



ANTROPOLOGÍA DE LA MEDICINA,
METODOLOGÍAS E INTERDISCIPLINARIEDAD:
DE LAS TEORÍA A LAS PRÁCTICAS
ACADÉMICAS Y PROFESIONALES

Oriol Romaní, Cristina Larrea,
José Fernandez (Coordinadora/es)

2

CUERPOS DESANGRADOS. SUFRIR ABORTO, ECLAMPSIA Y ANEMIA ENTRE MUJERES DE UN SUBURBIO BRASILEÑO

CRISTINA LARREA KILLINGER

Universitat de Barcelona

El objetivo de esta comunicación es analizar antropológicamente la centralidad del cuerpo de la mujer en las experiencias del aborto, la eclampsia¹ y la anemia para explicar la importancia de la corporalidad de la violencia de la desigualdad social y la significación central de la fecundidad en la construcción del parentesco.

La violencia de la desigualdad causa aflicciones como la anemia y diversas dolencias reproductivas. A partir del análisis de las experiencias de catorce mujeres residentes en un barrio urbano marginal de la ciudad de Salvador de Bahía, observamos la sangre como el fluido que simboliza la fecundidad y que vincula el cuerpo al parentesco. Por un lado, la “pérdida de sangre”, debido a las hemorragias por aborto y/o eclampsia, y la “ausencia o falta de sangre”, a causa de la experiencia crónica de la anemia, son representaciones de la violencia del hambre, la marginación y la exclusión social. Por el otro, en el proceso de elaboración de las genealogías el aborto es ambivalente ya que representa la negación del mito de la maternidad y al mismo tiempo refuerza el mito de la sexualidad asociada a la fecundidad. En esta sociedad la potencia de ser madre (fertilidad) es más importante que mostrar el acto de serlo (fecundidad). La identidad de la sexualidad femenina se apoya estructuralmente en la fecundidad aunque ésta no sea expresada siempre emocionalmente como un acto volitivo. La fertilidad adquiere una dimensión simbólica importante en el proceso de construcción de

¹ Esta enfermedad se produce después de una serie de crisis de pre-eclampsia durante el embarazo, asociadas a factores como la presión alta con capacidad de producir convulsiones y, en su fase más aguda la eclampsia, desencadenar en un coma y aumentar el riesgo de muerte materna.

la identidad de estas mujeres. Las interrupciones voluntarias y naturales de los embarazos son experiencias sociales significativas en un mundo atravesado por la violencia y la miseria.

1. BARRIO, INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS

Conocer el contexto social en el que estas mujeres viven es central para entender cómo se configuran las experiencias corporales relacionadas a la reproducción y al parentesco. Este barrio conocido bajo el nombre de *Nova Constituinte*, una invasión de tierras iniciada entre 1983 y 1985, está ubicado en el suburbio ferroviario de Salvador de Bahía (Brasil) y cuenta en la actualidad con un total de población de 18.077 personas, según el censo del año 2000. Cuando empecé el trabajo etnográfico² a finales de octubre del año 1997 el barrio contaba con 9.748 personas, según el censo de 1996. No había un sistema de alcantarillado ni un servicio de recogida regular de basuras. El sistema de abastecimiento de agua potable llegaba de modo deficiente a la mayoría de las casas y, por eso, las familias habían desarrollado un variado sistema de almacenamiento en toneles, cisternas, botellas y ollas para evitar la escasez de los cortes de agua. El suministro de energía eléctrica, conseguido años atrás gracias a la lucha vecinal, se privatizó pocos meses después de haber iniciado mi trabajo de campo y, tras la instalación de medidores eléctricos en cada una de las casas, los recibos de luz se triplicaron. En el año 1997 apenas había una guardería comunitaria que contaba con el apoyo de la iglesia católica, tres asociaciones barriales en activo y numerosas iglesias evangélicas y *terreiros de candomblé* (cultos afrobrasileños).

Diez años después el barrio había conseguido un sistema de alcantarillado deficiente con una cobertura insuficiente, un servicio regular de recogida de basuras y eliminado los vertederos clandestinos. El servicio de abastecimiento de agua potable había

² Los datos etnográficos relativos a la experiencia reproductiva de las catorce mujeres proceden de una investigación antropológica sobre saneamiento ambiental (Larrea, 2001) que he desarrollado entre los años 1997 y 2007. En total he realizado cuarenta meses de trabajo de campo, distribuidos en distintos períodos durante diez años, y he contado con la participación parcial de tres ayudantes de campo. Estos datos etnográficos analizados en esta comunicación forman parte de la primera etapa desarrollada entre los años 1997 y 1998, con un total de diez meses de trabajo de campo en Nova Constituinte.

mejorado a costa de aumentar el valor de los recibos. La introducción de hidrómetros para medir el consumo particular de agua y la inclusión de la tasa de alcantarillado duplicaron dichos recibos en los últimos cinco años. En este período aumentó también el número de guarderías, iglesias evangélicas y comercios. La cesión de un terreno por parte de la principal asociación de vecinos a la Secretaría de Salud del Ayuntamiento de Salvador en el año 2002 permitió la construcción de un centro de salud. Actualmente este centro aplica el PSF (Programa de Saúde da Família) y cuenta con un equipo de atención de tres enfermeras, un médico y trece agentes de salud comunitaria distribuidas por zonas. Su principal función es preventiva y aplica programas de atención a la salud materno-infantil y de prevención de enfermedades principalmente infecto-contagiosas (Sida, tuberculosis, lepra, etc.).

El barrio no ha conseguido hoy en día ver sus calles asfaltadas. Sin embargo, la introducción de gravilla por parte de candidatos políticos durante las campañas electorales ha mejorado el estado de la vía principal y, de ese modo, facilitado el acceso de algunos vehículos particulares y de camiones de suministro de mercancías a los pequeños comercios. Además, con la iniciativa el año pasado de un vecino, propietario de una furgoneta, que ofreció un servicio regular de transporte para comunicar el barrio con la principal parada de autobuses de la carretera suburbana y el centro de Periperí, la comunicación entre ambos barrios ha mejorado.

Las casas han sido reformadas, en su conjunto, al disminuir la provisionalidad de las casas de adobe, madera y mampostería. Las familias han conseguido poco a poco invertir en la mejora de sus casas a partir de la sustitución de estos materiales por ladrillo, la ampliación del espacio, la introducción del baño y la colocación de cerámica en el suelo. Este proceso de inversión en estas mejoras se ha observado de modo desigual según la situación económica de las familias. A partir del año 2003 el barrio ganó el derecho de entrar en el proceso de regularización de las tierras y algunas familias pudieron acceder al título de propiedad en régimen de usucapión. Ese mismo año una parte del barrio se benefició con la posibilidad de conectarse a la red de alcantarillado porque había entrado en funcionamiento. De todos modos, ambas medidas fueron parciales y deficientes.

Todos estos beneficios, gracias principalmente a iniciativas colectivas y particulares así como, posteriormente, a la aplicación de políticas públicas han iniciado un proceso de urbanización que continúa todavía en desarrollo. Nuevas intervenciones municipales y estatales están previstas para construir un conjunto de viviendas de protección oficial, asfaltar las calles, mejorar las infraestructuras e implementar servicios públicos en los próximos años.

Estas mujeres³ llegaron al barrio en distintos momentos de su vida coincidiendo básicamente con la necesidad de encontrar una vivienda propia para salir del régimen de alquiler o bien para formar una nueva familia. Cinco de ellas se instalaron en una zona más urbanizada y nueve en otra menos urbanizada, próxima a un río. La diferencia básica entre estas dos zonas era el grado de desarrollo de la infraestructura urbana y la mayor o menor vulnerabilidad a los riesgos ambientales (Larrea & Barreto, 2006). En la zona del barrio cercana al río las personas sufrían mayores problemas urbanos debido a la falta de infraestructura, un servicio de abastecimiento de aguas ineficiente, la falta de recogida de basuras, la presencia de vertederos clandestinos y el desprendimiento de tierras durante el período de lluvias. Por aquel entonces no había una red de alcantarillado en todo el barrio y, por eso, las mujeres resolvían el problema del lanzamiento de las aguas residuales directamente a un canal a cielo abierto próximo a su casa (zona más urbanizada) o directamente al río (zona menos urbanizada). Solamente tres mujeres tenían váter (zona más urbanizada), dos de ellas lo tenían canalizado a una fosa que funcionaba como depósito de las deyecciones y la otra las arrojaba directamente a un canal a cielo abierto. El resto de las personas depositaban las heces en bolsas plásticas y las adjuntaban a la basura común (*fazer balão*). Como ninguna de las calles estaba asfaltada los canales a cielo abierto seguían un trazado paralelo a la calle, próximo a la entrada de las casas, que solía desbordarse e inundar las casas en período de lluvias.

³ A la hora de elegir las familias que participaron en esta investigación tuve en cuenta dos factores: el primero, el emplazamiento en el que estas mujeres tenían sus casas, pues había una parte del barrio más urbanizada con abastecimiento de agua y servicio irregular de basuras que contrastaba con una parte menos urbanizada próxima al río Paraguari y, el segundo, dependía del requisito de la investigación epidemiológica que determinaba que todas las familias tenían que tener como mínimo un hijo menor de 3 años.

Diez años después, las familias que continuaron en el barrio y que fueron beneficiadas por el acceso a la nueva infraestructura de saneamiento han conseguido construir su retrete y canalizar el váter a la red de alcantarillado. Sin embargo, la deficiencia del sistema y la cobertura parcial del mismo ha provocado que algunas de estas familias hayan continuado lanzando las aguas residuales junto a las deyecciones a canales a cielo abierto o al río a través de un conducto que sale directo del váter. Con la instalación del sistema se ha podido observar en el barrio que la presencia de aguas residuales a cielo abierto y el hedor ha disminuido. De todos modos, esta reducción visual y olfativa de la suciedad de las calles no significa que se haya eliminado totalmente su presencia del paisaje urbano.

La damnificación del sistema de alcantarillado debido a la mala calidad de la obra, la falta de fiscalización y la falta de políticas públicas integradas de infraestructura facilitó el aumento del caudal de la red durante el período de lluvias y la mezcla de aguas pluviales y residuales. Además, la falta de un sistema de drenaje y la presencia de basuras en zonas del barrio con un sistema de recogida deficiente incrementó los problemas de la red de alcantarillado. Debido a la fuerza de las lluvias las basuras desparramadas por la calle se acumularon junto a las alcantarillas y penetraron en el sistema a causa de la falta de tapas que cerraran las cajas adecuadamente. Esta situación obstruyó en algunos puntos la red y produjo derramamiento de aguas residuales y la destrucción de algunos tubos.

2. MUJERES, CASA Y FAMILIA

Al comienzo del trabajo de campo seis de las mujeres entrevistadas vivían en barracas de mampostería de una sola habitación con paredes sin cobertura de cemento. Dos mujeres habitaban casas de dos habitaciones, dos en viviendas de tres habitaciones y excepcionalmente una mujer en una casa con cuatro habitaciones y otra con cinco. Al final de esta primera etapa del trabajo de campo una de las mujeres consiguió reformar su casa y amplió en dos más los cuartos que tenía. El esfuerzo de ampliación es costoso porque requiere de materiales de construcción y de la participación de albañiles y parientes que ayuden en distintas fases de la reforma. En la

actualidad cuatro de las nueve mujeres que vivían en la zona menos urbanizada emigraron a otros barrios a causa de la violencia (dos familias por la violencia del barrio y otras dos por la violencia doméstica). Dos de las familias se marcharon por el aumento de la violencia en la zona y las otras dos abandonaron la casa al separarse del marido. En la zona más urbanizada una de las familias se marchó por problemas de violencia. Actualmente solo nueve de las catorce familias que comenzaron a participar en esta investigación continúan viviendo en el barrio.

Tres de estas mujeres contaban con un hijo cada una. La mayoría tenían entre dos (2 casos), tres (1 caso), cuatro (3 casos) y cinco (2 casos) hijos cada una (8 casos en total), exceptuando tres mujeres con seis, nueve y doce hijos respectivamente. Dos de ellas vivían sin marido, por estar una separada y la otra viuda, pero el resto de las mujeres residían con su marido e hijos en la misma casa. De ese modo, las dos primeras constituían familias monoparentales mientras que las otras formaban una combinación de familias nucleares y extensas. Todas las mujeres guardaban relaciones de parentesco consanguíneo o afin en el barrio, aunque solamente algunas llegaban a formar verdaderas unidades domésticas⁴ con preferencia concentradas en la zona menos urbanizada.

Entre la primera etapa de trabajo de campo y el año pasado hubo un aumento del número de hijos. La mujer que tenía en 1998 seis hijos llegó a tener diez hijos nacidos vivos, una de las más jovencitas que por aquel entonces tenía apenas un hijo aumentó la familia en dos más, otra de las mujeres que tenía dos hijos se quedó nuevamente embarazada dando a luz a un niño y, por último, una de las mujeres que tenía cuatro hijos después del asesinato de su marido se unió a otro hombre del que actualmente ya tiene dos hijos más.

⁴ Con relación al concepto de unidad doméstica me baso en el de Bender y Nutini (cf. De Lomnitz 1993) definido como la organización social integrada por un grupo de personas que forman un grupo doméstico y viven en el mismo terreno, en la misma casa o en casas próximas al mismo barrio. Las tres variables semi-independientes son: parentesco, proximidad residencial y función doméstica. Las unidades domésticas están normalmente formadas por familias nucleares o extensas, que guardan relaciones de parentesco entre sí y comparten varias funciones domésticas, como ayuda mutua y cuidado de los hijos.

Heritiér (1996) nos ha demostrado que la base de los sistemas ideológicos se fundamenta a partir de las oposiciones de valores contrastados que se clasifican en lo masculino y lo femenino. La familia se funda en el principio ideológico de la división sexual del trabajo. Sin embargo, la experiencia muestra que la ideología del género basada en la separación sexual de las actividades de reproducción social y producción económica no es tan estricta en la práctica. Aunque las mujeres se dedican básicamente a las tareas domésticas y al cuidado de los hijos muchas de ellas combinaban estas actividades con otras de tipo productivo. Algunas se dedicaban a la venta informal de helados y golosinas en sus casas y otras, más osadas, salían a la venta ambulante de cacahuets por la playa o de hierros viejos recogidos por los contenedores de basuras y vertederos. Los trabajos pertenecían en su mayoría a la economía informal, aunque algunas de ellas consiguieron trabajo temporal de mujeres de la limpieza.

En la actualidad algunas de estas mujeres han conseguido mejores empleos y más estables. Una de ellas es agente de salud comunitaria y de las ocho restantes que todavía siguen viviendo en el barrio cuatro trabajan como empleadas domésticas y las otras cuatro mantienen trabajos informales de venta ambulante. La mayoría de sus maridos trabajaban entre 1997 y 1998 temporalmente por cuenta propia o ajena en puestos relacionados con la construcción y la venta ambulante. En la actualidad continúan en el mismo tipo de ocupaciones en función de las fluctuaciones del mercado laboral. El peso de la economía doméstica continúa recayendo en una mayor estabilidad en la precariedad laboral de la mujer frente a una mayor inestabilidad del empleo de los hombres.

De las catorce familias que participaron en el estudio nueve mujeres habían reconstituido su familia con un nuevo marido. Ocho de estas mujeres formaron nuevas familias aportando hijos de maridos anteriores y tuvieron más hijos a partir de estas nuevas uniones. Solamente una de ellas no pudo llevarse consigo a su hija de la primera unión porque su primer marido consiguió quitarle la tutela. Todas ellas vivían en sus diminutas casas en régimen de familia nuclear pero algunas de ellas al tener cerca sus parientes formaban unidades domésticas donde compartían favores mutuos como el

préstamo de comida y el cuidado de los hijos. Tres de las mujeres que vivían en la zona menos urbanizada formaban realmente una de las unidades domésticas más complejas por la diversidad de relaciones de apoyo mutuo. Por último, tres mujeres habían formado por primera vez una familia.

3. FECUNDIDAD, ABORTO Y PARENTESCO

La fecundidad forma parte del proceso de iniciación femenina. Entre las mujeres del suburbio la primera experiencia de ser madre no siempre está vinculada a la moral conyugal que centra la maternidad al matrimonio⁵. La fecundidad fuera del matrimonio o de una relación estable es una experiencia muy difundida entre las mujeres que se quedan embarazadas por primera vez a la temprana edad de quince años. En pocas ocasiones el futuro padre asume el embarazo y funda una familia, a no ser que se trate de un hombre separado o viudo que le doble en edad y que, por miedo a la denuncia de la familia de la muchacha por acostarse con una menor, decida llevársela a su casa. En esos casos la familia de la chica consiente la unión aunque no siempre desee marcharse de casa de su madre. La presión familiar tiene que ver más con la existencia de problemas económicos que aseguren el cuidado de un nuevo retoño en la casa familiar que por problemas morales. Con el tiempo, estas mujeres que se quedaron en la casa materna conocen a otro hombre con el que deciden fundar una familia en un nuevo hogar.

Las mujeres reconocen haber deseado siempre tener una hija la primera vez que se quedaron embarazadas. La hija tiene un valor fundamental en la función doméstica del cuidado de los hermanos menores y la ayuda de las actividades de la casa. La construcción del primer deseo es percibida como una decisión que les atañe solamente a ellas, mientras que el deseo de los demás hijos está vinculado al de sus maridos. Como las mujeres de *Nova Constituinte* han tenido durante su ciclo reproductivo varios maridos consecutivos podemos

⁵ Como inversión de esta lógica, la exclusividad moral que imprime la maternidad al matrimonio es interesante analizar el estudio de Chebel (1993) sobre la fecundidad en el universo árabe-musulmán.

constatar una “monogamia sucesiva” que incluye múltiples gestaciones, algunas de ellas expresamente interrumpidas.

En la primera etapa de campo me llevé una sorpresa cuando empecé a elaborar la genealogía de cada una de las mujeres. Se trataba de la incorporación de los abortos en el proceso de elaboración de la carta de parentesco como gestaciones interrumpidas y la constatación del número tan elevado de abortos provocados y espontáneos que habían tenido en su etapa reproductiva. Aunque no se trataba del objeto principal de mi investigación consideré importante profundizar sobre este tema porque me llamaba la atención la espontaneidad con la que las mujeres hablaban de los abortos provocados en un país donde esta práctica era ilegal. Esta elevada tasa de abortos provocados era el resultado de una práctica contraceptiva asumida por las mujeres. Se tornaba necesario explorar el universo de la economía moral que influía en la toma de decisión y la práctica de interrupción del embarazo.

Todas las mujeres recordaban perfectamente el número de gestaciones y las situaban en un orden cronológico distribuido por el número de maridos que habían tenido hasta el momento de la entrevista. La interrupción espontánea o provocada de la gestación era reconstruida por la mujer como el efecto de una crisis emocional y personal vinculada a su participación como testigo de un acto violento en el barrio con la presencia de derramamiento de sangre y a la crisis violenta de convivencia con su marido. Me pregunté qué papel ocupaba el aborto en la construcción genealógica, qué valor tenía el aborto en la formación de una identidad materna negada y qué tipo de experiencia tenía el aborto en la relación entre los géneros.

El siguiente cuadro va a permitirnos situar al lector sobre el universo de abortos comparado a los hijos nacidos vivos y a los fallecidos. También se tiene en cuenta la situación actual para tener una idea más clara de la magnitud del tema en la etapa reproductiva conocida de estas mujeres.

CUADRO 1: FECUNDIDAD: Gestación, nacimientos, abortos, hijos vivos y fallecidos

Código	Edad	Gesta ción	Nacidos vivos	Falle- cidos	Abortos ⁶ Provocado Espontáneo		Hijos vivos	Total hijos vivos hoy + 1998
					(*C (**P (++)S	(+)N		
F1(J)NC	34	11	9	0	2(*)	0	9	9
F2(E)NC	22	6	4	0	1(*)	1(++)	4	NS
F3(C)NC	29	13	7	1	3(*)	3(++)	6	10
F4(D)NC	20	4	2	0	2(*)	0	2	3
F5(S)NC	34	13	4	1	1(*)	7(+)	4	NS
F6(R)NC	44	2	2	0	0	1(++)	2	2
F7(N)NC	18	1	1	0	0	0	1	3
F9(S)NC	24	1	1	0	0	0	1	1
F10(C)NC	34	6	4	0	0	2(+)	4	4
F11(C)NC	33	10	8	1	2(**)	1(++)	6	6
F12(V)NC	18	1	1	0	0	0	1	NS
F13(I)NC	34	5	5	0	0	0	5	5
F14(S)NC	25	4	4	0	0	0	4	6
F15(C)NC	45	13	13	0	1	0	12	12

Fuente: elaboración propia con los datos etnográficos de 1998 y años sucesivos.

Como se puede observar en este cuadro la mitad de las mujeres declararon haber abortado intencionadamente a través del uso de un medicamento llamado *citotec*. Este medicamento, comercializado para el tratamiento de úlceras gástricas, se ha extendido en América Latina con el objetivo de inducir el aborto. La propiedad principal de este remedio es la capacidad que tiene para provocar contracciones uterinas y su posterior expulsión del feto. Tomado por vía oral o vaginal, o las dos acciones al mismo tiempo, la automedicación de este remedio está ampliamente difundida para abortar. Solamente una de estas mujeres tomó una planta abortiva llamada *espirradeira*

⁶ Abortos provocados: (*)C= citotec / (**) Plantas medicinales. Abortos espontáneos (+)N= causa natural / (++)S= atribuido a un susto.

(*Nerium Oleander*) y lo hizo para evitar tener otro hijo del primer marido que tanto la maltrataba.

María (F3(C)NC), que es la mujer que abortó voluntariamente tres veces, describe los síntomas que tuvo tras tomar el *citotec* y esperar en casa la expulsión del feto. La toma de decisión de estas interrupciones estaba asociada a procesos de separación conyugal. Cuando se complicó la situación y no pudo contener la hemorragia decidió buscar ayuda e ingresar en el hospital para proceder al raspado.

“El primero (aborto) fue provocado, el segundo espontáneo y el tercero también provocado por el *citotec* que me tomé. Después de tomarlo comencé a sentir los dolores, los cólicos. Así me dije ¡Por Dios! Me lo tomé. ¡Siento dolor, un dolor que va y viene y no estoy perdiendo sangre ni nada! La vecina me dijo “Tienes que apretarte tú misma la barriga”. Comencé a apretar y descubrí que me iba a dar una hemorragia porque cuando apretaba aquí salía (sangre) como si estuviera el grifo abierto. Al sacar la mano era como si el grifo se hubiera cerrado. ¿Entiendes? Apretaba y salía (la sangre). Estaba saliendo todo el rato como si estuviera orinando. Al sacar la mano paraba. Te digo que ya sé cuando me va a venir la hemorragia. La dije a la vecina que... Fue a hablar con su marido para llevarme de urgencias porque había comenzado la hemorragia. Me llevaron deprisa y me internaron en el Caribé (hospital del suburbio). Allí me hicieron el raspado” (F3(C)NC)⁷.

Las mujeres suelen evitar todo lo posible tener que ir al hospital porque saben que el aborto es ilegal. Suelen quejarse del descaso y la falta de atención médica debido al retraso con el que son atendidas cuando los médicos observan que llegan al servicio de urgencias con síntomas de hemorragia y sospechan que es debida a un aborto provocado. Muchas mujeres me contaron que suelen negarlo y explican que la hemorragia es fruto de un accidente o una caída. Otras veces las mujeres que sufren abortos espontáneos con hemorragias

⁷ Traducción propia de la lengua original, en portugués. Así mismo, he realizado traducción de todos los fragmentos siguientes.

abundantes observan el mismo tipo de trato porque los médicos sospechan siempre que cualquier hemorragia es fruto de un aborto provocado.

Cuando el *citotec* no provoca grandes hemorragias, las mujeres contienen el aborto en casa y procuran cuidarse ellas mismas. Esta misma mujer comenta lo que hizo cuando provocó uno de sus abortos, el cual contuvo en su casa. En este caso la pérdida del feto fue comparada a la experiencia de la menstruación:

“Como te estaba contando, ella (vecina) me vino a ver por la mañana. Me preguntó “¿Cómo estás?” Y yo le dije “Estoy bien”. “¿No estás sintiendo nada?” Le digo “No! Ni cólico!” Le digo “No”. “Si te colocaste (el *citotec*) anoche más tarde lo perderás”. Le dije “ya lo perdí”. Ella “¿Ya lo perdiste?” Le dije “Si. Lo perdí esta madrugada. La menstruación llegó. Llevaba colocado un trapo y esperé. Me levanté y fui al lavabo. Me senté y fui a orinar y salió orina, salió placenta, salió todo. Lo perdí”. “¿No estás sintiendo nada? Le dije “No. Solamente me preocupé porque llevaba trece días perdiendo sangre porque tomé agua inglesa y esas cosas para limpiar” (F3(C)NC).

Sin embargo el *citotec* no siempre tiene el éxito deseado para las mujeres. A veces suelen tomar varias pastillas y no consiguen abortar. En ese caso deciden no continuar insistiendo porque si el feto no es expulsado y el embarazo prosigue tienen miedo de provocar una malformación congénita.

El comercio del *citotec* es ilegal. Las mujeres consiguen comprar este medicamento a través de redes informales que suelen funcionar entre las propias mujeres. Algunas mujeres están en contra del aborto debido a sus convicciones y ven con malos ojos la difusión de esta práctica. En estos casos no participan en la red informal de apoyo y circulación del remedio.

Los seis casos de abortos espontáneos se diferencian entre los “naturales”, cuya causa no es socialmente atribuida, y los provocados por reacciones emocionales adversas. Ser testigo ocular de un accidente o intento de asesinato produce un “susto” capaz de producir

el aborto. Esta reacción emocional adversa es percibida como particularmente grave entre las mujeres embarazadas, sobretodo con un gran deseo de ser madres, y la única causa principal de los abortos espontáneos “no naturales”. María relata uno de sus experiencias de aborto asociado a un susto por ser testigo en el barrio de un intento de asesinato:

“(El aborto) fue porque quería embarazarme. Fue antes de Pedro (hijo). Cuando estaba con su padre, ya llevaba dos años con él, estaba embarazada de tres meses. Iba a completar tres meses mientras él vivía en (el barrio de) Periperí. Estábamos en su casa hablando, él y yo con su familia, y del lado de fuera de la barandilla hubo una pelea en la calle. Uno de los chicos empezó a correr y el otro empezó () con violencia. Uno corriendo y el otro disparando. Solamente que el que estaba corriendo se acercó a nosotros mientras estábamos hablando. Había un poste y se escondió detrás del poste. Había una chica que estaba cerca de nosotros y que se encontraba detrás del poste. Y el poste estaba cerca de nosotros. Ese muchacho estaba disparando hacia nosotros pero apuntando al hombre que estaba detrás del poste. El disparo impactó en la barriga de la muchacha que estaba con nosotros y me dio aquel susto. En ese mismo momento tuve ganas de orinarme, de ir al lavabo y me fui. En ese mismo momento constaté que mi braga, que era de color clara, tenía una gota de sangre en el fondo. Pensé que no era un susto. No le di importancia. Eso ocurrió el martes. Cuando fue jueves lo perdí. Las navidades estaban al llegar. Cerca de Navidad, el día de Nochebuena, el día 24 de diciembre cuando había ido a arreglar mi casa. Estaba en casa y él (marido) había salido. Estaba lloviendo mucho, faltó la luz, colocamos velas y comencé a ojear una revista. Estaba leyendo una revista en la cama y la placenta se rompió. Cuando la placenta se rompió llegó la hemorragia. Estaba sola con una de mis hijas. Me volví loca (). Aquella sangría. El llegó (marido) y se volvió loco. Es horrible una hemorragia. No sé si todas son iguales a la mía. ¿Sabes?

Pero las mías parecen grifos abiertos. No sé como nunca llegué a morir. Me hago cruces yo misma. Es un sangre tan fuerte que cae cuajada. Normalmente ya sale cuajada. Se abre (la placenta) de modo que parece que estés de parto. La vagina sale así sin aquel pedazo. ¿Entiendes? Mucha, mucha sangre. Él (marido) colocaba una toalla, ropa limpia, ropa sucia, lo que fuera y me (envolvió). Salió conmigo (de casa)” (F3(C)NC).

Otra de las experiencias de susto que desencadenaron un aborto espontáneo le ocurrió a Marta cuando, estando embarazada de su segundo hijo, fue testigo de un accidente en la carretera principal. Tras ver cómo atropellaban una niña tuvo un susto que acabó en aborto a los tres días:

“Enfrenté mi maternidad. Pensé que ya estaba preparada por mi edad y por eso lo asumí (el embarazo) fuera lo que fuera. Estuve preparada para asumir mi primera hija y por eso podía con el segundo. Me dolió mucho porque perdí mi segundo hijo. Dolió mucho porque era algo que tenía planeado y de repente cuando estaba en el patio tendiendo la ropa de mi hija Priscila (vi) un coche en la Suburbana (carretera principal del suburbio) atropellar a una niña. Yo lo vi. Aquel susto al ver la niña derramando sangre y no recibir ninguna ayuda por su vida. Lo pasé mal y a los tres días perdí el niño. Me dolió mucho más perder ese niño que el parto de Priscila” (F6(R)NC).

El flujo hemorrágico se transforma en el símbolo de la violencia corporal que las mujeres del suburbio sufren durante su etapa reproductiva. En una sociedad organizada desigualmente como la brasileña, la exclusión social de las mujeres del suburbio queda garantizada a través de la reproducción de mecanismos violentos (hambre, enfermedades, violencias...) que se naturalizan en los cuerpos de las mujeres. Las hemorragias producidas por los abortos, los desarreglos menstruales, las enfermedades de eclampsia y los partos difíciles son estos ejemplos del proceso de incrustación de la violencia en sus cuerpos.

4. HEMORRAGIAS, ECLAMPSIA Y ANEMIAS

La experiencia de ser mujer en el suburbio está marcada por la pérdida (menstruación, hemorragia, aborto) y la ausencia de sangre (anemia). El ciclo reproductivo abre su etapa con la menarquia y se cierra con la menopausia. El flujo menstrual es el signo que permite a las mujeres del suburbio interpretar la pérdida de la concepción, pues la identidad de género se construye a partir del principio de la fecundación. El embarazo produce cuerpos que son percibidos por ellas como bellos y saludables. Esta experiencia contrasta con la debilidad de los cuerpos que sufren el peso de la vida cotidiana.

“Deseaba locamente () quedarme embarazada. La menstruación se atrasaba y yo corría al médico y me hacía una prueba de embarazo. Entonces me decepcionaba al ver que daba negativo. Siempre fui cuando (la menstruación) se atrasaba. Iba a hacerme los exámenes. Uno de las segundas o cuartas pruebas que fui (a hacerme) el muchacho (médico) me preguntó “¿Cuánto tiempo llevas de atraso? Le dije “Hace tres meses”. El me dijo “Entonces puedes preparar la cuna porque estás embarazada, que él ya me conocía ().

(...) Gracias a Dios me siento mejor durante el embarazo que sin embarazo. En todo, me siento más sana y me engordo (), con una piel bonita. Cambio. Me pongo más guapa cuando estoy embarazada” (F3(C)NC).

El flujo menstrual es siempre percibido como algo sospechoso. Muchas mujeres tienen problemas relacionados con los desarreglos menstruales y suelen quejarse de la irregularidad del período. Sobre todo sufren de exceso de flujo que puede ser confundido con la hemorragia. Al analizar las narrativas de las mujeres sobre el flujo menstrual, los abortos y los partos observamos un proceso de simbolización de la sangre transformada en un fluido hemorrágico constante que brota de los cuerpos de las mujeres a lo largo de su ciclo reproductivo. El control de la hemorragia, a diferencia de la menstruación, requiere casi siempre de atención médica para evitar la muerte de la que sufre el problema. Sin embargo el proceso de medicalización de la reproducción es menor en el control de las

hemorragias cuando ésta se asocia a la práctica ilegal del aborto. Distinta situación se produce cuando se trata del control de las hemorragias por la crisis de eclampsia, por los desarreglos menstruales, por las hemorragias que pueden sobrevenir durante el parto o debido a las hemorragias internas producidas por los quistes en los ovarios.

“Me fui a urgencias del Caribé (Hospital del Suburbio) y me dijo (el médico) que regresara solamente al cabo de un mes para hacerme una prueba de ultrasonido. En ese momento tenía un principio de hemorragia porque () tenía la regla. (...) Estaba menstruada y después de eso estuve así doce días de menstruación. Es una situación incómoda porque normalmente una la tiene cinco días, pero catorce días menstruada!. Si solamente fuera un poquito más, pero cuando descontrola una no puede salir. Si sales tienes que pedir para ir a la farmacia y cambiarte en un lavabo es horrible! (...) ¡Pasé el mes entero! El médico me prohibió hacer cualquier tipo de esfuerzo, subir una cuesta, coger peso y subir escaleras cuando me acercara al día de la menstruación. Como si eso fuera fácil para mí. Le dije al doctor “No tengo como hacer reposo, no puedo. Vivo en un lugar que tiene una cuesta y necesito comprar comida” (F6(R)NC).

Esta hemorragia por un exceso de flujo menstrual contrasta con la hemorragia del parto, la hemorragia interna de un quiste ovárico y la hemorragia por eclampsia.

Marisa, madre de nueve hijos, parió a su penúltimo hijo en la calle. Su marido la acompañó al hospital para que los médicos pudieran sacarle la placenta y cortar el cordón umbilical del niño. Al llegar el hospital estaba abarrotado y la hicieron esperar en una camilla en el servicio de urgencias. Eran las cuatro de la madrugada y tenía que esperar dos horas porque la doctora no estaba:

“No podía atenderme porque estaba durmiendo. José (mi marido) dijo (a la enfermera que atendió a Marisa) “No la puede dejar así que sino va a morir! Está corriendo riesgo de vida porque el niño nació pero la placenta se quedó

dentro!” Cuando llegué una señora vino, me vio y me acostó en la cama. Apretó mi barriga, comenzó a apretar, apretar, apretar y sacó mi placenta cuando eran las seis o las siete de la mañana. Entonces vino la hemorragia, comenzó a darme hemorragia. Vinieron corriendo, vinieron corriendo y me dieron dos inyecciones. Me tomaron la presión cada hora, de diez en diez minutos venían y me miraban, me miraban y me sacaban la presión. Me dieron algunos medicamentos contra el dolor, para todo, porque estaba sintiendo mucho dolor. Comenzó a apretar mi barriga para () sacar la sangre estancada (pisada) que llevaba dentro (...)” (F11(C)NC).

Rosa reconstruye la narrativa de su aflicción que fue un quiste ovárico que finalmente tuvieron que extirparle. Tuvo nueve hijos y terminó su ciclo reproductivo al tomar la decisión de ligarse las trompas en su último parto.

“Y yo escuchado aquello. ¡Dios mío, Dios mío! Qué será que tengo aquí dentro que nadie sabe que tengo dentro de mi barriga? Ese dolor desesperado que gritaba gritaba hecha una condenada. Solamente dormía a base de medicamentos fuertes que me daban porque sentía algo así. ¡Oh! No pasaban ni cinco minutos que sentía aquel mareo y me dormía. Cuando me despertaba sentía como un dolor allí. Sé que llegó el día que tuve que ir a la sala de operaciones. Llegué y me operé cuando el médico vino a hablar conmigo. El médico me dice que tenía la barriga llena de sangre, que la sangre se derramó en mi barriga. Entonces lo que sentía sí el ¡cruuuu” pareciendo un cubo de agua eso era sangre (-) Era mi sangre. Quiere decir cuando cubría el quiste, porque el quiste se torció por dentro y al cubrirlo sentí alivio (-) Me internaron y me mandaron comprar medicamento fuera porque no había dentro del hospital (-) El médico fue a buscar mi historial y le dijo (a la enfermera) “mañana la voy a llevar a la sala de operaciones. Va a ser operada mañana por la mañana”. Por la mañana se hicieron cuatro ultrasonidos y no sirvieron porque no se veía nada. Uno decía “está pareciendo un

dedito”, otro decía “está pareciendo una cabeza de no sé qué”. O que solo inventaban lo que había en mi barriga (-). Cuando pasaba sentía un dolor allí. El (médico) dijo que por poco no morí que faltó un poquito, que tenía unos minutos de vida cuando me llevó a la sala de operaciones. Que tenía unos minutitos de vida y en ese tiempo estaba a punto de darle una infección. Pienso que tuve infección porque ya estaba vomitando y con mal olor (-). Esa cosa verde mezclada con negro. Estaba a punto de morirme pero Dios en muy bueno. Oré tanto a Dios porque tenía un hijo mamando todavía. Cuando me saqué el quiste de ovario mi hijo estaba mamando (-). Me desesperé. Cuando volví (a casa) no quiso mamar más” (F1(J)NC).

María es la única mujer que tuvo una crisis de eclampsia en el sexto parto y llegó a entrar en coma. La conocí tres meses después del problema y me pidió que averiguara si podía volver a quedarse embarazada porque deseaba tener otro hijo. Esta vez quería probar de nuevo para ver si tenía un niño en vez de una niña. A pesar de que los médicos le desaconsejaron embarazarse María deseaba por encima de todo intentar darle el varón que su marido tanto le pedía. Después lo intentó cuatro veces más hasta que consiguió el niño tan anhelado. Que yo sepa no repitió la crisis de eclampsia en los partos consiguientes.

“Eclampsia es lo siguiente. Se dice que el dolor del parto sube a la cabeza. Una colega mía a la que le dio eclampsia me dijo así... Cuando tuve a Pedro la conocí en el campo (...) conversando. Tenía una niña. Estábamos hablando y dice “Escucha, solamente tengo esta hija. No puedo tener más porque tuve eclampsia” Es un dolor (...) un dolor del parto que sube a la cabeza; en vez de sentir un dolor de parto se siente un dolor de cabeza realmente. Eso es lo que sucedió conmigo. Solamente es que el dolor era tan grande que no sentimos como un dolor, nos desmayamos, da una crisis, un ataque y uno se desmaya. ¿Lo entiendes? La eclampsia es eso, una cosa horrible y no sentí los dolores de parto de mi hija. Es como si estuviera hablando contigo,

como si estuviera atendiendo a otra persona a dar a luz. No sentí ningún dolor” (F3(C)NC).

Las mujeres suelen referirse a la anemia de los hijos pero no a la propia. El proceso de medicalización de la anemia es mayor entre los niños que entre sus madres. Varias madres me dijeron que sus hijos habían tenido anemia, sin embargo solamente María me habló de su propia anemia. Ella la atribuía a una enfermedad hereditaria que le transformaba la sangre en agua y que, por ende, había transmitido a sus hijos. Esta anemia, que la define como “profunda” por su carácter hereditario e indeleble, había sido diagnosticada por los médicos. La diferencia entre tener un malestar y una enfermedad pasa por el proceso de institucionalización médica. Este proceso de naturalización de la anemia que lleva a María reconocer la deficiencia de la sangre como un problema hereditario irresoluble contrasta con el tipo de tratamiento recomendado. Además de los medicamentos para tratar la anemia, los médicos aconsejan sobre todo mejorar la alimentación. ¿Cómo alimentarse en un contexto social donde el desempleo es permanente y el acceso a los alimentos muy limitado? ¿Cómo tratar la anemia cuando ésta es el efecto del hambre crónica? Scheper Hughes (1997) nos mostró en su etnografía realizada en un suburbio del Estado de Pernambuco que la medicina utilizaba eufemismos para esconder el problema de hambre crónica a través de la medicalización. Los médicos responsabilizan también a las madres del hambre de sus hijos, como podemos observar en la narrativa de María.

“Anemia. La sangre se convierte en agua. Cuando hay mucha anemia, pues necesitamos glóbulos rojos y por causa de sangre y anemia quien tiene anemia tiene más glóbulos blancos que rojos... ¿Me entiendes? Quien tiene más glóbulos blancos que rojos. Entonces tienen que tomar medicamento para la anemia. Alimentarse bien. Que es lo que más me perjudica ese problema de estar desempleada. A veces no tienes ni para comer. Por eso él (hijo) está así de delgadito. Por eso la pediatra le dijo anteayer a mi hermana, porque lo fue a llevar (al médico), y se discutió con mi hermana. “Este niño está delgado por falta de comida”. Mi hermana se enfadó con ella” (F3(C)NC).

Las mujeres y los niños del suburbio conviven con la anemia de modo más o menos permanente, sin embargo ésta se trata como una enfermedad cuando se la descubre en un análisis de sangre requerido para otro fin. Los síntomas que mueven a las madres llevar a sus hijos al médico son las fiebres altas, la diarrea, las convulsiones pero no la anemia. Más que un síntoma, la anemia se trata de una enfermedad tipificada por la biomedicina. La anemia vive incrustada en los cuerpos débiles y solamente se visibiliza como un problema de la sangre después de un reconocimiento médico. Los médicos son los responsables de diagnosticar la anemia de los niños y reconocerla como una enfermedad grave a la que hay que tratar a base de medicamentos y refuerzo dietético. La anemia aparece de modo más evidente durante el embarazo, en el caso de las mujeres, y en los niños débiles por las enfermedades múltiples que sufren en estas condiciones.

CONCLUSIONES

La naturalización de la violencia encuentra en el símbolo de la hemorragia su máxima expresión. Es la imagen de la sangre derramada de los cuerpos la que muestra la violencia de la desigualdad social. Los hombres del suburbio derraman su sangre cuando son heridos de bala, mientras que las mujeres la pierden cuando practican el aborto o cuando sufren dolencias reproductivas. Ambos mundos, el femenino y el masculino, pierden la fuerza productiva y reproductiva por la damnificación de sus cuerpos. Nada hay más expresivo que el rojo de la sangre, sobre todo cuando el fluido es abundante y brota de un cuerpo violentado. En las mujeres el derramamiento de sangre niega su fecundidad, mientras que en los hombres quiebra su valor productivo. El orden de la desigualdad social en Brasil se incrusta corporalmente y se reproduce naturalmente a través del orden diferencial de los sexos.

BIBLIOGRAFÍA

CHEBEL, M. (1993) *L'imaginaire arabo-musulman*, Paris, Quadrige / PUF.

Héritier, F. (1996) *Masculino / Femenino. El pensamiento de la diferencia*. Barcelona, Editorial Ariel.

LARREA, C. (2001) "Health and sanitation. Environmental health and socio-cultural conditions in two favelas in the city of Salvador (Bahia)", en DONGEN, E. V.; COMELLES, J. M. (eds.), *Medical Anthropology and Anthropology*, Perugia, Fondazione Angelo Celli Argo, pp. 331-352.

LARREA, C.; BARRETO, M. (2006) "Salud ambiental urbana. Aproximaciones antropológicas y epidemiológicas de una intervención en saneamiento ambiental en un contexto de grandes desigualdades sociales", en LARREA, C.; MARTÍNEZ, A. (comp.) "Antropología médica y políticas transnacionales. Tendencias globales y experiencias locales", *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia* (ICA), Barcelona (en prensa).

LOMNITZ, L. (1993) *Cómo sobreviven los marginados*, México, Siglo XXI.

SCHEPER HUGHES, N. (1997) *Muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona, Ariel.