulta ginecológica*. Madrid. Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales.
- (1991) *Guía de Centros públicos de Planificación Familiar*. Madrid. Instituto de la Mujer. Ministerio de Asuntos Sociales.
- (1992) *Salud VII: La mujer y el sida*. Madrid. Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales.
- (1993) *Salud VIII: Adolescencia*. Madrid. Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales.
- (1994) *Salud IX: Mujeres Mayores*. Madrid. Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales.

INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION

- (1992) "Los hombres y la planificación familiar". En: *Network en español. Family Health International*. Vol 7, nº 3. Octubre.

IZQUIERDO, Ma Jesús:

- (1979) "Demografía, contracepción y sexualidad". Ponencia presentada a las *Jornadas Feministas Estatales*. Granada.

JUAN, Montserrat:

- (1993) "Normativa, cambio social y aborto en España". Mimeografiado.

(1991) "Crear el nacimiento: la medicalización de los conflictos en la reproducción". En: *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, nº.53. Enero-Marzo.

JULIANO, Dolores:

(1990) "Aportes metodológicos para los estudios de la mujer", En: *V Congreso Estatal de Antropología*. Granada.

KÄPPELI, Anne Marie:

(1993) "Escenarios del feminismo". En: *Historia de las mujeres. S. XIX*. Madrid. Taurus.

KNIBIEHLER, Yvonne y FOUQUET, Catherine:

(1983) *Les femmes et les medecins. Analyse historique*. París. Hachette.

(1980) *Histoire des femmes*. París. Montalba.

KREMPEL, A:

(1961) *La continencia periódica en el matrimonio. Según los principios de Ogino, Knauss y Smulders*. Barcelona. Herder.

LABOIRE, Françoise:

(1985) "Procréations et filiations: logiques des conceptions et des nominations". En: *L'homme*, nº 95, julio-septiembre.

LOPEZ DE MEDINA, R.:

(1990) *Contribuciones a la planificación Familiar. Desde sus inicios hasta nuestros días*. Madrid. CEA.

LUNA, Joana y MACIÀ, Elisenda:

(1988) "L'associacionisme femení: catolicisme social, catalanisme i lleure". En: NASH, M. (Comp.) *Més enllà del silenci*. Barcelona. Generalitat de Catalunya. Departament de la Presidència. Comissió Interdepartamental de Promoció de la Dona.

MALTHUS, Thomas:

(1985) *Primer ensayo sobre la población*. Barcelona. Orbis.

MARQUÉS, Josep-Vicent:

(1991) "Varón y patriarcado". En: OSBORNE R. y MARQUÉS, J-V.: *Sexualidad y sexismo*. Madrid. UNED. Fundación Universidad Empresa.

MARTIN, M. Kay y VOORHIES, B.:

(1978) *La mujer: un enfoque antropológico*. Barcelona. Anagrama.

MARTIN GAITE, Carmen:

(1987) *Usos amorosos de la postguerra española*. Barcelona. Anagrama.

MATHIEU, Nicole-Claude:

(1991) *L'anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe*. París. Côte-Femmes.

(1985) *L'arraisonnement des femmes*. París. Cahiers de l'homme. E.H.E.S.S.

McBRIDE, Theresa M.

(1984) "El largo camino a casa: el trabajo de la mujer y la industrialización". En: NASH, M. (ed.) *Presencia y protagonismo. Aspectos de la historia de la mujer*. Barcelona. Del Serbal.

MENDEZ, Elvira:

(1984) "Planificación Familiar: problemática general y situación en España". En: *Mujer y salud*. Madrid. Instituto de la Mujer. Serie Documentos, nº2.

MODOLO, Antonia:

(1984) "Dimensión educativa de la Planificación Familiar". En: *Mujer y Salud*. Madrid. Instituto de la Mujer. Serie Documentos, nº2.

MONFORTE, Isabelle:

(1990) "Le corps de l'autre dans les discours et les pratiques du personnel d'une P.M.I.". Nanterre. Maîtrise d'ethnologie. Université de París X.

MOORE, Henrietta L.:

(1991) *Antropología y Feminismo*. Madrid. Cátedra.

NADAL, Jordi:

(1986) *La población española (siglos XVI-XX)*. Barcelona. Ariel.

(1992) *Bautismos, desposorios y entierros. Estudios de demografía histórica*. Barcelona. Ariel.

NASH, Mary:

(1983a) *Mujer, trabajo y familia. 1875-1936*. Barcelona. Anthropos.

(1983b) "L'avortament legal a Catalunya: una experiència fracassada". En: *L'Avenç*. Marzo.

- (1984) (ed.) *Presencia y protagonismo. Aspectos de la historia de la mujer*. Barcelona. Del Serbal.
- (1984) "El neomathusianismo anarquista y los conocimientos populares sobre el control de la natalidad en España". En: NASH, M. (Ed.): *Presencia y protagonismo. Aspectos de la historia de la Mujer*. Barcelona. Del Serbal.
- (1988) "Més enllà del silenci: la veu de les dones a la història". En: NASH, M. (Comp.) *Més enllà del silenci*. Barcelona. Generalitat de Catalunya. Departament de la Presidència. Comissió Interdepartamental de Promoció de la Dona.
- (1990) "Política de maternidad e higiene de raza en el franquismo". Conferencia. Tarragona.

NASH, Mary y TAVERA, Susanna:

- (1994) *Experiencias desiguales: conflictos sociales y respuestas colectivas*. Madrid. Síntesis.

ONU

- (1974) *Plan de Acción de Población Mundial*. Bucarest. United Nations World Population Conference.

ORTNER, Sherry B.:

- (1979) "¿Es la mujer respecto a la naturaleza lo que el hombre respecto a la cultura?". En: HARRIS & YOUNG, (Comp.): *Antropología y feminismo*. Barcelona. Anagrama.

OSBORNE, Raquel:

- (1991) "La discriminación social de la mujer en razón de sexo". En OSBORNE, R. y MARQUÉS J-V: *Sexualidad y sexismo*. Madrid. UNED. Fundación Universidad Empresa.

PESET, Jose Luis:

- (1983) *Ciencia y marginación. Sobre negros, locos y criminales*. Barcelona. Crítica/Grijalbo.

PERDIGUERO, Enrique:

- (1994) "Popularización de la higiene en los manuales de economía doméstica en el tránsito de los siglos XIX al XX". En: *Enfermedad y cultura*

PRATS, Llorenç:

- (1996) *La Catalunya rànica. Les condicions de vida materials de les classes populars a la Catalunya de la Restauració segons les topografies mèdiques.* Barcelona. Alta-Fulla.

PUJADAS, Joan Josep

- (1992) *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales.* Madrid. Col. Cuadernos metodológicos, 5. CIS.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA

- 1992 *Diccionario de la Lengua Española.* Tomos I y II. Madrid. Espasa Calpe.

ROCA i GIRONA, Jordi:

- (1992) "Percepció i imatges de la dona a la postguerra espanyola". Tesis Doctoral. Tarragona. Universitat Rovira i Virgili.

- (1993) "Del clero para el pueblo. La literatura edificante de postguerra: un instrumento de divulgación y socialización". En: *Revista de dialectología y tradiciones populares*, III, 2 pp. 5-30, Madrid.

RODRIGUEZ, Josep A.:

- (1984) "El paper social dels professionals en l'art de guarir". En: V.V.A.A.: *Antropologia i salut.* Barcelona. Fundació Caixa de Pensions.

RODRIGUEZ, Josep A. y DE MIGUEL, Jesús:

- (1990) *Salud y poder.* Madrid. C.I.S. no. 112. S.XXI.

RODRIGUEZ OCAÑA, E:

- (1986) "Medicina y acción social en la España del primer tercio del siglo XX". En: V.V.A.A.: *4 siglos de acción social. De la beneficencia al bienestar social.* Madrid. Siglo XXI.

ROIJE, Xavier:

- (1989) "Els juristes i la família catalana". En: *L'Avenç.* Diciembre.

ROSALDO, Michelle Z.:

- (1979) "Mujer, cultura y sociedad: una visión teórica". En: HARRIS & YOUNG (Comp.): *Antropología y feminismo.* Barcelona. Anagrama.

ROSEN, G.:

- (1974) *De la policía médica a la Medicina Social.* México. Siglo XXI.

SANZ, Carmela:

- (1991) "Genero y sexualidad: una aproximación desde la psicología social". En: DEL VALLE, T. y SANZ, C.: *Género y sexualidad*. Madrid. UNED. Fundación Universidad Empresa.

SAU, Victoria:

- (1986) *Ser mujer: el fin de una imagen tradicional*. Barcelona. Icaria.

SCOTT, Joan W. y TILLY, Louise A.:

- (1984) "El trabajo de la mujer y la familia en Europa durante el siglo XIX". En: NASH (Comp.): *Presencia y protagonismo. Aspectos de la historia de la mujer*. Barcelona. Del Serbal.

SCOTT-SMITH, D.:

- (1984) "La limitación de la familia, el control de la sexualidad y el feminismo en la América Victoriana". En: NASH (Comp.): *Presencia y protagonismo. Aspectos de la historia de la mujer*. Barcelona. Del Serbal.

SEGALEN, M. (Dir.):

- (1989) *L'autre et le semblable*. París. CNRS.

- (1992) *Antropología histórica de la familia*. Madrid. Taurus.

- (1988) "La revolución industrial: el proletariado burgués". En: V.V.A.A.: *Historia de la familia*. Madrid. Alianza.

SPERBER, Dan:

- (1989) "L'étude anthropologique des représentations: problèmes et perspectives". En: JODELET, Denise (Dir.): *Les représentations sociales*. París. P.U.F.

STRATHERN, Marilyn:

- (1979) "Una perspectiva antropológica". En HARRIS & YOUNG *Antropología y feminismo*. Barcelona. Anagrama.

TABET, Paola:

- (1985) "Fertilité naturelle, reproduction forcée". En: N.-C. MATHIEU (Comp.): *L'arraisonnement des femmes*. Paris. Cahiers de l'Homme. EHESS.

TABOADA, Leonor:

- (1985) "Información/orientación sexual en los CPF". En: *Mujer y Salud*. Madrid. Instituto de la Mujer. Serie Documentos, nº 2.

TILLY, Louise A.:

- (1979) "Individual Lives and Family: Strategies in the French Proletariat".
En: *Jornal of Family History*, 4 (2):137-152.

URIBE, Txema:

- (1989) "El centro de salud: una nueva mirada médica". En: *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 7.

VALIENTE, Celia:

- (1994) "El feminismo de Estado: el Instituto de la Mujer, 1983-1994".
Estudio/Working Paper 1994/58. Noviembre.

VILLATORO, Assumpta:

- (1986) "Una aproximació a la història de la planificació familiar". En
Arrel. Mayo.

VIDAL, Tomás:

- (1992) "La transició demogràfica a Catalunya i a les Balears".

- (1983) "El poblament i la població". En: V.V.A.A.: *Gran Geografia Comarcal de Catalunya*. V.XVII. Barcelona. FEC.

WRIGLEY, E.A.:

- (1985) *Historia y población. Introducción a la demografía histórica*.
Barcelona. Crítica/Grijalbo.

- (1992) *Gentes, ciudades y riqueza. La transformación de la sociedad tradicional*. Barcelona. Crítica.

V.V.A.A.

- (1986) *La mujer española: de la tradición a la modernidad. 1960-1980*.
Madrid. Tecnos.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DISCURSOS Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD Y EPRODUCCIÓN: LOS CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Yolanda Bodoque Puerta

ISBN:978-84-693-6294-5/DL:T-1601-2010

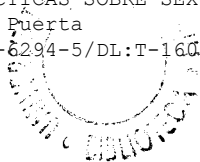
EPÍLOGO

15 años han pasado ya desde la apertura del primer CPF en Tarragona (la mítica 'Mitja Lluna'). A éste le siguieron otros como: Valls (1982), El Vendrell (1984), Cambrils (1986) o Tortosa (1987). Los tres primeros centros fueron pioneros, junto a otros homólogos del resto del Estado Español, en la puesta en funcionamiento de una forma de asistencia sin precedentes en la concepción tradicional de la medicina.

Los grupos feministas locales tuvieron, en la fundación de todos ellos, un papel protagonista, ya que partían de un replanteamiento de la sanidad y concretamente de la atención específica a las mujeres. De esta forma, vieron cumplidas sus expectativas con la fundación de los centros que dejaron en manos de profesionales formadas, con capacidad y voluntad de hacer posible una nueva forma de asistencia.

Las condiciones del nacimiento de los centros fueron en la mayor parte de ellos penosas (retraso en los pagos, dificultad para derivar a las mujeres si tenían algún problema, desprecio de muchos de sus homólogos, desconsideración, etc...) pero gracias al tesón de las personas que a ellos se dedicaron fue posible su desarrollo y también gracias a los miles de mujeres que confiaron en las trabajadoras y que pusieron su cuerpo en sus manos. De esta forma los centros de planificación familiar pudieron trabajar y demostrar que existe otra forma de asistencia gracias al apoyo económico de los primeros ayuntamientos catalanes de izquierda que permitieron que, paralelamente a la medicina oficial, éstos centros tuvieran una cierta independencia para poner en marcha su concepción de la salud reproductiva y sexual de las mujeres.

Pasados todos estos años y aunque a nivel general no se haya logrado una situación óptima, es cierto que, como apunta Esteban, la atención sanitaria respecto a las mujeres ha cambiado radicalmente, sobre todo en lo que tiene que ver con la salud reproductiva. Las demandas en este sentido



han dado como resultado que desde la medicina y sobre todo desde la especialidad ginecológica los responsables hayan tomado partido de tal manera que ésta ha dado un giro importante desde la patología a la prevención. Pero no han ido más allá. Los profesionales (especialistas) siguen sin hacer caso de los problemas de las mujeres (más allá del órgano y de la concepción biologicista de la persona), no informan suficiente del proceso asistencial y mantienen una relación distante y autoritaria, por ser excesivamente superficial y "frívola", además de actuar desde ideas estandarizadas sobre las mujeres, sin que tengan en cuenta las particularidades de cada una (1994:12).

La renovada atención que los especialistas han despertado sobre este campo de la salud reproductiva y sexual de las mujeres también ha llevado, en algunos lugares a coordinarse con los centros de planificación familiar. En otros, como es el caso de los centros arriba nombrados, los han hecho desaparecer sin tener en cuenta a las personas que trabajaban en ellos, desmereciendo el trabajo que en la misma línea habían llevado desde hacía 15 años y despreciando la opción de las mujeres que habían hecho la elección de acudir a los centros, teniendo la oportunidad de utilizar la sanidad pública. Intereses políticos y médicos se van entremezclando en aras de conseguir el poder económico que este potencial campo de la salud de las mujeres, ya abonado, les puede aportar. No hay explicación posible. Los ayuntamientos que ya no son de izquierda (tampoco es necesario) se ven obligados a cesar los centros sin lucha previa, posiblemente porque no estamos en ninguna época de grandes movilizaciones. Las personas hacen su protesta mediante votos democráticamente ocultos y no se sienten con ánimos para levantar su voz.

Este trabajo rinde homenaje a las trabajadoras y usuarias de los siguientes centros recientemente desaparecidos en menos de un año: CPF de El Vendrell (1984-1995), CPF de Valls (1982-1996) y la unidad de observación de esta investigación, el CPF de Cambrils (1986-1996).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DISCURSOS Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD Y EPRODUCCIÓN: LOS CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Yolanda Bodoque Puerta
ISBN:978-84-693-6294-5/DL:T-1601-2010

