

**UNIwersytet im. Adama Mickiewicza
w Poznaniu**

**Wydział Historyczny
Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej**

Anna H. Wądołowska

**PLURALIZM MEDYCZNY W SPOŁECZNOŚCIACH
TUBYLCZYCH MEKSYKU**

**NA PRZYKŁADZIE OPIEKI NAD ZDROWIEM REPRODUKCYJNYM
KOBIET U INDIAN PURHÉPECHA**

Praca doktorska napisana pod kierunkiem
dr hab. Danuty Penkali-Gawęckiej, prof. UAM

Poznań 2013

Praca doktorska została częściowo zrealizowana
w trakcie studiów doktoranckich
w Szkole Nauk Społecznych IFiS PAN w Warszawie,
w latach 2006-2011.

Badania terenowe i kwerendy biblioteczne zostały
przeprowadzone częściowo dzięki środkom
z grantu promotorskiego
Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego
Nr N N109 218936
realizowanego w latach 2009-2013.

SPIS TREŚCI

Podziękowania.....	6
Wprowadzenie.....	7
1. Badania antropologiczne nad pluralizmem medycznym i zdrowiem reprodukcyjnym.....	14
1.1. Inspiracje teorią feministyczną.....	14
1.2. Pluralizm medyczny w ujęciu antropologii medycznej.....	17
1.3. Antropologia reprodukcji i inne badania nad zdrowiem reprodukcyjnym.....	25
1.4. Pojęcia medykalizacji i sprawczości w perspektywie antropologii reprodukcji.....	35
2. Meksyk: zróżnicowanie etniczne, pluralizm medyczny.....	40
2.1. Ludność tubylcza w kraju Metysów.....	40
2.1.1. Losy ludności indiańskiej po kolonizacji hiszpańskiej.....	41
2.1.2. Współczesna sytuacja Indian.....	43
2.1.3. Ogólna charakterystyka społeczności tubylczych Meksyku.....	46
2.2. Różnorodność tradycji medycznych.....	48
2.2.1. Rozwój pluralizmu medycznego w Meksyku.....	48
2.2.2. Współczesne leczenie komplementarne i alternatywne.....	55
2.2.3. System opieki biomedycznej.....	60
2.2.4. Medycyna indiańska w polityce państwa i jej relacje z biomedycyną.....	65

3. Meksykanki i ich zdrowie reprodukcyjne.....	70
3.1. Relacje między płciami i pozycja kobiety w społeczeństwie metyskim i we wspólnotach indiańskich	70
3.2. Poziom zdrowia reprodukcyjnego kobiet.....	79
3.3. Formy opieki nad zdrowiem reprodukcyjnym kobiet.....	81
3.4. Polityka demograficzna w Meksyku.....	87
 4. Indianie Purhépecha i dostępne im formy opieki medycznej.....	94
4.1. Region Indian Purhépecha.....	94
4.1.1. Przeszłość i współczesność Indian Purhépecha.....	94
4.1.2. Stan badań nad regionem.....	97
4.1.3. Tarecuato.....	101
4.1.4. Caltzontzin.....	103
4.2. Pluralizm medyczny w Regionie Indian Purhépecha.....	104
4.2.1. Medycyna tradycyjna i inne formy leczenia komplementarnego i alternatywnego.....	104
4.2.2. Biomedyczna służba zdrowia w Regionie Indian Purhépecha i jej relacje z medycyną tradycyjną.....	110
 5. Indianki Purhépecha i opieka nad ich zdrowiem reprodukcyjnym.....	116
5.1. Kobiety u Indian Purhépecha.....	116
5.1.1. Charakterystyka demograficzno-społeczna.....	116
5.1.2. Pozycja córki, żony, synowej, matki i teściowej.....	117
5.1.3. Przestrzeń kobiet.....	124
5.1.4. Stosunek kobiet do sfery reprodukcji i seksualności a problemy badawcze.....	127
5.2. Formy opieki nad zdrowiem reprodukcyjnym i relacje między nimi.....	129
5.2.1. Poziom zdrowia reprodukcyjnego kobiet w Michoacán.....	129
5.2.2. Położnictwo ludowe i opieka biomedyczna podczas porodu.....	131

5.2.3. Współpraca lekarzy z tradycyjnymi położnymi w ramach programu IMSS-Oportunidades.....	136
5.3. Proces podejmowania decyzji dotyczących opieki medycznej nad zdrowiem reprodukcyjnym.....	139
5.3.1. Dostępność usług medycznych w wymiarze przestrzenno-czasowym i ekonomicznym.....	140
5.3.2. Czynniki kulturowe i społeczne wpływające na wybory.....	143
5.3.3. Uwarunkowania genderowe wyborów.....	145
5.3.4. Stosunek kobiet do różnych rodzajów opieki medycznej.....	147
Zakończenie.....	154
Bibliografia.....	158
Źródła internetowe.....	185
Aneksy.....	186
1. Słowniczek wybranych terminów w języku hiszpańskim.....	186
2. Fotografie.....	188
3. Spis fotografii.....	205

PODZIĘKOWANIA

Pragnę serdecznie podziękować wszystkim, którzy przyczynili się do powstania tej pracy. Szczególną wdzięczność wyrażam pani promotor dr hab. Danucie Penkali-Gawęckiej za wspieranie mojej działalności naukowej, pomoc merytoryczną, a także troskę o stronę językową tej rozprawy.

Do powstania pracy przyczyniło się stypendium rządu meksykańskiego w Colegio de Michoacán. Podziękowania należą się pracownikom tej placówki, a przede wszystkim Nicoli Marii Keilbach Baer oraz Salvadorowi Pérez Ramírez, za pomoc organizacyjną oraz inspirujące dyskusje podczas realizacji moich badań.

Dzięki pobytowi na Wydziale Socjologii i Antropologii Uniwersytetu w Amsterdamie miałam możliwość poznania profesora Sjaaka van der Geesta, którego rady były dla mnie bardzo pomocne.

Chciałabym wyrazić głęboką wdzięczność moim rozmówcom za czas, który mi poświęcili i życzliwość, jaką mnie otoczyli. Bez ich udziału ta praca nie mogłaby powstać.

Nie sposób wymienić wszystkich ważnych i bliskich mi osób z Polski i Meksyku, którym chciałabym podziękować za różne formy wspierania mojej pracy nad projektem. Szczególnie wdzięczna jestem Agacie Hummel, Renacie Hryciuk, Bogumile Lisockiej-Jaegermann, Arielowi Mojica Madrigal i Narcedalii Hernández Chávez.

Na koniec chciałabym gorąco podziękować mojej rodzinie za wsparcie, również finansowe, jakiego udzielała mi podczas realizacji badań i pisanie pracy.

WPROWADZENIE

Przedmiotem niniejszej pracy jest zjawisko współwystępowania różnych tradycji medycznych na obszarach zamieszkałych przez ludność tubylczą we współczesnym Meksyku, a w szczególności u Indian Purhépecha¹. Termin „pluralizm medyczny” charakteryzuje sytuację, w której obok medycyny „zachodniej” występują inne formy leczenia. Między współistniejącymi rodzajami opieki medycznej obserwowane są silne interakcje, które nie zawsze przybierają postać rywalizacji. Badacze podkreślają, iż ważnym aspektem pluralizmu medycznego jest możliwość wyboru spośród różnorodnych terapii, dostępnych mieszkańcom danego regionu.

Problematyka pluralizmu medycznego w regionach, w których dominuje ludność tubylcza jest bardzo szeroka. Z tego względu w mojej rozprawie koncentruję się na wybranych przejawach tego zjawiska, a mianowicie na opiece nad zdrowiem reprodukcyjnym kobiet. Termin „zdrowie reprodukcyjne” jest stosowany do opisu stanów i procesów biologicznych doświadczanych przez kobietę, począwszy od dojrzewania płciowego, poprzez menstruację, współżycie płciowe, zapłodnienie, ciążę, rozwój płodu, poród, połóg, aż po menopauzę. Należy wyjaśnić, że antropologowie skupiają się na społeczno-kulturowych uwarunkowaniach sfery reprodukcji człowieka.

Celem rozprawy jest przedstawienie różnych form opieki medycznej nad zdrowiem reprodukcyjnym dostępnych Indiankom Purhépecha oraz czynionych przez nie wyborów. Jest to jedna z kilkudziesięciu tubylczych grup etnicznych w Meksyku. Indianie ci zamieszkują obszar zwany Regionem Indian Purhépecha², położony w stanie Michoacán. Region ten składa się z czterech obszarów geograficznych, które różnią się między sobą również kulturowo. Mieszkańcy tego regionu korzystają nie tylko z biomedycyny, ale także z innych praktyk leczniczych i z samoleczenia.

¹ Regiony, na których przeważa ludność metyska znajdują się poza obszarem moich zainteresowań. Tam również obecny jest pluralizm medyczny, lecz jego charakter jest odmienny od typowego dla społeczności indiańskich.

² Jest to jeden z wielu oficjalnie wyodrębnionych regionów tubylczych w Meksyku. Jego hiszpańską nazwę (Región Purhépecha) tłumaczę jako Region Indian Purhépecha, aby zwrócić uwagę polskim odbiorcom na charakter tego obszaru zamieszkanego w znacznej części przez ludność tubylczą.

Na ich określenie stosuję termin „medycyna komplementarna i alternatywna” (ang. *complementary and alternative medicine* – CAM). W jej obrębie mieści się medycyna tradycyjna czy ludowa (używam tych określeń zamiennie), którą nazywam także medycyną tubylczą bądź indiańską. Staram się realizować postulat przedstawicieli antropologii medycznej, aby łączyć rozważania na poziomie mikrospołecznym z perspektywą makrospołeczną. Analizuję wpływ instytucji państwowych i establishmentu biomedycznego na medycynę komplementarną i alternatywną oraz związane z nimi relacje władzy. Przedstawiam również stosunki między współwystępującymi typami medycyny, wraz z kontekstem historycznym i etnicznym omawianych procesów. Równocześnie stawiam sobie za zadanie analizę czynników warunkujących pozycję różnych form opieki zdrowotnej w badanych społecznościach indiańskich oraz stosunku do nich tej ludności. Interesują mnie szczególnie motywy decyzji dotyczących leczenia dolegliwości związanych ze zdrowiem reprodukcyjnym, a także strategie poszukiwania pomocy.

Do zrealizowania tego celu konieczne było zbadanie społeczno-kulturowych uwarunkowań sfery reprodukcji wśród Indian Purhépecha. Prezentuję przekonania dotyczące rozrodczości kobiety w badanej grupie, a także związane z nimi praktyki reprodukcyjne. Ukazuję również działające w badanych społecznościach programy biomedycznej ochrony zdrowia oraz towarzyszące im akcje świadomego planowania rodziny. Poddaję analizie podejście ludności miejscowej do tych programów oraz ich konsekwencje społeczne i kulturowe.

Spośród szerszych inspiracji teoretycznych, wpływ na moje podejście badawcze wywarła przede wszystkim antropologia feministyczna, która sytuuje się na przecięciu feministycznej myśli społecznej i badań antropologicznych. Wyznacza ona przede wszystkim pewien obszar zainteresowań badawczych – podejmowane są problemy ważne z punktu widzenia kobiet, które analizuje się w szerszym kontekście społecznym i kulturowym. Podjęłam temat z zakresu antropologii reprodukcji, rozumianej jako gałąź antropologii kulturowej, gdyż jest to obszar badań, w którym dobrze uwidacznia się powiązanie problemów zdrowia z szerszym kontekstem społecznym, kulturowym, ekonomicznym i politycznym. Studia te ukazują także, w jaki sposób kulturowe wyobrażenia ciała, seksualności i ról płci wpływają na obszar reprodukcji człowieka.

W Meksyku zachodzą nadzwyczaj interesujące relacje między występującymi tam tradycjami medycznymi. Odzwierciedlają one nie tylko tamtejsze stosunki

etniczne, lecz również współczesne procesy hybrydyzacji kulturowej. Zjawisko pluralizmu medycznego badałam przez pryzmat zdrowia reprodukcyjnego z uwagi na jego bezpośrednią łączność z istotnymi problemami zdrowotnymi w tym kraju, których sygnałami są między innymi wysokie wskaźniki umieralności niemowląt i umieralności matek oraz wzrastający poziom zakażeń wirusem HIV. Ponadto sfera reprodukcji jest powiązana z gwałtownymi procesami demograficznymi zachodzącymi w tym kraju.

Liczę, że moja praca będzie przyczynkiem do rozwoju antropologii reprodukcji jako nowej gałęzi badań społecznych w Polsce. Wykształca się ona na styku kilku dyscyplin: antropologii kulturowej, demografii, ekonomii, historii i zdrowia publicznego. Istotne jest, iż znaczna część studiów należących do nurtu antropologii reprodukcji dostarcza danych o charakterze stosowanym. Dzięki nim systemy opieki nad zdrowiem reprodukcyjnym mogą być lepiej dopasowane do lokalnej specyfiki.

Z uwagi na przedmiot pracy za konieczne uznałam także podjęcie rozważań nad medykacją ciąży i porodu, która przejawia się przede wszystkim poprzez postrzeganie tych procesów przez biomedycynę jako patologiczne i wymagające wsparcia różnorodnymi procedurami medycznymi. Rozpatruję także relacje pomiędzy strukturą społeczną a sprawczością (ang. *agency*). Uważam, że zastosowanie koncepcji sprawczości, która opisuje jednostki jako zdolne do autonomicznego działania w ramach istniejącej struktury społecznej, jest szczególnie przydatne w analizie wyborów rodzaju opieki medycznej nad zdrowiem reprodukcyjnym.

Moją analizę opieram na źródłach o charakterze wywołanym i zastanym. Najważniejsze dla powstania pracy były badania etnograficzne, które prowadziłam w Regionie Indian Purhépecha. Praca badawcza polegała na prowadzeniu pogłębionych wywiadów, w oparciu o przygotowane kwestionariusze z pytaniami otwartymi oraz na swobodnych rozmowach z kobietami – przedstawicielkami różnych grup wiekowych oraz z członkami ich rodzin, a także z praktykami różnych form opieki medycznej, które występują na tym obszarze. Z powodu relacji genderowych, charakterystycznych dla badanej grupy, nieczęsto mogłam rozmawiać z mężczyznami. Rozmowy i wywiady prowadziłam w języku hiszpańskim. Jest on znany, przynajmniej na poziomie komunikacyjnym, wszystkim mieszkańcom. Opanowałam także podstawy języka purhépecha, co pomogło mi zapoznać się z lokalną terminologią dotyczącą badanych obszarów życia.

Tematyka zdrowia reprodukcyjnego niesie ze sobą szczególne utrudnienia podczas prowadzenia badań. Źródłem trudności jest wyjątkowy charakter tego obszaru życia człowieka, kształtowanego przez zbiór norm społecznych i kulturowych, lecz będącego sferą prywatną i intymną. Zachowania reprodukcyjne regulowane są przez wartości religijne i moralne, a w konsekwencji informacje otrzymywane podczas rozmów mają często charakter deklaracyjny. Osoby pytane o kwestie związane z życiem intymnym skłonne są udzielać odpowiedzi zgodnych z wartościami i normami danej kultury, a niekoniecznie z własnymi odczuciami czy doświadczeniem.

Dzięki zastosowaniu metody obserwacji uczestniczącej miałam możliwość konfrontowania niektórych deklaracji moich informatorów z ich faktycznymi wyborami i zachowaniami. Muszę jednak zaznaczyć, że nie byłam naocznym świadkiem wielu sytuacji, które opisuję w mojej pracy. Na przykład nigdy nie zostałam dopuszczona do pomieszczenia, w którym odbywał się poród. Tylko niektórzy uzdrowiciele pozwalali mi obserwować swoją pracę. Kilkakrotnie natomiast wchodziłam w rolę pacjentki, ponieważ znajome akuszerki często same proponowały pomoc, gdy chorowałam. Ponadto miałam możliwość prowadzenia obserwacji w lokalnych ośrodkach zdrowia.

Z uwagi na wewnętrzne zróżnicowanie Indian Purhépecha, członkowie tej grupy etnicznej dysponują niejednakową ofertą leczniczą. Nadal żywotne są praktyki medycyny tradycyjnej, których korzenie sięgają czasów prekolumbijskich i które są ściśle wplecione w całościową, tradycyjną wizję świata tej grupy. Od lat 80. XX wieku dostępne są w tym regionie usługi państwowej opieki zdrowia (dla ubezpieczonych i dla nieposiadających żadnej formy ubezpieczenia). Dodatkowo, mieszkańcy korzystają z usług prywatnych gabinetów i klinik biomedycznych. Wzrasta także zainteresowanie różnymi formami leczenia komplementarnego i alternatywnego, nowymi dla Indian Purhépecha.

Główny etap badań zrealizowałam od lipca do grudnia 2009 roku. Były one możliwe dzięki grantowi promotorskiemu finansowanemu przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, a następnie przez Narodowe Centrum Nauki³. Poprzedził te badania etap przygotowawczy, w 2008 roku, zrealizowany dzięki stypendium rządu meksykańskiego. Podczas tych pobytów w Meksyku miałam możliwość nawiązania

³ Był to projekt nr N N109 218936 zatytułowany *Pluralizm medyczny w społecznościach tubylczych Meksyku. Problemy zdrowia reprodukcyjnego kobiet u Indian Purhépecha*, którego kierownikiem była prof. Danuta Penkala-Gawęcka z Instytutu Etnologii i Antropologii Kulturowej Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.

kontaktów naukowych przede wszystkim z pracownikami Colegio de Michoacán w Zamorze, specjalizującymi się w badaniach społecznych prowadzonych w północno-zachodnich częściach kraju. Ponadto w trakcie wcześniejszych pobytów w Meksyku, w 2002 i 2004 roku, prowadziłam badania dotyczące współczesnych przemian medycyny tradycyjnej Indian Purhépecha, których efektem była moja praca magisterska zatytułowana *Instytucjonalizacja systemu leczenia ludowego na meksykańskiej prowincji. Organizacje medyków tradycyjnych w Regionie Indian Purhépecha (Meksyk)*, przygotowana pod kierunkiem prof. dr. hab. Aleksandra Posern-Zielińskiego.

W celu możliwie pełnego przedstawienia pluralizmu medycznego i opieki nad zdrowiem reprodukcyjnym Indian Purhépecha, badania terenowe prowadziłam w dwóch znacznie różniących się od siebie społecznościach, w miejscowościach Tarecuato i Caltzontzin, które znajdują się w odległości około 110 km od siebie. Tarecuato leży na obszarze będącym ostoją języka i tradycji tej grupy, z kolei w Caltzontzin występują silne oddziaływania metyskie, ze względu na bliskość jednego z największych miast stanu. W Tarecuato prowadziłam badania około sześciu miesięcy, natomiast w Caltzontzin, które poznałam już w trakcie przygotowań do mojej pracy magisterskiej, spędziłam około trzech miesięcy. Część badań przeprowadziłam również w okolicznych miastach, Uruapan i Zamorze.

Istotnym źródłem danych, na których oparłam moją rozprawę, jest także literatura z zakresu antropologii społeczno-kulturowej i innych nauk społecznych. Punktem wyjścia do mojej analizy są publikacje powstałe w obrębie antropologii medycznej – szczególnie te omawiające pluralizm medyczny. Wykorzystałam zarówno prace o charakterze teoretycznym (np. Baer, Singer, Susser 1997), jak i prezentujące wyniki badań (np. Janes 2002). Użyteczne były opracowania z zakresu antropologii reprodukcji (np. Hardon, ed., 1998) oraz antropologii feministycznej (np. Reinharz 1992). Analiza relacji pomiędzy płciami kulturowymi jest kluczowa dla badań sfery reprodukcji, dlatego istotny wpływ na moją pracę badawczą miały także prace z zakresu *gender studies* (np. Yuval-Davis 1997). Korzystałam również z opracowań takich dyscyplin, jak demografia (np. Notestein 1945), socjologia (np. Giddens 2008) i historia medycyny (np. Cházaro 2004).

Dla lepszego zrozumienia lokalnego kontekstu Regionu Indian Purhépecha zapoznałam się z literaturą omawiającą historię i współczesną sytuację społeczną tej grupy etnicznej (np. Dietz 1999), a w szczególności formy opieki zdrowotnej dostępne na tym obszarze (np. Gallardo Ruiz 2002). Należy jednak zauważyć, że

problemy zdrowia reprodukcyjnego nie zostały omówione w żadnej z dotychczasowych prac poświęconych tej grupie tubylczej.

Pozyskany materiał interpretuję w kontekście wiedzy o innych społecznościach tubylczych Meksyku, którą czerpię z opracowań etnograficznych (np. Freyermuth Enciso 2003) i socjologicznych (Sieglin 2004). Pomaga to ukazać specyfikę pluralizmu medycznego na badanym terenie, a także wyróżnić cechy wspólne dla obszarów indiańskich całego Meksyku. Studiowałam również literaturę na temat pluralizmu medycznego w społeczeństwie metyskim we współczesnym Meksyku (np. Finkler 1991). Zapoznałam się z dokumentami ustawodawstwa państwowego odnoszącymi się do poszczególnych form opieki medycznej występujących w kraju, omawiającymi wytyczne polityki zdrowotnej i demograficznej oraz prezentującymi ich efekty (np. Bautista 2004).

Podczas badań terenowych analizowałam również różnorodne materiały przeznaczone dla pacjentów publicznej służby zdrowia: broszury, informatory, plakaty, tablice poglądowe. Interesowały mnie przede wszystkim informacje skierowane do ludności tubylczej, poświęcone zagadnieniom zdrowia reprodukcyjnego i promocji kontroli płodności.

Korzystałam też z literatury na temat lecznictwa tradycyjnego (np. Fernández Juárez 1998), pluralizmu medycznego (np. Koss-Chioino, Leatherman, Greenway, eds., 2003) i opieki nad zdrowiem reprodukcyjnym (np. Paul, Paul 1975) w innych częściach Ameryki Łacińskiej. Należy zwrócić uwagę, że polscy badacze Ameryki Łacińskiej nie interesują się szczególnie tematyką zdrowia, choroby i leczenia. Wyjątek stanowią opracowania Zdzisława Jana Ryna (np. 2007), które mają jednak charakter popularnonaukowy. Jest on także redaktorem numeru specjalnego czasopisma „Sztuka Leczenia” z 2002 roku, w którym znalazły się teksty referatów wygłoszonych podczas sympozjum „Medycyna Tradycyjna w Amerykach” w ramach 50. Międzynarodowego Kongresu Amerykanistów, który odbył się w Warszawie w 2000 roku.

Rozprawa składa się z pięciu rozdziałów. W rozdziale pierwszym przedstawiam stanowiącą ważną inspirację dla mojej pracy antropologię feministyczną. Prezentuję i poddaję analizie istotne z punktu widzenia projektu badawczego pojęcia z zakresu antropologii medycznej: pluralizm medyczny, biomedycyna, medycyna komplementarna i alternatywna. Omawiam koncepcje dotyczące zdrowia reprodukcyjnego, medykalizacji i sprawczości.

W kolejnym rozdziale opisuję relacje etniczne we współczesnym Meksyku, w kontekście historycznym. To omówienie traktuję jako tło dla szczegółowej charakterystyki pluralizmu medycznego w tym kraju, która znajduje się w kolejnej części rozdziału. Przedstawiam rozwój oraz obecną postać poszczególnych tradycji medycznych, zachodzące między nimi interakcje, a także stosunek instytucji państwowych do medycyny indiańskiej.

W rozdziale trzecim opisuję charakterystyczne dla społeczeństwa metyskiego relacje pomiędzy płciami, wskazuję także na zróżnicowaną pozycję kobiet w poszczególnych grupach indiańskich Meksyku. Omawiam różne formy opieki medycznej nad zdrowiem reprodukcyjnym, przedstawiam działania państwa reagującego na wysokie wskaźniki przyrostu naturalnego. Ponadto ukazuję najważniejsze problemy zdrowia reprodukcyjnego kobiet w Meksyku: wysoką umieralność kobiet w okresie okołoporodowym, zachorowania na raka szyjki macicy i raka piersi, wzrastające zagrożenie wirusem HIV.

Następny rozdział stanowi omówienie historii i współczesnej sytuacji Regionu Indian Purhépecha, ze szczególnym uwzględnieniem dwóch wybranych społeczności, w których przeprowadziłam badania etnograficzne. Prezentuję występujące na tym obszarze formy opieki zdrowotnej: lecznictwo indiańskie, inne typy medycyny komplementarnej i alternatywnej oraz publiczną i prywatną opiekę biomedyczną. Przyglądam się również relacjom zachodzącym pomiędzy tymi tradycjami medycznymi.

W ostatnim rozdziale zajmuję się pozycją kobiet u Indian Purhépecha, starając się uchwycić najważniejsze uwarunkowania genderowe ich zdrowia reprodukcyjnego. Omawiam dostępne im formy opieki nad zdrowiem reprodukcyjnym, a także wskazuję na główne problemy zdrowotne dotyczące sfery reprodukcji. Staram się prześledzić najważniejsze czynniki wpływające na podejmowanie decyzji dotyczących leczenia tych dolegliwości: dostępność różnych usług medycznych w wymiarze ekonomicznym i czasowo-przestrzennym, uwarunkowania kulturowo-społeczne i genderowe.

Podsumowując pracę, próbuję przeprowadzić ogólną interpretację otrzymanych rezultatów, w świetle wcześniej zaprezentowanych koncepcji teoretycznych.

1. BADANIA ANTROPOLOGICZNE NAD PLURALIZMEM MEDYCZNYM I ZDROWIEM REPRODUKCYJNYM

1.1. INSPIRACJE TEORIA FEMINISTYCZNĄ

Mój projekt badawczy starałam się realizować w duchu antropologii feministycznej, która sytuuje się na przecięciu myśli feministycznej i badań antropologicznych (Walter 1995: 274). Zdaniem Renaty Hryciuk (2008a: 56) ten nurt jest jednym z najważniejszych we współczesnej antropologii. Antropologia feministyczna stanowi część szerszej gałęzi badań społecznych prowadzonych z feministycznego punktu widzenia. W ich ramach dużą rolę odgrywa współpraca pomiędzy przedstawicielkami różnych dyscyplin (Reinharz 1992: 250). Pisze o tym Hryciuk:

Szczególnie badaczki feministyczne są od wielu lat w awangardzie eksperymentowania z nowymi podejściami metodologicznymi (...). Metody badawcze stosowane przez antropolożki mają w dużym stopniu charakter eklektyczny i zależą raczej od pytania badawczego a nie szczególnego sposobu postrzegania rzeczywistości społecznej (2008a: 54-57).

W badaniach feministycznych często rozważana jest również kwestia możliwości wyróżnienia osobnej metody lub metodologii feministycznej (Schrijvers 1998: 24, Tremayne 2001: 4).

Zgadzam się z Shulamit Reinharz, że feminizm to perspektywa, a nie metoda badań. Feministyczne badania społeczne posługują się narzędziami właściwymi różnym dyscyplinom, a przedstawiciele tego nurtu czerpią inspiracje z różnych koncepcji teoretycznych i metodologicznych (Reinharz 1992: 241-246). Łączy ich natomiast zainteresowanie tematami ważnymi z punktu widzenia teorii feministycznej (Schrijvers 1998: 24; Walter 1995: 275). Konieczne jest równoczesne zwrócenie uwagi, że tak jak istnieje wiele definicji feminizmu, tak należy mówić o wielu perspektywach feministycznych w badaniach społecznych. Scala je natomiast pogląd, że kobiety i ich historie są warte badania jako jednostki i jako kategoria społeczna

(Reinharz 1992: 241-246). Antropologia feministyczna wyznacza zatem przede wszystkim obszar zainteresowań badawczych i jego specyficzne ujęcie (Walter 1995: 275). Jak zauważa Reinharz: „Feministyczne podejście w naukach społecznych zakłada oddanie głosu kobietom i studiowanie ich doświadczenia” (Reinharz 1992: 242).

Reinharz wyróżnia również etnografię feministyczną, określając jej cele. Przede wszystkim ma ona dokumentować życie i działalność kobiet. Istotne jest przedstawianie badanych kwestii z punktu widzenia kobiet, przy równoczesnym analizowaniu ich w szerszym kontekście społecznym i kulturowym. Ponadto feministyczne badania etnograficzne z reguły prowadzone są przez kobiety w środowisku kobiecym, a często także w obszarach zarezerwowanych dla kobiet (Reinharz 1992: 51-54).

W ujęciu badań feministycznych ważną rolę odgrywa również poczucie odpowiedzialności społecznej badacza (Miraftab 2004: 596). Jego wyrazem jest podejmowanie problemów ważnych z punktu widzenia kobiet, co podnosi ogólnospołeczną wiedzę na ich temat. Dzięki temu rola kobiety w społeczeństwie, jego życiu ekonomicznym i politycznym staje się bardziej doceniana. Ponadto część przedstawicielek tego nurtu za swój obowiązek uważa dążenie do zmian relacji społecznych, które w ich mniemaniu są opresyjne ze względu na płeć (przede wszystkim wobec kobiet) (Reinharz 1992: 251; Walter 1995: 273).

Podejście feministyczne, tak jak inne współczesne nurty antropologii, dąży do realizacji postmodernistycznego postulatu refleksyjności. Jak zauważa Hryciuk:

Każda sytuacja badania terenowego jest naznaczona przez społeczno-kulturową pozycję badaczki, jej indywidualne podejście do feminizmu i osobiste zaangażowanie, stosowane metody, jak również społeczny i kulturowy kontekst badania (Hryciuk 2008a: 57).

Płeć, rasa, klasa, wykształcenie badacza wpływają na charakter i przebieg badań, co również warunkuje gromadzoną przez niego wiedzę (Miraftab 2004: 596). Hryciuk (2008a: 54-58) podkreśla, że istotne znaczenie podczas realizacji badań mają także elementy biografii badacza (np. wiek, posiadanie dzieci). Wiele antropolożek feministycznych akcentuje swoje osobiste doświadczenie jako legitymizację podjęcia się badań dotyczących danego tematu. Ponadto w relacjach nawiązywanych w terenie umożliwia ono lepsze porozumienie między badaczem a badanym. W swoich

publikacjach niektóre z badaczek ujawniają osobiste powody, dla których wzięły na warsztat konkretny problem. Reinharz (1992: 259-267) podaje przykład antropolożki, która po doświadczeniu poronienia rozpoczęła badania dotyczące zjawiska samoistnego zakończenia ciąży.

Przedstawicielki tego nurtu podejmują rozważania, popularne we współczesnej literaturze antropologicznej, których przedmiotem jest etyczny wymiar prowadzenia badań terenowych. Przyglądają się przede wszystkim relacjom występującym w procesie badania (Hryciuk 2008a: 56). Jednym z postulatów badań feministycznych jest dążenie, aby relacja pomiędzy antropologiem a badaną społecznością nie miała charakteru opresyjnego (Miraftab 2004: 595-596). Antropolożki feministyczne często deklarują, że podczas badań terenowych „uczą się od swoich informatorek”, co ma odróżnić ich podejście od założeń wcześniejszego paradygmatu, zgodnie z którym badacz „uczył się o badanych”. W pełni podzielam pogląd Hryciuk:

W trakcie samego badania terenowego dominująca pozycji badacza/ki nie jest już tak jednoznaczna (...). Nasi informatorzy nie są pasywnymi obiektami badań, relacje władzy nie są statyczne i ustalone, przeciwnie – są dynamiczne: podlegają zmianie (...). Zdarza się też, że to informatorzy dominują w relacji (Hryciuk 2008a: 70).

Badaczki są także świadome, że podczas pracy terenowej nadawane są im różne role (np. córki, którą należy się opiekować; kobiety pozbawionej płciowości). Prowadząc badania trzeba podejmować decyzje, czy zgodzić się na nadawaną badaczowi rolę, czy starać się ją negocjować. Przyjęta pozycja może ułatwiać prowadzenie badań. Nieraz pomiędzy badaczką a badanymi tworzy się silna relacja i obopólne osobiste zaangażowanie (Reinharz 1992: 253-258). Bywa także, że powstają między nimi bariery utrudniające dalszy proces badawczy (np. badaczka może być postrzegana przez kobiety jako rywalka) (Reinharz 1992: 58-60).

Antropolożki, które jako feministki i przedstawicielki kultury zachodniej realizują swoje projekty badawcze w krajach globalnego Południa⁴ powinny przyglądać się uważnie relacjom władzy podczas realizacji badań (Miraftab 2004:

⁴ Posługuję się terminami „globalne Południe” oraz „globalna Północ” w celu uniknięcia określeń: „Trzeci Świat” i „Pierwszy Świat” bądź „kraje rozwijające się” i „kraje rozwinięte”, które uważam za dziedzictwo dyskursu kolonialnego. Bogumiła Lisocka-Jaegermann zauważa: „pojęcie «globalne Południe» funkcjonuje w nauce, polityce, informacjach medialnych i dyskursie instytucji zaangażowanych w międzynarodową współpracę na rzecz rozwoju” (Lisocka-Jaegermann 2011: 34).

595). W badaniach międzykulturowych stale obecny jest bowiem dylemat, czy badacz ma prawo krytykować praktyki kulturowe, które postrzega jako krzywdzące, na przykład obrzezanie kobiet czy aranżowanie małżeństw (Reinharz 1992: 253-258). Zgadzam się z tymi przedstawicielkami nurtu badań feministycznych, które uważają, że powinniśmy wystrzegać się etnocentrycznego podejścia, zakładającego uniwersalność doświadczeń kobiet. Ich zdaniem rola antropologii polega na dążeniu do zrozumienia kulturowych uwarunkowań praktyk bez podejmowania prób ich oceniania (Abbott, Wallace, Tyler 2005: 48-49). Dzięki pogłębionym studiom praktyk obrzezania kobiet antropolodzy wykazali ich rolę w miejscowym systemie wartości. Na przykład w Sudanie są one podyktowane miejscowym kanonem piękna (Boddy 1982).

1.2. PLURALIZM MEDYCZNY W UJĘCIU ANTROPOLOGII MEDYCZNEJ⁵

Pluralizm medyczny to współcześnie jeden z najważniejszych terminów, jakimi posługuje się antropologia medyczna. Zdaniem Ursuli Sharm (1992: 28) opisuje on sytuację, w której obok medycyny „zachodniej”, z reguły posiadającej dominującą pozycję w sferze oficjalnej, występują także inne formy leczenia. Natomiast Craig Janes definiuje pluralizm medyczny jako „interakcję różnych praktyk terapeutycznych w danym kontekście” (Janes 2002: 269). Moim zdaniem, oba te sposoby rozumienia pluralizmu medycznego uzupełniają się nawzajem. Najpierw termin ten był stosowany dla przedstawienia zjawisk zachodzących w krajach, w których obok dopiero upowszechnianej tam medycyny „nowoczesnej” istniały silnie ugruntowane lokalne tradycje medyczne (np. Leslie, ed., 1976). Następnie badacze zaczęli się nim posługiwać w odwołaniu do społeczeństw zachodnich, w których współcześnie obok rozbudowanej publicznej służby zdrowia rozwijają się różnorodne terapie niekonwencjonalne (Cant, Sharma 1999: 51-82).

Dla zrozumienia pluralizmu medycznego w danym kontekście społeczno-kulturowym konieczne jest zapoznanie się z różnymi typami lecznictwa składającymi się na jego obraz. David Landy w swojej książce *Culture, Disease, and Healing* (Landy 1977) zaproponował definicję terminu „medycyna”, którą uważam za bardzo celną: „Medycyna danego społeczeństwa składa się z tych praktyk kulturowych, metod,

⁵ Poniższy podrozdział jest zmodyfikowaną wersją fragmentu publikacji: *Medycyna indiańska w Meksyku. Organizacje lekarzy tradycyjnych w Regionie Indian Purhépecha* (Wądołowska 2007), która powstała na podstawie mojej pracy magisterskiej.

technik, i substancji, zakorzenionych w kontekście wartości, tradycji, wierzeń i wzorów środowiskowej adaptacji, które zapewniają środki utrzymania zdrowia oraz jego poprawy bądź prewencji chorób i urazów członków tego społeczeństwa”. Definicja ta podkreśla znaczenie związków medycyny z kontekstem kulturowym i społecznym, w którym powstała i w którym się rozwija. Meksykański lekarz i antropolog Roberto Campos Navarro (1996: 30-31) dodaje, iż każda grupa etniczna posiada właściwe sobie wyobrażenia dotyczące funkcjonowania organizmu ludzkiego, jego zdrowia i choroby. Kaja Finkler (1992: 202) zwraca uwagę, że do czynników kształtujących praktyki lecznicze danej grupy należy dodać także właściwy jej światopogląd oraz charakter relacji społecznych. Silne splecenie medycyny z kulturą, której jest częścią, najbardziej widoczne jest w przypadku dolegliwości określanych przez antropologów jako „choroby ludowe” lub „syndromy uwarunkowane kulturowo” (ang. *culture-bound syndromes*). Zaliczane są do nich dolegliwości, które nie mają odpowiedników w klasyfikacji biomedycznej (Hughes 1996:142-143). W książce *The Culture-Bound Syndromes: Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest* pod redakcją Ronalda Simonsa i Charlesa Hughesa (1985) omówione zostały liczne przykłady tych chorób z różnych kultur oraz ich przekładalność na kategorie używane w psychiatrii. Niektórzy badacze, na przykład Anzures y Bolaños (1999: 187), podkreślają, że praktykowanie medycyny właściwej własnej grupie etnicznej może stanowić jeden z wyznaczników tożsamości jej członków, a także być formą manifestowania ich odrębności etnicznej. Landy (1977: 131) zauważa także, że wspólnota, w której rozwija się dana medycyna daje jej wsparcie, uprawomocniając pracę poszczególnych specjalistów. Należy dodać, że w naszych czasach możliwość praktykowania leczenia w sferze publicznej określana jest najczęściej przez system prawny danego państwa.

Antropolodzy medyczni (m.in. Anzures y Bolaños 1999: 57-58) zwracają także uwagę, że poszczególne medycyny nie są jednolitymi całościami. Większość z nich charakteryzuje się różnorodnością metod i specjalistów. Ponadto podlegają one zmianom zachodzącym w wyniku oddziaływań wewnętrznych i zewnętrznych. W procesie przekazu międzygeneracyjnego dochodzi do odśrodkowych modyfikacji, gdyż kolejne pokolenie dostosowuje popularne na danym obszarze leczenie do aktualnych sytuacji i potrzeb.

Termin „biomedycyna” prawdopodobnie po raz pierwszy został zastosowany przez Jean Comaroff (1982) oraz Roberta Hahna (1982). Podzielam pogląd, że jest

to najbardziej neutralne, pozbawione przymiotników wartościujących i etnocentrycznych (takich jak np. medycyna „oficjalna”, „nowoczesna”, „zachodnia”, czy „naukowa”) określenie lecznictwa, które rozwinęło się w zachodnim kręgu kulturowym. Termin ten został przyjęty w anglo- i hiszpańskojęzycznej literaturze antropologicznej, upowszechnia się również w polskiej antropologii medycznej. Podkreśla on ścisły związek medycyny „zachodniej” z naukami biologicznymi, a zatem również z paradygmatem naukowym. Antropolodzy podważają uniwersalny charakter biomedycyny, do którego zwykła aspirować (Baer, Singer, Susser 1997: 12). Arthur Kleinman (1995: 23-24) oraz inni badacze zwracają uwagę, że nie pozostaje ona wolna od uwarunkowań społecznych i kulturowych, przez co jest wewnętrznie zróżnicowana, a także historycznie i przestrzennie zmienna. Ilustruje to dobrze proces indygenizacji, któremu ulega biomedycyna w trakcie zaszczepiania jej zdobyczy społeczeństwom spoza zachodniego kręgu kulturowego. Ponadto nie zawsze możliwe jest wyznaczenie wyraźnej granicy między lecznictwem biomedycznym a innymi tradycjami medycznymi (Penkala-Gawęcka 2006: 23-24). Przykładem może być homeopatia, która w niektórych państwach została włączona w ramy biomedycyny, w innych pozostając poza jej obszarem.

Zgodnie z takim ujęciem uprawomocnione jest stosowanie terminu „medycyna” do określenia nie tylko „zachodniej” opieki medycznej, ale również innych form lecznictwa. Podobnie można nazywać „lekarzami” wszystkie osoby zajmujące się leczeniem, specjalistów wszystkich rodzajów medycyn. Odpowiada to zasadom przyjętym w anglo- i hiszpańskojęzycznej literaturze antropologicznej, w której praktyków medycyny tubylczej przyjęto nazywać lekarzami tradycyjnymi (ang. *traditional doctors*, hiszp. *médicos tradicionales*). Zamiennie stosuję również termin „uzdrowiciel”, który jest odpowiednikiem używanego w literaturze anglojęzycznej określenia *healer* i hiszpańskiego *curandero*⁶.

Przedstawiciele krytycznej antropologii medycznej⁷ (np. Baer 2004: 111) głoszą konieczność ponownego przewartościowania założeń współczesnej biomedycyny. Postulują oni analizowanie sił polityczno-ekonomicznych kształtujących system publicznej służby zdrowia, negatywnie oceniając hegemoniczną pozycję lecznictwa biomedycznego we współczesnym świecie, która, ich zdaniem, wyrosła

⁶ W aneksie znajduje się słowniczek wybranych terminów z języka hiszpańskiego używanych w pracy.

⁷ Krytyczna antropologia medyczna (ang. *critical medical anthropology*) wywodzi się m.in. z myśli Michela Foucault (1999).

z przymierza nowoczesnego państwa z autorytetami akademickimi. Ponadto uważają oni, że nierówności poziomu zdrowia mieszkańców różnych obszarów świata wynikają z szerszych niesprawiedliwości społecznych (Baer, Singer, Susser 1997: 3). Relacje władzy, wpisane w politykę zdrowotną, niewątpliwie odzwierciedlają oraz reprodukuja nierówności istniejące w danym społeczeństwie (Singer 1995: 83). Zbyt radykalne wydaje mi się natomiast podważanie samej skuteczności biomedycyny oraz postulat ponownego przewartościowania jej założeń i praktyk (Barfield 1997: 317-318).

W antropologii medycznej wyróżnia się i bada, obok biomedycyny, „wszelkie metody i praktyki leczenia i samoleczenia, które w danym kontekście społeczno-kulturowym sytuują się poza [nią]⁸” (Penkala-Gawęcka 2004: 77). Do ich określenia przyjęto stosować termin „medycyna komplementarna i alternatywna” (ang. *complementary and alternative medicine* – CAM). Składają się na nią zwykle bardzo różnorodne formy leczenia wywodzące się z różnych kręgów kulturowych (Penkala-Gawęcka 2006: 21). Sformułowanie to wskazuje, że w perspektywie pacjentów poszczególne segmenty tego lecznictwa są traktowane jako uzupełnienie bądź alternatywa dla biomedycyny. Ponadto podkreśla ono, że pozycja wszystkich form medycyny znajdujących się poza „akademicką” służbą zdrowia tworzona jest w relacji z jej instytucjami i establishmentem biomedycznym. Niektóre z medycyn niekonwencjonalnych są przez nie w całości bądź w części odrzucane, inne są przynajmniej częściowo legitymizowane (np. akupunktura). Poszczególne segmenty medycyny komplementarnej i alternatywnej spotykają się z większym lub mniejszym zainteresowaniem oraz uznaniem społecznym w danym kontekście kulturowym. Współcześnie różnicuje je także stopień profesjonalizacji pracy praktyków oraz kodyfikacja wiedzy (Penkala-Gawęcka 2001: 175-176).

Podzielam pogląd, że w ramach tak rozumianej medycyny komplementarnej i alternatywnej mieści się medycyna ludowa czy tradycyjna (używam tych określeń zamiennie). We współczesnym ujęciu lecznictwo tradycyjne nie jest uważane za skostniały zbiór dawnych praktyk leczenia, lecz za formę dynamiczną i zmienną. Zdaniem antropologów medycznych (Cant, Sharma 1999: 5) przymiotniki „tradycyjna” i „ludowa” podkreślają tubylczą i nieoficjalną proveniencję tej formy opieki medycznej. Jest to zgodne z rozumieniem tradycji jako tworu dynamicznego, w który wpisana jest zmiana (Buchowski 1995). Niektórzy badacze, mówiąc o praktykach

⁸ Wszystkie adnotacje w cytatach, w nawiasach kwadratowych, to moje uwagi i uzupełnienia.

medycznych społeczności tubylczych i wspólnot wiejskich, posługują się terminem „etnomedycyna”. Zakładają oni opozycję etnomedycyny w stosunku do medycyny zachodniej, milcząco uznając pierwszą za „naturalnie” tradycyjną, a drugą za z gruntu nowoczesną, co – jak zauważa Robert Hahn (1982) – jest postawą etnocentryczną. Autor przypomina, że w rzeczywistości biomedycyna również jest rodzajem etnomedycyny, gdyż tak jak inne formy lecznicze wyrosła na określonym (w tym wypadku zachodnim) obszarze kulturowym.

Samoleczenie również zaliczam do medycyny komplementarnej i alternatywnej. Włodzimierz Piątkowski (2008: 204) opisuje je jako najprostszą, a zarazem najpowszechniejszą formę leczenia, która stosowana jest, gdy diagnozowanie choroby jest łatwe, a do jej wyleczenia wystarczają ogólnodostępne środki. Zdaniem Piątkowskiego terapie z tego zakresu są mieszkanką wiedzy zdobytej dzięki własnemu doświadczeniu oraz znajomości elementów lecznictwa ludowego i biomedycyny. Badacze podkreślają także, że samoleczenie, w odróżnieniu od innych form medycyny alternatywnej i komplementarnej, nie ma nigdy charakteru usługowego. Często do samodzielnego leczenia skłania brak dostępu do profesjonalnych form terapii, jednak jest ono popularne również w społeczeństwach mających rozwiniętą służbę zdrowia (zob. Zolla i in. 1992: 71).

Badacze praktyk komplementarnych i alternatywnych (Campos Navarro 1996: 31; Larriga Attias 2000: 18-19) zwykli wydzielać ich dwa podstawowe typy. Z jednej strony są to terapie „praktyczne” czy „empiryczne” (np. masaże, ziołolecznictwo), a z drugiej – formy leczenia magiczno-religijnego odwołujące się do wierzeń danej społeczności. W moim przekonaniu podział ten jest umowny i w praktyce leczniczej metody te są ze sobą najczęściej ściśle związane.

Pluralizm medyczny, w ujęciu Sarah Cant i Ursuli Sharmy, czyli rozumiany jako występowanie obok siebie na danym obszarze przynajmniej dwóch tradycji leczniczych, obecny był w wielu regionach świata, szczególnie w społeczeństwach zróżnicowanych kulturowo i etnicznie, oraz zhierarchizowanych społecznie jeszcze przed dotarciem tam biomedycyny (Cant, Sharma 1999). Wyjątkowe „bogactwo medyczne” występowało na kontynencie azjatyckim. Wraz z procesami kolonizacji europejskiej następowała ekspansja medycyny „zachodniej” na obszary Afryki, Azji, Ameryk i Australii. Dopiero jednak w drugiej połowie XX wieku zaczęto dążyć do udostępnienia na szeroką skalę jej zdobyczy mieszkańcom obszarów pozaeuropejskich (Penkala-Gawęcka 2010: 22-23). Wprowadzana tam biomedycyna nie wypierała

jednak tradycyjnych sposobów leczenia. Jak zauważają antropolodzy (Baer, Singer, Susser 1997: 215; Cant, Sharma 1999), w krajach postkolonialnych monopol publicznej służby zdrowia (mimo jej oficjalnej dominacji) jest raczej wyjątkiem niż zasadą, gdyż to medycyna ludowa odgrywa większą rolę w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych ludności tubylczej. Natomiast w społeczeństwach zachodnich, w wyniku rozwoju ruchów alternatywnych i ekologicznych, w tym także New Age, poszerzona została oferta lecznictwa alternatywnego i komplementarnego. Chorzy, z różnych przyczyn, często szukają pomocy terapeutów niekonwencjonalnych (Giddens 2008: 165; Kubiak 1998).

Zgodnie z ujęciem Janesa (2002), w sytuacji pluralizmu medycznego różne formy leczenia nie są odseparowane i wzajemnie na siebie oddziałują. Alan Young (1976: 10-11) uważa, że pomiędzy systemem biomedycznym a medycynami komplementarnymi, obok oczywistych konfliktów i rywalizacji, zachodzi także proces wzajemnego przyswajania treści. Mieszanie się idei i praktyk medycznych wywodzących się z różnych kultur powoduje zmiany w obrębie tych tradycji terapeutycznych. Przekształceniom podlegają nie tylko same metody leczenia, ale również sposoby przekazywania wiedzy czy uzyskiwania uznania społecznego. Procesy tych przemian można określić mianem hybrydyzacji (Nederveen Pieterse 1994: 169-173). Intensywny proces hybrydyzacji różnych form medycyny odbywa się współcześnie w wyniku globalizacji, która spowodowała, że wiele tradycyjnych metod leczenia zostało przeniesionych do innych społeczeństw. W nowym kontekście odrywają się one od źródeł, z których się wywodzą i dostosowywane są do lokalnych potrzeb. Ich eklektycznemu mieszanemu się sprzyja fakt, że posługujący się nimi terapeuci bardzo często w dowolny sposób czerpią z różnych tradycji leczniczych (Penkala-Gawęcka 2006: 30-31).

Cant i Sharma (1999) zwracają uwagę na jeszcze inne możliwe definiowanie pluralizmu medycznego. Termin „pluralizm” w naukach społecznych najczęściej stosowany jest w odniesieniu do zjawisk politycznych, w celu podkreślenia możliwości swobodnego działania i wyrażania opinii. W takim ujęciu pluralizm medyczny powinien zakładać „demokratyczne” zrównanie pozycji wszystkich form leczenia w świetle prawa, co jest postulowane przez część państw i organizacji międzynarodowych. Badaczki wprowadziły termin „nowy pluralizm medyczny” do opisu sytuacji, w której władze państwowe zaczynają legitymizować niektóre komplementarne i alternatywne formy leczenia. Zauważają one jednak,

że „demokratyzacja” systemów medycznych nigdzie nie została w pełni zrealizowana (Cant, Sharma 1999: 1-4, 51-82). Hans Baer w sposób radykalny rozwija tę myśl, pisząc że obecnie obserwowanej sytuacji nie powinniśmy nazywać „pluralizmem medycznym”, a tylko „mnogością różnych form leczenia” (Baer 2003: 4).

Badania dotyczące pluralizmu medycznego prowadzone są na dwóch poziomach: makrospołecznym i mikrospołecznym (Penkala-Gawęcka 2010: 21). W szerszym ujęciu analizowane są relacje pomiędzy różnymi tradycjami medycznymi w kontekście politycznym, społecznym oraz ekonomicznym. Badacze interesują się także stosunkiem instytucji państwowych i establishmentu biomedycznego do medycyny komplementarnej i alternatywnej oraz związanymi z tym relacjami władzy (Baer 2003: 43). Wyniki badań prowadzonych w nurcie krytycznej antropologii medycznej (Singer 1995) pokazują, że hierarchiczne stosunki między różnymi formami leczenia istniejącymi w danym społeczeństwie odzwierciedlają charakterystyczne dla niego relacje społeczne. Murray Last (1996) wyróżnił trzy modele podejścia państwa do CAM. W modelu „tolerancyjnym” praktykowanie leczenia poza biomedycyną nie jest zabronione (np. Wielka Brytania, Niemcy). Przykładem modelu „integracyjnego” są, zdaniem Lasta, Indie i Chiny, gdzie medycyna tradycyjna spotyka się z oficjalnym uznaniem, a publiczna służba zdrowia korzysta z pomocy praktyków ludowych, często dlatego, że sama nie jest w stanie zapewnić opieki zdrowotnej wszystkim obywatelom. Dążenia do integracji biomedycyny z lecznictwem ludowym polegają jednak najczęściej na uznaniu tylko jego wybranych elementów. Model „wyłączający” oddaje z kolei sytuację, w której istnieje zakaz bądź znaczne ograniczenie praktykowania innych niż biomedyczne form leczenia (np. Francja, Stany Zjednoczone).

Współcześnie władze państwowe coraz częściej wymagają „racjonalno-prawnej”, biurokratycznej legitymizacji pracy lekarzy tradycyjnych (Lindquist 2001: 16). Na przykład w Kazachstanie instytucje państwowe przeprowadzają atestację uzdrowicieli, na podstawie której wydawane są certyfikaty legalizujące ich działalność (Penkala-Gawęcka 2006: 202-203). Powoduje to instytucjonalizację praktykowanych przez nich form medycyny oraz dążenia do profesjonalizacji ich pracy. Cant i Sharma (1999: 185-187) wymieniają podstawowe elementy tego procesu. Są nimi: unifikacja terapii, którymi posługują się lekarze tradycyjni, standaryzacja ich wiedzy i umiejętności oraz podporządkowanie ich paradygmatowi naukowemu (stosowane metody i środki powinny zostać zbadane i ocenione przez autorytety biomedyczne).

Perspektywa mikrospołeczna natomiast skupia się przede wszystkim na badaniu relacji między chorymi i specjalistami, stosunku pacjentów do różnych form leczenia, motywów wyborów, a także strategii poszukiwania pomocy (Cant, Sharma 1999: 51-82). Badania etnograficzne prowadzone w różnych częściach świata pokazują, że podejmowanie decyzji co do sposobu leczenia jest procesem złożonym i zależnym od wielu czynników. Podkreśla się przede wszystkim znaczenie wspólnoty przekonań etiologicznych dotyczących choroby podzielanych przez chorych i praktyków (Penkala-Gawęcka 2006: 220). Badacze (np. Rubel, Hass 1996: 125) zauważają jednak, że bardzo często deklaracje pacjentów nie pokrywają się z ich faktycznymi działaniami. W ich zachowaniach często przejawia się strategia korzystania z wielu terapii (ang. *multiple-use strategy*). Wykazują oni dużo pragmatyzmu w swoich wyborach, nie traktując różnych formy leczenia, które stosują nieraz jednocześnie, jako sprzecznych ze sobą. Szczególnie w sytuacji, gdy aplikowane do tej pory metody nie przyniosły poprawy, chorzy są skłonni poszukiwać najbardziej skutecznej terapii, która niekoniecznie odpowiada ich rozumieniu choroby. Wybory o takim charakterze są zgodne z „subiektywną racjonalnością”, o której pisze między innymi Michał Buchowski (2004: 101).

Bliski jest mi postulat przedstawicieli antropologii medycznej (np. Baer, Singer, Susser 1997: 27-32), aby łączyć rozważania na poziomie mikrospołecznym z perspektywą makrospołeczną, dzięki czemu możliwe staje się przedstawienie, jak szersze procesy społeczne, polityczne i ekonomiczne oddziałują na codzienne życie. Badacze (np. Lazarus 1988: 54) reprezentujący ten nurt zwracają uwagę, że do zrozumienia relacji między pacjentami a lekarzami, które z reguły są hierarchiczne, konieczne jest analizowanie kształtujących je szerszych struktur. Trafne jest zdanie Howarda Waitzkina:

[Choroba] nie jest tylko prostym rezultatem czynnika zakaźnego czy zmian patologicznych. (...) szereg problemów – włączając niedożywienie, niepewność ekonomiczną, zagrożenia zawodowe, złe warunki mieszkaniowe oraz brak władzy politycznej – powoduje podstawowe predyspozycje do choroby i śmierci (Waitzkin 1981: 98).

Od lat 70. XX wieku również badaczki feministyczne włączały się do rozważań nad biomedycyną, podkreślając najczęściej aspekty kontroli społecznej i konstruowania płci kulturowej w dyskursie medycznym. Jak zauważa Deborah Lupton:

Krytyka feministyczna najczęściej skupia się na kwestiach ciała, doświadczeniu choroby, zmiennej natury kategorii chorób i ich użycia w celu kontroli społecznej, a także relacji władzy pomiędzy pacjentami a specjalistami medycznymi (Lupton 1994: 129).

1.3. ANTROPOLOGIA REPRODUKCJI I INNE BADANIA NAD ZDROWIEM REPRODUKCYJNYM⁹

Zdrowie reprodukcyjne w naukach społecznych jest definiowane jako odnoszące się do procesów i stanów biologicznych związanych z reprodukcją oraz seksualnością kobiety i mężczyzny (Whittaker 2004: 280). Do najważniejszych z nich należą: menstruacja, rozwój płciowy, współżycie płciowe, zapłodnienie, ciąża, poród, niepłodność, aborcja, menopauza i andropauza. Procesy te potencjalnie dotyczą wszystkich kobiet i mężczyzn, ale nie oznacza to, że wszyscy przeżywamy je w ten sam sposób (Browner, Sargent 1996: 220).

W naszym kraju terminem „zdrowie reprodukcyjne” posługują się przedstawiciele nauk społecznych, między innymi socjolodzy, pedagodzy zdrowia czy demografowie (np. Kaczmarek 2012; Ostrowska, Gujski 2007), natomiast nie jest on jeszcze popularny wśród antropologów. Polscy etnolodzy zajmowali się od dawna wybranymi zagadnieniami obszaru zdrowia reprodukcyjnego, nie używając tego terminu, przede wszystkim przy okazji rozważań dotyczących ciąży (np. Biegeleisen 1929; Bystron 1976; Szubertowa 1950/51). Ryszard Tomicki (1977) także poruszył ten temat w artykule poświęconym normom i wzorom życia seksualnego tradycyjnych społeczności wiejskich w Polsce. W ostatnich latach można zaobserwować wzrost zainteresowania tą problematyką wśród polskich antropologów. Należy wymienić przede wszystkim badania Renaty Hryciuk (2008a, 2009) dotyczące kulturowego konstruowania macierzyństwa, Justyny Straczuk (2006) nad doświadczeniem poronienia oraz Marii Węgrzynowskiej (2012) nad strategiami wyboru opieki medycznej przez ciężarne Polki w warunkach emigracji.

⁹ Poniższy podrozdział oraz część kolejnego są zmodyfikowaną wersją artykułu: *Perspektywa antropologii kulturowej w badaniach nad zdrowiem reprodukcyjnym* (Wądołowska 2012).

Jak wykazały studia kulturowe i historyczne, poszczególne stany i procesy biologiczne związane z reprodukcją nie są tylko kategoriami biologicznymi (Ginsburg, Rapp 1991: 312). Podzielam pogląd Carole Browner i Carolyn Sargent, które uważają, że reprodukcja człowieka wykracza poza sferę biologii chociażby z uwagi na fakt, że stanowi warunek trwania każdego społeczeństwa (Browner, Sargent 1996: 220). Jeden ze słowników antropologii społeczno-kulturowej podaje następującą definicję:

Reprodukcja człowieka obejmuje biologiczne wydarzenia pojawiające się w cyklu życia (...), jak również społeczne konstruowanie tych wydarzeń, a także wyobrażenia i zachowania związane z płodnością, porodem oraz rodzicielstwem w różnych kulturach (Barfield 1997: 407).

W tej perspektywie badawczej menstruacja, rozwój płciowy, współżycie płciowe, zapłodnienie, ciąża, poród, niepłodność, aborcja, menopauza i andropauza dotyczą potencjalnie wszystkich kobiet i/bądź mężczyzn, ale ich doświadczanie zawsze odbywa się poprzez filtry kulturowe (Browner, Sargent 1996: 220-225).

Stany te w różnych kulturach mają różne znaczenie społeczne. Najdobitniejszym przykładem może być postrzeganie menopauzy. W kulturach „tradycyjnych” etap życia kobiety po przekwitaniu jest często przez nią wyczekiwany, gdyż otwierają się wtedy przed nią nowe możliwości, na przykład może podjąć zadanie leczenia innych. W społeczeństwie nowoczesnym menopauza uważana jest natomiast za proces negatywny, jako utrata nie tylko płodności, ale nieraz również sensu życia (Browner, Sargent 1996: 225). Margaret Lock, na podstawie badań prowadzonych w Ameryce Północnej i Japonii, dostrzegła, że istnieją widoczne różnice w doświadczaniu menopauzy przez mieszkanki badanych rejonów. Uznała, że wynikają one z „lokalnych biologii”. Na przykład Japonki na ogół nie skarżą się na uderzenia gorąca – typowe objawy menopauzy u mieszkank Ameryki Północnej. Badaczka uważa, że to zróżnicowanie w doświadczaniu menopauzy wynika zarówno z różnych podejść kobiet do tego etapu życia, jak i czynników środowiskowych. W przypadku Japonki ważną rolę odgrywa prawdopodobnie bogata w soję dieta, zapewniająca potrzebne w okresie menopauzy hormony (Lock 1998: 410-417).

Soraya Tremayne pisze przekonująco: „Reprodukcja człowieka to złożony i interaktywny proces, który jest zdeterminowany przez zespół czynników biologicznych, środowiskowych i społecznych” (Tremayne 2001: 1). Uważa ona, że podczas gdy biolodzy skupiają swoją uwagę nad zjawiskami przekazywania genów

w procesie reprodukcji, badacze społeczni interesują się jego dynamiką oraz rolą, jaką pełni w społeczeństwie. Tremayne pisze dalej:

Reprodukcja jest zatem procesem dynamicznym, który nie ogranicza się do dwóch osób reprodukujących się biologicznie. Dotyczy on szerszej grupy społecznej i wzajemnie oddziałuje z instytucjami ekonomicznymi, politycznymi, religijnymi i prawnymi (Tremayne 2001: 1).

Jak zauważają Browner i Sargent, społeczeństwo kształtuje zachowania reprodukcyjne swoich członków. Oddziałuje na nie szereg elementów, takich jak wierzenia odnoszące się do menstruacji, wyobrażenie ciała, stosunek do seksualności, wartość przypisywana płodności, macierzyństwu i ojcostwu, a także społecznie wypracowany schemat radzenia sobie z sytuacją choroby (Browner, Sargent 1996: 219). Reprodukacja jest zatem regulowana przez wiele norm społecznych, dotyczących przede wszystkim relacji między płciami i relacji pokrewieństwa, ale operujących głównie poprzez religię oraz system prawny i polityczny (Correa 1997: 107; Greenhalgh 1995: 3-14; Hardon i in. 2001: 79; Tremayne 2001: 1).

Marcia Inhorn (2006: 350-352), po zapoznaniu się z liczną literaturą etnograficzną, która opisuje zdrowie kobiet, stwierdziła, że 90% tych prac zajmuje się obszarem reprodukcji¹⁰. Nic zatem dziwnego, że już od kilku dziesięcioleci rozwija się antropologia reprodukcji, znajdująca się na styku różnych dyscyplin i obszarów badań, przede wszystkim z zakresu zdrowia publicznego, demografii, ekonomii i historii. Ważną rolę odgrywa także wpływ myśli feministycznej oraz *gender studies*, gdyż analiza relacji pomiędzy płciami kulturowymi jest kluczowa dla badań sfery reprodukcji (Inhorn 2007).

Antropologia reprodukcji jest dynamiczną gałęzią badań społecznych¹¹. W jej ramach badacze zajmują się różnorodnymi problemami, poczynając od roli akuszerki w społecznościach tubylczych, przez kulturowe wyobrażenia na temat środków antykoncepcyjnych, aż do prawnych uregulowań dotyczących zapłodnienia *in vitro*.

¹⁰ Faye Ginsburg i Rayna Rapp (1991: 311), mając na uwadze złożoność terminu „reprodukcja”, piszą: że odnosi się on nie tylko do procesów płodności, ale również do zjawiska trwania systemu społecznego. Należy zatem pamiętać, że antropologia reprodukcji interesuje się płodnością i seksualnością człowieka.

¹¹ W 1979 r. w ramach American Anthropological Association powołano specjalną radę – Council on the Anthropology and Reproduction. Coraz częściej antropologia reprodukcji pojawia się jako jeden z przedmiotów kierunkowych oferowanych studentom antropologii. W niektórych instytucjach powstały grupy skupiające badaczy zajmujących się tą subdyscypliną, np. Fertility and Reproduction Studies Group na Uniwersytecie w Oxfordzie. Wokół tego tematu koncentrują się panele konferencji antropologicznych, np. „Managing uncertainty of human reproduction” na konferencji European Association of Social Anthropologists (EASA), która odbyła się w Paryżu w 2012 r.

Badają ceremonie inicjacji, znaczenie przypisywane dziewictwu, symboliczne odniesienia menstruacji, stosunek do osób bezdzietnych, zaburzenia zdrowia reprodukcyjnego, nowe technologie reprodukcyjne. Podejmują również zagadnienia jakości opieki medycznej oraz relacji między personelem ochrony zdrowia i pacjentami. Poród jest często uważany za centralny temat badań z zakresu antropologii reprodukcji (Whittaker 2004: 281-285). Antropolodzy i socjolodzy (np. Titkow 1982) interesują się także czynnikami, które wpływają na preferencje co do większej lub mniejszej liczby dzieci oraz zagadnieniami spadku umieralności dzieci. Poszukują odpowiedzi na pytanie, jaka jest rola kultury w zachodzących przemianach demograficznych (Kretzer 1995: 29). Przedmiotem badań są często społeczne i kulturowe efekty wprowadzenia środków antykoncepcyjnych. Toczono także dyskusje nad relacją między stosowaniem antykoncepcji a uwłasnowolnieniem (ang. *empowerment*) kobiet.

Poszczególne tematy z zakresu zdrowia reprodukcyjnego były podejmowane przez antropologów od zarania dyscypliny (np. w pracach Bronisława Malinowskiego czy Margaret Mead). Całościowa refleksja nad obszarem reprodukcji człowieka została zainicjowana w studiach antropologicznych dopiero w latach 60. XX wieku. Za krok milowy dla antropologii reprodukcji uważa się wydaną w 1978 roku książkę Brigitte Jordan *Birth in Four Cultures*, nie tylko dostarczającą materiału porównawczego z czterech kultur, ale również tworzącą teoretyczne podwaliny tej subdyscypliny (Jordan 1978). Autorka jako pierwsza uznała poród – zarówno w kontekście medycyny tradycyjnej, jak i interwencji biomedycznych – za konstrukt kulturowy.

Znaczna część prac z zakresu antropologii reprodukcji ma charakter stosowany. Antropolodzy, na podstawie swoich badań, dostarczają między innymi informacji, dzięki którym systemy opieki nad zdrowiem reprodukcyjnym mogą być zaakceptowane przez lokalne społeczności¹². Na przykład poznanie wyobrażeń dotyczących nowoczesnych środków antykoncepcyjnych może pomóc w tworzeniu programów planowania rodziny dostosowanych do lokalnych kultur (Hardon i in. 2001: 78). W latach 80. XX wieku rozwój epidemii HIV/AIDS stał się kolejnym bodźcem do podejmowania badań nad zdrowiem reprodukcyjnym o charakterze stosowanym. Zdobyte dzięki badaniom etnograficznym dane na temat społecznych i kulturowych czynników zwiększających zagrożenie zarażeniem (jak liczba partnerów

¹² Przykładem może być książka pod redakcją Anity Hardon *Beyond Rhetoric: Participatory Research on Reproductive Health* (Hardon, ed., 1998).

czy typy praktyk seksualnych) mogą pomóc w przygotowaniu działań profilaktycznych odpowiednich dla poszczególnych grup wysokiego ryzyka w danym społeczeństwie (Whittaker 2004: 285).

Z uwagi na fakt, że większość antropologów zajmujących się zdrowiem reprodukcyjnym to kobiety, przez pierwsze dekady rozwoju tej gałęzi badań społecznych notowany był niedostatek prac poświęconych mężczyznom. Dopiero w ostatnich latach badacze i badaczki zaczęli podejmować na szerszą skalę tematykę kulturowego konstruowania roli mężczyzny w procesie zapłodnienia oraz narodzin. Obecnie coraz większym zainteresowaniem cieszą się także badania nad trzecią płcią i transseksualizmem (Whittaker 2004: 281-286).

Ważną rolę w rozwoju badań nad zdrowiem reprodukcyjnym i seksualnością odegrał ruch feministyczny i teoria feministyczna (Tremayne 2001: 4). Część badaczy (np. Ginsburg, Rapp 1991: 312) jest nawet zdania, że dopiero spotkanie drugiej fali feminizmu z antropologią w latach 70. XX wieku rozwinęło antropologię reprodukcji. W ujęciu feministycznym, wszystkie stany i procesy związane z reprodukcją człowieka postrzegane są jako wydarzenia polityczne, jako źródło władzy, ale także podporządkowania (Handwerker 1990: 1-9). Jak pisze Adrienne Rich:

W jaki sposób kobiety rodziły, kto im pomagał, jak i dlaczego? To nie są po prostu pytania o historię położnictwa i akuszerstwa: to są pytania polityczne. Kobieta oczekująca miesiączki lub rozpoczęcia porodu, kobieta leżąca na stole podczas aborcji czy rodząca dziecko, kobieta stosująca spiralę czy też połykająca codziennie pigułkę, robi to wszystko, pozostając pod wpływem wiekowego piętna. Jej wybory – jeśli w ogóle jakieś ma – są dokonywane albo zakazywane w kontekście prawa i ramach profesjonalnych kodów, religijnych sankcji i tradycji etnicznych (Rich 2008: 143).

W podobnym tonie wypowiada się Browner:

Reprodukcja ludzka nigdy nie jest sprawą całkowicie osobistą. Rodzina, sąsiedzi i inni członkowie szerszej społeczności, do której należy kobieta, usiłują wpływać na zachowania reprodukcyjne członków swojej grupy. (...) Na poziomie państwa, rządy rozwijają politykę, poprzez którą starają się kształtować wielkość, skład i dystrybucję populacji. Te działania polityczne niewątpliwie dążą do wywierania wpływu na aktywności reprodukcyjne jednostek (Browner 1993: 385).

Podzielam powyższe stanowisko podkreślające ścisłe zależności między polityką a zachowaniami związanymi ze zdrowiem reprodukcyjnym. Dobrym

przykładem może być polityka rządów Ceausescu, o której jeden z badaczy pisze: „nie możemy postrzegać adopcji dzieci i ich wychowania w Rumunii bez umieszczenia w centrum analizy delegalizacji kontroli urodzeń i aborcji przez reżim Ceausescu” (Ginsburg, Rapp 1991: 313).

Marcia Inhorn jest zdania, że prace antropologiczne dotyczące reprodukcji budzą wyjątkowe zainteresowanie, ponieważ dobrze uwidaczniają silne powiązanie problemów zdrowia z „szerszymi relacjami i oddziaływaniami społecznymi, kulturowymi, ekonomicznymi i politycznymi” (Inhorn 2006: 350). Badacze podejmujący studia nad zdrowiem reprodukcyjnym z perspektywy feministycznej uwzględniają także zależności między reprodukcją a kolonializmem, modernizacją oraz nacjonalizmem. Odwołując się do koncepcji Michela Foucault głoszą, że na sferę reprodukcji człowieka oddziałują, poza państwem, różne instytucje społeczne, takie jak system opieki zdrowia, Kościół czy rodzina (Foucault 2000; Ginsburg, Rapp 1991: 314).

W ostatnich dekadach powstało wiele prac skupiających się na tak pojętym politycznym kontekście reprodukcji oraz wpływie regulacji państwowych na tę sferę. Należą do nich studia poświęcone polityce demograficznej, która definiuje strategie odnoszące się do reprodukcji. Rządy starają się kontrolować reprodukcję, ponieważ:

może [ona] osłabiać lub wzmacniać rządy. Stała produkcja nowych generacji zapewnia środki, które rządy mogą spożytkować, ale również dostarcza ludności, którą należy wyżywić, odziać i której należy zapewnić mieszkanie (Handwerker 1990: 1).

W zależności od potrzeb politycznych promowane jest ograniczanie przyrostu naturalnego lub posiadanie większej liczby dzieci, lecz strategie te mogą nie brać pod uwagę celów ludzi, których działań dotyczą. Na przykład w Indiach na użytek tej polityki skonstruowano wizerunek „kobiety nowoczesnej”, która stosuje antykoncepcyjną wkładkę domaciczną bądź przeszła sterylizację (Sargent, Gulbas 2011: 289). Z kolei w Polsce mamy obecnie do czynienia z dyskursem pronatalistycznym, zgodnie z którym „dobra Polka” nie może być bezdzietna. Obecna sytuacja demograficzna w naszym kraju spowodowała, że, jak piszą Renata Hryciuk i Elżbieta Korolczuk:

Politycy i publicyści przekonywali (i nadal przekonują) kobiety, iż rodzenie dzieci leży w interesie ekonomicznym zarówno ich samych, jak i polskiej gospodarki. Jest nie tylko racjonalnym wyborem i wypełnieniem

„kobiecego powołania”, lecz także patriotycznym i religijnym obowiązkiem. Kobiety, które dzieci nie mają, przypina się chętnie łatkę egoistek, dążących do kariery i spełnienia marzeń o nieograniczonej konsumpcji za cenę zaprzeczenia swym „naturalnym” instynktom i potrzebom (Hryciuk, Korolczuk 2012: 16).

Częstym tematem podejmowanym w ramach antropologii reprodukcji są ogólne procesy demograficzne, szczególnie bardzo wysoki poziom przyrostu naturalnego na świecie w XX wieku. W wyniku poprawy jakości życia, rozwoju ekonomicznego oraz tworzenia podstawowych struktur ogólnodostępnej służby zdrowia, większość krajów globalnego Południa weszła w połowie XX wieku w proces przejścia demograficznego¹³. Oznaczało to przejście od stanu, w którym wysokiemu poziomowi umieralności towarzyszyły wysokie wskaźniki dzietności kobiet – liczby urodzin i zgonów były do siebie zbliżone – do etapu, w którym zmniejszył się współczynnik umieralności niemowląt i ich matek przy zachowaniu wysokich wskaźników urodzeń. W wyniku tych zmian poziom narodzin zaczął zdecydowanie przewyższać wskaźniki zgonów. Te obszary świata znacznie później od krajów globalnej Północy docierają do kolejnego etapu przejścia demograficznego, w którym poziom urodzin maleje, co powoduje, że liczba urodzin i zgonów znowu zaczynają być do siebie zbliżone (Chant, Craske 2003: 72; Gutmann 2007: 103-105; Sánchez Bringas 2003: 33).

Gwałtowny wzrost ludności świata zaczął być postrzegany w dominującym na arenie międzynarodowej dyskursie modernizacji i rozwoju jako zagrożenie dla ludzkiej ekumeny (Greenhalgh 1995: 3). Polityka organizacji takich, jak ONZ oraz Bank Światowy¹⁴ opierała się na koncepcji Thomasa Malthusa, który twierdził, że niekontrolowana płodność prowadzi do przeludnienia, ubóstwa, niedorozwoju

¹³ Polski demograf, Marek Okólski, pisze: „Przedmiotem badań teorii przejścia demograficznego jest zbiór procesów, które w stosunkowo krótkim czasie powodują zasadnicze i bezprecedensowe w historii przeobrażenia stosunków ludnościowych (...). Podstawową cechą tej zmiany jest trwałe zastąpienie wysokiej rozrodczości i umieralności przez niską rozrodczość i umieralność” (Okólski 1990: 9). Za prekursora teorii przejścia demograficznego uważany jest Warren Thompson, który dokonał typologii reprodukcji populacji: „1) o wysokiej stopie urodzeń i zgonów oraz niskiej podlegającej fluktuacjom stopie przyrostu naturalnego, 2) o spadającej stopie zgonów i rosnącej stopie przyrostu naturalnego, 3) o spadającej stopie urodzeń oraz spadającej stopie przyrostu naturalnego” (Okólski 2004: 212). Pełna teoria przejścia demograficznego została sformułowana przez Franka Notesteina (1945). Okólski zauważa, że jej założenia okazały się nie w pełni adekwatne do rzeczywistości przełomu XX i XXI w. (2004: 212).

¹⁴ Politykę kontroli populacji wspierają także United Nations Population Fund (UNFPA), U.S. Agency for International Development (USAID), International Planned Parenthood Federation (IPPF), Population Council, a także takie północnoamerykańskie fundacje jak Ford, MacArthur czy Rockefeller Foundation (Gutmann 2007: 101-102).

oraz degradacji środowiska. Podczas Światowej Konferencji Ludnościowej w Belgradzie w 1965 roku uznano, że największym hamulcem rozwoju ekonomicznego i społecznego większości społeczeństw globalnego Południa jest tempo wzrostu ich populacji (Chant, Craske 2003: 76-77; Gutmann 2007: 40-41, 113-116, Sánchez Bringas 2003: 34).

Decydenci w wielu z tych krajów zainicjowali działania mające na celu ograniczanie przyrostu naturalnego poprzez odgórne interwencje przeprowadzane w imieniu „dobra ogółu”. Najczęściej ich polityka opierała się na propagowaniu nowoczesnych metod antykoncepcyjnych¹⁵, co można interpretować jako dążenie do sprawowania kontroli nad ciałem kobiet. W wielu miejscach na świecie były one, w różny sposób, przymuszane do stosowania takich metod, jak sterylizacja czy aborcja (Hardon i in. 2001: 71).

Przedstawicielki ruchu feministycznego krytykowały tę politykę ONZ i Banku Światowego, gdyż ich zdaniem była ona rasistowska i seksistowska, służyła kontrolowaniu klas i ras¹⁶, a nawet nosiła znamiona eugeniki, zgodnie z którą państwo decyduje, które jego obywatelki mogą, a które nie powinny rodzić dzieci (Falquet 2003: 30-31)¹⁷. Browner (1993: 394) jest zdania, że niektóre agresywnie realizowane programy kontroli wzrostu populacji, stosowane na przykład wobec grup ludności tubylczej, mogą być interpretowane nawet jako forma kulturowego ludobójstwa. Taką politykę demograficzną cechuje także kreowanie obrazu mieszkanek globalnego Południa jako nazbyt płodnych, a tym samym odpowiedzialnych za ubóstwo, w jakim znajdują się ich rodziny¹⁸. Badania antropologów (np. Rubinstein, Lane 1996) ukazały, że w wielu społecznościach to raczej ubóstwo jest przyczyną posiadania licznego potomstwa. W społecznościach rolniczych i ubogich miejskich każde kolejne dziecko stanowi dodatkowe „ręce do pracy” oraz zabezpieczenie społeczne dla starzejących się rodziców (Ginsburg, Rapp 1991: 326-327).

Myśl feministyczna przyczyniła się do wprowadzenia w latach 90. XX wieku nowych projektów skoncentrowanych na człowieku, jego zdrowiu i prawach, w tym na prawie jednostki do decydowania o swojej płodności. Głównym momentem zwrotnym

¹⁵ Zbiegło się to w czasie z rozwojem nowoczesnych metod antykoncepcji, które umożliwiły nową jakość kontroli płodności (Tremayne 2001: 3-4).

¹⁶ Np. liberalizacja aborcji w USA miała na celu ograniczenie przyrostu naturalnego ubogich grup społecznych, najczęściej uzależnionych od opieki społecznej (Ginsburg, Rapp 1991: 316).

¹⁷ Praktyki o podobnym charakterze w różnych krajach opisuje Nira Yuval-Davis w książce *Gender and Nation* (Yuval-Davis 1997: 31-32).

¹⁸ Zgodnie z koncepcją Malthusa wysoka płodność powoduje przeludnienie, wskutek którego zasoby środowiska okazują się niewystarczające do utrzymania całej populacji.

w rozwoju tej polityki była Międzynarodowa Konferencja na Rzecz Ludności i Rozwoju w Kairze w 1994 roku oraz Światowa Konferencja w sprawie Kobiet w Pekinie w 1995 roku (Tremayne 2001: 7-8). Przyjęto podczas nich szereg nowych rekomendacji. Na podkreślenie zasługuje szczególnie wyróżnienie, w obrębie uniwersalnych praw człowieka, prawa reprodukcyjnego.

Ustalona przez Światową Organizację Zdrowia, podczas konferencji w Kairze, definicja zdrowia reprodukcyjnego mówi, iż jest to¹⁹:

stan pełnego dobrostanu w aspekcie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagań, we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami. Zdrowie reprodukcyjne oznacza zatem, że ludzie mogą prowadzić satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne oraz że mają zdolność do reprodukcji, jak również swobodę decydowania o tym, czy, kiedy i ile chcą mieć dzieci. Z tego ostatniego warunku wynika prawo mężczyzn i kobiet do odpowiedniej informacji oraz możliwości korzystania z bezpiecznych, skutecznych, przystępnych finansowo oraz akceptowanych metod planowania rodziny, odpowiednich usług służby zdrowia, zapewniających kobietom bezpieczną ciążę i poród, a parom najwyższą szansę posiadania zdrowego potomstwa²⁰.

Prawa te oznaczają przede wszystkim: prawo jednostek do zachowania cielesnej integralności; prawo do swobodnego, świadomego i odpowiedzialnego planowania rodziny oraz decydowania o korzystaniu ze środków antykoncepcyjnych; prawo do odpowiedniej opieki medycznej nad zdrowiem reprodukcyjnym i seksualnym; prawo do prewencji chorób przenoszonych drogą płciową (Jacobson 2000: 22). Alice A. Miller jest zdania, że postulaty dotyczące praw seksualnych wywodzą się z działań na rzecz praw reprodukcyjnych. Zauważa ona jednak, że prawa seksualne nie powinny być traktowane jako podzbiór praw reprodukcyjnych, gdyż w ten sposób ochrony pozbawione zostają zachowania nieprokreacyjne osób hetero- i homoseksualnych, na przykład kobiet, które przeszły menopauzę (Miller 2012: 114-140).

Na mocy tych ustaleń zaapelowano do państw o upowszechnienie dostępu do usług państwowej służby zdrowia w zakresie zdrowia reprodukcyjnego, a także

¹⁹ Prezentowana definicja zdrowia reprodukcyjnego ukazuje cel, do którego należy dążyć, gdyż osiągnięcie pełni tak pojętego zdrowia reprodukcyjnego jest niemożliwe.

²⁰ Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, http://federa.org.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=536:prawa-pacjenta-a-zdrowie-reprodukcyjne&catid=21:podrzedne&Itemid=104 (dostęp 15.11.2012).

do możliwie szerokiej gamy bezpiecznych i skutecznych środków antykoncepcyjnych, wraz z pełną informacją na ich temat. Program przyjęty w Kairze zwrócił uwagę, że zdrowie reprodukcyjne kobiet jest wartością samą w sobie, nie wynikającą tylko z tego, że kobiety zostają matkami, ale z tego, że są istotną częścią społeczeństwa. Podniesiono także postulaty uwłasnowolnienia kobiet oraz promowania równości między płciami, jako drogi do poprawy zdrowia kobiet i uzyskania przez nie zdolności do decydowania o sobie. Rekomendacje obu konferencji dotyczyły ponadto upowszechnienia edukacji seksualnej wśród młodzieży (Chant, Craske 2003: 36-38, 76-77; Gutmann 2007: 113-116; Guang-zhen 2010: 13-14).

Należy dodać, że zarówno organizacje międzynarodowe, jak i instytucje państwowe bardzo długo nie dostrzegały znaczenia mężczyzny w procesie reprodukcji. Ich działania koncentrowały się na kształtowaniu zmian zachowań kobiet, które traktowano jak narzędzia w procesie kontrolowania przyrostu demograficznego. Mężczyzna był natomiast postrzegany jako osoba zależna od swoich „biologicznych popędów”, „z natury” niechętna używaniu środków antykoncepcyjnych. Dopiero podczas konferencji w Kairze i Pekinie zwrócono uwagę, że odpowiedzialność za planowanie rodziny powinna być rozłożona zarówno na kobietę, jak i mężczyznę²¹ (Chant, Craske 2003: 83-85).

W tle tych przemian w międzynarodowej polityce ludnościowej dokonało się także przededefiniowanie koncepcji projektów rozwojowych skoncentrowanych na oddziaływaniu na kobiety, w tym również na ich sferę reprodukcji. Od lat 70. XX wieku kobiety zaczęto włączać do takich projektów realizowanych w krajach globalnego Południa. Najpierw pomoc ta oparta była na doktrynie WID (Women in Development), która skupiała się przede wszystkim na polepszeniu materialnych warunków życia kobiet. Działania takie były jednak z reguły krótkofalowe i nie zapewniały trwałych zmian. Pod koniec lat 70. zaczęto szerzej patrzeć na kontekst społeczny życia kobiety i perspektywę WID zastąpiono podejściem GAD (Gender and Development). W tym ujęciu podkreśla się konieczność zmiany relacji między płciami, w celu trwałej poprawy pozycji kobiety. Nowe strategie działania odwołują się do koncepcji uwłasnowolnienia kobiet, zapewnienia im lepszego dostępu do edukacji i innych zasobów, a także rozwijania ich podmiotowości (Chant, Craske 2003: 6-8).

²¹ Badacze zwracają uwagę, że do czasów wynalezienia metod antykoncepcyjnych mężczyzna odgrywał znacznie ważniejszą rolę w kontroli płodności, gdyż jedną z najpopularniejszych metod na całym świecie był stosunek przerywany.

Pomimo zmiany retoryki ogólnoświatowej polityki ludnościowej pod koniec XX wieku, sytuacja kobiet w krajach globalnego Południa niewiele się zmieniła. Antropolodzy reprezentujący nurt krytycznej antropologii medycznej zwracają uwagę, że w sferze reprodukcji bardzo widoczna jest dysproporcja między poziomem zdrowia społeczeństw bogatych i biednych. Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała w 2008 roku raport, który ukazuje, że nierówności społeczne, polityczne i ekonomiczne są głównymi czynnikami rodzącymi zagrożenia dla zdrowia kobiet (Guang-zhen 2010: 1). Ciąża oraz poród to stany, które najczęściej przyczyniają się do śmierci i kalectwa kobiet w wieku reprodukcyjnym w krajach globalnego Południa. Ma tam miejsce nadal około 95% wszystkich zgonów kobiet na świecie w okresie ciąży, porodu i połogu (Guang-zhen 2010: 2-3). Są one spowodowane przede wszystkim brakiem dostępu do takich rutynowych metod współczesnej biomedycyny, jak transfuzja krwi, cesarskie cięcie czy antybiotykoterapia (Baer, Singer, Susser 1997: 283).

1.4. POJĘCIA MEDYKALIZACJI I SPRAWCZOŚCI W PERSPEKTYWIE ANTROPOLOGII REPRODUKCJI

Praca Brigitte Jordan zainicjowała w antropologii debatę nad biomedycznymi koncepcjami ciąży i porodu, co następnie stało się inspiracją do podjęcia rozważań nad medykacją tych stanów (Sargent, Gulbas 2011: 289). Rozwój wiedzy biomedycznej w XX wieku przyniósł nowoczesną opiekę ginekologiczno-położniczą, która w powszechnej opinii zwiększa szanse przeżycia niemowląt oraz kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu, umożliwia leczenie niepłodności, a także prowadzi do ogólnej poprawy zdrowia kobiet. Jednocześnie w dyskursie biomedycznym menstruacja i ciąża przedstawiane są jako „problemy”, co sprawia, że kobiety stają się potencjalnymi obiektami kontroli medycznej (Lupton 1994: 136). Biomedycyna zapewnia także narzędzia umożliwiające regulację praktyk reprodukcyjnych. Badacze stawiają często pytanie, czy dzięki nowym technologiom reprodukcji kobiety zdobywają, czy raczej tracą kontrolę nad swoją reprodukcją²² (Ginsburg, Rapp 1991: 314-316). Deborah Lupton zauważa ten paradoks, pisząc: „system medyczny był źródłem opresji wobec kobiet, jak również przyczynił się do ich wyzwolenia” (Lupton 1994: 129).

²² Problem medykacji zdrowia kobiet w różnych kontekstach kulturowych omawiany jest szczegółowo w artykułach zebranych przez Margaret Lock i Patricię A. Kaufert (Lock, Kaufert, eds., 1998).

Wraz z profesjonalizacją medycyny rodzenie dzieci zaczęło być postrzegane jako proces patologiczny, co spowodowało odejście od porodów domowych na rzecz technicyzowanych narodzin w warunkach szpitalnych²³. Do przejawów medykalizacji porodu zalicza się takie praktyki, jak używanie specjalistycznych urządzeń w celu monitorowania ciąży od jej wczesnych etapów aż do momentu porodu, procedury wywoływania porodu, oddzielenie kobiety od jej bliskich podczas porodu, konieczność rodzenia w łóżku w pozycji leżącej, stosowanie ogólnego lub miejscowego znieczulenia, nacinanie krocza, a także fakt ukrywania informacji na temat niekorzystnych skutków podejmowanych procedur medycznych (Baer, Singer, Susser 1997: 13). Tak o tym zjawisku pisze Anthony Giddens:

Narodziny, które dawniej pozostawały w rękach kobiet i odbywały się w domu, z pomocą akuszerki, teraz odbywają się w szpitalu pod kontrolą specjalistów – głównie mężczyzn. Ciąża, zjawisko powszechne i naturalne, jest traktowane jako niosąca ryzyko i zagrożenie „choroba”. Zdaniem feministek kobiety straciły kontrolę nad tym procesem, gdyż nadzorujący proces reprodukcji „eksperti” nie uznają ich opinii i wiedzy (Giddens 2008: 180).

Wielu badaczy, na przykład Ann Oakley (1993) stawia pytanie, czy wszystkie badania i zabiegi wykonywane podczas porodu w szpitalach przyczyniają się do poprawy zdrowia kobiet i dzieci. Jej zdaniem, w przypadku 97% porodów takie formy interwencji medycznej nie są potrzebne. Nowoczesne położnictwo uznaje, że kobiety nie mogą odpowiadać za przebieg porodu, za siebie i płód, dlatego traktowane są w szpitalach najczęściej jako pasywny przedmiot zabiegów medycznych. Powoduje to, że kobieta traci poczucie kontroli nad swoim ciałem, a zatem także wpływ na proces narodzin (Ginsburg, Rapp 1991: 314-316).

Z uwagi na medykalizację porodu w ośrodkach biomedycznych, wielu antropologów opowiada się za zachowaniem możliwości rodzenia w sposób „tradycyjny”. Ich zdaniem kobieta otrzymuje większe wsparcie psychologiczne, odgrywające kluczową rolę podczas porodu, w znanym sobie otoczeniu, gdy przebywa wśród osób dzielących jej system wartości i posługujących się tym samym językiem (Ginsburg, Rapp 1991: 323; Singer, Baer 2007: 49). Zapewne w wielu rejonach świata rodząca rzeczywiście czuje się bezpieczniej, gdy poród odbywa

²³ Anna Witeska-Młynarczyk (2012) przedstawia zagadnienia medykalizacji porodu w analizie narracji kobiet o porodach w Polsce.

się w jej domu, w asyście lokalnej położnej. Jestem jednak zdania, iż wiele prac antropologicznych ukazuje tradycyjne położnictwo w sposób wyidealizowany.

Relacje pomiędzy strukturą społeczną a sprawczością jednostki i grupy to temat od dawna obecny w antropologii feministycznej (McNay 2000 : 10; Walter 1995). Badaczki zdrowia reprodukcyjnego często podnoszą ten problem i stawiają pytanie o wpływ norm społecznych na zachowania intymne (Whittaker 2004: 287).

Przyjmuję tutaj rozumienie sprawczości, które zaproponowała Agnieszka Kościańska:

Na najbardziej ogólnym poziomie w antropologii przyjmuje się, że sprawczość (ang. *agency*) to zdolność i chęć jednostki bądź grupy do podjęcia autonomicznego, twórczego i celowego działania w ramach relacji społecznych (...). Postrzeganie zjawisk społecznych przez pryzmat tego pojęcia przełamuje spojrzenie na jednostkę jako na biernego uczestnika procesu społecznego (Kościańska 2009: 21-22).

Koncepcja sprawczości jest stosowana do opisu jednostek jako aktorów, których twórcze działanie może wywołać zmianę struktury społecznej, ale zarazem jest przez nią ograniczane. Poczucie sprawczości stanowi istotny „element jednostkowej tożsamości oraz poczucia własnej wartości” (Lister 2007: 155).

Zainteresowanie relacjami pomiędzy jednostką a strukturą społeczną ma długą tradycję w naukach społecznych. Jak zauważa Ruth Lister:

Głównym problemem teorii socjologicznej jest pytanie, na ile to, co się dzieje w społeczeństwie, może być rozumiane jako wytwór indywidualnych działań (...), na ile zaś jako konsekwencja oddziaływania szerszych instytucji i procesów (struktur) społecznych, ekonomicznych oraz politycznych. W różnych okresach teoretyczne wahadło przemieszczało się między naciskiem na działanie a naciskiem na strukturę, jednak ostatnio teoria ta zajmuje się związkami między tymi dwoma kwestiami (Lister 2007: 155).

Wielu badaczy (np. Giddens 2003; Bourdieu 2005) odrzucało statyczną wizję związków pomiędzy jednostką a strukturą. Jednak dopiero koncepcja sprawczości umożliwiła gruntowną analizę tych relacji.

Z perspektywy moich badań ważne jest podejście Sherry Ortner, która zaznacza, że kategorię sprawczości powinniśmy rozpatrywać zarówno w kontekście wspomnianych relacji, jak i w odniesieniu do danego kontekstu kulturowego (Ortner 2006: 57; także Schrijvers 1998: 19). Zgadzam się również z opinią Kościańskiej, która uważa, że sprawczość nie jest tożsama z wolnością od wszelkich form przymusu

i kontroli. Badaczka zwraca uwagę, że takie postrzeganie sprawczości wyrosło na gruncie liberalnej myśli oświeceniowej. Odnosi się zatem tylko do jednej z możliwych jej postaci:

Jeśli przyjmiemy, że sprawczość nie jest czymś naturalnym, lecz jest konstruowana, zobaczymy, że ujęcie liberalne (nacisk na tworzenie historii, zdobywanie praw i autonomię) to tylko jedna z opcji (Kościańska 2009: 137).

Opisując badany przez siebie nowy ruch religijny, Brahma Kumaris, badaczka dostrzega, że sprawczość osób weń zaangażowanych „bazuje na podporządkowaniu się grupie, działaniu na rzecz wspólnoty oraz łączności z bogiem” (Kościańska 2009: 158), a takie działania nie są postrzegane w naszym kręgu kulturowym jako przejawy sprawczości.

Badania antropologiczne ukazują także doskonale, jak kontekst społeczno-ekonomiczny wpływa na formy sprawczości. Carole Browner i Hellen Lewin (1982) zwracają uwagę, że kobiety w różnych środowiskach potrafią w kreatywny sposób realizować narzucone im role społeczne. Renata Hryciuk świetnie streszcza wyniki tych badań:

[kobiety] umiejętnie wykorzystywały elementy składające się na tradycyjny zestaw atrybutów kobiecości, dopasowując go do lokalnych warunków i tworząc odmienne strategie działania (Hryciuk 2009).

Dobrym przykładem jest historia pewnej mieszkanki Sri Lanki, która, zgodnie z lokalnymi normami kulturowymi, nie mogła odmówić współżycia z mężem. Nie pozostawała jednak zupełnie bierna w tej sytuacji. Gdy zaszła w ciążę, podjęła niezależną decyzję o wywołaniu poronienia (Schrijvers 1998: 9-12).

Dla moich dalszych rozważań ważna jest również wypracowana przez Jamesa Scotta w książce *Weapons of the Weak. Everyday Forms of Peasant Resistance* koncepcja strategii oporu, które, nie dając realnego wpływu na relacje jednostka – struktura, pozwalają jednak jednostkom na wyrażanie krytyki i sprzeciwu wobec dominującego systemu. Scott (1985) ukazał, że podporządkowane grupy posługując się „codziennymi formami oporu” zyskują poczucie, iż nie są całkowicie bezradne w swojej sytuacji. Opór przybiera najczęściej formę odgrywanych na drugim planie zachowań skierowanych przeciw opresyjnym czynnikom.

Podzielałam pogląd Joke Schrijvers (1989: 19), która uważa, że badania skoncentrowane na zagadnieniach kobiecej sprawczości są szczególnie przydatne w zgłębianiu problemów zdrowia reprodukcyjnego. Wskutek oddziaływania myśli feministycznej badacze zainteresowali się sprawczością kobiet w procesie negocjowania sił oddziałujących na ich zachowania reprodukcyjne, a także wyborów form opieki nad zdrowiem reprodukcyjnym (Ginsburg, Rapp 1991: 314; Unnithan-Kumar 2001: 27-29). Obszar reprodukcji, szczególnie w kontekście biomedycyny, jest często interpretowany w tym nurcie w kategoriach przymusu. Ważną pozycją w tej debacie jest praca Emily Martin *The Woman in the Body* (Martin 1991). Zdaniem autorki, biomedycyna traktuje reprodukcję jako formę produkcji przemysłowej, w której „maszyna macicy” wytwarza dzieci, czego skutkiem jest pozbawienie kobiety poczucia sprawczości w odniesieniu do własnego ciała i procesu narodzin dziecka.

Browner wyróżnia różnorodne czynniki, które kobieta bierze pod uwagę dokonując wyborów reprodukcyjnych. Wśród nich na pierwszym miejscu wymienia pragnienia jej partnera seksualnego, ale podkreśla również znaczenie szerszego kontekstu społeczno-ekonomicznego życia kobiety: wpływ dzieci, innych członków rodziny, możliwości podjęcia pracy, dostęp do służby zdrowia, oczekiwania autorytetów świeckich i religijnych. Antropolożka podkreśla, że kobiety, dopasowując się do tych uwarunkowań, nie tracą jednak poczucia sprawczości. Wypracowują różnorodne strategie, które umożliwiają im działanie zgodne, przynajmniej do pewnego stopnia, z ich własną wolą (Browner 2000: 774-784).

2. MEKSYK: ZRÓŻNICOWANIE ETNICZNE, PLURALIZM MEDYCZNY

2.1. LUDNOŚĆ TUBYLCZA W KRAJU METYSÓW

Stany Zjednoczone Meksyku są republiką związkową, w skład której wchodzi 31 stanów oraz Dystrykt Federalny. Powierzchnia kraju zajmuje 1 972 tys. km², co stawia go na 14 miejscu pod względem wielkości wśród państw świata. Obszar ten jest bardzo urozmaicony pod względem geograficznym, przyrodniczym i klimatycznym (Dembicz 1995: 17-18). Zróżnicowany jest także skład etniczny państwa. Zgodnie ze spisem powszechnym przeprowadzonym w 2010 roku, liczba jego mieszkańców przekroczyła 112 mln²⁴. Większość stanowią Metysi. Oprócz nich kraj zamieszkuje ludność tubylcza, która w zależności od przyjętych kryteriów stanowi od 6% (*Censo de Población...* 2011: 9) do 12% populacji²⁵. Natomiast pod względem religijnym państwo jest stosunkowo jednolite, gdyż prawie 90% Meksykanów należy do Kościoła katolickiego. Pozostali są najczęściej członkami kościołów protestanckich.

Ludność indiańska obecna jest niemal we wszystkich gminach (hiszp. *municipios*) w kraju. Największa jej koncentracja występuje w południowych stanach (Bonfil Batalla 1994: 52). Większość ludności indiańskiej żyje na obszarach tak zwanych gmin tubylczych (hiszp. *municipios indígenas*). W wyniku znacznej migracji do miast, duża jej liczba mieszka także w rozproszeniu tam, gdzie przeważają Metysi (Serrano Carreto 2006: 7). Należy jednak pamiętać, że Indianie nierzadko nie rejestrują narodzin i zgonów w urzędach stanu cywilnego (lub rejestrują ze znacznym opóźnieniem), co powoduje, że niemożliwa jest szczegółowa analiza przemian demograficznych w tych społecznościach (Barroso Calderón 2004: 79).

Według danych z 2005 roku, spośród ludności tubylczej, której liczebność określano wówczas na 9,5 mln, językami indiańskimi posługiwało się około

²⁴ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27302&s=est> (dostęp 19.11.2012).

²⁵ United Nations, <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G03/172/95/PDF/G0317295.pdf?OpenElement> (dostęp 22.01.2013).

6 mln osób. Najczęściej były one dwujęzyczne, jedynie około 720 tys. osób mówiło wyłącznie jednym z języków tubylczych. W każdej indiańskiej grupie etnicznej jest nieco więcej kobiet niż mężczyzn posługujących się językiem tubylczym²⁶.

2.1.1. LOSY LUDNOŚCI INDIAŃSKIEJ PO KOLONIZACJI HISZPAŃSKIEJ

Jak cennie zauważa Aleksander Posern-Zieliński:

Dzieje tubylczej ludności kontynentu odkrytego 500 lat temu dla Europy przez Kolumba to w istocie rzeczy jedno pasmo wypierania Indian na margines życia nowo formujących się społeczności latynoamerykańskich (Posern-Zieliński 1995: 24-25).

Przed przybyciem Hiszpanów tereny obecnego Meksyku zamieszkiwały liczne grupy etniczne wywodzące się z „kultury matki”, czyli kultury Olmeków. Należeli do nich między innymi Huichol, Otomi, Mazahua, Maya, Mixteca, Purhépecha. Było między nimi wiele podobieństw – Irena Curyło González (2001: 244-247) zwraca uwagę na: gospodarkę opartą na rolnictwie, podział społeczeństwa na dwie warstwy społeczne (chłopów i możnych), dualistyczną wizję świata i człowieka, a także duże znaczenie centrów miejskich oraz handlu. Społeczności te tworzyły jednak kulturową i językową mozaikę. Gdy w 1519 roku statek Hernána Cortésa przybił do wybrzeża Zatoki Meksykańskiej, już dawno przeminął okres świetności niektórych z wysokich kultur rozwijających się na tym obszarze (np. cywilizacji Majów). W okresie poprzedzającym konkwistę najważniejszą rolę odgrywali Aztekowie, tworząc imperium zajmujące znaczny obszar Mezoameryki²⁷. Pod ich panowaniem i wpływami znajdowało się wiele innych grup etnicznych. To ich kulturę najlepiej poznali Hiszpanie i opisali w licznych kronikach (Frankowska 1989: 164-165).

W efekcie konkwisty indiańska Mezoameryka uległa głębokim przekształceniom. Społeczności tubylcze zostały zdziesiątkowane w wyniku walk, pracy przymusowej, ale jeszcze bardziej dotkliwe okazały się choroby wirusowe przeniesione na nowo odkryty ląd z Europy (przede wszystkim ospa, odra i tyfus). Fizycznemu wyniszczeniu towarzyszyła celowa destrukcja kultury ludności tubylczej.

²⁶ Instituto Nacional de Estadística y Geografía,
<http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=mle03&s=est&c=22023> (dostęp 22.01.2013).

²⁷ Terminu tego po raz pierwszy użył Paul Kirchhoff w 1943 r.

Powszechną praktyką było na przykład stawianie kościołów z budulca uzyskiwanego z burzonych świątyń indiańskich (Finkler 1991: 60-61). Tubylcze struktury społeczne również ulegały destrukcji. Przyczynił się do tego między innymi obowiązek pracy Indian i świadczeń na rzecz konkwistadorów (Frankowska 1971: 72-73). Konflikty między podbitą ludnością a najeźdźcami nie stanowiły jednak bariery w procesie biologicznego metysażu. Do Nowego Świata początkowo docierało niewiele kobiet z Europy, co powodowało, że konkwistadorzy łączyli się z Indiankami, które uznawano za zdobycze białych mężczyzn. W efekcie tych związków rozpoczął się proces metysażu rasowego (Frankowska 1971: 72; Stephen 1999: 827). Wraz z napływem niewolników z Afryki, którego kulminacja nastąpiła w latach 1580-1620, do mieszania się ras dołączył element afrykański (Frankowska 1989: 165).

Guillermo Bonfil Batalla podkreśla, że proces metysażu zachodził w wielu społecznościach tubylczych wskutek przymusu. Jego zdaniem procesy te spowodowały deindianizację (tzn. pozbawienie tożsamości tubylczej) oraz wyginiecie wielu grup, co badacz ten nazywa ludobójstwem (Bonfil Batalla 1994: 52). Inne społeczności, by uniknąć zagrożeń związanych z kontaktami z konkwistadorami, przenieśli swoje siedziby na trudno dostępne obszary, na przykład w wysokie góry, co spowodowało, że proces „podbijania” tych grup był rozłożony w długim czasie (Finkler 1991: 60-61; Frankowska 1971: 72-73).

Działania władz mające na celu chrystianizację i akulturację ludności tubylczej nie zapobiegły wzajemnemu zapożyczaniu elementów indiańskich i europejskich, a później również afrykańskich. Powstawały nowe formy kultury, które nieraz ulegały daleko idącym przeobrażeniom. Doskonałym przykładem tego procesu jest synkretyzacja elementów wierzeń tubylczych z chrześcijańskimi (Frankowska 1971: 72-75).

Ludność indiańska była przedmiotem ucisku ze strony imperium hiszpańskiego, ale także po uzyskaniu przez Meksyk niepodległości na początku XIX wieku jej sytuacja nie uległa istotnej poprawie. Władze Republiki Meksykańskiej ogłosiły prawne zrównanie wszystkich mieszkańców kraju, jednak te idee długo nie były wprowadzane w życie (Frankowska 1971: 78). Kultury i języki tubylcze postrzegano jako zagrożenie w procesie budowania tożsamości młodego narodu. Władze prowadziły politykę asymilacji, zgodnie z którą usiłowano integrować Indian z kulturą narodową, niszcząc przejawy ich odrębności (Frankowska 1989: 166; Kaganiec-Kamieńska 2009: 145-154).

Zmiany mające na celu poprawę warunków życia Indian zaczęto wprowadzać dopiero w pierwszej połowie ubiegłego wieku. Sformułowano wtedy założenia polityki indygenistycznej, w której mieszczą się dwa, wydawałoby się sprzeczne ze sobą, nurty: afirmacja kultury indiańskiej oraz nacisk na asymilację Indian (Stephen 1999: 825). Indygenizm, gloryfikując przedhiszpańską cywilizację indiańską oraz doceniając jej historyczny wkład w rozwój kraju, postulował jednocześnie konieczność odrzucenia przez współczesnych Indian swojej tubylczej tożsamości (Cook, Joo 1995: 34). Uznano, że „zacofanie” tej ludności stoi na przeszkodzie dalszemu rozwojowi ekonomicznemu i społecznemu całego kraju. Dążono do włączenia społeczności indiańskich do procesu modernizacji poprzez naukę języka hiszpańskiego i asymilację kulturową (Alcina Franch 1990: 11).

Indygenizm łączył się z polityką narodowościową zmierzającą do etniczno-kulturowej homogenizacji kraju (Dietz 1999: 178; Stephen 1999: 825-826). Zdaniem Matthew Gutmanna, ówczesna polityka nosiła znamiona eugeniki, gdyż dążono do powiększenia populacji metyskiej w stosunku do indiańskiej. W tym celu promowano małżeństwa mieszane pomiędzy białymi mężczyznami i kobietami indiańskimi (Gutmann 2007: 103-105). Nowe strategie rozwoju były autorytatywnie projektowane przez władze krajowe (Stavenhagen 1998: 49), a ludność indiańską nadal marginalizowano w sferze politycznej. Należy jednak zwrócić uwagę, że to dzięki tej nowej polityce uformowana została powszechna świadomość dotycząca problemów ludności tubylczej (por. Posern-Zieliński 2005).

2.1.2. WSPÓŁCZESNA SYTUACJA INDIAN

Ostatnie dekady XX wieku przyniosły szczególne zainteresowanie prawami ludności tubylczej na świecie, czego owocem był szereg międzynarodowych regulacji prawnych. Powszechna Deklaracja Praw Człowieka, uchwalona podczas Trzeciej Sesji Ogólnej Zgromadzenia Organizacji Narodów Zjednoczonych w 1948 roku, jako pierwsza postulowała zrównanie wszystkich ludzi wobec prawa niezależnie od pochodzenia (Stavenhagen 1998: 51, 54-55)²⁸. Podobnie Konwencja nr 169 przyjęta przez Światową Organizację Pracy w 1989 roku głosi, że ludność tubylcza powinna uczestniczyć w tworzeniu oraz wdrażaniu programów dotyczących jej rozwoju, a także

²⁸ Następnie różne organizacje wydały kolejne oświadczenia w tej sprawie (zob. Stavenhagen 1998: 57-71).

mieć zagwarantowane prawo do zachowania swoich zwyczajów i instytucji kulturowych (Stavenhagen 1998: 68-69).

W latach 70. XX wieku grupa meksykańskich antropologów kulturowych, biologów i lekarzy rozpoczęła dyskusję nad większym upodmiotowieniem ludności indiańskiej i nadaniem jej prawa do stanowienia o swoim rozwoju (Alcina Franch 1990: 11). Dzięki ich wysiłkom do głosu doszły żądania indianizmu, który odrzuca paternalistyczny stosunek do ludności tubylczej. Należy jednak zauważyć, że ta nowa polityka jest jednocześnie kontynuacją indygenizmu (por. Posern-Zieliński 2005), a stosunek władz do współczesnej kultury indiańskiej pozostaje ambiwalentny. Gloryfikowane są te elementy, które symbolicznie nawiązują do kultur prekolumbijskich. Pozostałe są bardzo często deprecjonowane przez władze i społeczeństwo metyskie. Na poziomie prawnym przejawia się to w działaniach o charakterze „zaplanowanej akulturacji” (Dietz 1999: 178).

Od czasów Rewolucji Meksykańskiej wizerunek Indianina stał się jednym z symboli narodowych. Motywy kultury indiańskiej obecne w sferze publicznej znajdują się jednak pod kontrolą państwa. Ukazywane jest przede wszystkim rzemiosło artystyczne i folklor, które prezentują współczesne grupy indiańskie jako pozostające w stagnacji. Świat tubylczy na muralach, wystawach i w wykopaliskach archeologicznych przedstawiony jest jako przeszły i umarły. Współczesna ludność indiańska i jej problemy zostają w ten sposób odsunięte na drugi plan (Bonfil Batalla 1994: 89-91; Taylor 2005: 75-76).

W połowie lat 90. XX wieku rząd meksykański przyznał jednak, iż prawa ludności indiańskiej są w Meksyku łamane. Towarzyszyła temu zmiana artykułu 1. Konstytucji, w który wpisano zakaz dyskryminacji mieszkańców ze względu na ich pochodzenie. Natomiast w artykule 4. Konstytucji uznano, iż społeczeństwo meksykańskie jest wielokulturowe i wieloetniczne, nadając tym samym ludności indiańskiej prawo do zachowania swojej kultury (Dietz 1999). Stanowiło to ostateczne zerwanie z dotychczasowym modelem homogenicznej kultury metyskiego narodu (Derwich 2009: 58). Zmiany te wpłynęły również na politykę językową, która obecnie ma na celu ochronę języków tubylczych (Kaganiec-Kamieńska 2009:144).

Na te przeobrażenia duży wpływ wywarło ożywienie społeczności indiańskich na arenie politycznej, którego głównym przejawem było powstanie przeprowadzone przez Zapatystowską Armię Wyzwolenia Narodowego (hiszp. Ejército Zapatista de Liberación Nacional, EZLN) w Chiapas w 1994 roku. Przedstawiciele tego ruchu dążą

do autonomii w obrębie struktur państwowych, a także domagają się od władz poprawy sytuacji materialno-bytowej, dostępu do edukacji i służby zdrowia, przeciwdziałania dyskryminacji rasowej oraz możliwości zachowania swoich praktyk kulturowych i rozwoju zgodnego z własną jego wizją (Arze Quintanilla 1990: 29; Bonfil Batalla 1994: 196-197; Dietz 1999: 19).

Na początku lat 70. XX wieku pionierka polskich badań w Meksyku, Maria Frankowska, w ten sposób opisywała sytuację Indian w stanie Chiapas:

Dyskryminacja Indian, pogardliwy stosunek do tej grupy ludności, obdarzanie jej lekceważącymi i obraźliwymi epitetami (...). Charakterystyczne jest również wyzyskiwanie Indian na każdym kroku – oszukiwanie ich przy zakupach na wadze, cenie i jakości towarów, przy wypłacie zarobków, powierzanie im najcięższych i najgorzej płatnych robót (...). W interesie Ladinos jest utrzymywanie Indian w zależności i ciemnocie (Frankowska 1971: 99-100).

Ludność tubylcza nadal nie może liczyć na pełen udział w życiu publicznym, czego przyczyną jest między innymi niewystarczający dostęp do usług w językach indiańskich w instytucjach państwowych (Kaganiec-Kamieńska 2009: 148).

Według danych z początku XXI wieku około 82% municypiów indiańskich było zaliczanych do grup o wysokim lub bardzo wysokim stopniu marginalizacji (Serrano Carreto 2006: 23). Wskaźnik rozwoju społecznego (Human Development Index, HDI) dla ludności indiańskiej wynosił 0,70, a dla nieindiańskiej 0,83 (Fernández Ham i in. 2006a: 78). Tylko około 91% dzieci indiańskich w wieku 6-12 lat uczęszczało do szkoły. Wśród dorosłych jedynie 75,4% mężczyzn i 57,8% kobiet potrafiło czytać i pisać. Dostęp do pełnej kanalizacji miało zaledwie 24% domostw ludności tubylczej (Fernández Ham i in. 2006a: 87, 161).

Stan zdrowia jest jednym z kluczowych wskaźników ubóstwa w społecznościach indiańskich. Istnieje silna korelacja między przynależnością etniczną a poziomem zdrowia.

Na obszarach tubylczych koncentruje się największy niedostatek personelu medycznego w przeliczeniu na jednego mieszkańca, największy niedobór szpitali pierwszego, drugiego i trzeciego poziomu specjalizacji, największy deficyt środków odżywczych, największy niedobór edukacji i środków komunikacji, najwyższe wskaźniki umieralności matek i niemowląt (...). Obecny jest tam również problem chorób związanych z brakiem wody i kanalizacji (Szasz 2003: 16).

Badacze mówią nawet o polaryzacji między północą a południem kraju, gdzie przeważa ludność indiańska (Chant, Craske 2003: 104). Statystyki pokazują, że członkowie społeczności indiańskich Meksyku, w szczególności kobiety i dzieci, mają mniejszy dostęp do podstawowych usług medycznych. Ponadto jakość usług, z których korzystają pacjenci indiańscy jest niższa (Figueroa Perea 1999: 163). W placówkach służby zdrowia na wsi najczęściej pracują studenci medycyny, którzy odbywają tam roczny obowiązkowy staż (Loewenberg 2010: 1680-1682). Niemalże wszystkie wskaźniki dotyczące zdrowia ukazują gorszą sytuację ludności indiańskiej (Cimandomore, Eversole, McNeish 2006: 21). Na przykład w 2004 roku niedobór masy ciała dzieci, będący najczęściej rezultatem niedożywienia, dla regionów tubylczych kraju wynosił 31%, podczas gdy tylko u 9% dzieci w skali całego kraju obserwowano analogiczne deficyty (Fernández Ham i in. 2006a: 214).

2.1.3. OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA SPOŁECZNOŚCI TUBYLCZYCH MEKSYKU

Narodowa Komisja ds. Rozwoju Ludów Tubylczych (Comisión Nacional para el Desarrollo del los Pueblos Indígenas, CDI) wymienia nazwy 51 grup indiańskich mieszkających na terenie Meksyku²⁹. Najliczniejszą grupę stanowią Indianie Nahuja, Majowie, Zapotekowie, Mixtekowie, Indianie Otomi, Totonakowie oraz Indianie Tzontzil i Tzetzal. Językoznawcy wskazują na znaczne trudności w określeniu liczby obecnie występujących tam języków indiańskich (Kaganiec-Kamieńska 2009: 145-147). Jak pisze polska badaczka:

Wyróżniono w nim [opublikowany w styczniu 2008 roku *Catálogo de las lenguas indígenas nacionales* przygotowany przez *Instituto de Lenguas Indígenas*] 11 rodzin językowych, a w ich ramach 68 grup językowych (...). W obrębie poszczególnych grup językowych na terenie Meksyku zidentyfikowano aż 364 warianty językowe (Kaganiec-Kamieńska 2009: 146).

Każda z tych licznych grup indiańskich posiada „dystynktywny profil kulturowy”. Niemożliwe jest zatem generalizowanie i opisywanie ogólne „Indian Meksyku”. Można jednak próbować wydobyć pewne cechy wspólne tych grup.

²⁹ Comisión Nacional para el Desarrollo del los Pueblos Indígenas, http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=758&Itemid=68 (dostęp 16.11.12).

Niewątpliwie też zbliża je do siebie doświadczenie dominacji ludności pochodzenia europejskiego (Bonfil Batalla 1994: 51).

Bonfil Batalla (1994: 53-72) wyróżnia najważniejsze cechy wspólne grup indiańskich Meksyku, zauważając jednak, że współcześnie ulegają one zmianom wskutek wpływu ludności metyskiej oraz emigracji ludności tubylczej do miast Meksyku i Stanów Zjednoczonych. Tożsamość etniczna członków społeczności tubylczych opiera się na identyfikacji z ziemią, która do niej należy. Podstawą utrzymania większości grup jest rolnictwo, dlatego wspólnoty żyją z reguły na obszarach wiejskich. Ziemia tradycyjnie nie była własnością prywatną i nie można było nią handlować. Każdy żonaty mężczyzna otrzymywał od społeczności obszar ziemi do użytkowania. Ponadto część ziem wspólnoty była udostępniana wszystkim jej członkom, na przykład każdy mógł korzystać ze wspólnych lasów i ich zasobów.

Jak pisze dalej Bonfil Batalla, w każdej społeczności podział obowiązków oparty jest na współpracy i wzajemności, dlatego ważne znaczenie mają relacje pokrewieństwa rzeczywistego i rytualnego (hiszp. *compadrazgo*³⁰). Takie prace, jak żniwa, budowa domu, organizowanie wesela realizowane są z pomocą krewnych. Mieszkańców dzielnicy także łączy wspólne przygotowanie fiesty ku czci lokalnego patrona. Wszyscy żonaci mężczyźni mają obowiązek uczestniczenia w pracach na rzecz całej społeczności. Wspólnie zajmują się na przykład utrzymaniem ulic czy budową szkoły. W tym czasie ich żony wspólnie przygotowują posiłki dla pracujących mężczyzn. Prace wspólnotowe są organizowane i nadzorowane przez tradycyjne władze (hiszp. *autoridades*), w skład których wybierane są osoby cieszące się największym szacunkiem społecznym. Uznanie to zdobywa się stopniowo, przez przyjmowanie na siebie kolejnych obowiązków (hiszp. *cargos*) na rzecz wspólnoty. Jednym z większych *cargos* jest organizowanie dorocznej fiesty ku czci patrona społeczności. System *cargos* jest hierarchiczny. Właściwe wypełnienie obowiązku wobec wspólnoty daje autorytet religijny, moralny i obywatelski, dzięki czemu w przyszłości będzie można podjąć się ważniejszego zadania. Żonaty mężczyzna, poświęcając przez lata swój czas i środki finansowe dla dobra społeczności, wspina się po drabinie, która wiedzie do władz wspólnoty. Ten sposób budowania autorytetu

³⁰ Jest to forma pokrewieństwa rytualnego, typowa dla społeczeństw Ameryki Łacińskiej, powstająca w momencie chrztu pomiędzy rodziną dziecka a rodzicami chrzestnymi. Relacja tego rodzaju zawierana jest także podczas innych obrzędów cyklu życiowego (np. ślub kościelny). Osoby, które łączą więzy *compadrazgo*, są zobowiązane do wzajemnej pomocy.

tłumaczy system ekonomiczny społeczności indiańskich, gdyż nie akumulowanie środków, a ich wydawanie na wspólne cele jest źródłem statusu społecznego.

Bonfil Batalla zauważa, że bardzo często Metysi mieszkający na wsi różnią się od Indian tylko tym, że mówią po hiszpańsku i mają odmienne poczucie tożsamości. Jest on zdania, że te społeczności przeszły proces deindianizacji. Zostały pozbawione swojej uprzedniej tożsamości, ale kultura indiańska przetrwała w wielu aspektach ich życia. Łączy je z ludnością tubylczą sposób uprawiania ziemi, rzemiosło, konstrukcja domostwa i wiele innych cech (w tym także środki i metody stosowane w medycynie tradycyjnej). Niektóre społeczności, które obecnie postrzegają siebie jako metyskie, jeszcze na początku XX wieku zachowywały tożsamość indiańską. Autor uważa, że wiejskie społeczności metyskie to w istocie takie, które „zapomniały”, że są indiańskie. Główny podział kulturowy kraju przebiega zatem na linii: wiejski (indiański) – miejski (metyski) (Bonfil Batalla 1994: 42, 77-81).

2.2. RÓŻNORODNOŚĆ TRADYCJI MEDYCZNYCH³¹

Pluralizm medyczny przyjmuje specyficzną postać w różnych częściach Meksyku. Jego charakter jest inny na obszarach, gdzie dominuje ludność metyska, inny w społecznościach indiańskich. Formowany był przez wieki w procesie mieszania się kultur różnych grup etnicznych, które napływały do kraju. Obecnie duże znaczenie mają oddziaływania instytucji państwowych, a między współistniejącymi typami medycyny zachodzą liczne interakcje, które wpływają na obraz współczesnego pluralizmu medycznego.

2.2.1. ROZWÓJ PLURALIZMU MEDYCZNEGO W MEKSYKU

Istnieje niewiele źródeł na temat sposobów leczenia z czasów przedhiszpańskich. Pierwsze ich opisy sporządzili przybysze z Europy, a ponieważ Aztekowie zostali najlepiej poznani, nasza wiedza o lecznictwie ludności tubylczej Mezoameryki dotyczy przede wszystkim tej grupy etnicznej (Sandstrom 2001: 14). Powszechna w kulturach mezoamerykańskich wizja świata dzieliła go na dwie części.

³¹ Poniższy podrozdział jest zmodyfikowaną wersją fragmentu publikacji: *Medycyna indiańska w Meksyku. Organizacje lekarzy tradycyjnych w Regionie Indian Purhépecha* (Wądołowska 2007), która powstała na podstawie mojej pracy magisterskiej.

Pierwsza związana była z mitologicznym Ojcem, Niebem, jasnością, żywotnością oraz gorącem. Druga natomiast to Matka, Ziemia, ciemność, wilgoć, deszcz, wiatr i śmierć. Zdaniem jednego z najważniejszych współczesnych badaczy Mezoameryki, Alfredo Lópeza Austina, podział ten dotyczył całego świata, zarówno jego elementów ożywionych, jak i nieożywionych. Tłumacząc procesy zachodzące w świecie, posługiwano się parami biegunowych opozycji, takich jak: gorący – zimny, suchy – mokry, woda – ogień, noc – dzień, zdrowie – choroba, mężczyzna – kobieta. Zaburzenie równowagi między właściwościami gorący – zimny oraz suchy – mokry prowadzić miało do choroby. Człowiek powinien zatem dążyć do stanu harmonii z kosmosem (López Austin 1988: 270-282).

Rdzenni mieszkańcy Mezoameryki wierzyli również, że zdrowie człowieka znajduje się w rękach bogów. Choroba postrzegana była często jako kara wymierzona przez nich za popełnione czyny. Wiele zespołów dolegliwości przypisywano działaniu czarów. Dostrzegano ponadto naturalne przyczyny niektórych schorzeń. Wśród Azteków leczeniem zajmowali się przede wszystkim kapłani, gdyż choroba dotyczyła zarówno ciała, jak i duszy. Sądzono, że osoby, które potrafią leczyć, są również władne powodować chorobę. Wiedza medyczna przekazywana była z reguły z pokolenia na pokolenie. Istniało kilka specjalizacji, między innymi wyróżniano chirurgów, zielarzy i akuszerki. Badacze szacują, że na terenie Mezoameryki posługiwano się w celach medycznych około trzema tysiącami gatunków roślin, substancji pochodzenia zwierzęcego oraz minerałów. Uprawie roślin leczniczych służyły zakładane w tym celu ogrody botaniczne (de Jesús Ruiz Méndez 2000: 44-47; Finkler 1991: 59; Viesca Treviso 2001: 61).

Badacze zwracają uwagę, że w mitologiach ludów Mezoameryki kobiety były szczególnie powiązane ze sferą leczenia. Na przykład Majowie uważali Ixchel za boginię medycyny, a w społeczności Nahua patronką terapii roślinnych i magicznych była Cipactónal. Kobieta odgrywała ważną rolę w medycynie, zarówno w sferze publicznej, jako uznana społecznie specjalistka, jak i prywatnej – jako terapeutka w środowisku rodzinnym (Zolla, Carrillo 1998: 167).

Wzmiankowanym procesom celowego degradowania kultury tubylczej towarzyszyła także wzajemna akulturacja. Hiszpanie przyswoili sobie wiele elementów wiedzy medycznej Indian.

Gałęzie nauki takie jak botanika i farmakoterapia, wyniesione przez ludy autochtoniczne na wysoki poziom rozwoju, szybko weszły w schematy klasyfikacji i systematyzacji europejskiej. Lekarze indiańscy, którzy zdołali przeżyć konkwistę, w różny sposób współpracowali przy fuzji wiedzy medycznej hiszpańskiej i indiańskiej, nie tylko ujawniając i odbudowując księgi na temat ich własnej sztuki medycznej, ale również adoptując hiszpańskie metody leczenia (Priego 2002: 38).

Lokalnymi formami leczenia interesowali się szczególnie misjonarze, ale tradycyjni lekarze zadziwili swoimi umiejętnościami również konkwistadorów, którzy po jednej z bitew oddali swoich rannych pod ich opiekę. Potrafili oni przeprowadzać drobne zabiegi chirurgiczne, nastawiać kości, a nawet wykonywać trepanację czaszki. Stosowali również upuszczanie krwi. Wiele roślin używanych w tubylczej medycynie nie było znanych w Europie. Zauważono, że można nimi leczyć niektóre choroby, które uważano do tej pory za nieuleczalne.

Hiszpanie przybywszy tu napotkali – mimo tej religijnej obsesji – rozumny dorobek doświadczenia lekarskiego, który ich, ludzi Zachodu z XV w., równie mocno zaskoczył, jak pierwszy widok miast meksykańskich (Thorwald 1990: 271).

Misjonarze prowadzili inwentaryzację roślin leczniczych. W 1535 roku franciszkanie założyli Colegio de Santa Cruz w Tlatelolco, którego celem było kształcenie dzieci wywodzących się z indiańskich elit. Do studiów z retoryki, filozofii i muzyki dołączono katedrę medycyny, w której spotkać się miały europejskie i lokalne techniki medyczne. Bernardino de Sahagún w oparciu o rozmowy z lekarzami azteckimi opisał ich praktyki w jednej z ksiąg swojego dzieła *Historia general de las cosas de Nueva España* (1529-1590). Omawia tam między innymi pracę akuszerki (Paul, Paul 1975: 720), a także substancje psychoaktywne używane w celu odurzenia oraz jako środek leczniczy (Evans Schutles 1940: 429-431). W tym okresie Hiszpanie nazywali specjalistów medycyny tubylczej *doctores* – lekarzami, co świadczy o uznaniu dla ich umiejętności. Wystawiano im także certyfikaty umożliwiające legalne wykonywanie pracy (Aguirre Beltrán 1992: 244-245; Sandstrom 2001: 315). Po kilkunastu latach władze, coraz bardziej niechętnie ludności tubylczej, zamknęły kolegium. Wówczas praktycy medycyny indiańskiej stracili wcześniejsze uznanie kolonizatorów. Przestano ich uważać za równych lekarzom hiszpańskim i zaczęto

nazywać określeniem mniej „prestżowym”, *curanderos* – uzdrowiciele³² (Finkler 1991: 59-60; Hernández Sáenz, Foster 2001: 21).

W epoce kolonialnej powstało kilka ksiąg prezentujących rośliny lecznicze stosowane w lokalnej medycynie, ale z reguły nie wspomniano o tubylczych specjalistach, od których czerpano tę wiedzę. Byli oni coraz częściej prześladowani przez kler oraz kolonialne autorytety medyczne, oskarżano ich o brak wiedzy o ciele i jego funkcjonowaniu, a także o uleganie przesądom. Ambiwalentny stosunek do pracy indiańskich lekarzy wynikał także z faktu, że wśród ludności rdzennej powszechny był pogląd, iż osoba, która potrafi leczyć może również powodować chorobę. Uważano, że skoro zna rośliny lecznicze, tym samym musi znać trucizny. Jeśli potrafi wyleczyć chorobę wywołaną czarami, to zapewne sama także umie rzucać czary. Ponadto kolonizatorzy nie akceptowali stosowania substancji psychoaktywnych, a w lecznictwie niektórych grup etnicznych ważną rolę odgrywały między innymi pejotl i grzyby halucynogenne. Medycyna ludności tubylczej znalazła się następnie pod nadzorem inkwizycji, która oskarżała uzdrowicieli o paktowanie z nieczystymi siłami, a szczególnie prześladowane były kobiety parające się lecznictwem. Lekarze indiańscy jednak rzadko stawali przed tym trybunałem, gdyż Indianie objęci byli specjalnym kodeksem prawnym (Aguirre Beltrán 1992: 244; Sandstrom 2001: 316).

Kolonizatorzy przywieźli ze sobą na teren Wicekrólestwa Nowej Hiszpanii (jak nazwano w czasach kolonii prowincję obejmującą między innymi obszar współczesnego Meksyku), lecznictwo średniowiecznej Europy: medycynę oficjalną, związaną z elitami społeczeństwa, oraz medycynę ludową i domową. Badacze uważają, że w taki sposób została przeniesiona ze Starego Świata koncepcja „złego oka” (hiszp. *mal de ojo*) czy „urocznych oczu”. George Foster jest zdania, że w analogiczny sposób przeniknęły do medycyny indiańskiej koncepcje humoralne, charakterystyczne dla ówczesnej medycyny europejskiej (de Jesús Ruiz Méndez 2000: 44; Hernández Sáenz, Foster 2001: 22-23).

Kwestia genezy podziału na „gorąco” i „zimno” w Ameryce nadal pozostaje sporna. Wspominałam, że López Austin (1988: 270-282) wysunął tezę mówiącą o mezoamerykańskich korzeniach tej koncepcji. Foster natomiast dopatruje się jej źródeł w medycynie arabsko-perskiej, której trzon stanowiła koncepcja humoralna. Została

³² W języku polskim najlepiej oddaje znaczenie słowa *curandero* określenie „znachor”, ma ono jednak pejoratywne konotacje, nieobecne w słowie hiszpańskim, dlatego wybieram tłumaczenie „uzdrowiciel”. W pracy zamiennie stosuję określenia *curandero*, uzdrowiciel i lekarz tradycyjny.

ona stworzona w starożytnej Grecji przez Hipokratesa i Arystotelesa, a następnie rozwinięta przez Galena oraz Awicennę. Zgodnie z nią ciało człowieka składa się z czterech „humorów”, którym odpowiadają cztery żywioły i cztery pory roku. Określa się je również jako soki czy substancje ustrojowe w ciele człowieka. „Krew” jest gorąca i wilgotna, „flegma” jest zimna i wilgotna, „żółta żółć” jest ciepła i sucha, a „czarna żółć” jest zimna i wilgotna. Istnieją również dwie pary opozycji wydzielające podstawowe właściwości świata i człowieka: gorąco – zimno oraz suchość – wilgotność. Z czasem ten dość skomplikowany podział został uproszczony, pozostały tylko dwie podstawowe właściwości: „gorąco” i „zimno”. Zgodnie z tą koncepcją równowaga „humorów” w ciele człowieka jest konieczna do zachowania zdrowia. Głównym zadaniem lekarza jest określenie, jakiego składnika jest za mało bądź za dużo w chorym organizmie. „Zimne” lekarstwo powinno być stosowane w przypadku choroby określanej jako „gorąca”, a „gorące” na chorobę „zimną”. Podział ten został przejęty od Greków przez medycynę arabską, a w czasach średniowiecza arabskie przekłady dzieł starożytnych zaczęły docierać na nowo do krajów Europy. Od tamtej pory do końca XVII wieku klasyfikacja ta tworzyła podstawy medycyny europejskiej. Kolonizatorzy przenieśli ją na tereny obu Ameryk i do niedawna stanowiła ona jedno z podstawowych założeń medycyny ludowej w Meksyku. Jej elementy nadal obecne są na niektórych obszarach Azji oraz Ameryki Łacińskiej (Foster 1994: 147-188; Hernández Sáenz, Foster 2001: 19-20; Penkala-Gawęcka 1988: 111-113).

Wraz z napływem niewolników z Afryki na obszarze Nowej Hiszpanii pojawiły się również elementy lecznictwa afrykańskiego. Procesy te miały miejsce szczególnie na wybrzeżu Zatoki Meksykańskiej. Tam, gdzie ludność afrykańska miała możliwość kontaktu z rdzennymi mieszkańcami tych terenów, terapie rodem z Afryki zaczęły mieszać się z medycyną indiańską. Indianie korzystali z pomocy afrykańskich lekarzy, a ludność pochodzenia afrykańskiego brała udział w indiańskich ceremoniach leczniczych. Niektóre grupy indiańskie zapożyczyły od przybyszów z Afryki między innymi rytuał inicjacji do roli uzdrowiciela polegający na owładnięciu przez bóstwa (Aguirre Beltrán 1992: 246; Pietrzak 2009: 259; Viesca Treviso 2001: 60).

Następowały wzajemne zapożyczenia form leczenia stosowanych przez ludność indiańską, afrykańską i europejską. Sprzyjało temu spowodowane przez konkwistę zaburzenie międzygeneracyjnego przekazu wiedzy medycznej w społecznościach tubylczych (Finkler 2004: 2039). Zachodziła hybrydyzacja różnych ludowych praktyk medycznych, w efekcie której, zdaniem części badaczy, w ciągu

pierwszych trzech stuleci od przybycia Hiszpanów do Ameryki doszło do zmieszania się form leczenia właściwych różnym kulturom i powstania wspólnej dla nich medycyny ludowej (Hernández Sáenz, Foster 2001: 41-45; Sandstrom 2001: 315). W istocie, procesy te spowodowały powstanie wielu praktyk medycznych wspólnych dla różnych grup mieszkańców Meksyku. Formy leczenia ludowego na tym obszarze nie stanowią jednak homogenicznego zbioru, gdyż poszczególne społeczności etniczne stosują praktyki lecznicze charakterystyczne dla swojej kultury (Coronado 2005: 166). Należałoby zatem mówić nie tyle o „medycynie ludowej”, co o „medycynach ludowych” (Finkler 1991: 31, 2004: 2046).

Z kolei Aguirre Beltrán nowopowstałą formę leczenia nazywa medycyną metyską (hiszp. *medicina mestiza*), w znaczeniu hybrydy powstałej wskutek mieszania się różnych tradycji medycznych³³ (Aguirre Beltrán 1992: 257). Nie posługuję się jednak tym terminem z uwagi na to, że w języku polskim byłby on bezpośrednio kojarzony z ludnością metyską. Za najbardziej odpowiednie uważam określenia: „lecznictwo ludowe” czy „medycyna tradycyjna”, przy czym precyzuję zawsze, do jakiej grupy etnicznej je odnoszę. Do opisu medycyny ludowej współczesnych grup indiańskich stosuję także termin „medycyna indiańska”, pamiętając, że zawiera ona również elementy zapożyczone z innych tradycji leczniczych.

W czasach kolonii obok leczenia ludowego rozwijała się również medycyna oficjalna przywieziona z Europy. W 1551 roku w stolicy wicekrólestwa utworzono pierwszy uniwersytet, a w latach 80. XVI wieku powstała tam pierwsza katedra medycyny. Do tej placówki nie mieli już dostępu Indianie, ale wiedza tubylców dotycząca roślin leczniczych została włączona do nauczania uniwersyteckiego. Po uzyskaniu przez Meksyk niepodległości w 1810 roku, na tamtejszych uczelniach wprowadzono nauczanie medycyny wywodzącej się z Europy, opartej na osiągnięciach biologii i anatomii. Jest to moment, od którego możemy mówić o rozwoju biomedycyny w Meksyku (Finkler 1991: 1-4, 62).

Wraz z nastaniem ery pozytywizmu, utrwaliło się przeświadczenie o wyższości medycyny opartej na naukach biologicznych. W tej perspektywie lecznictwo indiańskie postrzegano jako prymitywne, nienaukowe, a uzdrowicielom zaczęto zarzucać brak formalnego przygotowania (Anzures y Bolaños 1977: 309). Spowodowało to nasilenie się działań zwalczających medycynę ludową

³³ Analogicznie do tworu, jakim jest ludność metyska będąca rezultatem przemieszania się ludności tubylczej i ludności napływowej.

i zmierzających do monopolizacji zawodu lekarza. Coraz częściej pojawiały się regulacje prawne określające, kto może zajmować się leczeniem. Starano się ograniczyć uprawianie zawodu lekarza wyłącznie do osób, które ukończyły studia medyczne. W praktyce to jednak uzdrowiciele nieśli pomoc większości mieszkańców nowopowstałego państwa, gdyż lekarzy dyplomowanych było nadal niewielu i pracowali prawie wyłącznie w miastach. Pewne elementy medycyny europejskiej zaczęły trafiać do tubylczych społeczności Nowego Świata dzięki działalności misjonarzy (Aguirre Beltrán 1992: 246; Zolla, Carrillo 1998: 169).

Pomiędzy medycyną ludową a oficjalną występowały wzajemne oddziaływania. Jak już wspomniałam, medycyna oficjalna zaadoptowała część praktyk medycyny indiańskiej, przede wszystkim z zakresu ziołolecznictwa. Z kolei, wraz z wprowadzaniem do Meksyku wiedzy biomedycznej, do medycyny indiańskiej przeniknęła między innymi koncepcja dziedziczenia chorób, przechodzenia schorzeń z rodziców na dzieci. Lekarze tradycyjni zaczęli także posługiwać się lekami dostępnymi w aptekach, bardzo często stosując je jednak zgodne z wyobrażeniami tubylczymi (Coronado 2005: 166; Finkler 1991: 5; Holland 1978: 238).

Od czasów konkwisty duży wpływ na obraz pluralizmu medycznego Meksyku wywierał Kościół katolicki, a później również kościoły protestanckie. Wielu misjonarzy walczyło z tubylczymi praktykami, inni natomiast żywo się nimi interesowali. Często próbowali oni zyskać akceptację społeczności, łącząc w swojej działalności elementy wierzeń tubylczych z religią chrześcijańską. W procesie synkretyzacji wierzeń miejsce bóstw panteonu indiańskiego zajmowali święci katoliccy, którzy stawali się lokalnymi patronami. Sprzyjało to upowszechnieniu praktyki kierowania modlitw o uzdrowienie do tych świętych.

Zupełnie inny sposób działania przyjęły kościoły protestanckie, które od XX wieku prowadzą intensywną ewangelizację na tym obszarze. Potępiają one wiele tubylczych zwyczajów, w tym także medycynę ludową. Osoby ją praktykujące nie mogą zostać członkami kościoła protestanckiego. Takie podejście przyczynia się do zaniku części praktyk leczniczych oraz szybszej akceptacji biomedycyny na niektórych obszarach kraju, na przykład na Wyżynie Chiapas, gdzie odnotowuje się znaczny wpływ kościołów protestanckich (Menegoni 1996: 382).

2.2.2. WSPÓŁCZESNE LECZNICTWO KOMPLEMENTARNE I ALTERNATYWNE

Badacze zwracają uwagę, że mieszkańcy Meksyku, wybierając sposoby leczenia, kierują się bardziej podziałami etnicznymi i przywiązaniem do tradycji lokalnych niż świadomością różnic w praktykach medycznych (Coronado 2005: 175). Metysi udają się raczej do uzdrowiciela metyskiego, kobiety z grupy Tzotzil wybierają akuszerki ludowe z tej grupy, a członek społeczności Nayarit konsultuje problemy zdrowotne swojego dziecka z lekarzem tradycyjnym ze wspólnoty Nayarit.

Współcześnie, mimo coraz szerszego dostępu do usług biomedycznych, na obszarze całego kraju obecne są różnorodne terapie alternatywne i komplementarne. Medycyna ludowa odgrywa wśród nich szczególnie ważną rolę. Jej popularność wśród ludności tubylczej wynika z silnego przywiązania Indian do metod wywodzących się z tradycji ich rodzimych grup etnicznych.

Zróźnicowanie medycyny ludowej współczesnego Meksyku uniemożliwia jej ogólne omówienie. Przedstawię zatem tylko kilka charakterystycznych cech wspólnych dla lecznictwa tradycyjnego różnych grup etnicznych. Najbardziej popularne choroby leczone przez ludowych praktyków zarówno w społecznościach indiańskich, jak i metyskich to „przestrach” (hiszp. *susto*), „złe oko” (hiszp. *mal de ojo*), „opadnięcie ciemniaczka” (hiszp. *caída de la mollera*) oraz „choroba zablokowanych jelit” (hiszp. *empacho*). Wszystkie te dolegliwości uważane są przez antropologów za syndromy uwarunkowane kulturowo.

Według ludowych przekonań przestrasz (*susto*) jest najczęściej wywołany niespodziewanym, z reguły nieprzyjemnym, silnym wstrząsem emocjonalnym powodującym przerażenie, złość, zazdrość czy wstyd. Często jest wynikiem zabiegów magicznych. *Mal de ojo* to przypadłość, której przyczyną jest czyjeś nieżyczliwe spojrzenie. Objawia się bólem głowy, problemami z widzeniem, biegunką, czasami również gorączką. Najczęściej zapadają na tę chorobę dzieci. Kolejną przypadłością dotykającą dzieci jest „opadnięcie ciemniaczka”. Jest to miękka część czaszki małego dziecka, która może „zapaść się” do środka pod wpływem uderzenia lub upadku, ale – jak sądzi się – może być to spowodowane również silnym gniewem dziecka. Do symptomów należą biegunka, wymioty, bladość oraz ból głowy. Natomiast za najczęstszą przyczynę *empacho* uważa się niewłaściwe odżywianie, spożycie czegoś w nadmiarze. Rozpoznaje się ją po dotkliwym bólu żołądka, pieczeniu ust oraz wzdęciu (Mull, Mull 1981: 8-9). Nietrudno zauważyć, że wiele dolegliwości powodowanych

jest według ludowych wierzeń „nerwami” (hiszp. *nervios*), chociaż są one nie tylko przyczynami chorób. Nieraz same „nerwy” uważane są za schorzenie, które objawia się między innymi bólami oraz skłonnością do zdenerwowania (Finkler 2004: 2044-2047).

We wszystkich grupach etnicznych występują uzdrowiciele: *curanderos* – mężczyźni i *curanderas* – kobiety. Terminy te mają odpowiedniki we wszystkich językach tubylczych Meksyku. Płeć często decyduje o specjalizacji lekarza (np. kręgarz to najczęściej mężczyzna, a porody przyjmuje kobieta). Większość lekarzy tradycyjnych nabywa umiejętności leczenia w sposób nieformalny, ich wiedza przekazywana jest w formie ustnej, najczęściej w obrębie rodziny. Przyszły lekarz tradycyjny zaczyna już w młodym wieku pobierać naukę u doświadczonego specjalisty, obserwując jego pracę. W niektórych grupach indiańskich wierzy się, że podstawy wiedzy potrzebnej uzdrowicielom są im objawiane podczas snów przez świętych, w innych – iż są oni powoływani do leczenia przez Boga. Już w czasach przedhiszpańskich istniały specjalizacje praktyków medycyny tradycyjnej. Obecnie najczęściej można spotkać ziołarza (hiszp. *hierbero*), kręgarza (hiszp. *huesero*), tradycyjnego masażystę (hiszp. *sobador*), akuszerkę (hiszp. *partera*) oraz czarowników³⁴ (hiszp. *brujo* lub *hechicero*) (de Jesús Ruiz Méndez 2000).

Lekarze tradycyjni są darzeni znacznym szacunkiem w swoich społecznościach ze względu na posiadane umiejętności. Ich działalność budzi jednak także lęk, gdyż granica między uzdrowicielami a czarownikiem nie jest wyraźna. Wynika to z braku ostrego wyodrębnienia czarnej i białej magii, gdyż uważa się, że obie są przejawami tych samych sił ponadnaturalnych (Anzures y Bolaños 1999: 188). Specjalista leczenia ludowego z reguły pobiera niewielką opłatę za udzieloną pomoc. Można także odwzajemnić się mu w płodach rolnych czy innych dobrach materialnych, a spłata może być rozłożona w czasie. Niektórzy lekarze tradycyjni zajmują się wyłącznie leczeniem, jednak większość oprócz tego wykonuje inne prace zapewniające im utrzymanie, a kobiety zajmują się również prowadzeniem domu.

W niektórych społecznościach (Nahua, Sierra Otomí, Totonac, Huasteca, Tepehua Cora, Huichol) występują także szamani (hiszp. *chamán*), którzy stanowią osobną kategorię osób zajmujących się leczeniem w społecznościach tubylczych, jednak ich rola nie ogranicza się wyłącznie do uzdrawiania. Podstawą ich działania są wierzenia animistyczne lub zmieszane wierzenia przedhiszpańskie i chrześcijańskie.

³⁴ Określenie „czarownik” najlepiej oddaje znaczenie hiszpańskiego słowa *brujo*.

Dar leczenia otrzymują od mocy nadprzyrodzonych poprzez sny, wizje oraz owładnięcie przez duchy. Moc szamana daje mu możliwość wchodzenia w kontakt ze światem duchów. W tym celu wchodzi on w trans, nierzadko przy użyciu substancji halucynogennych. Wierzy się, że szaman ma moc przemieszczania się podczas snu, dzięki czemu może na przykład poznać przyczynę czyjejś choroby. Szamani odprawiają rytuały, podczas których proszą o deszcz, dobre plony czy uzdrowienie chorego. Stosują różnorodne praktyki magiczne. Podczas rytuałów składane są bogom ofiary, najczęściej jest to tortilla i kawałek mięsa (Scheffler 1986: 35-44). Najczęstszym rytuałem współcześnie wykonywanym przez szamanów jest oczyszczanie (*limpia*), które w różnych grupach indiańskich ma specyficzne cechy i odbywa się przy użyciu różnych przedmiotów (Dow 2001: 66-84). Horacio Fabrega i Daniel Silver szczegółowo opisali leczenie szamanistyczne w społeczności Majów w klasycznym już dziele *Illness and Shamanistic Curing in Zinacantan* (1973).

W ostatnich dekadach XX wieku na obszarach miejskich pojawiły się różnorodne komplementarne i alternatywne formy leczenia, które cieszą się rosnącą popularnością. Badania ilościowe (Nigenda, Cifuentes, Hill 2004: 417) przeprowadzone wśród mieszkańców stolicy Meksyku na początku XXI wieku wykazały, że 52% osób korzystających z państwowej służby zdrowia równocześnie brało pod uwagę udanie się po poradę do jednego ze specjalistów medycyny komplementarnej i alternatywnej. Wielu przedstawicieli klasy średniej łączy metody lecznicze, których podstawy konceptualne wydają się być rozbieżne, a czasami nawet sprzeczne ze sobą (Whiteford 1999: 70). Jest to zjawisko, które można obserwować w dużych miastach globalnego Południa, do których zaliczany jest Meksyk. Ważną rolę w adoptowaniu obcych form leczenia odgrywa *malinchismo*³⁵, czyli popularne w Meksyku przekonanie, że wszystko co zagraniczne jest lepsze od miejscowego.

Natomiast formy lecznictwa spoza mezoamerykańskiego kręgu kulturowego cieszące się w Meksyku największym powodzeniem to homeopatia, bioenergoterapia, medycyna chińska, tybetańska, a także shiatsu czy reiki. Nie sposób wymienić wszystkich popularnych tam „obcych” tradycji leczenia. Przybywają one w procesie globalizacji do Meksyku, gdzie są adaptowane do lokalnego kontekstu, co może powodować, że różnią się one znacznie od wyjściowych tradycji (np. medycyna

³⁵ Termin ten pochodzi od imienia Malinche, uważanej również za symbol deprecjonowania własnej kultury (zob. rozdział 3).

chińska). Niektóre obecne są tam już od dziesięcioleci, inne pojawiają się na krótko na skutek przejściowych mód.

Popularne jest, między innymi, znane w wielu miejscach świata uzdrawianie duchowe (ang. *spiritualist healing*), które pojawiło się w Meksyku w latach 20. XX wieku. Wprawdzie opiera się ono na nauce i tradycji Kościoła katolickiego, ale przybrało tutaj specyficznego charakteru. Przede wszystkim, w lokalnej formie uzdrawiania duchowego funkcje religijne mogą sprawować zarówno mężczyźni, jak i kobiety. Przywódcy ruchu zakazali natomiast oddawania kultu świętym, stanowiącego jedną z podstawowych form katolicyzmu ludowego w Meksyku (Finkler 1983: 288-289).

Z drugiej strony, specyfiką mody na „egzotyczne” terapie lecznicze w tym kraju jest fakt, że zainteresowaniu medycyną chińską czy homeopatią towarzyszy „odkrycie” przez społeczeństwo metyskie medycyny praktykowanej przez społeczności indiańskie kraju (Napolitano, Mora Flores 2003: 82). W miastach nie brakuje lekarzy tradycyjnych wywodzących się z różnych społeczności rdzennych, oferujących usługi swoim pobratymcom, którzy tam wyemigrowali. Ich terapie są coraz bardziej popularne także wśród ludności metyskiej. W każdym mieście znajduje się targ, na którym *curanderos* (uzdrowiciele) sprzedają rozmaite środki lecznicze. Targ „Sonora” w mieście Meksyk słynie z niezliczonych stoisk oferujących środki ziołowe i magiczne z różnych regionów kraju (Anzures y Bolaños 1999). Pacjentami lekarza ludowego pracującego w mieście nie są wyłącznie jego mieszkańcy. Do sławnych uzdrowicieli udają się również potrzebujący z okolicznych wsi, a czasami i z dalszych miejsc.

Wśród terapii indiańskich, największym zainteresowaniem mieszkańców miast cieszą się metody połączone ze stosowaniem substancji psychoaktywnych. Szczególnie popularne są grzyby halucynogenne stosowane tradycyjnie podczas rytuałów leczniczych, między innymi przez Indian Mazateca. Uzdrowicielka z tej grupy, María Sabina, spopularyzowała je wśród ludności nie-indiańskiej w latach 60. XX wieku, kiedy to młodzi ludzie, głównie ze Stanów Zjednoczonych, na fali ruchów kontrkulturowych zainteresowali się substancjami zmieniającymi stan świadomości.

Warto dodać, że mieszkańcy miast cenią *temazcal*, czyli ceremonię leczniczej sauny, która kiedyś była powszechna w wielu grupach mezoamerykańskich. Zalecana była przede wszystkim w przypadku chorób uważanych za zimne, na przykład nerwobóli. *Temazcal* ma obecnie znaczenie głównie terapeutyczne, polegające

na oczyszczaniu fizycznym i duchowym. Osłabła natomiast religijno-magiczna symbolika tego zabiegu (Lillo Macina 2007: 184-192; Thorwald 1990: 272).

Prezentując złożoność pluralizmu medycznego w Meksyku, nie można pominąć praktyk samoleczenia i medycyny domowej. Odgrywają one ważną rolę w procesie leczenia wśród wszystkich grup etnicznych kraju, lecz szczególnie wśród ludności najuboższej, nieposiadającej swobodnego dostępu do ośrodków biomedycznych. Dom i rodzina to pierwsze miejsce, w którym chory szuka pomocy. Najczęściej udziela jej dorosła kobieta, matka. Podobnie jak w wielu innych miejscach na świecie, to kobieta troszczy się o zdrowie rodziny. To ona stawia pierwszą diagnozę, podaje środki lecznicze, a także – jeśli uzna za stosowne – kieruje do specjalisty. Ona również najczęściej podejmuje decyzję, czy chory będzie kontynuował leczenie u tego samego praktyka (Menéndez 2005: 58).

Wiedza takiej domowej uzdrowicielki z reguły nie jest usystematyzowana. Przykłada ona większą wagę do symptomów choroby niż jej etiologii, co powoduje, że praktyki domowe są wyjątkowo podatne na wpływy różnych typów leczenia. Na medycynę domową składają się praktyki przekazywane z pokolenia na pokolenia, ale także różnorodne nowości, o których kobiety dowiadują się od znajomych, a współcześnie w dużym stopniu ze środków masowego przekazu. W zespole domowych metod i środków leczniczych, stosowanych w regionach wiejskich, praktyki i środki wywodzące się z lecznictwa tradycyjnego mieszają się z lekami, które można otrzymać w każdej aptece, takimi jak aspiryna (stosowana na gorączkę), alka seltzer (na przejedzenie), debridad (na ból brzucha „spowodowany złością”), bactrim (na biegunkę, anginę, gorączkę) (Menéndez 2005: 61; Zolla, Mellado 1995: 71-92). Sprzyja temu prawo meksykańskie, które dopuszcza do sprzedaży bez recepty wszystkie leki, z wyjątkiem substancji o działaniu psychotropowym.

Ponadto apteki i ich personel można traktować jako oddzielną formę opieki medycznej, gdyż wielu chorych konsultuje swoje problemy zdrowotne z osobami tam zatrudnionymi. Należy jednak wziąć pod uwagę, że ani od właściciela apteki, ani od jej pracowników nie jest wymagane wykształcenie farmaceutyczne.

2.2.3. SYSTEM OPIEKI BIOMEDYCZNEJ

Zgodnie z antropologicznym rozumieniem terminu „biomedycyna”, jest ona, jak każda medycyna, kulturowo konstruowana, a także stanowi swego rodzaju odbicie cech społeczeństwa, w którym się rozwija. Biomedycyna meksykańska ma własną specyfikę, którą uzyskała w procesie reinterpretacji składających się na nią praktyk i wiedzy w lokalnym kontekście. Jak już pisałam, biomedycyna meksykańska ma swoje źródła w XIX-wiecznej medycynie europejskiej. Szczególnie silnie odznaczyły się w niej najpierw wpływy francuskie, gdyż to do tego kraju część lekarzy meksykańskich udawała się na studia. Natomiast od czasów II wojny światowej na tutejszy system ochrony zdrowia zaczął znacząco oddziaływać północny sąsiad Meksyku, Stany Zjednoczone (Finkler 1991: 1, 60, 75-78).

Na początku XX wieku biomedyczna ochrona zdrowia zapewniana była przez ośrodki prywatne. Pomocy udzielały również placówki charytatywne, często o charakterze religijnym. Po Rewolucji Meksykańskiej (1910-1917) do sektora opieki medycznej włączyły się instytucje państwowe. W 1943 roku powstał Meksykański Instytut Ubezpieczeń Społecznych (Instituto Mexicano de Seguro Social, IMSS) oferujący bezpłatne usługi medyczne osobom, które miały zapewnione ubezpieczenie zdrowotne w ramach pracy, oraz Ministerstwo Zdrowia (Secretaría de Salud, SSA) udostępniające częściowo dotowaną z budżetu państwa i częściowo odpłatną pomoc medyczną. Następnie w 1960 roku powołano Instytut Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Socjalnych Pracowników Państwowych (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE) zapewniający opiekę medyczną pracownikom placówek państwowych oraz ich rodzinom. Utworzono także kilka mniejszych instytucji przeznaczonych dla pracowników poszczególnych gałęzi gospodarki państwowej (np. przemysłu naftowego) (Harrison 2001: 274).

Przez kilka dziesięcioleci placówki publicznej i prywatnej ochrony zdrowia znajdowały się niemal wyłącznie w miastach. Bezpłatny dostęp do państwowych usług medycznych związany był z zatrudnieniem w sferze budżetowej. Dopiero w 1954 roku do systemu ubezpieczeń włączono pracowników rolnych, którzy otrzymywali regularne pensje. Polityka indygenizmu, zmierzając do rozwoju ludności indiańskiej i zapewnienia jej możliwości korzystania z podstawowych „dobroziejstw cywilizacyjnych”, postulowała między innymi poprawę stanu zdrowia tej ludności i udostępnienie jej usług państwowego sektora zdrowia. Od lat 50. XX wieku Narodowy

Instytut Indygenistyczny (Instituto Nacional Indigenista, INI) tworzył pierwsze ośrodki medyczne na obszarach zamieszkałych przez ludność indiańską, ale były to sporadyczne inicjatywy (Holland 1992). W 1973 roku powstała Agencja do Spraw Solidarności Społecznej (Servicio de Solidaridad Social), której celem było zapewnienie ochrony zdrowia ludności najuboższej. W ramach tego programu do 1976 roku powstało około 300 ośrodków zdrowia oraz 10 szpitali. Rok później utworzono program Coplamar (Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados – Zarząd Generalny Planu Narodowego dla Obszarów Zdegradowanych i Grup Zmarginalizowanych). Następnie nawiązano współpracę między IMSS a Coplamar. IMSS zobowiązał się świadczyć pomoc medyczną dla ponad 10 mln mieszkańców objętych programem Coplamar. W ramach tej współpracy w 1981 roku działało 3 tys. ośrodków zdrowia oraz 60 szpitali na obszarach wiejskich. Program Coplamar uległ rozwiązaniu wraz z nastaniem kryzysu zadłużeniowego kraju w 1983 roku. Jego zadania przejął IMSS, a cały system ochrony zdrowia poddano reformom mającym na celu jego decentralizację. Równocześnie przyjęto nowy zapis w konstytucji, nadający po raz pierwszy wszystkim obywatelom kraju prawo do opieki medycznej (Gutierrez Arriola 2002: 82; Holland 1978: 211; Sosa-Rubí, Galárraga, Hariss 2009: 20).

Warto zwrócić uwagę, w jaki sposób przebiegało wprowadzanie opieki biomedycznej na terenach zamieszkałych przez społeczności tubylcze. Początkowo do ośrodków zdrowia i ich personelu odnoszono się tam z niechęcią, a czasami nawet wrogością. Przełamywanie tych barier z reguły następowało w sytuacji wyjątkowo poważnych problemów zdrowotnych, gdy zawodziły terapie ludowe. W takich przypadkach mieszkańcy decydowali się wypróbować umiejętności lekarza. Jeśli udzielona pomoc oceniana była jako skuteczna, nabywali zaufania do personelu ośrodka zdrowia. Proces ten zachodził bardzo powoli, stopniowo akceptowano nowe środki i techniki stosowane w biomedycynie. Niektóre praktyki długo budziły wątpliwości.

Trudności występujące podczas wprowadzania opieki biomedycznej wynikały w dużym stopniu z różnic między jej metodami a medycyną tradycyjną, do której była przywiązana społeczność tubylcza. Różne były wyobrażenia dotyczące ciała człowieka i jego zdrowia, stanowiące podstawę praktyk leczniczych. Istotniejszą przyczyną napięć między ludnością indiańską a personelem biomedycznym były jednak kwestie etniczne, językowe oraz genderowe. Indianie byli przez wieki podporządkowani

ludności metyskiej, obawiali się zatem kontaktów z przedstawicielami instytucji państwowych. W relacjach osobistych Metysi okazywali Indianom wyższość, wyrażali pogardę dla ich sposobu życia. Gdy Metysi przybywali do danej społeczności, jej członkowie spodziewali się, że przyniesie im to dalsze upokorzenie i wyzysk. Trudno im było uwierzyć, iż pracownicy ośrodka są tam dla ich dobra. Nierzadko metyscy lekarze i pielęgniarki nie starali się zrozumieć Indian, traktując ich jako ludzi prymitywnych. Występowały również bariery językowe. Lekarze bardzo rzadko znali język lokalny, a jeszcze w połowie ubiegłego wieku tylko niewielka część członków wspólnot indiańskich posługiwała się językiem hiszpańskim. Dopiero z czasem zaczęto zatrudniać w charakterze tłumaczy osoby dwujęzyczne. Inną przeszkodą były również tradycyjne relacje między płciami, które nie pozwalały na kontakt obcego mężczyzny – lekarza z kobietą indiańską.

Nadal istnieją bariery pomiędzy personelem biomedycznym a ludnością indiańską. Wynika to między innymi z faktu, że w placówkach państwowej służby zdrowia w małych miejscowościach pracują z reguły stażyści, którzy dopiero zaczynają zdobywać doświadczenie zawodowe. Odbывают oni najczęściej staż w oddziałach na terenach tubylczych. Nie otrzymują jednak w ramach studiów medycznych wiedzy na temat tradycji ludności indiańskiej i jej praktyk leczenia, ani przygotowania do pracy w warunkach wielokulturowości (Coronado 2005: 166-171). Ponadto, jak zauważa część antropologów, czasami dzięki niewielkim zmianom w diecie szpitalnej bądź sposobie urządzenia szpitala można by uzyskać znacznie większą przychylność ludności indiańskiej dla tych ośrodków. Na przykład dla mieszkańców Chiapas ważne byłoby wprowadzenie do jadłospisu osób hospitalizowanych *pozole* (tradycyjnej zupy z kukurydzy), ich podstawowej potrawy spożywanej codziennie na obiad. Z kolei Indianie z Jukatanu zwykli spać w hamakach, dlatego należałoby umożliwić im korzystanie z nich w tamtejszych klinikach (Campos Navarro 2004: 133-134).

W 1988 roku powołano ogólnokrajowy program IMSS-Solidaridad będący kontynuacją IMSS-Coplamar. Jego celem było dostarczenie usług biomedycznych ludności nieubezpieczonej, na obszarach wiejskich. Zadaniem programu była także poprawa czynników pośrednio oddziałujących na stan zdrowia ludności, między innymi przez doprowadzenie wody pitnej oraz systemu kanalizacji, a także dostarczenie prądu. Budowano drogi oraz wspierano edukację dzieci i młodzieży. Za jedno z głównych osiągnięć programu uważa się także wzrost akceptacji kobiet

wiejskich dla antykoncepcji (Espinosa Damián, Paz Paredes, Rodríguez 2000: 121-130).

Pomimo tych działań, pod koniec XX wieku nadal istniała w Meksyku nierówna dystrybucja ochrony zdrowia. Około 10 mln mieszkańców kraju nie miało dostępu do państwowej opieki medycznej. Zauważono, że ludność najuboższa pokrywa najczęściej koszty usług medycznych z własnej kieszeni, co bardzo obciąża budżety domowe. W 2000 roku tylko jedna trzecia osób zatrudnionych w skali całego kraju miała zagwarantowany dostęp do usług państwowej służby zdrowia. W odniesieniu do ludności tubylczej wskaźnik ten wynosił zaledwie 3,6%. Jeszcze gorszy dostęp do usług zdrowia miały kobiety indiańskie, spośród których tylko 1,4% mogła liczyć na bezpłatną opiekę zdrowotną (*Las mujeres indígenas...* 2006: 93). Około 30% obywateli żyło w warunkach określanych jako skrajne ubóstwo, a na obszarach wiejskich ten wskaźnik wynosił 50% (Levy 2006: 21). W 1997 roku zainicjowano projekt Progreso (*progreso* – postęp, *progresar* – robić postępy). Następnie w 2002 roku Progreso przekształcono w Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (Program Rozwoju Człowieka Oportunidades; *oportunidades* – możliwości)³⁶, w którym uczestniczą: Ministerstwo Edukacji Publicznej, Ministerstwo Zdrowia, IMSS, Ministerstwo Rozwoju Społecznego oraz rządy poszczególnych stanów i władze samorządowe. Program przejął infrastrukturę po swoich poprzednikach: IMSS-Coplamar oraz IMSS-Solidaridad (Levy 2006: 17-28).

Program IMSS-Oportunidades nie oferuje swoim beneficjentom pełnego ubezpieczenia zdrowotnego. Zapewnia im opiekę zdrowotną wyłącznie na podstawowym poziomie. Ma ona głównie charakter diagnostyczny, prewencyjny i ambulatoryjny, w niewielkim stopniu szpitalny. Jeszcze na początku XXI wieku 57,8% ludności Meksyku nie posiadało żadnej formy ubezpieczenia zdrowotnego (Frenk i in. 2006: 1526). Nie był zatem respektowany w praktyce zapis konstytucji nadający prawo do opieki medycznej wszystkim obywatelom kraju. W 2003 roku powołano System Społecznej Ochrony Zdrowia (Sistema de Protección Social en Salud) obejmujący trzy typy ubezpieczeń zdrowotnych: IMSS, ISSSTE oraz Seguro Popular (Ubezpieczenie Powszechne), które jest nową formą ubezpieczenia dla osób bezrobotnych (lub zatrudnionych w szarej strefie). Mogą z niego korzystać beneficjenci programu

³⁶ Dzięki pozytywnym ocenom program wzbudził zainteresowanie także poza Meksykiem. Z czasem stał się on wzorem dla władz innych krajów globalnego Południa. Jeden z jego twórców, doktor Santiago Levy, został w 2008 r. mianowany wiceprezydentem Banku Światowego.

IMSS-Oportunidades. Program ten uważany jest za instrument sprawiedliwości społecznej, gdyż jako pierwszy zapewnia wszystkim obywatelom dostęp do opieki biomedycznej (Sosa-Rubí, Galárraga, Hariss 2009: 22; Gómez Dantés 2005: 7-15).

Ubezpieczenie Seguro Popular obejmuje leczenie określonego zestawu najczęściej występujących chorób. Zapewnia ono opiekę ambulatoryjną i szpitalną w zakresie prewencji, diagnostyki, medycyny wewnętrznej, chirurgii, ginekologii i położnictwa, pediatrii i geriatrici, a także medycyny paliatywnej. Osoby objęte programem otrzymują bezpłatnie leczenie farmaceutyczne i pomoc w rehabilitacji. Pozostałe dolegliwości, uznane za rzadko występujące, leczone są odpłatnie, ale utworzono specjalny fundusz, który ma na celu ochronę beneficjentów Seguro Popular przed ponoszeniem wysokich wydatków związanych z leczeniem tych chorób (Gómez Dantés 2005: 7-15).

Rodzina pragnąca uczestniczyć w programie musi zgłosić się do odpowiedniej placówki zdrowia i tam złożyć potrzebne dokumenty. Przeprowadza się szacunkowe badanie poziomu życia danej rodziny i na tej podstawie określa się wysokość regularnych opłat pobieranych w ramach ubezpieczenia. Dla najuboższych rodzin takie ubezpieczenie jest bezpłatne (Frenk i in. 2006: 1524). W programie mogą brać udział małżonkowie i konkubenci wraz z dziećmi do 18 roku życia (a jeśli dzieci uczą się, do 25 lat), ich rodzice (jeśli ukończyli 64 lata i mieszkają w tym samym domu) oraz osoby niepełnosprawne znajdujące się pod ich opieką. Osoby powyżej 18 roku życia, które nie uczą się i nie posiadają własnej rodziny, mogą zapisać się samodzielnie. Obecnie to nowe ubezpieczenie dociera do blisko 12 mln osób. Zakładano, że do 2010 roku będą mogli skorzystać z niego wszyscy zainteresowani obywatele. W praktyce, w regionach tubylczych nadal nie obejmuje ono wszystkich uprawnionych³⁷.

Dobrze sytuowani mieszkańcy kraju mogą natomiast uzyskać odpłatnie opiekę medyczną wysokiej jakości w placówkach prywatnych. Okazuje się jednak, że do ośrodków prywatnych udają się także ubezpieczeni w ramach IMSS-Oportunidades, jak również przez ISSSTE czy IMSS. Wynika to z ich niezadowolenia z usług państwowej służby zdrowia. Głównym czynnikiem jest jakość oferowanej pomocy, ale niebagatelne znaczenie ma również podejście personelu do pacjentów, a także czas oczekiwania na konsultację czy zabieg. Prywatny sektor zdrowia jest szeroko

³⁷ W 2007 r. ponad 48,6 mln mieszkańców objętych było ubezpieczeniem IMSS, 11,3 mln należało do ISSSTE, a 21,8 mln do Seguro Popular (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, www.inegi.mx) (dostęp 20.05.2009).

rozbudowany. Należą do niego małe gabinety, w których lekarz przyjmuje kilka razy w tygodniu, oraz duże kliniki z szerokim zapleczem diagnostycznym, w których przeprowadzane są skomplikowane operacje chirurgiczne. Istnieje również duża rozpiętość w zakresie jakości usług i pobieranych opłat. Obecnie prywatne gabinety lekarskie można spotkać także na terenach wiejskich (Frenk i in. 2003: 1667; Finkler 1991: 47).

2.2.4. MEDYCYNĄ INDIAŃSKĄ W POLITYCE PAŃSTWA I JEJ RELACJE Z BIOMEDYCYNĄ

Medycyna praktykowana przez społeczności indiańskie Meksyku spotykała się od momentu konkwisty z dyskryminacją ze strony instytucji kolonii, a następnie nowopowstałego państwa. Czasami polegało to tylko na formalnym odrzuceniu tubylczych praktyk leczniczych, w innych okresach natomiast lekarze tradycyjni spotykali się z prześladowaniami i musieli pracować w ukryciu. Współcześnie stosunek władzy państwowej do lecznictwa ludowego uległ głębokiej zmianie, chociaż często oficjalne poparcie pozostaje w sferze deklaracji (Zolla, Carrillo 1998: 183).

Od lat 70. XX wieku Światowa Organizacja Zdrowia zaczęła promować medycynę ludności tubylczej oraz zalecać współpracę medycyny oficjalnej z lokalnymi tradycyjnymi systemami leczenia. W 1978 roku organizacja ta, wraz z UNICEF, podczas konferencji w Alma Acie zadeklarowała zapewnienie wszystkim ludziom dostępu do opieki medycznej stopnia podstawowego do końca XX wieku. Wykraczało to poza możliwości personelu medycznego w państwach ówczesznie nazywanych krajami „Trzeciego Świata”. Stwierdzono zatem, że po odpowiednim przeszkoleniu lekarze tradycyjni mogą stać się wsparciem dla publicznej służby zdrowia. Uznano też, że wiele metod współczesnej medycyny zostało zaczerpniętych z wiedzy różnych grup ludności tubylczej świata (Freyermuth 1994: 122).

Na arenie Światowej Organizacji Zdrowia zauważono, że wiele dolegliwości, na które zapadają członkowie społeczności tubylczych, posiada znaczny komponent kulturowy, co powoduje, że ich skuteczne leczenie mogą zapewnić wyłącznie metody medycyny tradycyjnej ich grupy etnicznej. Nic zatem dziwnego, że w regionach, w których lecznictwo ludowe było silnie rozwinięte, biomedycyna go nie wyparła. Wielu antropologów potwierdziło natomiast, że ludność rdzenna chętniej akceptuje biomedyczne formy leczenia, gdy dokonuje się ich próby integrowania z tradycyjnymi

praktykami leczniczymi (Holland 1992: 179; Penkala-Gawęcka 1988: 182; Sokołowska 1980: 2).

W rezultacie oddziaływań instytucji międzynarodowych władze Meksyku uznały leczenie tradycyjne za wartościową formę ochrony zdrowia i zobowiązały się do uwzględnienia jego potencjału w programach polityki zdrowotnej kraju. Podjęto również inicjatywę włączenia specjalistów medycyny ludowej do systemu publicznej opieki medycznej. Sprzyjały temu dyskusje dotyczące przedefiniowania polityki indygenistycznej, toczące się w tym okresie w kraju. Pojawiały się w nich żądania większego upodmiotowienia ludności indiańskiej oraz docenienia jej kultury. Część antropologów, biologów i lekarzy meksykańskich głosiła konieczność rewaloryzacji tradycyjnych metod leczniczych. Widoczne było wówczas również silne ożywienie etniczne przejawiające się w walce o rewindykację praw grup tubylczych. Obecnie elity indiańskie postulują pełniejsze docenienie wkładu medycyny tradycyjnej w rozwój biomedycyny. Domagają się umożliwienia swobodnego praktykowania obrzędów ludowych, włączając w to także praktyki lecznicze. Obecność medycyny tradycyjnej w sferze publicznej jest dla nich formą manifestowania swojej etniczności.

Znaczny wpływ na oficjalne uznanie medycyny tradycyjnej miały również państwowe strategie formowania tożsamości narodowej Meksykanów. Odwołują się one przede wszystkim do kultur przedhiszpańskich, traktując je jako przedmiot dumy narodowej. Tradycje współczesnych wspólnot indiańskich, potomków cywilizacji mezoamerykańskiej, w tym także ich medycyna, postrzegane są w ramach tej polityk jako część ogólnonarodowego dziedzictwa (Campos Navarro 1996: 3, 6-7, 34; Dietz 1999: 178; Freyermuth 1994: 122).

Władze zobowiązały się zapewnić przetrwanie medycynie indiańskiej, uznając ją za jeden z podstawowych składników tubylczych tradycji mieszkańców kraju. Zagwarantowano lekarzom tradycyjnym prawo do praktykowania swoich terapii i przekazywania wiedzy kolejnym pokoleniom, a ludności indiańskiej prawo do realizowania potrzeb zdrowotnych zgodnie z własną kulturą i zakorzenionymi w niej wierzeniami. Zmieniona została oficjalna nomenklatura dotycząca leczenia ludowego, które zaczęto nazywać „medycyną tradycyjną”. Podobnie, popularna nazwa *curandero* (uzdrowiciel) została zastąpiona określeniem *médico tradicional* (lekarz tradycyjny). Nazwa ta jest jednak stosowana wyłącznie w oficjalnym dyskursie.

Władze meksykańskie postulowały również nadanie leczeniu ludowemu pozycji równorzędnej z sektorem publicznej ochrony zdrowia. Zamierzano

w ten sposób utworzyć prawdziwie demokratyczny system opieki medycznej, którego wszystkie części składowe posiadałyby równą pozycję. Zgodnie z jedną z najczęściej przywoływanych typologii stosunku państwa do medycyny komplementarnej i alternatywnej, której autorem jest Murray Last (1996)³⁸, Meksyk można by zaliczyć do modelu „integracyjnego”. Należy jednak zwrócić uwagę, że w rzeczywistości nie zachodzi integracja sektora biomedycznego z medycyną tubylczą, gdyż akceptowane są wyłącznie terapie postrzegane z punktu widzenia biomedycyny jako „empiryczne” i „racjonalne”. Znalazły się wśród nich przede wszystkim metody „przyrodolecznicze”, natomiast praktyki magiczne czy religijne uznano jeśli nie za szkodliwe, to co najmniej nieskuteczne. Ponadto część substancji leczniczych stosowanych przez *curandero* zdelegalizowano³⁹. Władze dążą do dostosowania metod medycyny tradycyjnej do wymogów nowoczesnego państwa. Są one „przykrawane” tak, aby nie stały w sprzeczności z podstawami paradygmatu naukowego. Na potrzeby polityki tożsamościowej i etnicznej władze podkreślają „tradycyjność” metod stosowanych przez rdzennych uzdrowicieli, równocześnie cenzurując je.

Początkowo zaczęto współpracować ze specjalistami medycyny tradycyjnej w ramach programu Coplamar. Jego personel miał za zadanie nawiązywać kontakt z lokalnymi uzdrowicielami. Program IMSS-Solidaridad również zakładał współpracę z nimi, a w szczególności z akuszerkami ludowymi, którym wypłacano pensję w wysokości najniższej płacy krajowej. Obecnie ośrodki IMSS-Oportunidades współdziałają z położnymi, ale nie otrzymują już one stałego wsparcia finansowego. Współpraca polega przede wszystkim na przekazywaniu uzdrowicielom podstawowej wiedzy i praktyk biomedycznych. Celem jest modernizacja lecznictwa tubylczego, tak aby przeszkoleni tradycyjni lekarze mogli stać się tanim uzupełnieniem dla podstawowej opieki biomedycznej. Ponadto mają się oni stać promotorami biomedycznego sektora ochrony zdrowia i przyczynić się do przełamania nieufności ludności indiańskiej. Niektórzy lekarze ludowi po uczestniczeniu w serii takich warsztatów zaczęli pełnić rolę personelu pomocniczego w biomedycznych ośrodkach zdrowia (Espinosa Damián, Paz Paredes, Rodríguez 2000: 121-130).

Utworzono szereg organizacji skupiających *curanderos*, dążąc w ten sposób do profesjonalizacji pracy lekarza tradycyjnego. Efektem tych działań jest postępujący

³⁸ Typologię zaproponowaną przez Lasta omawiam szczegółowo w rozdziale 1.

³⁹ Karalne jest posiadanie nawet niewielkiej ilości substancji psychotropowych, a do nich zalicza się również niektóre środki roślinne używane w lecznictwie tradycyjnym.

proces instytucjonalizacji medycyny ludowej oraz próby standaryzacji ich wiedzy. Niektórzy badacze uważają, że oficjalne uznanie dla lekarzy tradycyjnych było dla nich „niedźwiedzią przysługą”. W celu uzyskania formalnej akceptacji muszą bowiem podkreślać racjonalną stronę swoich technik, odrzucając lub przynajmniej ukrywając to, co w ich praktykach kłóci się z koncepcjami biomedycznymi. W ten sposób zaprzeczają wizji świata, na której opiera się ich sposób leczenia. Co znaczące, w niektórych miejscach lokalne społeczności odrzucają uzdrowicieli, którzy starają się o uznanie przez instytucje państwowe (Ayora Díaz 2002). Na przykład w Chiapas współpraca lekarza indiańskiego z państwowymi ośrodkami zdrowia może stanowić zagrożenie dla jego pozycji, gdyż podkopuje to jego wizerunek osoby, która „posiada dar leczenia” (Freyermuth Enciso 1994).

Deklaracje równego traktowania różnych form leczenia nie są realizowane w praktyce. Większość pracowników państwowej służby zdrowia ma poczucie wyższości biomedycyny i wychodzi z założenia, że praktyki ludowe nie są skuteczne, a nawet mogą zaszkodzić pacjentowi. Tylko niektórzy szanują wiedzę i umiejętności lekarzy tradycyjnych. Stosunek uzdrowicieli do biomedycyny i jej specjalistów również nie jest jednoznaczny i zależy od osobistych doświadczeń. Część z nich nie zdecydowała się skorzystać z możliwości współpracy z ośrodkami państwowej służby zdrowia, gdyż nie cenią uprawianej tam medycyny i lekarzy. Dla tych, którzy podjęli współpracę z lekarzami, przedmiotem dumy są dyplomy, które otrzymali za udział w warsztatach. Przyjęli oni do swojej praktyki część przekazywanej im wiedzy. Bardzo często oprócz środków tradycyjnych zalecają antybiotyki czy witaminy (Menéndez 2005: 41-42).

Na uwagę zasługuje fakt, że niektórzy lekarze prywatni praktykują także terapie alternatywne, w tym metody lecznictwa indiańskiego (Whiteford 1999: 70). W ten sposób poszerzają swoją ofertę, do czego skłania ich zapewne coraz większa konkurencja na rynku prywatnych usług medycznych. Wykazują elastyczność w podejściu do pacjenta, gdyż ten, niczym klient, bardzo często zgłasza się do gabinetu z pytaniem o konkretną terapię, której chciałby się poddać (Napolitano, Mora Flores 2003: 85-88). Lekarze ci najczęściej nie zgłębiają wiedzy, na której oparte są zaadoptowane przez nich metody, skupiając się na ich pragmatycznym aspekcie. Ponadto podchodzą eklektycznie do stosowanych sposobów leczenia, łącząc na przykład akupunkturę z ludowym ziołolecznictwem. Jeśli zabraknie jakiejś substancji stosowanej w medycynie chińskiej, starają się ją zastąpić środkiem znanym

w lokalnym leczeniu tradycyjnym. Valentina Napolitano i Gerardo Mora Flores (2003: 88-90) nazywają to zjawisko meksykanizacją orientalnych terapii medycznych.

Warto zwrócić uwagę, jak na cechy biomedycyny w Meksyku wpływają ludowe przekonania wyjaśniające choroby oraz lokalne formy ich leczenia. Kaja Finkler, badaczka różnych tradycji medycznych w Meksyku, podczas badań w jednym z ośrodków zdrowia w stolicy kraju zaobserwowała, że pracujący tam lekarze nieustannie doświadczają konfliktu wewnętrznego pomiędzy „intuicyjną” wiedzą kulturową a biomedycznym wykształceniem.

W większości przypadków etiologiczne wytłumaczenie [stosowane przez] lekarza odnosi się do tradycyjnych wyobrażeń związanych z emocjami, takimi jak złość, nerwy czy lęk, do nieprzyjemnych doświadczeń i diety. Medyczne wykształcenie wymaga jednak od lekarzy ograniczenia tego całościowego spojrzenia na chorobę do diagnozy fizycznych dolegliwości, która odzwierciedla biomedyczny dualizm umysł/ciało (Finkler 2004: 2045).

Zdaniem autorki nastąpiło pomieszanie koncepcji tradycyjnych z biomedycznymi, odnoszącymi się między innymi do wyobrażenia „nerwów” (hiszp. *nervios*). Lekarze, zgodnie z wiedzą ludową, traktują „nerwy” zarówno jako przyczynę choroby, jak i jedną z częstych dolegliwości. Niemal zawsze pytają swoich pacjentów, niezależnie od symptomów ich choroby, czy „cierpieli ostatnio z powodu nerwów lub czy byli nerwowi” (Finkler 2004: 2044-2047).

3. MEKSYKANKI I ICH ZDROWIE REPRODUKCYJNE

3.1. RELACJE MIĘDZY PŁCIAMI I POZYCJA KOBIETY W SPOŁECZEŃSTWIE METYSKIM I WE WSPÓLNOTACH INDIAŃSKICH

W celu zrozumienia pozycji kobiety i relacji genderowych w Meksyku należy osobno odnieść się do ludności metyskiej i społeczności tubylczych. Moje badania dotyczą kobiet indiańskich, jednak dla zrozumienia kontekstu kulturowo-społecznego, w którym żyją, konieczne jest także zapoznanie się z wzorcami metyskimi. Wspólnoty tubylcze stykają się bowiem od niemal pięciu wieków z ludnością napływową i metyską, co powoduje nieustanne przemiany o charakterze hybrydyzacji kulturowej (Espinosa Damián 2008: 143). Ponadto ludność indiańska jest przedmiotem oddziaływania programów instytucji rządowych dotyczących na przykład edukacji, ochrony zdrowia czy planowania rodziny. Projekty te mają w mniejszym lub większym stopniu charakter akulturacyjny, gdyż z reguły realizowane są w sposób autorytarny przez przedstawicieli społeczeństwa metyskiego.

W społeczeństwie metyskim ważną rolę odgrywa koncepcja *marianismo*, która ukazuje tradycyjny wizerunek kobiecości na obszarze Ameryki Łacińskiej. *Marianismo* służy do opisanie „kultu moralnej wyższości kobiety”, jej siły duchowej oraz gotowości do poświęcenia i cierpienia. Jej podstawą jest cześć, którą otaczana jest postać Dziewicy Maryi w Kościele katolickim (Chant, Craske 2003: 9-10; Stevens 1973: 91).

Evelyn Stevens następująco opisuje, jak ten kult wpływa na pozycję kobiet w rodzinie:

[Kobieta] może być ostra dla swoich córek – a nawet okrutna dla swoich synowych – musi pozostać usłużna dla swojej matki i teściowej, jako reinkarnacji wielkiej matki. Musi być również posłuszna wymaganiom mężczyzn: męża, synów, ojca, braci (Stevens 1973: 94-95).

Opisywany termin pojawił się po raz pierwszy w literaturze w 1973 roku, właśnie w eseju Stevens. Należy wziąć pod uwagę, że jest to narzędzie analityczne, a nie termin emiczny używany lokalnie. Koncepcja *marianismo* stała się obiektem wielu

krytyk z uwagi na fakt, że jest generalizująca, w swoich założeniach opisuje sytuację wszystkich Latinoamerykanek, bez uwzględnienia istniejących między nimi różnic (zwłaszcza regionalnych i ekonomicznych). Jest to także swego rodzaju ideologia, mająca na celu rekompensowanie kobietom ich statusu podległości, ukazująca korzyści płynące dla nich z tej sytuacji. Ponadto wyniki badań etnograficznych pokazują, że wiele kobiet z omawianego obszaru nie przejawia takiej pasywności oraz podległości mężczyźnie. Współcześni badacze podkreślają raczej sprawczość mieszkank Ameryki Łacińskiej i ich zdolność do aktywnego negocjowania wzorców zachowań w zależności od lokalnej sytuacji (Navarro 2002). Mimo tych zastrzeżeń uważam, że koncepcja *marianismo* jest przydatna do ogólnej charakterystyki sytuacji kobiet metyskich w Meksyku, zważywszy na to, że Stevens sformułowała swoje wnioski na podstawie badań prowadzonych wśród przedstawicielek klasy średniej właśnie w tym kraju (Chant, Craske 2003; Hryciuk 2009: 274-279).

W świetle *marianismo* kobieta posiada specjalną łączność z Bogiem, gdyż rodząc dzieci wypełnia jego wolę. Seksualność kobiety powinna zatem pozostawać w ścisłym związku z małżeństwem i prokreacją, wyrażając się w wypełnianiu obowiązku współżycia z mężem. Od kobiety oczekuje się, by była, niczym Dziewica Maryja, dziewicą do momentu wyjścia za mąż, a potem oddaną matką oraz wierną żoną. Nie wolno jej wyrażać swoich potrzeb seksualnych, a także wypowiadać się na tematy związane z seksem (Jelin 1997: 76). Kobiety uważane są za depozytariuszki męskiego honoru, dlatego ich seksualność musi podlegać stałemu nadzorowi. Dziewczynki jeszcze przed okresem dojrzewania są poddane kontroli rodziców. Ta sytuacja nie zmienia się po wyjściu za mąż, gdyż wtedy nadzór nad kobietą sprawuje jej mąż oraz jego matka (Chant, Craske 2003: 142-144).

Kobieta, która choćby raz nie dopełniła wymogów czystości i wierności, może być uważana za osobę lekkich obyczajów. W kulturze metyskiej obecna jest dychotomia, dzieląca kobiety na dwie kategorie: „dziewica/madonna” lub „dziwka”. Nie ma miejsca na stany pośrednie; kobieta może być albo „przyzwoita”, albo „namiętna”. Ta pierwsza jest czuła, spokojna, wyrozumiała, pasywna i uległa wobec męża, a odporna na zaloty innych mężczyzn. Ta druga z kolei jest rozwiązła, niegodna zaufania, prowokacyjna, wyrażająca swoje pożądanía, aktywna w życiu społecznym. Wynika z tego również rozróżnienie kontaktów seksualnych, w jakie angażują się mężczyźni: relacje z żoną, które oparte są na więzi emocjonalnej, ale pozbawione seksualnej namiętności, oraz relacje z przypadkowymi partnerkami lub prostytutkami,

które są bardziej zmysłowe, lecz najczęściej pozbawione elementu uczuciowego (Chant, Craske 2003: 135, 141-144; Sánchez Bringas 2005: 35).

Z podziałem tym wiążą się dwie legendy konstruuje świadomość narodową Meksykanów: o Doña Marina (Malinche, Malintzin) oraz o Matce Boskiej z Guadalupe (La Virgen de Guadalupe). Natomiast postać Malinche najczęściej przedstawiana jest jako symbol zdrady. Była ona Indianką, kochanką Hernána Cortésa. Syn zrodzony z ich związku jest uznawany za symbolicznego pierwszego Metysa (Chant, Craske 2003: 133). Octavio Paz (1991: 79-84) nazwał Meksykanów *los hijos de la chingada*, dziećmi zgwałconej matki. W opozycji do niej znajduje się archetyp dobrej i cnotliwej matki – Matki Boskiej z Guadalupe, której objawienie wsparło proces chrystianizacji tego obszaru. Stała się ona z czasem także jednym z głównych symboli narodowych Meksyku (Chant, Craske 2003 133; Hryciuk 2009: 274-279).

Macierzyństwo przybiera w Ameryce Łacińskiej charakter stanu niemal świętego, zawierającego w sobie przyjemność i ból, radość i cierpienie. „Wraz z *marianismo* pojawiła się bowiem romantyczna wizja macierzyństwa jako świętej misji dającej kobiecie uprzywilejowaną pozycję w społeczeństwie” (Hryciuk 2008b). Współcześni badacze zaczęli rozwijać alternatywną do tego koncepcję, zgodnie z którą macierzyństwo jest źródłem władzy mieszkanki Ameryki Łacińskiej. Uważają, że legitymizuje ono zaangażowanie społeczne i polityczne kobiet, które, odwołując się do swojej tożsamości matek, stają w obronie swoich praw. Jednym z najlepszych przykładów takiej działalności jest ruch „Matek z Placu Majowego” w Argentynie (Chant, Craske 2003: 10-11).

Koncepcja *marianismo* miała być, w zamyśle jej autorki, opozycją do *machismo*, czyli popularnego w społeczeństwach latynoamerykańskich „kultu przesadnej męskości”. W przeciwieństwie do *marianismo*, termin *machismo* jest powszechnie używany przez mieszkańców Ameryki Łacińskiej. W świetle tych przekonań męskość nie jest czymś danym z urodzenia, należy ją stale zdobywać i kultywować. Mężczyźni muszą udowadniać swoją męskość przede wszystkim poprzez przyjmowanie aktywnej roli w życiu, a także przez utrzymywanie władzy nad kobietami, jak i innymi mężczyznami. Cechą charakterystyczną *macho* jest jego siła seksualna. Od „prawdziwego” *macho* oczekuje się, że będzie kobieciarzem, a także że będzie angażował się w działania niosące ze sobą duże ryzyko, takie jak nadmierne spożywanie alkoholu czy relacje seksualne z przygodnymi partnerkami, najczęściej bez zabezpieczenia. Młodzi chłopcy są tak socjalizowani, by rozwiązywać sytuacje

konfliktowe z użyciem przemocy (Chant, Craske 2003: 14-17, 119-120; Hryciuk 2007: 65-67).

Nastoletni chłopcy mają dużo większą wolność niż ich rówieśniczki. Mogą się swobodnie poruszać, rodzice nie nadzorują ich aktywności. Rozpoczęcie przez mężczyznę współżycia przed ślubem nie jest ujmą dla jego honoru. Postrzega on seks raczej jako formę sprawdzenia się i udowodnienia swojej męskości, a nie jako wyraz uczucia. Cudzołóstwo mężczyzny jest zatem zupełnie inaczej oceniane niż niewierność kobiety, gdyż jego seksualność postrzegana jest jako oparta na silnych biologicznych impulsach – nie można jej zatem ograniczać. Uważa się, że mężczyzna jest zależny od „naturalnych popędów” nakazujących mu „rozsiewanie swoich genów”. Zgodnie z tą wizją stosunek *macho* do kobiecej seksualności jest przedmiotowy; władza mężczyzny nad kobiecą płodnością jest także jednym z atrybutów mężczyzny (Castañeda, García, Langer 1996: 135; Chant, Craske 2003: 141-145, 168; Jelin 1997: 76).

Mężczyźni w Ameryce Łacińskiej nie spędzają dużo czasu ze swoimi dziećmi, gdyż to więź łącząca dzieci z matką jest dużo silniejsza emocjonalnie. *Macho* często nie bierze odpowiedzialności za swoje dzieci, na przykład gdy odchodzi od ich matki. Dzieci są jednak bardzo ważne w życiu mężczyzny, ich płodzenie stanowi bowiem główny wyznacznik jego męskości (Chant, Craske 2003: 14-17). Matthew Gutmann ukazuje historyczną konstrukcję meksykańskiego stereotypu, zgodnie z którym płodzenie dzieci służy udowodnianiu bycia „prawdziwym mężczyzną”. Jego zdaniem powstał on na skutek działania pronatalistycznej polityki państwa po rewolucji meksykańskiej, kiedy to władze starały się zaludnić obszerny kraj, którego populacja zmniejszyła się w wyniku długich lat walk wewnętrznych (Gutmann 2007: 42).

Jak pisze Hryciuk:

Macho na każdym kroku dąży do udowodnienia swojej odwagi i władzy zarówno nad kobietami, jak i innymi mężczyznami. *Machismo* to również męskość rozumiana jako potencja seksualna (Hryciuk 2007: 55).

Wynika z tego również specyficzny sposób postrzegania męskiego homoseksualizmu w Meksyku⁴⁰. Relacje homoseksualne występują tutaj dosyć często, ale za homoseksualistę uważa się tylko tego mężczyznę, który przyjmuje pasywną rolę podczas aktu seksualnego, kulturowo przyporządkowaną kobiecie. Temu, który jest aktywny, nie grozi piętno homoseksualizmu (Chant, Craske 2003: 148 „Uznanie

⁴⁰ Ponadto wiąże się on z powszechnym występowaniem biseksualności w Ameryce Łacińskiej.

zdobywa mężczyzna, który penetruje kobiety lub innych mężczyzn i nigdy nie pozwala, by go penetrowano” (Priour 2007: 137).

Stevens (1973) uważa, że koncepcje *machismo* i *marianismo* są tworem opartym na wartościach Starego Świata, które jednak rozwinęły się w pełni po przybyciu kolonizatorów na kontynent amerykański. Niektórzy badacze są zdania, że genezy tej ideologii należy szukać już w relacjach genderowych społeczeństwa Nahuatl, które dzieliło się na warstwę arystokracji oraz jej poddanych. Wysoko urodzone kobiety nigdy nie pracowały, rzadko opuszczały mury pałaców. Wśród elity ważną rolę odgrywały rodowody oraz sojusze zawierane między szlacheckimi rodami. To przyczyniło się do szczególnie wysokiego wartościowania dziewictwa i wierności kobiet (Chant, Craske 2003: 131-132; Elu 1992: 11-15; Stevens 1973: 91-98).

Alfredo Mirandé (1997) sądzi natomiast, że źródła latynoamerykańskiego *machismo* należy upatrywać w poniżeniu, którego doświadczyli rdzenni mieszkańcy Ameryki w okresie konkwisty, gdy ich ziemie były podbijane, a żony gwałcone przez hiszpańskich najeźdźców. Kolonizatorzy traktowali rdzenne mieszkanki tego obszaru jako seksualną zdobycz uzyskaną poprzez podbój. W tym ujęciu przesadne podkreślanie męskości miało być próbą ukrycia poczucia bezsilności i niższości tubylczych mężczyzn (Mirandé 1997: 34-54). Jednocześnie hiszpańscy kolonizatorzy przynieśli ze sobą patriarchalne wzory kultury, które uległy wzmocnieniu w sytuacji kolonizacji.

W czasie konkwisty białych kobiet było dużo mniej niż mężczyzn, wiązali się oni zatem z kobietami indiańskimi, a później także z kobietami pochodzenia afrykańskiego. Najczęściej były to relacje pełne przemocy, a dzieci rodzące się z takich związków bardzo często nie były uznawane przez swoich ojców (Chant, Craske 2003: 133). W czasach przedhiszpańskich dopuszczano poligynię, jeśli mężczyznę stać było na utrzymanie więcej niż jednej rodziny. Konkwista przyniosła ze sobą rozbięcie starych wzorców relacji między płciami, aczkolwiek, zdaniem części badaczy, poligynia przetrwała w formie instytucji „małego domu”. Współcześnie zarówno wśród ludności indiańskiej, jak i metyskiej częstą praktyką jest posiadanie przez mężczyznę dwóch rodzin: z żoną i prawowitym potomstwem mieszkającymi w oficjalnym „dużym domu” oraz z konkubiną, która żyje z dziećmi w „małym domu”. Mężczyzna pomieszkuje najczęściej na przemian z obiema rodzinami (Chant, Craske 2003: 131-132; Elu 1992: 11-15, 23-24).

Jak już wspominałam, w społeczeństwie metyskim seksualność kobiety i jej reprodukcja były na służbie rodziny. Przejawiało się to między innymi w podejściu do nieuczciwości małżeńskiej. Niewierność mężczyzny była postrzegana tylko jako brak miłości do żony, natomiast niewierność kobiety stawiała pod znakiem zapytania męski honor oraz ojcostwo jej dzieci, naruszając w ten sposób istniejący układ społeczny. Ze względu na konieczność zachowania czystości rasy i pozycji mężczyzny w hierarchii, w okresie kolonii białe mieszkanki tych ziem były poddane silnej kontroli społecznej (Chant, Craske 2003: 14-17, 133; Elu 1992: 26-27).

Bardzo ważną rolę w tworzeniu wzorców relacji między płciami oraz postrzegania seksualności w krajach Ameryki Łacińskiej odegrała nauka i polityka Kościoła katolickiego. Powszechnie występuje jednak sprzeczność między praktyką życia codziennego, a deklarowanymi wartościami i normami postępowania. Niemniej, mężczyzna może bezkarnie przekraczać normy społeczne, natomiast kobietę mogą za to samo spotkać surowe kary (Elu 1992: 23-24). Wyznania protestanckie, które w XX wieku zdobyły w Meksyku dużą popularność, są podobnie restrykcyjne w stosunku do seksualności, jak Kościół katolicki. Widoczna jest jednak różnica między katolikami a protestantami w tym regionie, gdyż, jak zauważają badacze (Chant, Craske 2003: 137), mężczyźni wyznania protestanckiego poważniej podchodzą do przestrzegania przykazań, w tym wierności żonie.

Omówione relacje między płciami wyraźnie wyznaczają w społeczeństwie metyskim granice między obszarami przynależnymi kobietom i mężczyznom. Do niedawna wielu badaczy posługiwało się do opisu pozycji kobiet w Ameryce Łacińskiej koncepcją podziału życia na sferę prywatną i publiczną. Upraszczała ona złożoną sytuację do dychotomii „publiczne – męskie/prywatne – kobiece”. W świetle tej koncepcji przestrzeń publiczna to obszar sprawczości, w którym mieści się praca zarobkowa, działania społeczne i polityczne. Natomiast przestrzeń prywatną, do której przynależy obszar domu i rodziny, charakteryzuje pasywność (Goddard 2000). Współcześnie podział ten jest krytykowany, ponieważ badania dowodzą, że obie te sfery nawzajem się przenikają, a przebywanie w sferze prywatnej nie musi łączyć się z brakiem sprawczości. Ponadto w wyniku zachodzących w ostatnich dekadach XX wieku zmian społecznych, przedefiniowaniu uległ status kobiety, co zapewniło jej możliwość uczestniczenia w szerszym wymiarze w życiu publicznym (Cubitt, Greenlade 1997: 52-53).

Mężczyzna był do niedawna w społeczeństwie metyskim jedynym żywicielem rodziny i podejmował większość ważnych decyzji w domu. Praca zawodowa należała niemal wyłącznie do zadań męskich. W drugiej połowie XX wieku zaczęły pracować także kobiety. Początkowo jedynie szczególna sytuacja – bieda, migracja, utrata męża – zmuszała kobietę do podjęcia pracy zarobkowej. Najczęściej była to praca na roli, w handlu, bądź też kobieta zatrudniała się jako służąca lub *artesana*⁴¹ (Echarri Cánovas 2003: 207). Z czasem zarobkowanie stało się powszechne wśród mieszkanek miast. Kobiety aktywne zawodowo stanowiły w 1950 roku 13% ogółu Meksykanek, w 1982 roku 25%, a w 1999 roku 37,7% (Sánchez Bringas 2003: 45). Nadal jednak możliwości podejmowania pracy zawodowej przez kobiety są ograniczone. Wynika to między innymi z niższego poziomu edukacji kobiet. Poziom analfabetyzmu wśród kobiet powyżej 15 roku życia wynosi 9,5%, a wśród mężczyzn tylko 6%⁴². Kobiety parają się z reguły zajęciami gorzej płatnymi, często w sektorze nieformalnym. Ponadto, za tę samą pracę mężczyźni otrzymują wyższe wynagrodzenie (Chant, Craske 2003: 58).

Podejmowanie pracy zarobkowej przez kobiety przyczyniło się do poważnych zmian społecznych i ekonomicznych, przynosząc większe uwłasnowolnienie kobiet, a jednocześnie wywołując zagrożenie dla pozycji mężczyzny w rodzinie. Rezultatem tej sytuacji jest wzrost przemocy domowej, przestępczości oraz uzależnień wśród mężczyzn. Nie uległo natomiast większej zmianie podejście do macierzyństwa. Tożsamość kobiet, także tych aktywnych zawodowo, nadal opiera się przede wszystkim na „byciu matką” (Chant, Craske 2003: 165, 225).

Od połowy XX wieku coraz większy wpływ na relacje między płciami odgrywa migracja ze wsi do dużych miast Meksyku oraz do Stanów Zjednoczonych. Wiele rodzin utrzymuje się z pieniędzy przysyłanych przez krewnych pracujących za północną granicą. Wyjeżdżają głównie młodzi mężczyźni, którzy nieraz sprowadzają do siebie żony i dzieci. Również niektóre samotne kobiety decydują się na wyjazd do pracy. To one, częściej od mężczyzn, wracają do kraju, a przebywając za granicą, utrzymują silniejsze kontakty ze swoją rodziną i społecznością. Wysyłają też więcej pieniędzy, chociaż z reguły zarabiają mniej. Badania pokazują, że relacje w związkach małżeńskich, w których jedno bądź oboje małżonków przebywa na emigracji za granicą, stają się bardziej egalitarne (Chant, Craske 2003: 245, 250-251).

⁴¹ *Artesana* to kobieta zajmująca się rzemiosłem ludowym (hiszp. *artesania*).

⁴² Instituto Nacional de Estadística y Geografía, www.inegi.mx (dostęp 20.05.2009).

W ostatnich dziesięcioleciach w całym regionie Ameryki Łacińskiej zmienia się także stosunek do sfery seksualności. Widoczne jest to przede wszystkim w podejściu do dziewictwa, którego utrzymanie stopniowo przestaje być ważne dla młodych kobiet. Badania z początku XXI wieku pokazują, że w Meksyku jedna czwarta pierworodnych dzieci zostaje poczęta przed zawarciem małżeństwa. Świadczy to, iż kobiety coraz częściej rozpoczynają współżycie przed ślubem (Szasz 2008: 440). Większa otwartość w sprawach seksualnych cechuje szczególnie mieszkanki miast. W tym okresie wzrosła również liczba matek samotnie wychowujących dzieci, liczba dzieci rodzących się poza małżeństwem oraz rozwodów. Opóźnił się wiek zawierania związków małżeńskich i narodzin pierwszego dziecka (Chant, Craske 2003: 145, 177; Sánchez Bringas 2005: 33, 38).

Badania statystyczne pokazują, że jeśli kobieta decyduje się na współżycie przez ślubem, jej pierwszym partnerem prawie zawsze zostaje narzeczony. Natomiast mężczyźni rozpoczynają najczęściej współżycie płciowe ze znajomą, a chłopcy z klasy średniej i wyższej swój pierwszy stosunek odbywają zwykle z prostytutką lub ze służącą rodziców. Mężczyzna zaczyna współżycie płciowe średnio o 1,5 roku wcześniej niż kobieta (Szasz 2008: 438-448).

Większość Meksykanów (w tym również wiele kobiet) jest zdania, że to mężczyzna powinien inicjować zbliżenie. W tamtejszym kontekście kulturowym w związku najczęściej brak komunikacji na temat seksu. Dziewczynki zwykle nie są wtajemniczane w sprawy seksualne przez matki, gdyż uważa się, że po ślubie mąż będzie decydować o jej seksualności. Natomiast dla mężczyzny nie do zaakceptowania jest, aby jego partnerka inicjowała rozmowę o współżyciu, tak jak i samo współżycie (Pick, Givaudan, Brown 2000: 93-94). Kobiety są nieraz zmuszane do stosunku ze swoim mężem siłą bądź groźbą porzucenia (Szasz 2008: 448-555). Przemoc seksualna, ale również fizyczna, psychiczna i ekonomiczna jest jednym z głównych problemów mieszanek współczesnego Meksyku (Rivera, Hernández, Castro 2006 70-80). Najczęściej doświadczają one aktów przemocy we własnym domu. Ofiarami bywają także kobiety ciężarne (Valdez Santiago 2005: 102-103). Trudno jednak o dokładne dane na ten temat, ponieważ przemoc w rodzinie uważana jest za sprawę prywatną, szczególnie w przypadku przemocy seksualnej. Dopiero w 1997 roku uznano w ustawodawstwie meksykańskim bicie żony oraz gwałt na niej za niezgodne z prawem (Chant, Craske 2003: 117-120). W anonimowych badaniach ankietowych

przeprowadzonych w 2008 roku połowa pytaných kobiet przyznała, że przynajmniej raz w życiu doznała przemocy ze strony swojego partnera⁴³.

Relacje między płciami i pozycja kobiety w społecznościach indiańskich w Meksyku różnią się od omówionej powyżej sytuacji kobiet metyskich. Stevens zaznacza, że społeczności indiańskie, o ile zachowały „kulturową czystość”, nie przejawiają opisanej przez nią dychotomii *marianismo* – *machismo* charakterystycznej dla społeczeństwa metyskiego (Stevens 1973: 91). Badania wśród grup indiańskich Ameryki Łacińskiej ukazują najczęściej bardziej egalitarne stosunki między kobietami a mężczyznami. Mąż dzieli z żoną pozycję „głowy rodziny”, a kobiety odgrywają ważną rolę w życiu społeczności (Chant, Craske 2003: 169). Badacze Meksyku przedhiszpańskiego również są zdania, że pozycje mężczyzny i kobiety były wówczas stosunkowo równorzędne, aczkolwiek kobiety obowiązywały surowsze normy moralne niż mężczyźni (Mikulska-Dąbrowska 2009: 79-80).

Należy jednak pamiętać o wielkim zróżnicowaniu grup ludności tubylczej Mezoameryki. Na tym obszarze obserwowane są bardzo duże rozbieżności tubylczych norm społecznych odnoszących się do relacji genderowych. W części grup od kobiety oczekuje się bezwzględного posłuszeństwa mężowi (np. u Indian Tzotzil) (Freyermuth Enciso 2003). W innych ponosi ona wraz z mężem odpowiedzialność za utrzymanie rodziny (np. u Zapoteków, wśród których równocześnie przywiązuje się dużą wagę do dziewictwa dziewcząt przed ślubem) (Jacórzyński, Wołowski 1994: 3-6). Natomiast u Zapoteków z Przesmyku Tehuantepec kobieta odgrywa tak ważną rolę w życiu publicznym, że prowadzono w antropologii debatę nad uznaniem ich za przykład społeczności matriarchalnej⁴⁴. Różne są także zasady wyznaczające miejsce zamieszkania pary po zawarciu związku małżeńskiego (rezydencja matrylokalna – np. Indianie Tarahumara, patrylokalna – np. Indianie Mazahuas, system mieszany – np. Indianie Yaquis)⁴⁵.

W celu szczegółowego analizowania pozycji społecznej kobiety indiańskiej należy zatem odnosić się do konkretnej wspólnoty tubylczej. Z tego względu w rozdziale 5 dokładnie omówię relacje genderowe i pozycję kobiety w badanej przeze mnie społeczności Indian Purhépecha.

⁴³ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, www.inegi.mx (dostęp 20.05.2009).

⁴⁴ Dyskusję tę streszcza Analisa Taylor (2006).

⁴⁵ Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, www.cdi.gob.mx (dostęp 10.02.2011).

3.2. POZIOM ZDROWIA REPRODUKCYJNEGO KOBIET

W Meksyku komplikacje podczas ciąży, porodu i w okresie okołoporodowym⁴⁶ są najczęstszym powodem śmierci kobiet w okresie reprodukcyjnym (Langer, Romero 1998: 23). Badacze szacują, że w Ameryce Łacińskiej istnieje stokrotnie większe ryzyko śmierci podczas ciąży i porodu niż w krajach globalnej Północy. Najczęstszymi przyczynami tych zgonów są krwotoki podczas porodu, zatrzymanie łożyska, a także rzucawka porodowa, której pierwszym objawem jest najczęściej wysokie ciśnienie krwi. To oznacza, że zgony te są wynikiem schorzeń, które w mniej więcej 85% są uleczalne, jeśli zostaną szybko wykryte, i jeśli w odpowiednim czasie nadejdzie pomoc medyczna (Mora, Yunes 1993: 64).

Indianie najczęściej zwlekają z udaniem się do placówek biomedycznych w sytuacji, gdy pojawiają się komplikacje podczas porodu, któremu asystuje akuszerka ludowa. Przede wszystkim uważa się, że ból podczas porodu jest stanem normalnym, który kobieta powinna znieść. Powoduje to, że często nie dostrzega się poważnych objawów zaburzeń. Ponadto wiele kobiet indiańskich obawia się rodzić w klinikach państwowych, gdyż często mają złe doświadczenia w kontaktach z personelem medycznym. Dużym utrudnieniem jest także znaczne oddalenie części społeczności indiańskich od najbliższych szpitali. Czasami z powodu braku środków finansowych nie ma możliwości przetransportowania kobiety do odpowiedniego ośrodka (Castro i in. 2000: 682-684). Okazuje się jednak, że nie wystarczy samo polepszenie dostępu do opieki biomedycznej, ponieważ to z kolei niesie zagrożenie nadużywania cesarskich cięć, które również przyczyniają się do wzrostu umieralności matek na skutek infekcji pooperacyjnych. Należy zwrócić uwagę, że w Meksyku stale wzrasta liczba wykonywanych cesarskich cięć⁴⁷ (Loewenberg 2010: 1680-1682).

Poziom umieralności matek znacznie zmalał w Meksyku od połowy XX wieku (z 53 na 10 tys. urodzeń żywych w 1940 r. do 4,5 w 1993 r.) (Langer, Romero 1998: 23). Te ogólnonarodowe wskaźniki mogą jednak maskować zróżnicowanie etniczne, klasowe i geograficzne wewnątrz kraju. Prawdopodobieństwo, że Indianka umrze podczas porodu lub wkrótce po nim jest trzy razy większe niż w grupie Metysek. W Oaxaca, jednym z najbiedniejszych stanów, o dużej populacji tubylczej,

⁴⁶ Umieralność matek definiuje się jako śmierć kobiety ciężarnej, podczas porodu lub do 42 dni po nim – taką, która jest wynikiem ciąży i porodu (Mora, Yunes 1993: 66).

⁴⁷ Między 1988 a 2000 r. około 24% porodów rozwiązywano cesarskim cięciem (Loewenberg 2010: 1680-1682).

poziom umieralności matek jest dwa razy wyższy niż średnie wskaźniki dla kraju (Loewenberg 2010: 1680-1682).

Od lat 80. XX wieku wzrósł w Meksyku poziom zachorowalności na raka szyjki macicy. Instytucje publiczne kładą duży nacisk na programy wczesnego wykrywania tej choroby, lecz wiele kobiet unika wizyty u ginekologa, jeśli problem nie dotyczy ciąży. Dla Metysek, ale jeszcze bardziej dla Indianek, badanie ginekologiczne – z przyczyn obyczajowych – jest doświadczeniem wstydliwym i nieprzyjemnym (Castro, Salazar Antúnez 2001: 24, 146-152). Ponadto mężczyźni najczęściej nie chcą, aby ich partnerki poddawały się tym badaniom. Większość kobiet zgłasza się na wykonanie cytologii dopiero w momencie, gdy ma już poważne objawy, co powoduje, że 55% przypadków raka szyjki macicy diagnozuje się w zaawansowanym stadium. To ogranicza możliwość wyleczenia (Dzuba i in. 2002: 266). Obecnie więcej kobiet umiera jednak na raka piersi, co być może wynika z mniej intensywnych programów profilaktycznych w odniesieniu do tej choroby. Służba zdrowia nie przekonuje kobiet, w dostateczny sposób, o konieczności wykonywania samodzielnego badania piersi i zgłaszania się na badanie mammograficzne (Knaul i in. 2008: 113-117).

Jednym z największych problemów zdrowia publicznego w Meksyku od lat 80. jest epidemia zakażeń wirusem HIV. Konserwatywne podejście do spraw seksualności w tym kraju utrudnia popularyzację wiedzy na temat prewencji chorób przenoszonych drogą płciową. Szczególnie ludność indiańska ma niewielki dostęp do tych informacji (Chant, Craske 2003: 106). Przypuszcza się, że 0,3% wszystkich mieszkańców kraju powyżej 18 roku życia to nosiciele HIV. W 1983 roku odnotowano po raz pierwszy obecność wirusa HIV w Meksyku. Do 2007 roku zarejestrowano w tym kraju 115 tys. zachorowań na AIDS, z których 83% stanowili mężczyźni, a 17% kobiety. Meksyk znajduje się na trzecim miejscu w skali obu Ameryk pod względem liczebności zachorowań na AIDS⁴⁸. Najwięcej zakażeń występuje w stolicy kraju (Saavedra López, Bravo García 2006: 10-13). Wzrost przypadków HIV przypisywany jest przypadkowym relacjom seksualnym zdarzającym się bardzo często podczas migracji. Ponadto uważa się, że do większości zakażeń dochodzi podczas stosunków seksualnych pomiędzy mężczyznami (Chant, Craske 2003: 105, 116-117). Na przykład w stanie Oaxaca największą grupę nosicieli HIV stanowią mężczyźni, którzy pracowali w Stanach Zjednoczonych. Zarażają się oni podczas kontaktów heteroseksualnych

⁴⁸ Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, <http://www.censida.salud.gob.mx> (dostęp 11.05.2013).

z prostytutkami lub podczas kontaktów homoseksualnych z innymi migrantami (Gutmann 2007: 48). Drugą co do wielkości grupą nosicieli są żony migrantów. Kobiety, wskutek ich pozycji społecznej, są bardziej narażone na zarażenia, gdyż mają niewielki wpływ na stosowanie metod prewencyjnych. Nawet te, które podejrzewają bądź wiedzą, że ich mąż jest nosicielem HIV, najczęściej nie mogą skłonić go do używania prezerwatywy (Kendall 2006: 146-147).

3.3. FORMY OPIEKI NAD ZDROWIEM REPRODUKCYJNYM KOBIEC

W Mezoameryce w czasach przedhiszpańskich tradycyjne położne odgrywały główną rolę w opiece nad kobietą podczas ciąży, porodu oraz porożu. Położnym, położnicom i porodom patronowała bogini Tlazolteotl (Mikulska-Dąbrowska 2009: 80). Akuszerki utrzymały swoją pozycję także w okresie kolonii. Dopiero w drugiej połowie XVIII wieku w obszar kompetencji tradycyjnych położnych zaczęli stopniowo wchodzić lekarze z formalnym wykształceniem. Mimo to szacuje się, że pod koniec XX wieku na obszarach wiejskich około 45% porodów odbieranych było przez indiańskie akuszerki, a tylko jednej trzeciej towarzyszył wyspecjalizowany personel biomedyczny (Langer, Romero 1998: 19)⁴⁹. W wielu odizolowanych i zmarginalizowanych rejonach pomoc tradycyjnej położnej jest nadal jedyną dostępną formą opieki medycznej (Valdez Santiago 2005: 99-101)⁵⁰. Natomiast w niektórych grupach tubylczych, których członkowie żyją w dużym rozproszeniu (np. Tarahumara), kobieta najczęściej rodzi sama lub z pomocą swoich kuzynek (Huber, Sandstrom 2001: 143).

Poszczególne grupy etniczne Meksyku posiadają właściwe sobie tradycyjne formy opieki położniczej. Na przykład u współczesnych Majów z Półwyspu Jukatan istnieją co najmniej dwie kategorie ludowych położnych. Niektóre akuszerki cieszą się w tej społeczności szerokim uznaniem, a ich znajomość medycyny tradycyjnej znacznie wykracza poza położnictwo. Inne natomiast są znane ze swych umiejętności tylko w gronie rodziny i bliskich znajomych. Większość kobiet majańskich zgłasza się do akuszerki nie wcześniej niż w czwartym miesiącu ciąży. Kobieta podczas ciąży

⁴⁹ Oficjalne statystyki z 2006 r. wykazały natomiast, że 14% kobiet indiańskich rodziło z pomocą akuszerki ludowej, a 76% lekarza (Sistema de Indicadores de Género, http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101103.pdf (dostęp 12.10.2012)).

⁵⁰ Badacze zauważają, że system państwowej opieki zdrowia zaoszczędza poważne kwoty dzięki pracy tradycyjnych akuszerok.

powinna poddać się przynajmniej dwukrotnie masażowi (hiszp. *sobadas*), którego celem jest ustawienie (hiszp. *componer*) organów ciała we właściwym miejscu. Zabieg ten jest bardzo ważny, gdyż zgodnie z przekonaniem Majów, zdrowie człowieka zależy od odpowiedniego ułożenia części ciała. Podczas masażu położna sprawdza pozycję płodu. Jeśli dziecko przyjmuje położenie utrudniające poród, akuszerka stara się za pomocą masażu zmienić jego ustawienie. Celem tego zabiegu jest również wsparcie emocjonalne kobiety, szczególnie jeśli jest to jej pierwsza ciąża. Doświadczone położne z tej społeczności potrafią także określić przypuszczalną datę porodu (Cosminsky 2001: 189). Gdy ciężarna zaczyna odczuwać pierwsze bóle porodowe, akuszerka mierzy dłonią rozwarcie i ocenia, kiedy powinno nastąpić rozwiązanie. Podczas porodu masuje brzuch rodzącej, podaje napary ziołowe wzmagające skurcze, a także modli się. U Majów przy porodzie obecne są kobiety, lecz oczekuje się, że mąż także będzie pomagał rodzącej. Po rozwiązaniu akuszerka wykonuje, w kilkudniowych odstępach, serię masażu, których celem jest nastawienie organów ciała kobiety. Uważa się, że należy wówczas „zamknąć plecy”, które „otwierają się podczas porodu” (Güémez Pineda 2007: 23-36; Quattrocchi 2007: 80-98). Położne ludowe w tej społeczności zajmują się również problemami zdrowia reprodukcyjnego: nieregularnym miesiączkowaniem, obniżoną macicą, a także kłopotami z laktacją oraz niepłodnością (Cosminsky 2001: 201).

W większości meksykańskich grup tubylczych akuszerkami zostają najczęściej kobiety, których matki bądź babki również zajmowały się tradycyjnym położnictwem. Młode kobiety towarzyszą doświadczonym krewnym podczas wizyt u pacjentek, w ten sposób stopniowo nabierając potrzebnych umiejętności. Kobiety niezamężne z reguły nie są dopuszczane do pomieszczenia, w którym znajduje się rodząca, ponieważ uważa się, że nie powinny oglądać porodu. Przebywają one jednak na zewnątrz pomieszczenia, gdzie mogą się przysłuchiwać, jak przebiega cały proces. Po wyjściu za mąż kobieta może już aktywnie pomagać akuszerce podczas porodu. Wraz z urodzeniem pierwszego dziecka staje się uprawniona do samodzielnego asystowania rodzącej. W praktyce jednak większość uznawanych powszechnie w danej społeczności akuszerki jest znacznie starsza, przeszły już menopauzę (Sieglin 2004: 140; Valdez Santiago 2005: 99-101). Jeżeli doświadczona położna nie może przybyć na czas, o pomoc prosi się inną kobietę z rodziny bądź sąsiedztwa. Bywa to czasem również osoba niezamężna (np. sąsiadka czy najstarsza córka rodzącej) (por. de Jesús Ruiz Méndez 2000: 95). Nieraz kobiety, które w ten sposób po raz pierwszy odebrały

poród, odkrywają w sobie powołanie do tego zajęcia. Bywa, że mężczyzna trudniący się medycyną tradycyjną także pomaga ciężarnym i rodzącym. Cześć akuszerki uważa, że otrzymały duchowe powołanie do wykonywania swojej pracy (np. wśród Indian Mazahua) (Huber, Sandstrom 2001: 158-163).

Badaczka historii położnictwa w Meksyku, Laura Cházaro, twierdzi, że do połowy XIX wieku kobiety z wszystkich klas społecznych i grup etnicznych rodziły najczęściej w swoich domach, a pomagały im mniej lub bardziej wykwalifikowane położne. Od lat 30. XIX wieku wzywano akuszerki do udziału w specjalnych kursach w powstających wówczas szkołach medycznych. Wiele kobiet odbyło te kursy, ale niewielu z nich udało się zdać egzaminy końcowe i otrzymać certyfikaty dające prawo do wykonywania zawodu. W 1869 roku powstała pierwsza w Meksyku klinika położnicza, której dyrektorzy dążyli do przekształcenia „sztuki odbierania porodów” w dziedzinę naukową. Niemniej dopiero w latach 70. XIX wieku szpitale stawały się stopniowo miejscem porodów. Najpierw rodziły tam kobiety z marginesu społecznego, gdyż instytucje medyczne starały się w ten sposób kontrolować rozprzestrzenianie chorób wenerycznych (Cházaro 2004: 28-38). Trzeba również zwrócić uwagę, że profesjonalizacji medycyny w zakresie opieki nad ciężarną i rodzącą towarzyszyło stopniowe zawłaszczanie pracy akuszerki – kobiety przez lekarza – mężczyznę (Zolla, Carrillo 1998: 169).

Pod koniec lat 70. XX wieku, gdy władze meksykańskie zaczęły akceptować medycynę indiańską, jej elementy traktowano selektywnie. Jak już wspomniałam, akceptowano przede wszystkim te metody, które nie były w sprzeczności z wiedzą biomedyczną. Autorytety biomedyczne uznały, że za uzasadnione naukowo można uważać przede wszystkim ziołolecznictwo i ludowe położnictwo, gdyż uważano, że oparte są na wiedzy empirycznej. Sądono, że istnieje możliwość dostosowania tych praktyk do reguł biomedycyny. Zlekceważono natomiast fakt, że praca akuszerki wiąże się również z indiańską wizją świata (Mellado, Zolla, Castañeda 1989: 13-21).

Szczególne zainteresowanie państwa ludowymi akuszerkami wynikało z faktu uznania zdrowia matek i dzieci za priorytetowe cele państwowej służby zdrowia. Zaczęto prowadzić również kampanie skierowane na ograniczenie przyrostu naturalnego. Tradycyjne położne były postrzegane jako potencjalne pośredniczki między społecznościami indiańskimi i działaczami programów planowania rodziny. Akuszerki były i są nadal zapraszane na liczne szkolenia. Niektórzy badacze są zdania, że celem tych warsztatów jest przede wszystkim sprowadzenie położnych do roli

propagatorek metod planowania rodziny, ponieważ duży nacisk kładzie się na przekazywanie im wiedzy na temat środków antykoncepcyjnych oraz przekonywanie o zaletach rodzin o mniej licznym potomstwie. W niektórych społecznościach (np. w stanie Morelos) zadania indiańskich położnych zostały ograniczone niemal wyłącznie do przekazywania kobietom środków antykoncepcyjnych (Güémez Pineda 2007: 40; Sesia 1997: 398-399).

W zakresie opieki biomedycznej nad zdrowiem reprodukcyjnym ludności indiańskiej najważniejszą rolę pełni wspomniany w poprzednim rozdziale program IMSS-Oportunidades. Jego założenia omawiam tutaj szczegółowo, ponieważ w istotny sposób wpływa on na zdrowie reprodukcyjne mieszkank Regionu Purhépecha, wśród których prowadziłam badania. Założenia tego programu zdecydowanie wykraczają poza ochronę zdrowia. Opiera się on na koncepcji GAD⁵¹ (Fernández Ham i in. 2006a)⁵², dążąc do przerwania błędnego koła biedy. Wcześniejsze przedsięwzięcia raczej łagodziły ubóstwo (np. dostarczając żywność najuboższym rodzinom) niż przynosiły trwałą poprawę sytuacji beneficjentów. Centralną rolę w programie odgrywają matki, na barkach których spoczywa ciężar większości obowiązków wynikających z udziału w IMSS-Oportunidades. W założeniach programu postulowany jest przede wszystkim rozwój różnego rodzaju umiejętności przydatnych w życiu społecznym. Wzmocniona ma zostać pozycja kobiet w rodzinie i wspólnocie. Program zakłada ponadto, że ich przykład będzie oddziaływał na innych, przede wszystkim na ich dzieci (np. matka świadoma potrzeby wykonywania badań profilaktycznych, wpoi to również swoim dzieciom). Kolejną innowacją jest przekazywanie kobiecie środków finansowych przeznaczonych w ramach programu na całą rodzinę. W ten sposób mają się one nauczyć zarządzania finansami. Zadaniem kobiety jest również pilnowanie, aby pozostali członkowie rodziny wypełniali swoje obowiązki określone przez założenia programu (Álvarez, Devoto, Winter 2008: 4; Levy 2006: 44-45, 121).

Cele programu skupiają się wokół trzech sfer życia wymagających wsparcia: zdrowia, wyżywienia oraz edukacji. Wybrano je nieprzypadkowo, gdyż uznano, że właśnie ich poziom jest silnie powiązany z pozycją materialną rodziny. Zdecydowano między innymi, że każda rodzina objęta programem otrzyma bezpłatny dostęp do podstawowej opieki medycznej, włącznie z niezbędnymi lekarstwami, akcjami prewencyjnymi oraz diagnostyką. Ponadto poszczególni członkowie rodzin (dzieci

⁵¹ Szczegółowo omawiam tę koncepcję w rozdziale 1.

⁵² SEDESOL Oportunidades, www.oportunidades.gob.mx (dostęp 24.09.2010).

oraz kobiety ciężarne) mogą otrzymywać, w razie potrzeby, suplementy żywieniowe. Twórcy programu zauważyli, że nie wystarczy jednak sam dostęp do ośrodków medycznych, prawdopodobnie ważniejsze jest wykształcenie nowej postawy odnoszącej się do własnego zdrowia (Álvarez, Devoto, Winter 2008; Levy 2006: 17).

Wysoka dzietność ludności ubogiej została uznana za jeden z czynników nie pozwalających jej na trwałe wyjście z ubóstwa. Z tego względu IMSS-Oportunidades prowadzi akcje upowszechniające świadome rodzicielstwo oraz nowoczesne środki antykoncepcyjne. Stwierdzono również, że warunkiem uporania się z częstymi zgonami niemowląt jest zmniejszenie liczby ciąż, gdyż uznano, że wysoki wskaźnik umieralności niemowląt występuje częściej w populacji o wysokim poziomie płodności (Levy 2006: 46).

Członkowie rodzin objętych programem mają szereg obowiązków, gdyż pomoc udzielana w ramach IMSS-Oportunidades ma charakter warunkowy. Wypełnianie tych zadań ma na celu wykształcenie zmian postaw w odniesieniu do zdrowia i edukacji. Zmiany te mają być utrwalone dzięki grupowym szkoleniom – tak zwanym „rozmowom” (hiszp. *pláticas*) przeznaczonym dla matek i ich nastoletnich dzieci. Prezentowane są im także domowe sposoby radzenia sobie z drobnymi dolegliwościami zdrowotnymi. Nie brakuje wątków społecznych, na przykład dotyczących przemocy w rodzinie. Matki poznają dostępne środki antykoncepcyjne, a także przekonywane są do zalet posiadania mniejszej liczby dzieci. Osobne spotkania odbywają się dla nastoletnich członków rodzin objętych programem. Dotyczą one przede wszystkim seksualności, zdrowia reprodukcyjnego oraz uzależnień (Álvarez, Devoto, Winter 2008; Levy 2006: 29-33).

Każdy z członków rodziny powinien zgłaszać się w lokalnej placówce zdrowia na ustalone wizyty kontrolne. Dzieci są podczas nich mierzone i ważone, podawane są im szczepionki. Kobiety ciężarne mają obowiązek odwiedzić ośrodek zdrowia pięć razy podczas ciąży oraz dwa razy po porodzie. Kobiety i mężczyźni do 49 roku życia powinni raz na pół roku odbywać wizytę w ośrodku zdrowia, a od 50 roku życia – raz w roku. Wszystkie zamężne beneficjentki programu muszą raz do roku poddać się badaniu cytologicznemu⁵³. Nieobecność na kontroli lekarskiej lub spotkaniu grupowym przez okres 4-6 miesięcy powoduje skreślenie rodziny z programu. W każdej społeczności matki rodzin zobowiązane są do wykonywania dodatkowych

⁵³ Zgadzam się z badaczami (np. Güémez Pineda 2007: 38), którzy uważają, że taka forma przymusu wykonywania cytologii jest łamaniem praw seksualnych i reprodukcyjnych.

zadań, które ustalane są z reguły pomiędzy władzami wspólnoty a personelem ośrodka. Najczęściej polegają one na sprzątaniu ulic i placów, a także dbałości o porządek w placówce IMSS-Oportunidades. Ponadto niektóre kobiety, tak zwane promotorki (hiszp. *promotoras*), pośredniczą między personelem biomedycznym i pozostałymi beneficjentkami (Bautista 2004: 12; Fernald, Gertler, Neufeld 2008: 834; Levy 2006: 48).

Podstawowa kwota, którą otrzymuje rodzina jest taka sama, niezależnie od liczby jej członków. Poza tym przekazywane są stypendia dla dzieci, które uczęszczają do szkoły (od trzeciej klasy szkoły podstawowej, aż do ukończenia szkoły średniej). Jeśli dziecko przekroczy pułap 15% nieobecności w szkole, wypłacane fundusze zostają zmniejszone. Wraz z przechodzeniem do kolejnych klas rośnie wysokość przekazywanej kwoty, a od poziomu gimnazjum (hiszp. *escuela secundaria*) dziewczynki otrzymują wyższe stypendium. Ma to je zmotywować, by kontynuowały naukę (Álvarez, Devoto, Winter 2008: 641-643; Levy 2006: 48-49, 162-163).

W 2005 roku beneficjentami IMSS-Oportunidades było prawie 24% ludności kraju (czyli ponad 24 mln) w prawie 96 tys. miejscowości w 31 z 32 stanów Meksyku. Władze uważają, że program docierał wówczas do wszystkich osób żyjących w skrajnym ubóstwie. W tym samym roku budżet programu, pokrywany w całości przez rząd federalny, wynosił niemal 2 818 mln dolarów (około 0,4% PKB). Dotacje wynosiły średnio 370 peso na rodzinę, co stanowiło około 26% jej całego dochodu (Fernald, Gertler, Neufeld 2008; Levy 2006: 18, 53, 131).

Wśród efektów IMSS-Oportunidades wymieniane są także inne wskaźniki. Liczba konsultacji udzielonych kobietom w ciąży w miejscowościach, w których wprowadzono program wzrosła o 21%. Prawie o 7% więcej porodów odbieranych jest tam przez lekarzy. Wykonuje się o 61% więcej badań cytologicznych. Poziom umieralności niemowląt i matek obniżył się w niektórych miejscach nawet o 11%. Wśród beneficjentek, które posiadają stałych partnerów, spadł procent kobiet, które nigdy nie stosowały antykoncepcji (z 49% do 45%) (Fernald, Gertler, Neufeld 2008: 834; Levy 2006: 91-121).

3.4. POLITYKA DEMOGRAFICZNA W MEKSYKU

Włączanie indiańskich położnych do programów ograniczenia przyrostu naturalnego i planowania rodziny, a także działania programu IMSS-Oportunidades są elementem nowej polityki demograficznej, której koncepcje weszły w życie w połowie lat 70. XX wieku. Od czasu rewolucji meksykańskiej kolejne władze wspierały politykę pronatalistyczną, podyktowaną koniecznością zaludnienia obszernego terenu kraju, którego populacja zmniejszyła się w wyniku wewnętrznych walk. Ponadto w okresie tym Meksyk doświadczał silnego rozwoju przemysłowego, a zatem stale obecne było zapotrzebowanie na nowe ręce do pracy.

Pod koniec lat 30. XX wieku rozpoczęło się w tym kraju przejście demograficzne. Było ono związane ze spadkiem umieralności i wzrostem oczekiwanej długości życia⁵⁴, które miały miejsce dzięki poprawie materialnych warunków życia obywateli, lepszemu odżywianiu, lecz także dzięki rozwojowi medycyny i wyższym standardom sanitarnym. Od połowy XX wieku notowany był rosnący przyrost naturalny. W momencie swojego apogeum, na przełomie lat 60. i 70., wynosił 3,5%, będąc wtedy jednym z najwyższych na świecie (Chant, Craske 2003: 72; Gutmann 2007: 103-105; Sánchez Bringas 2003: 33).

Do końca lat 60. XX wieku wysoki przyrost naturalny w Meksyku nie martwił polityków, gdyż towarzyszyły mu jeszcze wyższe wskaźniki rozwoju ekonomicznego kraju, dzięki któremu kolejne generacje miały mieć zapewniony dobrobyt. Okazało się jednak, że państwo nie jest w stanie poradzić sobie z tak wysokim tempem wzrostu populacji (między 1950 a 1970 r. liczba ludności prawie się podwoiła) (Sánchez Bringas 2003: 33). Zmiana kierunku polityki demograficznej Meksyku dokonała się w trakcie kadencji prezydenta Luisa Echeverría, który na początku swojego urzędowania głosił hasła pronatalistyczne, by trzy lata później, w 1972 roku, zaprezentować szeroki program ograniczenia przyrostu naturalnego. Tematami przewodnimi nowej strategii były: *Paternidad responsable* („Odpowiedzialne rodzicielstwo”) oraz *La familia pequeña vive mejor* („Mała rodzina żyje lepiej”). W rok później uchwalono Podstawowe Prawo dotyczące Ludności (Ley General de Población) oraz utworzono Narodową Radę ds. Ludności (Consejo Nacional de Población, CONAPO). Wprowadzono poprawkę do czwartego artykułu konstytucji zapewniającą równość

⁵⁴ Oczekiwana długość życia w 1895 r. wynosiła 24 lata, a w 1950 r. już 48 lat (Vallarta Vázquez 2005: 247).

mężczyzn i kobiet oraz nadającą każdemu obywatelowi prawo do decydowania o wielkości swojej rodziny (Gutmann 2007: 106-110, 120; Vallarta Vázquez 2005: 243-244).

W okresie przejścia demograficznego notowany był, i jest nadal w wielu częściach kraju, wysoki poziom dzietności, co wynikało z dotychczasowej polityki oraz kulturowego i społecznego znaczenia, jakie Meksykanie nadają faktowi posiadania potomstwa. Chęć posiadania dużej liczby dzieci była także podyktowana niepewną sytuacją ekonomiczną. Dzieci pełnią rolę zabezpieczenia materialnego rodziców na czas choroby i okres starości, gdyż większość mieszkańców obszarów wiejskich nie posiada ubezpieczenia społecznego. Ponadto dzieci pomagają rodzicom w gospodarstwie. Dziewczynki wykonują prace domowe i opiekują się młodszym rodzeństwem, chłopcy natomiast pracują na roli (Arana 1995: 35, Gutmann 2007: 103-105).

Celem nadrzędnym strategii przyjętych w Meksyku było ograniczenie przyrostu naturalnego (Torres 2005: 17). Kampanie skupiały się na upowszechnianiu środków antykoncepcyjnych i dostępu do nich. Akcje te miały nieraz agresywny charakter, ponieważ dążono do realizacji zamierzeń CONAPO (Narodowa Rada Ludnościowa), która w 1977 roku ogłosiła plan zmniejszenia poziomu przyrostu naturalnego w kraju do 1% w 2000 roku⁵⁵. Najszerzej popularyzowaną metodą była sterylizacja kobiet⁵⁶ oraz antykoncepcyjne wkładki domaciczne, czyli takie formy, których skuteczność zależy wyłącznie od personelu biomedycznego (Sánchez Bringas 2003: 35, 39; Vallarta Vázquez 2005: 250).

Po międzynarodowych konferencjach w Pekinie i Kairze⁵⁷ instytucje meksykańskie ogłosiły zmianę polityki demograficznej. Podstawową jej wytyczną było odejście od *controlar* (w znaczeniu kontrolowania płodności), gdyż takie działania uznano za autorytarne, a nieraz oparte również na przymusie. Podejmowane akcje miały odtąd skupiać się na *cuidar* (trosce) o zdrowie i przestrzeganie praw reprodukcyjnych osób objętych tą polityką (Sieglin 2004: 306-311). Badacze uważają jednak, że rzeczywistym celem działań państwowej służby zdrowia pozostało

⁵⁵ Według danych Światowej Organizacji Zdrowia przyrost naturalny w Meksyku w 2000 r. wynosił 1,4 (Pan American Health Organization, http://www.paho.org/English/DD/AIS/cp_484.htm (dostęp 13.01.2013)).

⁵⁶ Dane z 1987 r. ukazywały, że 2/3 wszystkich kobiet korzystających z usług IMSS lub ISSSTE przeszło sterylizację (Sánchez Bringas 2003: 35).

⁵⁷ Ustalenia przyjęte podczas tych konferencji szczegółowo omawiam w rozdziale 1.

ograniczenie przyrostu naturalnego, a nie poprawa poziomu zdrowia reprodukcyjnego (np. Freyermuth Enciso 2003: 46).

Lata 80. i 90. XX wieku przyniosły stopniowe zahamowanie poziomu przyrostu naturalnego, lecz spadek liczby urodzeń postępował nierównomiernie (Chant, Craske 2003: 97). Dużo szybciej zachodził na obszarach miejskich niż wiejskich, w pierwszej kolejności notowany był wśród przedstawicieli klasy średniej i wyższej (Langer, Romero 1998: 14)⁵⁸. Badacze stwierdzili, że 56% kobiet żyjących w ubóstwie używało, w latach 90. XX wieku, środków antykoncepcyjnych, podczas gdy wśród kobiet dysponujących większym kapitałem ekonomicznym wskaźnik ten wynosił 71% (Aparicio 2008: 270; Levy 2006: 28). Ważną rolę odgrywa także wykształcenie kobiet, gdyż 75% młodych kobiet ze średnim wykształceniem stosuje obecnie antykoncepcję, podczas gdy w tej samej grupie wiekowej kobiet bez wykształcenia wskaźnik ten wynosi 48%. Najmniejszą akceptację dla metod planowania rodziny obserwuje się w społecznościach indiańskich, czego powodem są bariery kulturowe i niedostosowanie programów planowania rodziny do uwarunkowań społecznych (Cruz C., de la Torre R., Velazquez C., coords., 2006: 48; Sánchez López, Pedraz Epinoza 2008: 188).

Środki antykoncepcyjne zostały najpierw zaakceptowane przez kobiety posiadające już kilkoro dzieci. Nadal są one rzadko stosowane przed urodzeniem pierwszego dziecka (Chant, Craske 2003: 88; Sánchez Bringas 2003: 38-40). Elementem działań w celu ograniczenia przyrostu naturalnego jest również edukacja seksualna w szkołach, która dotyczy przede wszystkim wiedzy biologicznej dotyczącej budowy i funkcjonowania układu rozrodczego człowieka, a także znajomości środków antykoncepcyjnych (Gutmann 2007: 124-125). Mimo tych działań, statystyki odnotowują wysokie wskaźniki niechcianych ciąż nastolatek. Ponadto przypuszcza się, że do zakażeń HIV dochodzi najczęściej właśnie wśród osób do 20 roku życia (Pick, Givaudan, Brown 2000: 93).

W procesie akceptowania proponowanych form planowania rodziny istotne znaczenie mają relacje genderowe. Zarówno Metyski, jak i Indianki podporządkowują często swoje preferencje dotyczące seksualności i posiadania dzieci życzeniom swoich partnerów, a mężczyźni w zdecydowanie mniejszym stopniu zaakceptowali metody

⁵⁸ Według danych z lat 90. XX w., płodność mieszkanek obszarów wiejskich jest o 67% większa od płodności mieszkanek miast. W odniesieniu do edukacji: kobiety bez żadnego formalnego wykształcenia mają 2,4 razy więcej dzieci od kobiet o co najmniej średnim wykształceniu (Urbina Fuentes, Palma Cabrera 1995: 320).

planowania rodziny. Zdarza się, że samo podniesienie tematu antykoncepcji przez kobietę wzbudza podejrzenia o niewierność, może wywołać przemoc ze strony męża, a nawet jego odejście. Przyczyniła się do tego niewątpliwie przyjęta przez władze strategia ograniczania przyrostu naturalnego poprzez oddziaływanie wyłącznie na kobiety (Aparicio 2008: 270; Chant, Craske 2003: 86). Działania te praktycznie nie uwzględniają akcji skierowanych do mężczyzn, którzy nadal traktowani są jako zależni od swoich biologicznych popędów, „z natury” niechętni używaniu środków antykoncepcyjnych. Powoduje to, że personel meksykańskiej służby zdrowia często zachęca kobiety do stosowania takich środków antykoncepcyjnych, których użycie nie zależy od woli i wiedzy ich partnera.

Najczęściej namawia się kobiety do założenia antykoncepcyjnej wkładki domacicznej bądź poddania się sterylizacji (w formie podcięcia albo podwiązania jajowodów), nie podając im pod rozwagę możliwości przeprowadzenia analogicznego zabiegu u mężczyzny. Warto zwrócić uwagę, że wazektomia jest zabiegiem o wiele mniej inwazyjnym niż podwiązanie jajowodów (Chant, Craske 2003: 83-85; Gutmann 2007: 37-41, 100-101). Matthew Gutmann (2007: 39), na podstawie swoich badań w stanie Oaxaca, zauważył, że mała liczba zabiegów męskiej sterylizacji przeprowadzanych u mieszkańców tego regionu wynika przede wszystkim z braku działań mających na celu popularyzację tej metody. Dodać trzeba, że w Meksyku powszechny jest pogląd, zgodnie z którym wazektomia prowadzi do obniżenia potencji seksualnej mężczyzny (Chant, Craske 2003: 85-86; Gutmann 2007: 112-113).

Ośrodki zdrowia oraz szpitale otrzymują instrukcje, w których zawarte są wskazówki dotyczące liczby kobiet, które pracownicy tych placówek powinni nakłonić do stosowania metod antykoncepcyjnych. Wytyczne te sugerują również liczbę poszczególnych środków i sposobów, do których przekonywane miały być pacjentki. Badacze (Gutmann 2007: 120-121; Vallarta Vázquez 2005: 249) odnotowali przypadki, w których ośrodki zdrowia otrzymywały dodatkowe fundusze za przekroczenie wskazanych norm, a najbardziej skuteczni w tym zakresie lekarze byli zwalniani z nocnych dyżurów.

Niektórzy badacze (Sánchez Bringas 2005) ujawniają, że część zabiegów sterylizacji i założenia antykoncepcyjnej wkładki domacicznej odbywa się przy pogwałceniu praw reprodukcyjnych kobiet oraz prawa do świadomej zgody na zastosowanie interwencji medycznej. Jest to również niezgodne z prawem do decydowania o liczbie i czasie rodzenia dzieci oraz z prawem do dostępu do pełnej

informacji dotyczącej dostępnych środków planowania rodziny (Vallarta Vázquez 2005: 240- 253). Znaczący procent kobiet nie ma bowiem, w momencie podejmowania decyzji o sterylizacji, wyczerpującej wiedzy dotyczącej konsekwencji zabiegu, a lekarze często nie przekazują informacji na temat alternatywnych metod antykoncepcyjnych. W niewielkim stopniu popularyzowane są na przykład środki mechaniczne. Ponadto lekarze często odmawiają kobietom po 35 roku życia przepisania tabletek antykoncepcyjnych, nakłaniając je, by poddały się sterylizacji (Sieglin 2004: 306). Personel biomedyczny naciska nieraz na pacjentki, aby podpisały zgodę na zabieg bez zapoznania się z treścią dokumentu. Często jednak taka zgoda nie zostaje wyrażona przez kobietę na piśmie, a mimo to zostaje ona poddana sterylizacji (Elu 1993: 61-62). Gutmann przytacza także przykłady umieszczania wkładki domacicznej bez zgody, a nawet wiedzy mieszkanek stanu Oaxaca. Takie formy przymusu odnoszą się najczęściej do kobiet słabo wykształconych i mających niewielkie zasoby materialne, lecz najwięcej nadużyć dotyka Indianki. Bardzo rzadko składają one oficjalne skargi na personel biomedyczny, dzięki czemu pozostaje on bezkarny (Gutmann 2007: 192-193; Sánchez Bringas 2005: 39-40)⁵⁹. Raport ONZ również ukazał powszechne łamanie praw seksualnych i reprodukcyjnych kobiet indiańskich w stanie Oaxaca⁶⁰.

Podsumowując kwestie oddziaływania polityki ograniczenia przyrostu naturalnego i planowania rodziny w Meksyku należy zauważyć, że obecnie siedem na 10 kobiet w wieku reprodukcyjnym (12-49 lat dla Meksykanek), które pozostają w związku, stosuje antykoncepcję. Do najpopularniejszych środków należy sterylizacja (44%), wkładka domaciczna (20%) oraz środki hormonalne (10%)⁶¹. Według oficjalnych danych krajowych (Navarrete Linares 2008: 113) z 2008 roku liczba dzieci przypadających na jedną kobietę w wieku reprodukcyjnym⁶² wynosi średnio 2,5, ale w odniesieniu do kobiet indiańskich określana jest na 3. Mimo tych wskaźników, między

⁵⁹ Badania przeprowadzone pod koniec ubiegłego wieku wykazały, że na niektórych obszarach nawet 10% kobiet, które zostały poddane sterylizacji nie wyraziło zgody na zabieg, a 20% kobiet, którym założono antykoncepcyjne wkładki domaciczne, dowiedziało się o tym po wykonaniu zabiegu (Figueroa Perea 1999: 163-164).

⁶⁰ United Nations,
<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G03/172/95/PDF/G0317295.pdf?OpenElement>
(dostęp 22.01.2013).

⁶¹ Dostępne bez recepty są także postkoitalne środki antykoncepcyjne, które są skuteczne w ciągu 72 godzin od stosunku (np. Levonorgestrelum).

⁶² Współczynnik dzietności określa liczbę urodzonych dzieci przypadających na jedną kobietę w wieku rozrodczym.

1970 a 2000 rokiem liczba mieszkańców kraju uległa podwojeniu (Sánchez Bringas 2003: 33).

Odpowiedź na pytanie, jak się stało, że w kraju, w którym tradycja katolicka odgrywa bardzo ważną rolę, w krótkim czasie zaczęto niemal powszechnie stosować metody antykoncepcyjne, leży w charakterze stosunków między państwem a Kościołem katolickim. Za czasów prezydentury Benito Juáreza w 1859 roku zadekretowano separację państwa od Kościoła. Następnie, w 1867 roku, zerwano stosunki dyplomatyczne z Watykanem, które zostały wznowione dopiero w 1992 roku. Rewolucja meksykańska, podczas której odebrano Kościołowi należące do niego ziemie, przyniosła ze sobą silną falę antyklerykalizmu.

Kościół katolicki przeciwstawił się postanowieniom konferencji w Kairze dotyczącym praw seksualnych i reprodukcyjnych (Borjón López-Coterilla 2005: 231). Jednocześnie biskupi meksykańscy, obserwujący z bliska społeczne i psychologiczne konsekwencje eksplozji demograficznej w kraju, zajmowali dużo łagodniejsze stanowisko wobec antykoncepcji. W praktyce, lokalne autorytety kościelne nieoficjalnie wspierały nową politykę ludnościową państwa. Wielu proboszczów głosiło jednak naukę zgodną z wytycznymi Watykanu, pouczając swoich wiernych, że stosowanie sztucznych metod antykoncepcyjnych jest grzechem (Chant, Craske 2003: 79; Gutmann 2007: 103, 110-112).

Z drugiej strony, Kościół katolicki odegrał istotną rolę w debacie dotyczącej aborcji w Meksyku, nie dopuszczając do jej pełnej legalizacji, podobnie jak w innych krajach Ameryki Łacińskiej⁶³ (Borjón López-Coterilla 2005: 218). Meksyk jest państwem federalnym i poszczególne stany mają pewien zakres praw, które mogą samodzielnie ustanawiać. We wszystkich stanach aborcja jest dozwolona wtedy, gdy ciąża jest wynikiem gwałtu. Niektóre stany zezwalają także na aborcję, jeśli ciąża zagraża zdrowiu i życiu matki lub jeśli płód nie rozwija się prawidłowo. Natomiast w mieście Meksyk, w którym mieszka jedna czwarta ludności kraju, w 2007 roku nastąpiła legalizacja aborcji „na żądanie”. Publiczna opieka zdrowotna zapewnia bezpłatny zabieg u kobiet do 12 tygodnia ciąży. Kobiety z innych stanów również mogą wykonać w stolicy aborcję, ale muszą wnieść niewielką opłatę. Lekarz ma prawo odmówić wykonania zabiegu, jeśli nie pozwalają mu na to jego przekonania. Jeśli ciąża

⁶³ Prawo do aborcji nie jest elementem międzynarodowych praw reprodukcyjnych. Zgodnie z zaleceniami konferencji w Kairze, jeśli aborcja nie jest prawnie zakazana w danym kraju, powinna być wykonywana w warunkach zapewniających bezpieczeństwo (Vallarta Vázquez 2005: 247). W Ameryce Łacińskiej tylko Kuba, Gujana i Puerto Rico w pełni zalegalizowały aborcję.

liczy powyżej 12 tygodni, za wykonanie aborcji kobiecie grozi kara do sześciu miesięcy pozbawienia wolności. Istnieje jednak rozwinięte podziemie aborcyjne, w którym uczestniczą prywatne gabinety ginekologiczne, ale również tradycyjne akuszerki. Ponadto niemal na każdym targu można kupić zioła wywołujące poronienie. Pod koniec ubiegłego wieku szacowano, że co roku w Meksyku wykonywano około 500 tys. nielegalnych aborcji (Favela 2008: 18A-19A; Sánchez Fuentes, Paine, Elliott-Buettner 2008: 345-348).

4. INDIANIE PURHÉPECHA I DOSTĘPNE IM FORMY OPIEKI MEDYCZNEJ

4.1. REGION INDIAN PURHÉPECHA

4.1.1. PRZESZŁOŚĆ I WSPÓŁCZESNOŚĆ INDIAN PURHÉPECHA

Indianie Purhépecha zamieszkują obszar zwany Regionem Purhépecha, w stanie Michoacán⁶⁴ w środkowo-zachodnim Meksyku. Indianie Purhépecha nie są spójną grupą społeczną. Składają się na nią tradycyjne wspólnoty indiańskie rozproszone wokół metyskich ośrodków miejskich. Można wyróżnić cztery obszary geograficzne tego regionu, różniące się od siebie również w aspektach kulturowych: obszar jeziora Pátzcuaro (Lago Pátzcuaro), gór (Sierra Purhépecha), doliny (Cañada de Once Pueblos) i bagien (Ciénega de Zacapu) (Argueta Villamar 2008: 42-46). Szacuje się, że w stanie Michoacán mieszka 181 tys. Indian Purhépecha⁶⁵, stanowiąc około 20% jego populacji (*Censo de Población...* 2011: 41).

Językiem purhépecha⁶⁶ mówi około 110 tys. osób, co stawia go na 15 miejscu w skali kraju pod względem liczebności mieszkańców posługujących się językami tubylczymi⁶⁷. W czasach przedhiszpańskich mieszkańcy Imperium Purhépecha jako jedyna grupa indiańska w Mezoameryce nie ulegli ekspansji Azteków (Argueta Villamar 2008: 48). Pierwszymi siedzibami tego imperium były Tzintzuntzan, Ihuatzio oraz Pátzcuaro. Następnie jego terytorium znacznie się rozszerzyło.

⁶⁴ Michoacán należy do stanów o najwyższym poziomie marginalizacji, a jednocześnie o najniższym stopniu skolaryzacji (Zúñiga, Zubieta 2001: 12-13).

⁶⁵ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2007/purepecha07.pdf (dostęp 10.05.2013).

⁶⁶ Warto zwrócić uwagę, że ten język nie jest spokrewniony z innymi rodzinami językowymi w Meksyku.

⁶⁷ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, www.inegi.mx (dostęp 20.05.2009).



Mapa: Meksyk, Michoacán, Region Purhépecha⁶⁸

Panteon Indian Purhépecha składał się z wielu bogów, wśród których głównymi postaciami byli: Curicaveri (bóg wojny i słońca), Cuerauajperi (matka stwórczyni), Xaratanga (bogini lunarna) (Sepúlveda 1988: 60). Czczono również boginię porodu, Peuame (Schöndube 1996: 16). Nazwa grupy „Purhépecha”⁶⁹ wywodzi się od słowa p'urh, które w języku purhépecha oznacza osobę. Grupa znana jest także pod narzuconą przez kolonizatorów nazwą „Tarascos”. Jak pisze Agata Hummel:

Jest to inna nazwa Indian Purhépecha uważana dziś, w dobie rewindykacji etnicznych, za nieaktualną, gdyż będąca egzoetnonimem nadanym przez europejskich kolonizatorów i mającą pejoratywny źródłosłów – *taraskwe*, co oznacza stopień pokrewieństwa: teść, teściowa lub zięć. Indianie nazywali tak konkwistadorów, którzy gwałcili indiańskie kobiety. Europejczycy nie rozumiejąc tego słowa, które jednak często słyszeli z ust Indian, nazwali nim samych Indian (Hummel 2005: 59).

⁶⁸ Science Direct, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0921800910003289> (dostęp 29.04.2013).

⁶⁹ W mojej pracy przyjmuję najbardziej spopularyzowaną obecnie w Meksyku nazwę Purhépecha. Istnieje kilka alternatywnych zapisów nazwy grupy, np. P'urhepecha.

Podczas panowania króla Tangaxoana II rozpoczął się hiszpański podbój Imperium Purhépecha, wraz z przybyciem wojsk dowodzonych przez Cristóbalą de Olida w 1521 roku. Szacuje się, że Indianie Purhépecha liczyli wówczas około 200 tys. osób. W wyniku wojen, nowych chorób zakaźnych oraz migracji liczba ta zmalała w połowie XVI wieku o ponad 50% (Argueta Villamar 2008: 53). Ewangelizacja regionu była realizowana między innymi przez biskupa Vasco de Quiroge. Warto dodać, że doprowadził on do rozwoju, na tym obszarze, różnorodnych form rzemiosła (Argueta Villamar 2008: 48-49).

W wyniku kolonizacji uformowana została organizacja społeczna wspólnoty, która pozostała powszechna wśród Indian Purhépecha do chwili obecnej. Ważną rolę odgrywa w niej system własności ziemi. Każda ze społeczności posiada wspólne ziemie uprawne i lasy. Część przeznaczona do uprawy podzielona jest na działki, które władze wspólnoty przekazują w użytkowanie *comuneros* (prawowitym członkom społeczności, czyli żonatym mężczyznom). Natomiast wszyscy mają prawo do korzystania ze wspólnych lasów (Ventura Patiño 2003: 11-13).

Władzę polityczno-religijną w społeczności sprawują *jefe de tenencia* (zarządzający zubranizowaną częścią wsi), *representante de bienes comunales* (zwierzchnik dóbr wspólnotowych) a także *cabildo* (rada). *Jefe de tenencia* jest urzędem kadencyjnym. Osoba pełniąca tę funkcję ma za zadanie zarządzanie wsią. Rozwiązuje konflikty między mieszkańcami, a także nadzoruje budowę i utrzymanie infrastruktury wsi. Z kolei *representante de bienes comunales* sprawuje pieczę nad ziemiami wspólnotowymi. *Cabildo* to organ odpowiadający za sprawowanie kultu świętych katolickich. Członkowie tej rady decydują o organizacji ceremonii ku czci patronów miejscowości i składających się na nią dzielnic. W skład rady wchodzi kilka par małżeńskich reprezentujących poszczególne dzielnice.

Badacze (np. Rivera Farfán 1998) uważają, że właśnie proces organizowania lokalnych ceremonii tworzy trzon wspólnoty:

Relacje pokrewieństwa rzeczywistego i rytualnego, wspierane tradycyjną organizacją dzielnicową, to tkanka społeczna tworząca organizację religijną wspólnoty. Poprzez towarzyszenie lub współudział w ponoszeniu ciężarów zadań związanych z przyjmowaniem na siebie religijnego *cargo* dokonuje się potwierdzenia swojego członkostwa we wspólnocie (Ventura Patiño 2003: 75-79).

Rada powołuje co roku *cargueros*, którzy są odpowiedzialni za kult świętego. Funkcję tę sprawują z reguły małżeństwa. Ewentualnie, jeśli mężczyzna jest samotny, może towarzyszyć mu na przykład jego siostra (Ventura Patiño 2003: 80-84). Ich zadaniem jest przygotowanie ceremonii wraz z uroczystym posiłkiem, a także regularne utrzymywanie w czystości oraz dekorowanie kaplicy, w której znajduje się wizerunek świętego. Małżeństwu *cargueros* pomagają osoby, z którymi łączą je więzy pokrewieństwa.

Istnieją dwie drogi do pełnienia funkcji *carguero*. Można zgłosić chęć podjęcia się tego zadania dzielnicowej radzie *cabildos*, bądź rada może sama poprosić *comunero* o wypełnianie tego zadanie. *Cabildos* biorą pod uwagę opinię, jaką się cieszy rodzina we wspólnocie, a także jej kapitał ekonomiczny oraz sieć pokrewieństwa rzeczywistego i rytualnego (Ventura Patiño 2003: 80-84). Przywództwo *cabildo* nie ogranicza się wyłącznie do życia religijnego wspólnoty, gdyż praktykowanie ceremonii ku czci lokalnych patronów katolickich jest ściśle splecione z życiem politycznym. Potwierdza ono normy i wartości społeczne oraz podtrzymuje relacje władzy wewnątrz wspólnoty. Ponadto organizacja tych festiwalu stanowi formę manifestowania tożsamości etnicznej (Ventura Patiño 2003: 99-100).

4.1.2. STAN BADAŃ NAD REGIONEM

Region Indian Purhépecha był i jest stosunkowo częstym tematem prac o profilu społecznym, prowadzi się również na jego obszarze wiele badań etnograficznych. Pierwsze z nich powstały w latach 30. XX wieku (Kemper, Adkins 2004: 250). W latach 40. zapoczątkowane zostały prace badawcze w ramach Projektu „Tarasco”, który realizowany był przez Instytut Antropologii Społecznej Smithsonian Institution z Waszyngtonu, we współpracy z instytucjami meksykańskimi. Brali w nim udział między innymi Ralph Beals, który jest autorem monografii górskiej miejscowości Cherán (Beals 1946), Donald Brand, który napisał monografię Quirogi, miejscowości leżącej w Regionie Jeziora Pátzcuaro (Brand 1951), a także Pedro Carasco, który prowadził studia nad religią Indian Purhépecha (Carasco 1952). W ramach tego projektu opublikowane zostało pierwsze opracowanie poświęcone całemu regionowi: *Cultural Geography of the Modern Tarascan Area* (West 1948). Jego autor wyznaczył cztery podregiony geograficzne tego obszaru, a równocześnie zwrócił

uwagę na obecność ludności posługującej się językiem purhépecha w okolicznych miastach: Uruapan, Pátzcuaro, Zacapu, Zamora i Morelia.

George Foster z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Berkeley przez następne pół wieku prowadził na tym obszarze intensywne badania, wraz ze swoimi studentami i współpracownikami. Do projektu włączyli się również Meksykanie, między innymi Pablo Velásquez Gallardo (2000), którego studia dotyczyły życia ceremonialno-religijnego. Ważną publikacją z tego okresu jest także praca Rudolfa Van Zantwijk *Los servidores de los santos* (1974) na temat organizacji społecznej Indian Purhépecha.

Prace Fostera (1948, 1988) opisują przemiany jednej z miejscowości tego regionu, Tzintzuntzan, które były efektem programów modernizacji rozpoczętych w latach 40. XX wieku. Sprawily one, że Indianie zaczęli intensywniej wchodzić w kontakt z ludnością metyską. Ważną rolę odegrała w tym procesie budowa sieci drogowej łączącej wszystkie główne społeczności regionu z ośrodkami miejskimi. Duże zmiany zaszły również wskutek migracji i postępów edukacji. Od lat 40. XX wieku Indianie zaczęli na szerszą skalę opuszczać swoje siedziby i przenosić się na inne obszary Meksyku oraz do Stanów Zjednoczonych. Z kolei od lat 60. tworzone we wspólnotach państwowe szkoły, a ich pierwsi wychowankowie stawali się nauczycielami, lekarzami czy prawnikami (Nelson 2006: 57-58).

Od lat 80. XX wieku etnografowie zaczęli prowadzić badania, których celem było opisanie współczesnych przemian w kontekście szerszych procesów zachodzących w Regionie Purhépecha (Kemper, Adkins 2004: 250). Obecnie największym zainteresowaniem badaczy Indian Purhépecha cieszą się zagadnienia etniczne. Wśród najważniejszych prac o tej tematyce należy wymienić *La comunidad Purhépecha es nuestra fuerza. Etnicidad, cultura y región en un movimiento indígena en México* Günthera Dietza (1999), *Ser indio otra vez. La purepechización de los tarascos serranos* Luisa Vázqueza León (1992) oraz *Los señores de utopía* autorstwa José Eduardo Zárate Hernández (2001).

Autorzy omawiają między innymi proces rewitalizacji etnicznej ludności regionu, który rozpoczął się pod koniec lat 70. XX wieku. W jego wyniku powstał ruch dążący do wzmocnienia więzów wspólnoty etnicznej, który równocześnie sprzeciwia się paternalistycznej polityce państwa w stosunku do ludności indiańskiej. Tworzy go głównie warstwa osób wywodzących się ze wspólnot tubylczych, które uzyskały wykształcenie poza swoją społecznością, nie tracąc jednak kontaktu z nią. Jedną z ważniejszych form działalności ruchu jest przeprowadzanie dorocznej ceremonii

Nowego Roku Purhépecha (Rivera Farfán 1998: 32-34). Hummel opisuje znaczenie tego święta:

Obchody Nowego Roku Purhépecha co roku odbywają się w innej wspólnotie indiańskiej w obrębie Regionu Purhépecha. Ich scenariusz przypomina fiesty lokalne na cześć patronów wsi, z tym, że gromadzą one reprezentantów wielu społeczności, przez co fiesta ma charakter regionalny (...). Ogólnym celem fiesty jest zjednoczenie Indian z całego Regionu wokół idei wspólnej gloryfikowanej przeszłości oraz integracja grupy na rzecz stworzenia własnej wizji przyszłości jako narzędzia emancypacji i dążenia do samostanowienia (Hummel 2005: 48).

Vázquez León (1992) rozpoczął dyskusję dotyczącą sposobów definiowania Regionu Purhépecha. Zwrócił uwagę, że w obecnej sytuacji branie pod uwagę wyłącznie kryterium językowego nie jest wystarczające. Następnie Günther Dietz stwierdził, że tożsamość Indian Purhépecha budowana jest poprzez świadomość przynależności do społeczności, która jest częścią jednego z czterech podregionów tworzących Region Purhépecha (Dietz 1999: 111)⁷⁰. Jak zauważyła Aida Castilleja, w niektórych miejscowościach o zdecydowanie indiańskiej tożsamości, i w których żywa jest struktura społeczna typowa dla ludności tubylczej, nie spotyka się wielu osób mówiących językiem purhépecha (Castilleja i in. 2003: 46). Tylko wśród mieszkańców obszaru wyżynnego ten język dominuje. Warto zaznaczyć, że:

sami Indianie jednak nie poprzestają na identyfikowaniu się z językiem jako jedynym symbolem tożsamości, ale tworzą bądź przetwarzają wiele innych elementów kulturowych w celu budowania ideologii etnicznej (Hummel 2005: 53).

Badacze słusznie odnotowują rozszerzanie się obszaru zajmowanego przez Indian Purhépecha, gdyż istnieją coraz większe ich enklawy na obszarach zabranizowanych stanu Michoacán: w Zamorze, Uruapan, Jaconie i Morelii oraz poza nim: w Guadalajarze, mieście Meksyk, Tijuanie, a także w Stanach Zjednoczonych (Kemper, Roth-Seneff 1995: 243-247). Potwierdzeniem dla tej tezy może być między innymi aktywność ruchu purhépecha w Uruapan, gdzie w 2010 roku przeprowadzono ceremonię Nowego Roku Purhépecha.

Hummel również dostrzega trudności związane z wyznaczeniem Regionu Purhépecha za pomocą obiektywnych kryteriów:

⁷⁰ Dietz prześledził, w jaki sposób Region Purhépecha był definiowany w dyskursie oficjalnym i powiązanim z nim dyskursie akademickim.

Owszem, na mapie widnieje obszar zwany Regionem Purhépecha, ale jest to czysto umowna delimitacja pochodząca z lat 30. i związana z rządowym projektem rozwoju gospodarczego. Kryterium wyznaczenia regionu były nie tyle same walory kulturowe, co sytuacja gospodarcza. Region Purhépecha jest jednak wygodnym terminem operacyjnym (Hummel 2005: 53).

Znaczna część ludności regionu sytuuje się pomiędzy dwoma kategoriami społeczności (indiańska, metyska). Wiąże się to ze stale zachodzącym procesem wzajemnego przyswajania treści kulturowych pomiędzy tymi grupami. Badacze regionu przyjmują rozbieżne koncepcje dotyczące rodowodu kultury współczesnych Indian Purhépecha:

Niektórzy badacze twierdzą, iż pomimo tego, że Indianie Tarasco zachowali swój język (...), zaadoptowali oni podstawowy zespół hiszpańskiej kultury chłopskiej, jej religii, gospodarki i tradycyjnych form wiedzy empirycznej lub „ludowej”. W przeciwieństwie [do nich] niektórzy twierdzą, że Indianie Tarasco nadal reprezentują ciągłość kultury Ameryki Środkowej, szczególnie w odniesieniu do języka i kultury, jak również w tak różnych dziedzinach, jak relacje płci, socjalizacja, kosmologia czy etnonauka (Kemper, Roth-Seneff 1995: 244).

Reasumując, Indianie Purhépecha tworzą grupę etniczną, która jest wewnętrznie zróżnicowana, poszczególne miejscowości różnią się między sobą pod względem społecznym i gospodarczym. Ich mieszkańcy korzystają z różnych form opieki zdrowotnej, których oferta rozciąga się od medycyny tradycyjnej praktykowanej przez ludność tubylczą, przez biomedycynę, z której korzystają zarówno Metysi, jak i Indianie, aż do rozmaitych terapii alternatywnych składających się z elementów różnych tradycji medycznych.

Badania terenowe prowadziłam w dwóch społecznościach Regionu Indian Purhépecha, w celu możliwie szerokiego opisanie pluralizmu medycznego i praktyk zdrowia reprodukcyjnego na tym obszarze. Wybrałam Tarecuato i Caltzontzin, z uwagi na dzielące je znaczne różnice. Tarecuato położone jest w Sierra Purhépecha – obszarze będącym ostoją języka i tradycji tej grupy, natomiast Caltzontzin, z powodu swojego sąsiedztwa z jednym z największych miast stanu, stało się areną silnych wpływów metyskich.

4.1.3. TARECUATO

Nazwa tej miejscowości w języku purhépecha oznacza stare wzgórze. Jest ona położona na zboczu góry, na wysokości około 2000 m n.p.m. Badacze historii Tarecuato są zdania, że społeczność została założona przez króla Indian Purhépecha około 100 lat przed przybyciem na ten teren konkwistadorów, którzy odkryli ją w 1523 roku podczas wyprawy wojsk Christouala Dolina. Następnie ewangelizujący jej mieszkańców franciszkanie do nazwy wsi dodali imię jej nowego katolickiego patrona: San Francisco (Ventura Patiño 2003: 74). Według oficjalnych danych⁷¹ liczba mieszkańców wynosi około 10 tys. Zdaniem tradycyjnych władz wspólnoty, a także personelu miejscowych ośrodków zdrowia, społeczność może liczyć nawet 15 tys. mieszkańców⁷².

Tarecuato znajduje się w północno-wschodniej części Wyżyny Purhépecha, na peryferiach regionu zajmowanego przez Indian Purhépecha. Kilka kilometrów dalej leży La Cantera, miejscowość założona około dwóch wieków temu przez mieszkańców Tarecuato (Rivera Farfán 1998: 45). W pobliżu znajduje się kilka ośrodków miejskich. Najważniejszym z nich jest Zamora, stanowiąca główny ośrodek administracyjny i ekonomiczny tej części stanu. Tarecuato i Zamorę dzieli odległość około 27 km (i 500 m różnicy wysokości). Społeczność należy do gminy Santiago Tangamandapio, której stolicą jest małe miasteczko metyskie, jednak to Tarecuato pełni rolę lokalnego centrum religijnego i handlowego. Między mieszkańcami Tarecuato a władzami samorządowymi od wielu lat toczy się spór dotyczący partycypacji ludności indiańskiej w zarządzaniu gminą i podziale jej budżetu. Przedstawiciele Tarecuato dążą do oderwania się od Tangamandapio (Rivera Farfán 1998: 41-52; Ventura Patiño 2003: 196-200).

Zdecydowana większość mieszkańców Tarecuato posługuje się językiem purhépecha w środowisku rodzinnym, ale z reguły dobrze komunikują się oni również w języku hiszpańskim. Ponadto mieszka tam kilkadziesiąt rodzin pochodzenia metyskiego. Badania z 1995 roku pokazały, że 42% dorosłych mieszkańców Tarecuato było analfabetami. Niemal wszystkie domostwa posiadały dostęp do prądu elektrycznego, nieco mniej do wody pitnej, lecz tylko połowa miała pełną kanalizację (Ventura Patiño 2003: 11-13). Połowa ludności Tarecuato uprawia rolę, głównie

⁷¹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, www.inegi.mx (dostęp 20.05.2009).

⁷² Rozbieżności te wynikają m.in. z niewypełniania przez wielu mieszkańców obowiązku rejestracji urodzeń i zgonów w urzędzie gminy.

kukurydzę i pszenicę, najczęściej zbiory są przeznaczone na własny użytek. Gospodarstwa składają się z reguły z dwu- lub trzypokojowych domów i zagrody dla bydła. Większość domów zbudowanych jest z gliny, ale obecnie najczęściej stawiane są budynki z cementu lub cegieł.

Rodziny nieposiadające ziemi zajmują się najczęściej handlem. Sprzedają głównie artykuły galanteryjne i pasmanteryjne na cyklicznych targach w Regionie Purhépecha, a także wyjeżdżają z towarami do innych stanów kraju. Wraz z rozwojem przemysłu rolniczego w okolicach Zamory, a także utworzeniem sądów awokado wokół Los Reyes, mieszkańcy Tarecuato zaczęli pracować jako robotnicy najemni. W latach 40. XX wieku rozpoczęły się migracje do dużych miast Meksyku oraz do Stanów Zjednoczonych. Od lat 70. XX wieku wzrosła liczba mieszkańców Tarecuato z wyższym wykształceniem – jest wśród nich między innymi kilku prawników, inżynierów, nauczycieli i lekarzy. Większość osób zatrudnionych poza miejscowością codziennie podróżuje do pracy. Ci, którzy podjęli pracę w bardziej oddalonych miejscach, regularnie odwiedzają swoje rodziny. Dotyczy to także emigrantów w Stanach Zjednoczonych, którzy utrzymują nieraz bardzo intensywne i regularne kontakty ze społecznością (Rivera Farfán 1998: 63-64; Ventura Patiño 2003: 15-17).

Obok licznych sklepów, w Tarecuato działa kilka małych wytwórni tortilli, zakład fryzjerski i kosmetyczny, sklep papierniczy, a także kilka kawiarenek internetowych. W każdą niedzielę na głównym placu miejscowości odbywa się targ przyciągający sprzedawców i kupujących, również z dalszej okolicy. Tarecuato składa się z pięciu dzielnic. W każdej z nich znajduje się kaplica poświęcona świętemu, od imienia którego wywodzi się nazwa dzielnicy. Są to: św. Michał, św. Jakub, św. Piotr, św. Jan, Dziewice⁷³ (Las Virgenes). W każdej dzielnicy istnieją dwie lub trzy pary *cabildo*, które zajmują się organizacją ceremonii ku czci patrona dzielnicy. Przewodniczący rady wszystkich *cabildo* wywodzi się z Dzielnicy Dziewic, która uważana jest za centralną część Tarecuato. Na jej terytorium znajduje się między innymi kościół parafialny (Ventura Patiño 2003: 50-51).

⁷³ W kaplicy tej dzielnicy znajduje się siedem figur Matek Bożych, które nazywane są potocznie „Dziewicami”.

4.1.4. CALTZONTZIN

Caltzontzin jest młodą miejscowością, założoną w 1943 roku. Mieszkająca w niej społeczność jest jednak silnie zakorzeniona w przeszłości Regionu Indian Purhépecha. Caltzontzin powstało, gdy na tym terenie ulokowano mieszkańców górskiej wsi San Salvador Parícutin. Ziemie należące do San Salvador zostały pokryte lawą wydobywającą się z rodzącego się wulkanu Parícutin, a ludność przesiedlono o około 50 km, na tereny położone dużo niżej, w pobliżu jednego z głównych miast stanu, Uruapan. Nowa miejscowość otrzymała nazwę Caltzontzin, gdyż taką nazwę nosiła znajdująca się nieopodal stacja kolejowa (Mora Ledesma 1995: 2-3). Nawiązuje to również do historii Imperium Purhépecha, gdyż panujący król nazywany był imieniem Caltzontzin.

Przesiedleni mieszkańcy San Salvador zostali zmuszeni do nagłego wejścia w świat metyski i miejski. Instytucje państwowe zatrudniły między innymi lekarza, pielęgniarkę i nauczyciela, którzy mieli pomagać w adaptacji członków tej społeczności do nowych warunków środowiskowych i kulturowych. Wpłynęło to na liczne zmiany organizacji społecznej wspólnoty, jej struktury politycznej i tradycji.

Najpierw uległy zmianie sposoby zarabkowania (Mora Ledesma 1995: 3, 1998: 106). Ludność Caltzontzin nie mogła, jak do tej pory, utrzymywać się z uprawy ziemi, lecz otworzyły się przed nią możliwości podejmowania innych zajęć. Kobiety zajęły się handlem awokado w Uruapan, a następnie również w odleglejszych miastach stanu oraz w stolicy kraju. Mężczyźni natomiast emigrowali licznie do Stanów Zjednoczonych. Pokolenia dorastające w Caltzontzin otrzymały możliwość wykształcenia, dzięki czemu liczna grupa członków społeczności ukończyła wyższe studia. Szczególnie wielu z nich zostało nauczycielami (Mora Ledesma 1995: 100-105).

Uruapan stopniowo rozrastało się, przybliżając do Caltzontzin, które obecnie stanowi w praktyce przedmieście tego 250-tysięcznego miasta. Na obszarze wspólnoty zaczęły osiedlać się osoby pochodzenia metyskiego. Według danych miejscowej przychodni zdrowia obecnie tylko około 85% mieszkańców Caltzontzin jest pochodzenia indiańskiego. Język purhépecha znają nieliczni (Mora Ledesma 1998: 106).

Równocześnie od lat 90. XX wieku nabiera siły ruch, którego celem jest rewitalizacja tradycji Indian Purhépecha w tej wspólnocie. Grupa złożona z młodszych

i starszych jej członków stara się pielęgnować zwyczaje tubylcze, a także kultywować pamięć o historii przesiedlonej społeczności. Przygotowali oni między innymi obchody Nowego Roku Purhépecha w 2005 roku, a także organizują kursy języka purhépecha. Przedmiotem zainteresowania tej grupy jest również tradycja medyczna Indian Purhépecha.

W 2009 roku populacja Caltzontzin wynosiła, zgodnie z oficjalnymi danymi, 4,5 tys. mieszkańców⁷⁴, jednak personel miejscowego ośrodka zdrowia szacuje, że faktyczna liczba może być nawet dwa razy wyższa. Miejscowość składa się z trzech dzielnic. Znaczna większość domów zbudowana jest z cegły lub cementu, posiadają one dostęp do wody pitnej, prądu oraz gazu. Wiele z nich ma także podłączenie do pełnej kanalizacji. Codziennie rano na głównej ulicy miejscowości tworzą się korki pojazdów prywatnych i komunikacji publicznej, które transportują kobiety i mężczyzn do pracy w Uruapan i innych rejonach stanu. Wiezorami otwierają się natomiast liczne bary i restauracje oferujące posiłki dla wracających z pracy.

4.2. PLURALIZM MEDYCZNY W REGIONIE INDIAN PURHÉPECHA⁷⁵

4.2.1. MEDYCYNĄ TRADYCYJNA I INNE FORMY LECZNICTWA KOMPLEMENTARNEGO I ALTERNATYWNEGO

Współczesna wiedza o medycynie Indian Purhépecha z okresu przedhiszpańskiego jest oparta na kronikach z XVI, XVII i XVIII wieku, które prezentują tylko niektóre elementy tego lecznictwa. Pierwszą i najważniejszą kroniką jest *Relación del los ritos y ceremonias y población y gobierno de los indios de la Provincia de Michuacán* anonimowego autora, która powstała w 1541 roku. Jest ona najczęściej określana jako *Relación de Michoacán* (1977). Mimo iż kronika nie przetrwała w kompletnej postaci, zachowały się rozdziały traktujące o formach leczenia. Kolejną pracą jest *El Vocabulario en lengua de Michoacán* z 1559 roku, autorstwa franciszkanina Maturino Gilberti, w której zostały spisane tubylcze nazwy wielu chorób i określeń związanych z lecznictwem. Wiadomości na temat chorób,

⁷⁴ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, www.inegi.mx (dostęp 20.05.2009).

⁷⁵ Część tego podrozdziału jest zmodyfikowaną wersją fragmentu publikacji: *Medycyna indiańska w Meksyku. Organizacje lekarzy tradycyjnych w Regionie Indian Purhépecha* (Wądołowska 2007), która powstała na podstawie mojej pracy magisterskiej.

roślin leczniczych, specjalistów i technik terapeutycznych Indian Purhépecha zawiera także *Las Relaciones Histórico-Geográficas del siglo XVI* z 1577 roku. W *Historia de las Plantas Medicinales* pióra Francisco Hernandeza znajdujemy opis około stu roślin leczniczych. Z kolei napisana przez dominikanina Francisco Ximéneza *Los Cuatro Libros de la Naturaleza y Virtudes* z 1615 roku, jest poszerzeniem dzieła Hernandeza. Ponadto Matías de Escobar w swojej pracy *Americana Thebaida*, z 1729 roku, opisuje rośliny lecznicze oraz saunę terapeutyczną (*temazcal*). Należy zauważyć, że zgodnie z zawartymi w tej książce informacjami, po dwustuletnim okresie akulturacji Indian Purhépecha nadal popularne były wśród nich tradycyjne praktyki lecznicze, niemniej wiele z nich uległo modyfikacjom pod wpływem kontaktów z medycyną konkwistadorów i ludności metyskiej (Sepúlveda 1988: 16-20).

Na podstawie tych prac można wnioskować, że Indianie Purhépecha uważali przynajmniej niektóre choroby – obok nieszczęść i śmierci – za rodzaj kary nałożonej na człowieka przez bogów, na przykład za złamanie tabu, niewypełnienie obowiązków religijnych czy nieprzestrzeganie zakazu współżycia seksualnego (Sepúlveda 1988: 59-61). Do najbardziej popularnych terapii należało upuszczanie krwi, oczyszczanie (*limpia*), okadzanie oraz *temazcal*. Lekarze pełnili ważne funkcje w Imperium Purhépecha, zajmowali się nie tylko leczeniem, ale również konsultowano z nimi problemy osobiste. Było kilka ich specjalizacji: uzdrowiciele (purh. *xurijkicha*), czarownicy (purh. *sikuamecha*), położne i osoby wykonujące masaże lecznicze (de Jesús Ruiz Méndez 2000: 48-50).

W 1980 roku utworzono Zespół Medycyny Tradycyjnej przy Uniwersytecie Michoacana San Nicolás de Hidalgo w Morelii, który zajmował się badaniem terapii stosowanych w medycynie Purhépecha przed przybyciem Hiszpanów. Wynikiem tych prac są informacje zebrane w książkach Nicolasa Leóna (1984) oraz Maríi T. Sepúlvedy (1988).

W ubiegłym wieku powstało także kilka opracowań dotyczących współczesnej medycyny tradycyjnej Indian Purhépecha. George Foster (1988, 1994) interesował się głównie występowaniem elementów koncepcji humoralnej w leczeniu tubylczym. James C. Young (1981) prowadził badania dotyczące pluralizmu medycznego i wyboru rodzaju terapii leczniczych w górskiej części regionu. W książce *Medical Choice in a Mexican Village* wyróżnił cztery główne czynniki wpływające na decyzje: postrzeganie zagrożeń, jakie może nieść choroba; znajomość środka terapeutycznego z zakresu samoleczenia; wiara w skuteczność

leczenia ludowego bądź biomedycznego konkretnej choroby; środki potrzebne na pokrycie kosztów związanych z daną terapią i dostęp do nich (Young 1981).

María Audirac Rodríguez w książce *Velas, rituales y brujería. Practicas curativas tradicionales en la zona de Pátzcuaro* (1998) opisała metody lecznicze stosowane przez członków organizacji medycyny tradycyjnej w Pátzcuaro. Z kolei praca *La hechicería en Charapan* (Velásquez Gallardo 2000), poświęcona wierzeniom Indian Purhépecha, napisana została z punktu widzenia członka społeczności. Roberto Campos Navarro jest autorem pracy doktorskiej (Campos Navarro 1996), która dotyczy zjawisk związanych z legitymizacją medycyny tradycyjnej między innymi w Regionie Indian Purhépecha. W Colegio de Michoacán w Zamorze powstały najnowsze opracowania dotyczące medycyny tradycyjnej Purhépecha: *Ser curandero en Uruapan* Teresity J. Ruiz Méndez (2000), *Medicina tradicional en una colonia marginal de la ciudad de Zamora* autorstwa Rosario C. Realpozo Reyes (1999) oraz książka poświęcona uzdrowicielom z Cherán *Medicina tradicional P'urhepecha* autorstwa Juana Gallardo Ruiza (2002).

Przegląd alternatywnych i komplementarnych form leczenia znanym współczesnym Indianom Purhépecha należy zacząć od stosowanego przez nich samoleczenia, na które składają się zarówno metody ludowe, jak i proste metody biomedyczne. Szczególnie kobiety znają wiele środków zapobiegawczych i leczniczych, które stosują samodzielnie. Przy pomocy domowych praktyk radzą sobie z pospolitymi dolegliwościami członków swoich rodzin. Zioła są przez nie najczęściej zbierane w okolicy bądź hodowane w przydomowych ogródkach. Można je również nabyć na lokalnych targach. W celach leczniczych spożywa się je na surowo, pije się przygotowane z nich napary oraz sporządza się zewnętrzne okłady z ich wywarów. Oprócz ziół w samoleczeniu używane są też takie produkty, jak: alkohol, sól, pomidory. Stosuje się także biomedyczne środki lecznicze, które najczęściej nabywane są w aptekach bez recepty: aspiryna, różne maści, ale również antybiotyki. Obecnie kobieta, która cierpi na bóle menstruacyjne uda się raczej do apteki po lek rozkurczowy niż zastosuje tradycyjne ziołowe napary, które jeszcze niedawno były jedynym środkiem zaradczym w tego rodzaju dolegliwościach (por. Young 1981: 104-107).

W każdej społeczności chorym pomagają lokalni uzdrowiciele posługujący się tradycyjnymi metodami leczenia. Do takiego *curandero* zgłaszają się osoby z lokalnej społeczności, ale także chorzy z dalszych miejscowości. Badacze szacują, że około

70% uzdrowicieli w Regionie Purhépecha stanowią kobiety (Argueta Villamar 2008: 58).

Specjalizacje lekarzy tradycyjnych związane są z podziałem dolegliwości na „choroby dobre” (zwane również po prostu „chorobami”) i „choroby złe”. Mieszkańcy Regionu Indian Purhépecha określają mianem „dobrych chorób” różnego rodzaju przypadłości, których etiologii upatruje się w przyczynach naturalnych. „Zła choroba” jest natomiast efektem działania czarnej magii, co powoduje, że, według tamtejszych przekonań, nie jest ona uleczalna za pomocą środków stosowanych w biomedycynie⁷⁶. Część uzdrowicieli stosuje przede wszystkim metody oparte na znajomości leczniczych właściwości roślin i innych substancji naturalnych. Zajmują się opieką nad ciężarnymi, odbieraniem porodów oraz udzielaniem pomocy kobietom w okresie połogu. Inni ukierunkowani są głównie na przeprowadzanie zabiegów magicznych. Wykonują oni „oczyszczanie”, odczyniają uroki czy przepowiadają przyszłość za pomocą kart. Uważa się, że za uroki odpowiedzialny jest *brujo* – czarownik, który z własnej woli lub na czyjeś polecenie może rzucić urok. *Curanderos* i *brujos* walczą nieraz ze sobą, usiłując nawzajem przeciwdziałać swoim magicznym siłom. Ten podział jest jednak ambiwalentny, gdyż w praktyce bardzo trudne jest rozróżnienie tych dwóch kategorii (Gallardo Ruiz 2002: 17-20, por. de Jesús Ruiz Méndez 2000: 101-104).

Uzdrowiciel, do którego zgłasza się chory, najpierw próbuje określić, co spowodowało jego chorobę. Odpowiedź na pytanie, czy dolegliwość jest jedną ze „złych chorób” jest podstawowym warunkiem dalszego leczenia. Rozpoznawanie choroby odbywa się przy użyciu kart lub za pomocą rytuału magicznego, jakim jest „oczyszczanie” wonnymi ziołami lub jajkiem. Dolegliwościami spowodowanymi działaniem magii mogą być choroby weneryczne, układu trawienego, różnorodne stany zapalne, bóle głowy, gorączki, paraliż, chroniczne zmęczenie, brak apetytu, bezsenność, stany napięcia nerwowego. Jedną z najczęściej spotykanych przypadłości tego rodzaju jest „złe oko” (hiszp. *mal de ojo*) oraz przestrich (hiszp. *susto*) (Audirac Rodríguez 1998: 109-112). W regionie popularna jest koncepcja, zgodnie z którą człowiek składa się z duszy i ciała. Podczas agonii dusza oddziela się od ciała, a w wyniku przestrichu także może dojść do rozdzielenia się tych części, co jest bardzo niebezpieczne dla zdrowia i życia człowieka (Kemper, Roth-Seneff 1995: 243-247).

⁷⁶ Young również odnotował wiarę w „złą chorobę” w Pichátaro w Regionie Purhépecha. Zauważył on, że członkowie tej społeczności w przypadku podejrzeń o działanie czarnej magii udają się najczęściej do miejscowości Cherán, gdyż praktykujący tam uzdrowiciele uważani są za najskuteczniejszych *brujos* (Young 1981: 114-115).

Spośród chorób ludowych, czyli dolegliwości, które nie mają odpowiedników w klasyfikacji biomedycznej, popularna jest w regionie *caída de la mollera* („opadnięcie ciemączka”⁷⁷), która jest jednak nieco inaczej rozumiana niż u innych grup tubylczych Meksyku. Indianie Purhépecha uważają, że *mollera* (tak z reguły nazywana jest ta dolegliwość), może przydarzyć się zarówno dziecku, jak i osobie dorosłej. Za najczęstszą przyczynę tej dolegliwości uważa się poczucie smutku i tęsknoty. *Mollera* bywa utożsamiana na przykład z migrenowymi bólami głowy czy anginą. Jej leczenie, które najlepiej jest przeprowadzić w środę lub sobotę, polega na „ustawieniu *mollera*”, czyli uciskaniu części podniebienia i gardła, bądź na masażu całego ciała i kuracji ziołami.

Istnieje kilka rodzajów dolegliwości określanej jako *empacho* („choroba zablokowanych jelit”). Może ona zostać spowodowana przez niewłaściwe odżywianie się oraz być skutkiem nieprzestrzegania tradycyjnego zakazu odbywania stosunków seksualnych przez czterdzieści dni od porodu. Objawy tej choroby mogą wystąpić zarówno u kobiety, jak i mężczyzny łamiących tę normę. Symptomami *empacho* są palące bóle żołądka, pieczenie w ustach, silne pragnienie oraz znacznie powiększony brzuch. Czasami występują także duszności, podwyższona temperatura, a mocz nabiera intensywnego koloru (Mull, Mull 1981: 8-9). Przyczyną wielu chorób, według przekonań mieszkańców tego obszaru, jest zachwianie koniecznej dla zachowania zdrowia równowagi „gorąca” i „zimna” w organizmie. Podobnie choroba zablokowanych jelit może zostać wywołana nagromadzeniem się dużej ilości gorąca w ciele człowieka. Określana jest ona wtedy jako *empacho de calor* (czyli *empacho* „z gorąca”). U dzieci może być spowodowana zbyt długim przebywaniem na słońcu, a u dorosłych nadmiernym spożywaniem alkoholu (Foster 1994: 22-35).

Curanderos wykorzystują w niektórych zabiegach rośliny, które zostały zdelegalizowane w Meksyku. Stosują między innymi maści z wyciągiem z marihuany, tradycyjnie zalecane w reumatyzmie, oraz napary z liści krzewów kreozytowych (łac. *Larrea tridentata*, hiszp. *gobernadora*), które mają właściwości pomocne w leczeniu ran, ale także mogą wywoływać poronienia.

W Tarecuato kilka kobiet specjalizuje się w leczeniu *mal de ojo* („złe oko”), *empacho* („choroba zablokowanych jelit”) oraz *caída de la mollera* („opadnięcie ciemączka”). Niektóre z nich pomagają również kobietom w ciąży i podczas porodu.

⁷⁷ W rozdziale drugim piszę, jak ta choroba jest postrzegana u innych grup indiańskich Meksyku.

Adaptują one do swoich praktyk niektóre nowe alternatywne metody i substancje. Na przykład w celach rozgrzewających stosują maści sprzedawane przez konsultantki firmy Oriflame. Przejmują także elementy terapii biomedycznych, przede wszystkim antybiotyki i leki przeciwbólowe. Mały gabinet otworzyła uzdrowicielka, która uczestniczyła w licznych szkoleniach dotyczących ziołolecznictwa. W każdą niedzielę na miejscowym targu sprzedaje zioła, a także maści i syropy własnej produkcji bądź nabyte w mieście.

Jedynie niewielu mieszkańców Tarecuato poszukuje metod alternatywnych poza swoją społecznością. Są to prawie wyłącznie osoby, które przez długi czas przebywały na emigracji bądź posiadają wyższe wykształcenie. Udają się one do specjalistów „medycyny naturalnej” (hiszp. *medicina naturista*), którzy deklarują, że ich metody opierają się na wykorzystaniu zdolności organizmu do samodzielnego zdrowienia. Zalecają również dietę, która ma ułatwiać leczenie. Jeśli zapisują medykamenty, są to głównie substancje pochodzenia naturalnego.

Natomiast we wspólnotach położonych w bliskim sąsiedztwie miast widoczny jest coraz silniejszy wpływ rozmaitych alternatywnych i komplementarnych form lecznictwa. W Caltzontzin zaobserwowałam, że dużą popularnością cieszą się suplementy diety Herbalife, które stosowane są przy bardzo różnych problemach zdrowotnych – od złogów w pęcherzyku żółciowym po gorączkę. Kilka kobiet korzystało także z masażu relaksacyjnych. Na zapleczu jednej z aptek można poddać się terapii na automatycznym łóżku masującym, które – według właścicielki apteki – wykorzystuje metody akupresury, chiropraktyki oraz termoterapii.

Ponadto w Caltzontzin występuje intensywna współpraca pomiędzy indiańskimi uzdrowicielami i osobami parającymi się formami leczenia nietradycyjnymi dla Regionu Indian Purhépecha (np. shiatsu albo metodami Indian Huichol). Specjaliści odwołują się nieraz do indiańskich korzeni swoich metod, chociaż nierzadko ich „tradycyjność” pełni przede wszystkim funkcję chwytu marketingowego. Pod wpływem tej współpracy metody medycyny purhépecha łączą się z formami leczenia obcymi dotychczas Indianom Purhépecha.

Znaczna grupa mieszkańców tej miejscowości uczestniczy w ceremonii *temazcal*, która przeprowadzana jest w dni, gdy księżyc znajduje się w pełni. Uzdrowiciele z Uruapan i Zamory organizują rytuały przeznaczone dla różnych kategorii osób w specjalnie przygotowanym do tego celu miejscu w pobliskim lesie. Kobiety miesiączkujące biorą udział w specjalnym *temazcal*, w którym nie mogą

uczestniczyć mężczyźni. Uważa się bowiem, że ceremonia ta wyzwala w miesiączkującej kobiecie bardzo silną energię, która może być szkodliwa dla mężczyzn. Kilka osób uczestniczyło także w praktykach o charakterze religijno-leczniczym, których centralnym punktem było zażywanie substancji psychoaktywnych, przede wszystkim peyotlu i grzybów halucynogennych.

Mieszkańcy obu badanych społeczności wierzą w moc leczniczą modlitw do lokalnych świętych. Szczególnie w Tarecuato istnieje silny kult postaci Cristo Milagroso (Chrystusa Cudownego), zwanego również El Señor de la Salud (Opiekunem Zdrowia), któremu poświęcona jest jedna z kaplic w tej miejscowości. Uważa się, że osoby, które przyjmują funkcję *carguero*, czynią to, aby prosić o pomoc w problemach zdrowotnych bądź podziękować za ich wysłuchanie (Ventura Patiño 2003: 80-84).

4.2.2. BIOMEDYCZNA SŁUŻBA ZDROWIA W REGIONIE INDIAN PURHÉPECHA

I JEJ RELACJE Z MEDYCYNĄ TRADYCYJNĄ

Społeczności Regionu Indian Purhépecha od kilkudziesięciu lat przechodzą przemiany wywołane między innymi uzyskaniem szerszego dostępu do terapii biomedycznych. Dzieje się to przede wszystkim za sprawą programów państwowych, których celem jest objęcie podstawową opieką medyczną wszystkich mieszkańców kraju. Nie bez znaczenia jest także poprawa sytuacji ekonomicznej części Indian Purhépecha, sprawiająca, że mogą oni korzystać z odpłatnych form opieki zdrowotnej.

Instytucje państwowe zaczęły oferować mieszkańcom Caltzontzin opiekę medyczną od momentu powstania tej miejscowości, czyli znacznie wcześniej niż w innych społecznościach regionu. Obecnie działa tam przychodnia, której personel składa się z pięciu lekarzy pracujących na stałe i studentów medycyny odbywających tam swój roczny staż, a także kilku pielęgniarek. Oferuje ona bezpłatną pomoc zarówno członkom programu IMSS-Oportunidades, jak i posiadającym ubezpieczenie Seguro Popular.

Natomiast w Tarecuato pierwsza przychodnia prowadzona była przez siostry zakonne mieszkające w tamtejszym klasztorze. Udzielały one podstawowej pomocy chorym oraz podawały im popularne medykamenty. Następnie jeden z mieszkańców, który zdobył doświadczenie jako pracownik pomocniczy w szpitalu w Zamorze, zaczął

pomagać chorym członkom swojej społeczności. Jego zajęcie polegało przede wszystkim na sprowadzaniu leków z aptek w mieście.

Od połowy lat 80. XX wieku w Tarecuato działa przychodnia IMSS-Oportunidades, z której usług korzystają przede wszystkim osoby objęte tym programem, lecz pozostali także mogą otrzymać tam bezpłatną pomoc medyczną. Pracujący tam lekarze na początku spotykali się z nieufnością społeczności. Te relacje uległy zdecydowanej poprawie, gdy w ośrodku zatrudniona została lekarka.

Głównym celem utworzenia lokalnych ośrodków zdrowia było otoczenie opieką kobiet w ciąży, podczas porodu i po nim oraz ochrona zdrowia małych dzieci. Podkreślić należy, że dążenie do objęcia całego społeczeństwa przynajmniej najprostszą formą pomocy medycznej podyktowane było również polityką skierowaną na ograniczenie przyrostu naturalnego.

Obecnie w placówce IMSS-Oportunidades w Tarecuato pracuje jedna lekarka i jedna pielęgniarka; obie są spoza tej miejscowości, ale pracują w niej od wielu lat. Pielęgniarka posługuje się językiem purhépecha. Głównym zadaniem ośrodka jest przyjmowanie osób należących do IMSS-Oportunidades na obowiązkowe konsultacje i badania, których terminy są z góry wyznaczane, a także przeprowadzanie dla nich szkoleń. Z tego powodu osoba chora, spoza tego programu, musi najczęściej oczekiwać wiele godzin na wizytę. Wieczorem, w nocy i weekendy placówka jest zamknięta. Nie wszyscy chorzy zostają przyjęci danego dnia. Jak zauważyła pracująca tam lekarka:

Ci, którzy mają Oportunidades przychodzą, ponieważ są zobowiązani i muszą przyjść. Pozostali przychodzą tylko wtedy, gdy potrzebują pomocy. Ale tych przychodzi mniej (A., lekarka, ok. 40 l.).

Pracownicy ośrodków zdrowia w Tarecuato szacują, że około 1200 rodzin z tej miejscowości korzysta z IMSS-Oportunidades. Warto zwrócić uwagę, że program ten nie dociera do wszystkich potrzebujących rodzin w Tarecuato i Caltzontzin, czego świadomy jest personel tych placówek. Ich zdaniem jest to wina przedstawicieli wspólnoty powołanych do zapisywania nowych osób do programu. Nieraz pomijają oni nawet bardzo ubogie rodziny, a praktycznie niemożliwe jest dołączenie do IMSS-Oportunidades bez ich pośrednictwa. Bywa natomiast, że beneficjentami programu są osoby, którym on nie przysługuje, ponieważ posiadają ubezpieczenie w ramach IMSS lub ISSSTE bądź są bardzo dobrze sytuowane.

Od 2004 roku w Tarecuato działa również przychodnia Ministerstwa Zdrowia, która otwarta jest wyłącznie w ciągu dnia, tylko w dni robocze. Osoby korzystające z programu Seguro Popular⁷⁸ otrzymują tam bezpłatną opiekę medyczną, natomiast pozostali muszą wnieść niewielką opłatę. W placówce pracuje pięciu lekarzy oraz dentysta. Większość lekarzy to studenci odbywający tam swój staż, część personelu wywodzi się z Tarecuato. Jedna z pielęgniarek, biegle posługująca się językiem purhépecha, pomaga lekarzom podczas konsultowania starszych osób, które mają trudności w komunikowaniu się w języku hiszpańskim.

Nie wszyscy mieszkańcy obu badanych społeczności uprawnieni do uczestnictwa w programie Seguro Popular są jego beneficjentami. Znaczna grupa osób nie jest świadoma istnienia tej nowej formy ubezpieczenia. Niektórzy przypuszczają, że udział w nim wiąże się z dodatkowymi opłatami. Inni nie wiedzą, w jaki sposób mogą się ubiegać o to ubezpieczenie bądź nie posiadają dokumentu tożsamości, który jest niezbędny do rejestracji.

Pacjentami państwowych ośrodków zdrowia w Tarecuato są najczęściej młode kobiety w ciąży i z małymi dziećmi. W Caltzontzin z usług tych służb medycznych korzystają w dużo większym stopniu również starsze kobiety i mężczyźni. Zdecydowanie mniejsza akceptacja dla państwowych placówek zdrowia wśród mieszkańców Tarecuato przejawia się między innymi brakiem zgody niektórych matek na szczepienia ich dzieci.

Do wielu społeczności regionu raz na kilka lat dociera grupa wolontariuszy, która składa się głównie z lekarzy dermatologów i personelu pomocniczego, na stałe pracujących w okolicznych miastach. Przez cały dzień oferują oni bezpłatną pomoc medyczną mieszkańcom jednej ze społeczności wiejskich. Przeprowadzają badania, których celem jest przede wszystkim wykrywanie nowotworów skóry, ale również raka szyjki macicy, piersi czy prostaty. Nie pobierają wynagrodzenia za swoją pracę, a potrzebny sprzęt i koszty związane z transportem pokrywa jedna z firm farmaceutycznych wraz z władzami gminy.

Od lat 80. XX wieku w Tarecuato i Caltzontzin działają również prywatne gabinety lekarskie, na których dość kosztowne usługi stać tylko część mieszkańców. Najczęściej są to osoby lepiej sytuowane, szczególnie te, które posiadają rodzinę w Stanach Zjednoczonych. W oddalonym od ośrodków miejskich Tarecuato

⁷⁸ Beneficjenci IMSS-Oportunidades również mają prawo do korzystania z tego programu.

systematycznie rośnie liczba lekarzy prowadzących prywatną praktykę. W 2009 roku było ich w tej miejscowości około dziesięciu. Każdy z prywatnych lekarzy ma najczęściej stałą grupę pacjentów. Ich usługi polegają na udzielaniu porad oraz pobieraniu próbek, które są następnie wysyłane do analizy w klinice miejskiej. Jeden z lekarzy wykonuje na miejscu badanie ultrasonograficzne. Przyjmują nieregularnie w swoich gabinetach, od kilku godzin do kilku dni w tygodniu. W ciągu dnia nie można liczyć na ich obecność, gdyż wielu z nich pracuje wtedy w większych miejscowościach. Zresztą najwięcej pacjentów zgłasza się do nich w nocy i w weekendy, gdy tamtejsze przychodnie państwowe są zamknięte. Kilku lekarzy prywatnych prowadzi swoją praktykę w Tarecuato już od wielu lat, najczęściej założyli tam rodziny.

Mieszkańcy Tarecuato udają się również na wizyty do prywatnych przychodni w okolicznych miastach, przede wszystkim w Tingüindin, Los Reyes i Zamorze, gdyż koszty ich usług są nieco niższe od opłat pobieranych przez lekarzy przyjmujących na miejscu. W Caltzontzin, z powodu bliskości dużego miasta, które oferuje bogaty wybór placówek prywatnej opieki medycznej, przyjmuje tylko dwóch lekarzy prywatnych. Oni również prowadzą praktykę najczęściej wieczorami i w nocy.

Członkowie obu społeczności często proszą o poradę personel jednej z licznych tamtejszych aptek. Pracujące tam osoby najczęściej nie przeszły formalnego szkolenia medycznego czy farmaceutycznego. Wyjątek stanowią apteki należące do sieci Similares, na zapleczu których sporadycznie przyjmują młodzi lekarze. Taka konsultacja jest znacznie tańsza w porównaniu do kosztów wizyt w gabinetach prywatnych, dlatego często zgłaszają się tam osoby, które nie zostały przyjęte w lokalnej przychodni zdrowia.

Duża grupa mieszkańców Caltzontzin posiada ubezpieczenie w ramach ISSSTE. Korzystają oni z usług przychodni i szpitali dla pracowników sfery budżetowej i ich rodzin w Uruapan. Natomiast w Tarecuato tylko nieliczni posiadają prawo do opieki w placówkach ISSSTE. Jeszcze mniejsza część mieszkańców tej społeczności otrzymała ubezpieczenie w ramach IMSS. Najbliższe przychodnie przyjmujące osoby, które posiadają to ubezpieczenie znajdują się w Zamorze. Najczęściej jednak ubezpieczeni nie chcą tracić czasu na dojazd do miasta, więc udają się do jednego z ośrodków państwowych bądź prywatnych w Tarecuato. Do placówek w mieście jadą głównie wtedy, gdy konieczna jest hospitalizacja.

Personel placówek zdrowia w Caltzontzin i Tarecuato ma możliwość wykonania tylko podstawowych badań i przeprowadzenia drobnych zabiegów, dlatego chorzy wymagający specjalistycznej opieki odsyłani są do jednego ze szpitali w Zamorze bądź Uruapan, a sporadycznie również w stolicy stanu. Osoby objęte programem Seguro Popular są uprawnione do bezpłatnej lub częściowo odpłatnej opieki w szpitalach nadzorowanych przez Ministerstwo Zdrowia. Pacjenci posiadający IMSS-Oportunidades mają prawo do darmowej pomocy szpitalnej tylko w jednym ośrodku w regionie, Paracho. W praktyce rzadko z niej korzystają, z uwagi na dużą odległość do tego miasta. Nie tylko osoby posiadające ISSSTE i IMSS, lecz również beneficjenci IMSS-Oportunidades i Seguro Popular udają się czasami do szpitali prywatnych, które powszechnie uważa się za oferujące usługi najwyższej jakości.

Ponadto Narodowa Komisja ds. Rozwoju Ludów Tubylczych (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, CDI) (wcześniej Narodowy Instytut Indygenistyczny – Instituto Nacional Indigenista, INI) i IMSS-Oportunidades realizują w Regionie Indian Purhépecha programy instytucjonalizacji medycyny tradycyjnej. Tworzenie organizacji skupiających uzdrowicieli indiańskich zapoczątkowało proces profesjonalizacji ich praktyk, w którym ich praca zaczęła podlegać normom ustalonym przez instytucje państwowe. Na badanym obszarze utworzono kilka takich stowarzyszeń. Przy materialnym i organizacyjnym wsparciu INI powstała między innymi Organizacja Indiańskich Lekarzy Purhépecha (Organización de Médicos Indígenas Purhépechas) z siedzibą w Pátzcuaro. Skupia ona około czterdziestu lekarzy tradycyjnych pochodzących ze wspólnot indiańskich z okolic Jeziora Pátzcuaro, a także Caltzontzin. Organizacja posiada cztery ośrodki, w których jej członkowie pełnią dyżury kilka razy w tygodniu. Codziennie w każdej z placówek do dyspozycji pacjentów jest dwóch lub trzech członków organizacji. Ośrodki otoczone są ogródkami, w których uzdrowiciele uprawiają rośliny lecznicze. Razem przygotowują także potrzebne im do pracy lekarstwa.

Stowarzyszeniu przewodniczy komisja wykonawcza (hiszp. *mesa directiva*), w skład której wchodzi prezydent, sekretarz i skarbnik. Organizacja uchwaliła regulamin, który określa, kto może zostać do niej przyjęty. Musi być to osoba pełnoletnia, powinna pochodzić ze wspólnoty indiańskiej, a także cieszyć się uznaniem swojej społeczności. Niemniej, w wyniku instytucjonalizacji medycyny tradycyjnej przemianom ulega forma przekazywania wiedzy i umiejętności koniecznych, by zostać *curandero*. Osoby zainteresowane lecnictwem indiańskim, które swoją wiedzę czerpią

nie tyle z obserwacji pracy starszych lekarzy tradycyjnych, co na przykład z lektury książek, mogą brać udział w szkoleniach, kongresach, wymianie doświadczeń z uzdrowicielami z innych grup etnicznych oraz specjalistami innych terapii komplementarnych i alternatywnych. Po ukończeniu kursów, otrzymują dyplomy, które następnie służą do legitymizacji ich „tradycyjnych” umiejętności.

Utworzenie organizacji skupiających lekarzy tradycyjnych ma dawać gwarancję, że metody przez nich stosowane są bezpieczne. Uzdrowiciele zrzeszeni w takiej organizacji określani są jako „lekarze tradycyjni” (hiszp. *médicos tradicionales*), a w jej statucie znajduje się zapis mówiący, że jedynym celem działalności członków jest pomaganie chorym. Dzięki temu nastąpiło jednoznacznie oddzielenie ich pracy od praktyk czarowników. Zgodnie ze statutem stowarzyszenia również w dużym stopniu ograniczone zostało stosowanie metod magicznych. Wstępujący do organizacji są zapisywani jako specjaliści jednej z czterech kategorii: kręgarz, zielarz, akuszerka oraz lekarz wiejski (*médico del campo*), mimo że w medycynie Indian Purhépecha nie istnieje tak wyraźna specjalizacja uzdrowicieli. Wyłącznie reprezentanci ostatniej specjalizacji uprawnieni są do wykorzystywania praktyk magicznych, lecz jedynie w celu przeciwdziałania czarnej magii. W każdym ośrodku mieści się mała kaplica, w której modlą się *curanderos* przed rozpoczęciem pracy – ma to świadczyć o ich przywiązaniu do religii.

Instytucje państwowe, które skupiają uzdrowicieli w formalne organizacje pośrednio zaręczają za pracę ich członków. Przyczyniło się to do wzrostu zainteresowania i szacunku ludności metyskiej dla lecznictwa praktykowanego przez indiańskich uzdrowicieli. Wskutek tego w przypadku niektórych *curanderos* uznanie społeczne ze strony wspólnoty zaczęło odgrywać mniejszą rolę.

5. INDIANKI PURHÉPECHA I OPIEKA NAD ICH ZDROWIEM REPRODUKCYJNYM

5.1. KOBIETY U INDIAN PURHÉPECHA

Opisując relacje genderowe i pozycję kobiet w badanym regionie inspirowe się między innymi pracą Magdaleny Śniadeckiej-Kotarskiej, *Być kobietą w Ekwadorze* (2003). Badaczka zwraca uwagę na takie cechy kobiet indiańskich, jak zaradność, samodzielność i przedsiębiorczość, starając się przełamać jednowymiarowe ukazywanie tych mieszkanki Ameryki Łacińskiej, skupiające się na ich biedzie i zacofaniu. Taki obraz znajdujemy na przykład w pracy *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad* (Freyermuth Enciso 2003). Dyskusja nad sprawczością kobiet indiańskich ma duże znaczenie dla rozważań podjętych w tym rozdziale. Sprawczość kobiet w życiu codziennym, a szczególnie w relacjach rodzinnych, jest bowiem ważna w procesie negocjowania wyborów form opieki nad zdrowiem reprodukcyjnym.

5.1.1. CHARAKTERYSTYKA DEMOGRAFICZNO-SPOŁECZNA

Zgodnie z opracowaniem Narodowej Komisji ds. Rozwoju Ludów Tubylczych (CDI) *Indicadores con perspectiva de género para los pueblos indígenas* z 2006 roku, poziom analfabetyzmu wśród Indianek Purhépecha powyżej 15 roku życia był prawie dwa razy wyższy (wynosił 35%) niż wśród mężczyzn z tej grupy (19%) (Fernández Ham i in. 2006b: 91). Tak 18% kobiet, jak i mężczyzn ukończyło szkołę podstawową, natomiast szkołę średnią 11% kobiet, w stosunku do 14% mężczyzn (Fernández Ham i in. 2006b: 100-103). Kobiety wychodziły za mąż najczęściej między 20 a 24 rokiem życia (Fernández Ham i in. 2006b: 65). Pracę zarobkową podejmowało nieco powyżej 24% kobiet ze wspólnot indiańskich (Fernández Ham i in. 2006b: 131). Co zastanawiające, kobiety były określane jako głowy rodzin w aż 18% gospodarstw domowych (Fernández Ham i in. 2006b: 155). Współczynnik płodności Indianek

Purhépecha wynosił 2,2 (Fernández Ham i in. 2006b: 83), przy czym kobiety w wieku rozrodczym (12-49 lat dla Meksykanek) stanowiły 56% żeńskiej populacji (Fernández Ham i in. 2006b: 78). W skali całego Michoacán średnia oczekiwana długość życia w 2000 roku wynosiła 77 lat dla kobiet i 71 lat dla mężczyzn (Zúñiga, Zubieta 2001: 57).

5.1.2. POZYCJA CÓRKI, ŻONY, SYNOWEJ, MATKI I TEŚCIOWEJ

W Tarecuato matki oczekują od córek, że w wieku 6-8 lat będą pomagały im już w opiece nad młodszymi dziećmi i w pracach domowych. Od czasu pierwszej miesiączki rodzice starają się nadzorować dziewczynkę. Rzadko może ona opuszczać dom; zawsze w towarzystwie starszego członka rodziny. Obiektem troski bliskich jest czystość przedmałżeńska młodej kobiety, od której zależy jej dobre imię, ale również reputacja rodziny. Wiele dziewcząt kończy edukację na kilku klasach szkoły podstawowej, lecz bywa też, że rodzice w ogóle nie wysyłają swoich córek do szkoły. Obawiają się bowiem, że dziewczynka może zostać uwiedziona przez kolegę z klasy.

[Najstarsza] córka M. już nie chodzi do szkoły. Skończyła podstawową, ale matka nie puściła jej do gimnazjum. Córka poszła może kilka razy, ale potem już jej nie pozwoliła, bo bała się, że zaraz ją tam jakiś ukradnie. Zresztą córka musi jej pomagać w domu (R., 23 l.)⁷⁹.

W Tarecuato pretendent na męża może przychodzić tylko pod dom dziewczyny, a spotkania takiej pary odbywają się najczęściej w drzwiach wejściowych, gdzie są obserwowani przez rodzinę. Jeśli chłopak stara się o względy dziewczyny od dłuższego czasu, rodzice mogą pozwolić im razem udać się na spacer albo tańce, młodzi zawsze powinni jednak pozostawać w towarzystwie krewnych dziewczyny. Natomiast w Caltzontzin dziewczęta cieszą się dużo większą swobodą. Starsze mogą spotykać się z rówieśnikami poza domem. Większość z nich zdobywa przynajmniej wykształcenie średnie, a wiele dziewcząt uczęszcza do szkół wyższych w Uruapan i innych miastach Michoacán.

W obu społecznościach w powszechnym dyskursie podkreśla się, że kobieta powinna zachować czystość do dnia ślubu⁸⁰. Bycie „nietkniętą” (hiszp. *intacta*) ma tak duże znaczenie, że ginekolodzy nie badają niezamężnych dziewcząt przez pochwę.

⁷⁹ Wszystkie cytaty w kolejnych fragmentach pracy pochodzą z wypowiedzi kobiet.

⁸⁰ Inaczej jest w przypadku mężczyzn. Kobiety domyślają się, że ich narzeczeni przeszli już wcześniej inicjację seksualną.

Podobnie, bycie wierną żoną jest ważne w budowaniu statusu społecznego kobiety. Te deklarowane normy społeczne często nie są jednak przestrzegane, gdyż wiele kobiet wychodząc za mąż jest w ciąży, a te, których mężowie przebywają w Stanach Zjednoczonych mają czasami kochanków. Niektóre mieszkanki regionu ukrywają niechcianą ciążę upinając odpowiednio tradycyjny strój, i zaraz po urodzeniu oddają dziecko obcym osobom (ze wspólnoty lub spoza niej), które je adoptują.

Należy podkreślić, jak rozumiane jest określenie „pobrali się” (hiszp. *se casaron*). W Tarecuato i Caltzontzin mówi się tak o parze, która oficjalnie „spędziła razem noc”, po której dziewczyna powinna zamieszkać w domu swojego narzeczonego. Od tego momentu określa się ich jako „żonę” i „męża”. Wydarzenie to nazywane jest również „kradzieżą” (hiszp. *robo*). To określenie wywodzi się ze zwyczaju porywania dziewczyny przez mężczyznę chcącego ją poślubić. Po akcie fizycznego zdobycia kobieta była „skalana”, więc rodzina wywierała na nią presję, aby wyszła za mąż za swojego porywacza (por. Nelson 2006: 59-62). Obecnie para wspólnie uzgadnia, że dziewczyna zamieszka w domu rodzinnym swojego chłopaka. Nazywanie wydarzenia *robo* ma jednak na celu podkreślenie, że to chłopak namawia dziewczynę, aby z nim współżyła.

Mimo sprzeciwu rodziców, często „za mąż” wychodzą kilkunastoletnie dziewczęta, gdyż chcą już „zacząć własne życie”. Jedna z mężatek uzasadniła, dlaczego zdecydowała się zamieszkać ze swoim narzeczonym:

Rodzice chcieli mnie powstrzymać przed pójściem z nim [obecnym mężem]. Ale na fiescie mnie namówił i uciekłam z nim. Rodzice się gniewali, ale też już miałam dosyć... Jak miałam się zajmować dziećmi, to wołałam swoimi (M., 25 l).

W Caltzontzin, a czasami także w Tarecuato, zdarza się, że mężczyzna najpierw oficjalnie prosi o rękę dziewczyny jej ojca. Para może wówczas zamieszkać razem dopiero po ślubie kościelnym. Dziewczęta najczęściej marzą o tym, aby zostać „poproszone” (hiszp. *pedida*), gdyż wiąże się to z większym szacunkiem dla nich i ich rodziców.

W przypadku *robo*, rodzice i chrzestni chłopaka powinni udać się następnego dnia do rodziców dziewczyny, aby ich przeprosić, prosić o zgodę na pozostanie dziewczyny w domu chłopaka, a także uzgodnić datę ślubu cywilnego. Przynoszą ze sobą słodki chleb, banany oraz tequilę. Ceremonia w urzędzie odbywa się najczęściej

po kilku miesiącach, a czasami nawet po kilku latach. Natomiast ślub kościelny, wraz z uroczystą fiestą, organizowany jest z reguły znacznie później. W praktyce, jego warunkiem jest posiadanie przynajmniej jednego dziecka. Istotne jest symboliczne znaczenie tej ceremonii, która wzmacnia społeczne usankcjonowanie związku. Sakrament małżeństwa jest także bardzo ważny z punktu widzenia *compadrazgo*, gdyż w trakcie fiesty zawiązywane są więzy pokrewieństwa rytualnego, które podnoszą pozycję rodziny w społeczności (zob. Kemper, Roth-Seneff 1995: 243-247). Ponadto wielu księży nie zgadza się, aby chrzestnymi rodzicami były osoby, które nie są „dobrze ożenione” (hiszp. *bien casados*), czyli żyją razem bez ślubu kościelnego. Podobnie księża mogą odmówić udzielenia chrztu dziecku tym rodzicom, którzy nie posiadają ślubu kościelnego.

Często wyrażany jest pogląd, że pary zwlekają z ceremonią kościelną z uwagi na wysokie koszty fiesty. Tradycyjnie rodzice mężczyzny byli zobowiązani do zorganizowania ślubu i wesela, a także zakupu ubrań dla młodożeńców. Natomiast rodzice dziewczyny mieli za zadanie przygotowanie jednego z posiłków. Obecnie coraz częściej małżonkowie sami opłacają większość kosztów swojego wesela. Uważa się jednak, że matka mężczyzny powinna kupić pannie młodej przynajmniej kilka części tradycyjnego stroju. Pan młody prawie zawsze ma na sobie garnitur, a niektóre kobiety – w obu badanych miejscowościach – w miejsce tradycyjnego ubioru decydują się na białą suknię z welonem.

Dla nowej rodziny istotne są zarówno więzi pokrewieństwa z rodziną kobiety, jak i mężczyzny, gdyż panuje tam bilateralny system pokrewieństwa. Krewni mężczyźni odgrywają jednak ważniejszą rolę, gdyż mężatka zostaje podporządkowana matce męża. W Tarecuato matka ma bardzo duży wpływ na relacje syna z żoną. Jedna z moich rozmówczyń porównała stosunki między teściową a synową do fundamentu domu. Jeśli fundament nie będzie mocny, to dom rozpadnie się. Podobnie jeśli teściowej nie spodoba się wybranka jej syna, to małżeństwo nie przetrwa. Lekarka z placówki zdrowia w tej społeczności zauważyła: „Tutaj to teściowa decyduje. Mąż jest drugi do podejmowania decyzji”. Z kolei lekarze przyjmujący rodzące kobiety ze wspólnot indiańskich w szpitalu w Zamorze zwrócili uwagę, że położnicom z reguły towarzyszy teściowa, czasami matka. Mąż najczęściej w milczeniu oczekuje w poczekalni.

Znaczące jest, że większość dziewcząt, które wychodzą za mąż w starszym wieku, bierze pod uwagę opinię, jaką cieszy się matka ich kandydata na małżonka.

Bywa, że odrzucają starania mężczyzny z tego powodu, że jego matka znana jest z wymagającego podejścia do swoich synowych.

R.: Przychodził jeszcze kilka razy ten, który jest muzykiem, który grał na ślubie córki ciotki T. Wołał mnie, ale nie wychodziłam.

A.W.: Nie spodobał ci się?

R.: [śmiech] Nie, nie [poważniej]. Mówiły mi, że jego matka wyrzuciła już dwie żony swoich synów, że jest bardzo złośliwa. A ja nie chcę... (R., 23 l.).

W obu badanych miejscowościach podkreśla się powszechnie, że synowa powinna traktować swoją teściową z szacunkiem. Niemniej, tylko w Tarecuato to ona decyduje, czy i kiedy młoda kobieta może opuścić domostwo, nawet jeśli celem jest wizyta u jej rodziców. Podczas moich badań w tej miejscowości nie udało mi się nigdy porozmawiać z młodymi mężatkami, jeśli w pobliżu znajdowała się matka ich męża. Czuły się one skępowane jej obecnością, a poza tym to teściowa postrzegana jest jako jedyna kobieta w rodzinie uprawniona do publicznego zabierania głosu. Ona najczęściej dysponuje również pieniędzmi nowej rodziny, gdyż dopóki mężczyzna mieszka w domu rodziców, większość zarobionych pieniędzy oddaje matce. Młoda kobieta jest zobowiązana, od pierwszego dnia spędzonego w domu męża, do wykonywania licznych prac domowych. Do jej zadań przede wszystkim należy ręczne robienie tortilli dla wszystkich członków rodziny, co uważa się za zajęcie wyjątkowo czasochłonne i męczące. W powszechnej opinii, tylko kobieta, która potrafi przygotować ten podstawowy składnik posiłków może zamieszkać w domu swojego narzeczonego. Synowe mieszkające we wspólnym gospodarstwie są ze sobą często skonfliktowane, gdyż rywalizują o względy teściowej. Ta z żon synów, która obdarzana jest największym szacunkiem, z czasem może przejąć część władzy teściowej. W Caltzontzin natomiast młoda mężatka cieszy się dużo większą swobodą. Najczęściej pomaga teściowej w zajęciach domowych, jednak nie jest to jej obowiązkiem.

Jeżeli spotykają się młode kobiety w Tarecuato, jednym z częściej podejmowanych przez nie tematów są ich relacje z teściowymi. Rozmowy te mają często charakter wzajemnego wsparcia. Synowe skarżą się na to, jak są traktowane przez matki mężów, żartują z nich bądź opowiadają, jakimi sposobami starają się zaskarbić sobie ich sympatię. Kobiety w każdym wieku, nawet te, które same od dawna są już teściowymi, często wspominają przykrości, które spotkały je ze strony matki męża. Jedna z moich najstarszych rozmówczyń żaliła się:

Moja [teściowa] nie pozwoliła mi iść, gdy przyszła moja kuzynka powiedzieć, że moja matka umiera... Dopiero jak teść wrócił do domu, to mi pozwolił iść. Jak doszłam, to matka już nie żyła, ale teściowa i tak była na mnie zła, że poszłam (C., 57 l).

Poprzez te opowieści młode mężatki wyrażają sprzeciw wobec swojej sytuacji podporządkowania. Są one dla nich – cytując Jamesa Scotta (1985) – „codziennymi formami oporu”, dzięki którym zyskują poczucie, iż nie są całkowicie bierne w swojej relacji z teściową.

W Tarecuato, jeśli dziewczyna nie spodoba się matce męża, ta może ją ukarać, opowiadając o niej krzywdzące plotki swojemu synowi oraz na forum lokalnej społeczności. Najczęściej opowieści te mają na celu podanie w wątpliwość wierności kobiety, co często powoduje przemoc wobec niej ze strony męża. Równocześnie, zupełnie inne jest podejście wielu kobiet do kwestii wierności ich mężów. Uważają one, że mężczyźni mają prawo opuszczać dom o dowolnej porze i spotykać się z „kolegami i koleżankami”. Żonaci mężczyźni dość często posiadają kochanki. Czasami te relacje pozostają w tajemnicy, lecz posiadanie „drugiej żony” i dzieci z nią nie przynosi ujmy na honorze. Wiele zdradzanych kobiet nie wyraża sprzeciwu, gdy ich mąż część każdego tygodnia spędza w swoim „drugim domu”.

W Tarecuato spotykałam się z opiniami, że małżeństwo często wpływa w jakiś sposób na zdrowie kobiety⁸¹. Z jednej strony, dziewczyna, która długo nie wychodzi za mąż może z tego powodu podupaść na zdrowiu, co objawia się stopniowym chudnięciem. Natomiast po zamążpójściu jej figura z reguły się poprawia⁸². Z drugiej strony, jeśli mężczyzna źle traktuje swoją żonę, szczególnie jeśli ją bije bądź zmusza do częstych stosunków seksualnych, kobieta zaczyna chorować i chudnąć. Moje rozmówczynie nieraz opowiadały o swoich zmarłych koleżankach, które były źle traktowane przez mężów, co spowodowało, że „stopniowo chudły, aż umierały”⁸³.

W Tarecuato szczególnie często bywa, że dziewczyna zostaje wyrzucona z domu przez męża bądź jego rodziców, co zdarza się nawet w przypadku ciężarnych lub matek z małym dzieckiem. Czasami młoda kobieta sama decyduje się wrócić do domu rodzinnego. W Caltzontzin podobne sytuacje mają miejsce dużo rzadziej.

⁸¹ W Caltzontzin nie odnotowałam takiego przekonania.

⁸² To znaczy, że kobieta po ślubie najczęściej lekko tyje, co jest pozytywnie wartościowane.

⁸³ Dodać trzeba, że według miejscowych opinii mężczyźni również chudną, gdy mają problemy ze zdrowiem, szczególnie gdy nadużywają alkoholu.

Mężczyzna z reguły rzuca żonę, jeśli uzna, że jest ona bezpłodna, dlatego bardzo ważne jest, aby młoda mężatka potwierdziła swoją płodność możliwie szybko zachodząc w ciążę.

M.: Ja miałam problem, bo po ślubie długo nie mogłam zajść w ciążę. Mój mąż pytał mnie, czy coś jest ze mną złe. Mówił, że jak nie będę miała dziecka, to przecież mnie zostawi.

A.W.: Jak długo nie mogłaś zajść w ciążę?

M.: Chyba jakieś pięć czy sześć miesięcy (M., 31 l.).

Indianie Purhépecha uważają, że momentem wejścia kobiety w dorosłe życie są narodziny jej pierwszego dziecka. W języku purhépecha istnieje rozróżnienie pomiędzy kobietą, która wyszła za mąż (*tembunani*) a mężatką, która ma już dzieci (*uariáti* lub *uarhíti*)⁸⁴. Ponadto posiadanie liczego potomstwa przynosi możliwość nawiązania kolejnych relacji pokrewieństwa rytualnego.

Dzieci są postrzegane jako dar od Boga, a zatem nie można zaplanować ich pojawienia się na świecie. Zdaniem lekarki pracującej w ośrodku zdrowia w Tarecuato, wiele kobiet nie decyduje się na stosowanie sztucznych metod zapobiegania ciąży ze względu na podejście miejscowych duchownych, którzy często upominają swoich parafian, że jest to grzechem. Bywa, że do ośrodka zdrowia zgłaszają się kobiety z prośbą o wyjęcie wkładki domacicznej, na którą wcześniej się zdecydowały, gdyż ksiądz podczas spowiedzi upominał je, iż dopóki korzystają z antykoncepcji, nie mogą pełnić roli matki chrzestnej.

W Tarecuato mężczyźni są z reguły przeciwni, temu, by ich żona stosowała środki antykoncepcyjne⁸⁵. Wiele mężatek mówi, że ich mężowie lubią, gdy są one w ciąży, gdyż w tym stanie – w ich mniemaniu – nie są narażone na zaloty innych mężczyzn. Ponadto liczne ciążę kobiety stanowią potwierdzenie męskości jej męża. Świetnym przykładem takiego podejścia może być opowieść jednej z mieszkanki Tarecuato. Małżonkowie posiadali 13 dzieci, gdy kobieta zaszła w kolejną ciążę. Siostra namówiła ją, aby podczas kolejnego porodu poddała się sterylizacji, gdyż rodzina żyła w trudnych warunkach materialnych. Kobieta zdecydowała się na ten zabieg, lecz w krótkim czasie po tym mąż odszedł do swojej kochanki, przestając

⁸⁴ Pełnienie roli matki jest w wielu kulturach uważane za podstawowy wyznacznik kobiecości. Piszą o tym polskie socjolożki: „Dorosła kobieta to z definicji ta, która ma dzieci, która jest matką. Wychowanie dzieci przez wielu uważane jest za podstawowe zadanie, powinność i cel kobiecego życia” (Titkow, Duch-Krzystoszek, Budrowska 2004: 205).

⁸⁵ Moje rozmówczynie, których mężowie chcieli jednak uniknąć kolejnej ciąży, deklarowały, że ich mąż „dba o mnie” (hiszp. *me cuida*), co oznacza, że stosują metodę stosunku przerywanego.

utrzymywać żonę i dzieci. Prawdopodobnie kierowała nim chęć bycia z kobietą, która może urodzić mu kolejne dzieci.

Szczególnie duży wpływ na wielkość rodziny ma w Tarecuato teściowa, która na ogół jest zdania, że jej syn powinien mieć jak największą liczbę potomków. Teściowa najczęściej towarzyszy młodej kobiecie podczas wizyty w ośrodku zdrowia, więc gdy lekarka sugeruje stosowanie antykoncepcji, matka zwykle wyraża swój zdecydowany sprzeciw.

Akcje propagujące posiadanie mniejszych rodzin zyskały natomiast pozytywny oddźwięk wśród mieszkanki Caltzontzin, a także większości ich partnerów. Czasem kobiety w tej miejscowości, które posiadają dwójkę lub trójkę dzieci, razem z mężem uzgadniają, że poddadzą się zabiegowi podwiązania jajowodów.

N.: Jak urodziłam córkę [drugie dziecko], to poszłam do lekarza, żeby mnie zoperowali [podwiązali jajowody], bo już nie chcemy więcej dzieci. On [mąż] nie zarabia wiele, a ja jeszcze wtedy nie pracowałam. Ale lekarz powiedział, że nie może mnie zoperować, bo jeszcze nie skończyłam 30 lat. Że może później będę chciała mieć dziecko. U niego [w rodzinie męża] mieli tylko jego i jego brata. To on nie chce mieć więcej dzieci [niż jego rodzice]. Mnie też to już wystarczą (N. 29 l.).

Jak wspomniałam, szczególnie w Tarecuato po ślubie kościelnym kobieta zyskuje wyższy status społeczny. Zdobywa pewną samodzielność, gdy jej rodzina nuklearna oddziela się fizycznie i ekonomicznie od rodziców męża. Może to nastąpić dopiero po urodzeniu pierwszego dziecka. Tradycyjnie mężczyzna wyprowadzał się ze swoją rodziną, gdy dostawał od rodziców ziemię, na której mógł zbudować dom. Obecnie najczęściej musi sam zarobić na kupno gruntu i budowę domu, dlatego wielu mężczyzn decyduje się na czasową emigrację zarobkową. W Caltzontzin rodzina z reguły szybciej wyprowadza się od rodziców mężczyzny. W Tarecuato natomiast małżonkowie często najpierw budują dla siebie osobną kuchnię, dzięki czemu kobieta sama zajmuje się gotowaniem mężowi i dzieciom.

L: Jak żyjesz z teściową?

C.: Teraz to ona już mnie nie obchodzi. Mamy osobną kuchnię, to ona już nic mi nie może powiedzieć. Mąż zaczął mi oddawać pieniądze, bo sama mu gotuję. Nie daje pieniędzy matce. Widzę, że moja teściowa czasami chodzi niezadowolona, ale nic mi nie powie. Mąż też mówił mi, że dlaczego on tak długo oddawał matce pieniądze! Bo teraz i my mniej się na siebie gniewamy (C., ok. 40 l.).

Mężatka, która urodziła kilkoro dzieci, która sprawdza się w rolach matki i żony, zdobywa coraz większe zaufanie teściowej. Ponadto ślub kościelny, wyprowadzenie się nowej rodziny od rodziców męża (a przynajmniej postawienie osobnej kuchni) to wydarzenia w życiu kobiety, dzięki którym stopniowo wzrastają jej możliwości autonomicznego działania. Z biegiem czasu, gdy jej synowie żenią się, to ona przejmuje rolę teściowej. Relacje władzy typowe dla Tarecuato powodują, że kobieta, która jako synowa była podporządkowana matce męża, jako teściowa będzie nadzorowała żony swoich synów.

5.1.3. PRZESTRZEŃ KOBIEC

W Tarecuato istnieje jasny podział pracy pomiędzy płciami. Zadaniem kobiety jest wykonywanie wszystkich zajęć domowych i opieka nad dziećmi. Ponadto kobiety zajmują się szyciem ubrań oraz tkanin dekoracyjnych na użytek własny, czasami również na sprzedaż, a także ich wyszywaniem. Do typowo męskich zajęć należy uprawa roli i budowa domu. Przestrzeń w domostwie nie jest tak jednoznacznie podzielona, najczęściej jednak kobiety i mężczyźni przebywają osobno. Kobiety przygotowują posiłek w kuchni i tam go spożywają. Podają jedzenie mężczyznom, którzy znajdują się najczęściej na patio lub w pokoju. Gdy mężczyźni opuszczają dom, kobiety przechodzą na patio lub siadają w pokoju, w którym znajduje się telewizor. Kobiety wspólnie gotują, oglądają telenowełe, haftują i szyją. Najczęściej ich dzieci bawią się w pobliżu, a dziewczynki pomagają swoim matkom. Jeśli zachodzi konieczność, aby kobieta przebywała w jednym pomieszczeniu z mężczyzną, który nie jest jej mężem, stara się ona zachować większy dystans, na przykład siadając w takim miejscu, by mężczyzna nie mógł widzieć jej twarzy.

Mieszkanki Tarecuato, które samodzielnie poruszają się po miejscowości, mogą być źle postrzegane; niezależnie od ich wieku i stanu cywilnego zawsze powinien towarzyszyć im ktoś z rodziny. Moje badania wymagały częstego przemieszczania się nawet pomiędzy odległymi dzielnicami, co wpłynęło na sposób postrzegania mnie przez członków tej społeczności. Rozmówcy często pytali mnie, czy moi rodzice pozwalają mi na takie zachowanie. Natomiast zaprzyjaźnione rodziny starały się „wysłać” ze mną kogoś do towarzystwa. Przestrzegano mnie szczególnie przed odpowiadaniem na zaczepki mężczyzn, którzy w grupkach stoją na skrzyżowaniach głównych ulic poszczególnych dzielnic, pijąc alkohol bądź paląc

marihuanę. Kilkukrotnie opowiadano mi o kobiecie spoza społeczności, której prowokujące – w ich mniemaniu – zachowanie spowodowało, że doświadczyła przemocy seksualnej ze strony tych mężczyzn. Dodać trzeba, że – jak mi opowiadano – czasami kobiety i dziewczynki są gwałcone przez krewnych, którzy mieszkają w tym samym domostwie.

W Tarecuato wielu mężczyzn nie zgadza się, aby ich żony podejmowały pracę zarobkową. Mąż jednej z moich rozmówczyń, który przebywał w Stanach Zjednoczonych, zagroził, że jeśli nie rzuci ona swojej pracy, przestanie wysyłać pieniądze na utrzymanie ich dzieci.

M.: Powiedziałam mu, gdy dzwonił, że jeżdżę pracować na plantacji. Ale zawsze jeździłam tam z M. [siostrą]. Tam zresztą jeździ dużo kobiet i mężczyźni ze swoimi żonami. Ale on się pogniewał. Chyba był pijany. Następnego dnia zadzwonił zły i powiedział, że: „Skoro tak lubisz pracować, to ja już nie muszę wam wysyłać.” Już więcej nie pojechałam do pracy, a on nie przestał przysłać pieniędzy (M., 31 l.).

Z drugiej strony, część mieszkanki Tarecuato – najczęściej są to osoby samotne i wdowy – podejmuje pracę na okolicznych plantacjach. Sprzedają one awokado, nopal (jadalny kaktus), zioła oraz owoce sezonowe w pobliskich miastach. Część z nich zatrudnia się tam w charakterze pomocy domowej bądź opiekunki do dzieci. W jednostkowych przypadkach pracują jako nauczycielki czy lekarki. Często kobiety, które przed ślubem pracowały, po wyjściu za mąż porzucają swoje zajęcie. Warto zauważyć, że mężatki, które pracują zawodowo mogą z reguły cieszyć się dużo większą swobodą w relacjach z mężem i teściową. Najczęściej opłacają także pomoc domową, która zajmuje się ich domem i opiekuje dziećmi.

Ponadto w drugiej połowie XX wieku nastąpiła komercjalizacja rzemiosła ludowego. Garderobę haftowaną i tkaną zaczęto sprzedawać na lokalnym rynku, a następnie wzrósł na nią popyt również wśród ludności metyskiej. Od lat 60. rzemieślniczki z Tarecuato zaczęły sprzedawać samodzielnie swoje wyroby w mieście (Nelson 2006: 52-55).

Na uwagę zasługuje fakt, że, szczególnie w Tarecuato, jest wiele samotnych matek. Są wśród nich kobiety, które zaszły w ciążę nie licząc na trwały związek z ojcem dziecka. Są także mężatki, które zostały wyrzucone przez męża bądź jego rodziców. Bycie samotną matką jest powodem do wstydu, kobiety te nie spotykają się jednak z ostracyzmem społecznym. Nierzadko wychodzą one za mąż. Jeśli pozostają

same, ich rodzice, a często również rodzeństwo, utrzymują je i ich dzieci⁸⁶. Bywa również, że samotne kobiety zostawiają dziecko swojej matce na wychowanie, by utrzymywać je pracując w pobliskim mieście lub za granicą.

W niemal każdej rodzinie w tej społeczności jest dorosła córka, która nigdy nie miała męża i nie posiada dzieci. Tak duża liczba „starych panien” może wynikać z typowo męskiego charakteru migracji do Stanów Zjednoczonych. Wiele osób uważa jednak, że kobiety te same zdecydowały się mieszkać z rodzicami. Jedna z moich zamężnych rozmówczyń uważa, że:

Kobiecie jest tak lepiej. Z mężem może być różnie, może ją wyrzucić, może ją bić. A jak nie wyjdzie za mąż, to może chodzić, gdzie chce i robić, co chce (R., ok. 65 l.).

Sytuacja finansowa kobiet samotnych – zarówno samotnych matek, jak i młodych wdów czy starych panien – jest w Tarecuato stosunkowo dobra. Ich pozycja społeczna pozwala im podejmować różnorodne zajęcia zarobkowe. Często takie kobiety biorą udział w lokalnej grupie modlitwnej, która prowadzi między innymi rodzinne ceremonie ku czci zmarłych. Otrzymują za to niewielkie wynagrodzenie. Ponadto drobny handel warzywami i napojem *atole* na codziennym targu został w tej miejscowości zdominowany przez samotne kobiety.

W latach 40., 50. i 60. XX wieku w Tarecuato działała grupa kobiet, która włączała się w życie publiczne poprzez wspieranie działań ówczesnego proboszcza parafii na rzecz wspólnoty. Na to zaangażowanie pozwalała im ich pozycja wdów (Ventura Patiño 2003: 56-70). Nadal jednak udział kobiet w podejmowaniu decyzji politycznych w tej społeczności jest niewielki. W Caltzontzin natomiast kobiety odgrywają ważną rolę w tradycyjnej strukturze władzy. To na ich barkach najczęściej spoczywa powinność organizowania kultu ku czci miejscowych patronów.

Podejmowanie pracy przez mieszkanki Caltzontzin jest dość powszechne. Wiele z nich kilkanaście godzin dziennie spędza poza domem. Jak już pisałam, kobiety z tej społeczności zajęły się handlem awokado, aby utrzymywać rodziny, które zostały pozbawione swojego dotychczasowego źródła utrzymania po wybuchu wulkanu. Najpierw podjęły się tego zajęcia wdowy i kobiety, których mężowie wyjechali do Stanów Zjednoczonych. Obecnie wiele kobiet z tej społeczności pracuje również

⁸⁶ Dopiero od niedawna rodzice dzielą majątek zarówno pomiędzy swoich synów, jak i córki. Nie jest to jednak regulowane prawem, a jedynie obyczajem.

jako nauczycielki w okolicznych miejscowościach. Dzięki pracy kobiet z czasem nastąpiło przededefiniowanie ich pozycji w rodzinie. Większość z nich nie zajmuje się gotowaniem dla swojej rodziny, prawie żadna mieszkanka Caltzontzin nie wykonuje ręcznie tortilli. Najczęściej stołują się one ze swoimi rodzinami w jednej z miejscowych jadłodajni. Ponadto wielu mężczyzn pomaga swoim żonom w opiece nad dziećmi (Mora Ledesma 1998: 108-115).

5.1.4. STOSUNEK Kobiet DO SFERY REPRODUKCJI I SEKSUALNOŚCI A PROBLEMY BADAWCZE

Podjęmowanie tematów związanych ze sferą seksualną i reprodukcyjną podczas prowadzonych przeze mnie wywiadów i rozmów narażało wielu trudności. Mieszkanki badanych społeczności postrzegają kwestie związane z seksualnością i reprodukcją jako obszar intymny. Ponadto zagadnienia te często są obciążone silnym ładunkiem emocjonalnym.

Szczególnie wśród młodych mieszanek Tarecuato obserwowałam tabuizację sfery seksualności. Krępowało je również opowiadanie o swoim zdrowiu reprodukcyjnym. Z reguły nie chciały odpowiadać na pytania o nazwy narządów płciowych w języku purhépecha. Nawet w sytuacjach związanych z opieką medyczną nie nazywają swoich organów płciowych.

W rozmowach z młodymi kobietami z Tarecuato realizowałam strategię zadawania najpierw pytań o różne zagadnienia związane z życiem społecznym, aby stworzyć sposobność do wywołania rozmowy na tematy bardziej intymne. Początkowo nie zamierzałam, na przykład, zajmować się uroczystościami organizowanymi na cześć świętych katolickich, patronów lokalnych społeczności, gdyż uważałam, że jest to temat odległy od moich zainteresowań. Okazało się jednak, że rozmowy o fiestach stanowią doskonały pretekst do pytania o relacje między kobietami i mężczyznami, gdyż właśnie w trakcie tych ceremonii młodzi ludzie najczęściej poznają swoich przyszłych partnerów czy partnerki.

Pogłębione rozmowy na interesujące mnie tematy wymagały często znacznej zażyłości i szczególnego zaangażowania. Prowadzone badania zaczęły przynosić wartościowe materiały dopiero w momencie, gdy stałam się w oczach moich rozmówczyń osobą do nich podobną i w pewnym sensie także bliską. Pierwszym krokiem było ujawnienie się przed nimi ze swoją kobiecością, doświadczeniami

w relacjach z mężczyznami czy własnymi problemami zdrowia reprodukcyjnego. Nasze rozmowy upodobiły się wtedy do typowych dla badanej społeczności kobiecych pogawędek prowadzonych podczas wykonywania codziennych czynności, w które zostałam włączona.

Zrozumiałam wtedy, że każde pytanie przeze mnie zadane może być, prędzej czy później, odwrócone przez rozmówczynię w moją stronę. Nieraz to one zdobywały nade mną przewagę w dociekliwości. Bywało, że czułam się odarta ze swojej prywatności. Jednocześnie miałam poczucie, iż jest to sprawiedliwe, że jako badaczka stawiana byłam czasem w roli osoby badanej, a informatorki prowadziły ze mną swego rodzaju wywiady.

Wówczas wiele moich rozmówczyń przestało postrzegać mnie wyłącznie przez pryzmat inności koloru moich oczu i skóry, a także ubioru i zachowania. Nadal wiele osób mówiło o mnie *güera* („biała kobieta”), ale zaczęłam być traktowana jako osoba niezamężna, która być może w niedalekiej przyszłości nareszcie wyjdzie za mąż, po raz pierwszy zajdzie w ciążę i urodzi pierwsze dziecko. Moje rozmówczynie interpretowały najczęściej moje zainteresowanie ich doświadczeniami reprodukcyjnymi jako chęć dowiedzenia się jak najwięcej o stanach i procesach, które mnie „pewnie niebawem czekają”.

Ten mój wizerunek w Tarecuato z jednej strony stał się przepustką do podejmowania rozmów na interesujące mnie tematy, z drugiej strony określił zakres pytań, na które mogłam otrzymać odpowiedź. Dostęp do wiedzy dotyczącej sfery reprodukcji jest w dużym stopniu ograniczony do etapu życia, w którym znajduje się osoba. Na przykład niektóre młode kobiety, zwłaszcza te, które krótko uczęszczały do szkoły, opowiadały, że pierwsza miesiączka była dla nich zupełnym zaskoczeniem. Najczęściej starsza siostra lub kuzynka tłumaczyła im potem, czym jest to krwawienie. Natomiast, gdy pytałam moją niezamężną rozmówczynię o sposoby unikania ciąży, odpowiedziała, że „poznamy je we właściwym czasie” (obie byłyśmy wtedy niezamężne). Jej zamężna siostra dodała, że mój przyszły mąż po ślubie „wszystko” mi wytłumaczy. Podobnie, część kobiet nie chciała opowiadać mi szczegółowo o swoim porodzie.

Z tego samego powodu miałam niewielką możliwość podejmowania zagadnień dotyczących zdrowia kobiet starszych w Tarecuato. Co ciekawe, starsze mieszkanki tej miejscowości, które przeszły już menopauzę, mają prawo poruszać

tematy dotyczące seksualności⁸⁷. Bywa, że opowiadają sobie sprośne dowcipy podczas wspólnego przygotowywania posiłku na fiesty, a młodsze kobiety mogą się im tylko przysłuchiwać. W mojej obecności również podejmowały te wątki – zawsze jednak w języku purhépecha. Nie rozumiałam zatem wypowiedzianych słów, jednak komunikaty pozawerbalne w sposób jasny wskazywały, czego dotyczy rozmowa.

Ponadto w trakcie przyjęcia z okazji zawarcia małżeństwa kobiety te wykonują taniec *torrito*, niosąc w dłoni na wysokości bioder kolbę kukurydzy albo butelkę piwa lub tequili. Podchodzą, w rytm muzyki, najczęściej do młodych kobiet i mężczyzn, po czym uderzają ich końcem trzymanego w ręku przedmiotu. Falliczny kształt tych przedmiotów oraz sposób, w jaki dzierżą je w ręce, sugeruje erotyczny charakter tego tańca.

W Caltzontzin natomiast zauważyłam dużo większą swobodę rozmawiania na interesujące mnie tematy. Młode, niezamężne kobiety wypowiadały się na temat relacji seksualnych, zaznaczając jednak najczęściej, że swoją wiedzę czerpią z telewizji bądź literatury popularnonaukowej. Mężatki opowiadały o swoich porodach, a nieraz chciały poznać moją opinię na temat środków antykoncepcyjnych, zakładając, że ich używam lub używałam. Niektóre starsze mieszkanki tej miejscowości dzieliły się ze mną swoimi doświadczeniami związanymi z okresem menopauzy.

5.2. FORMY OPIEKI NAD ZDROWIEM REPRODUKCYJNYM I RELACJE MIĘDZY NIMI

5.2.1. POZIOM ZDROWIA REPRODUKCYJNEGO Kobiet W MICHOACÁN

Badania dotyczące mieszanek Michoacán prowadzone przez CONAPO (Narodowa Rada ds. Ludności) pokazują, że poziom ich zdrowia reprodukcyjnego jest niższy od średniej dla całego kraju (Zúñiga, Zubieta 2001: 70). Przejawia się to między innymi w wysokich wskaźnikach umieralności niemowląt oraz umieralności matek (Freyermuth Enciso 2003: 48; Zúñiga, Zubieta 2001: 57). Należy przypuszczać,

⁸⁷ W wielu kulturach pozaeuropejskich kobieta po menopauzie darzona jest większym szacunkiem społecznym, może zacząć zajmować się zajęciami, do których wcześniej nie była dopuszczana, np. leczeniem. Jak pisze Maria Kaczmarek: „menopauza uwalnia je od społecznych tabu i różnych restrykcji związanych z menstruacją, a także od częstych ciąż” (Kaczmarek 2012: 169) (por. Beyene 1989).

że wśród ludności tubylczej wskaźniki te są jeszcze gorsze, gdyż na początku XXI wieku 78% osób z tej grupy nie miało zagwarantowanego ubezpieczenia zdrowotnego (Navarro Chávez 2008: 52).

Ponadto mieszkańcy Regionu Indian Purhépecha są szczególnie narażeni na zakażenie wirusem HIV. Ma na to wpływ przede wszystkim duża skala migracji mężczyzn do Stanów Zjednoczonych. Jeśli zostali tam zarażeni, po powrocie do kraju przenoszą wirusa na swoje partnerki. Kobiety i mężczyźni często nie są świadomi zagrożenia. Ponadto żony powracających emigrantów zwykle nie mają możliwości negocjowania z nimi stosowania metod zabezpieczających przed ewentualnym zarażeniem (Navarro Chávez 2008: 51). Lekarze z miejscowości położonych w części Regionu Indian Purhépecha zwanej Cañada de Once Pueblo, skąd duża część mieszkańców migruje, opowiadali podczas nieformalnych rozmów o lokalnej skali tego problemu. Nierzadko bywa tam bowiem, że w niedługim odstępie czasu umierają ojciec i matka, osierocając często dzieci w wieku szkolnym.

Pod koniec XX wieku w Michoacán 83% porodów odbywało się w obecności lekarza, a 12,7% z pomocą tradycyjnej położnej. Warto dodać, że 22% wszystkich porodów rozwiązywano cesarskim cięciem. Na obszarach wiejskich lekarz asystował przy niespełna 70% porodów, a akuszerka ludowa – ponad 21%. Jak obliczono, 27% kobiet rodziło w domu, niecałe 40% w szpitalach państwowych, a około 22% w prywatnych gabinetach lekarskich (Zúñiga, Zubieta 2001: 49-52).

W latach 90. ubiegłego wieku w Michoacán drastycznie spadł poziom płodności (z 4,2 do 2,8 dziecka na jedną kobietę). Wskaźniki te były jednak nadal jednymi z wyższych w kraju (Zúñiga, Zubieta 2001: 15). Zdaniem pracowników ośrodków państwowej służby zdrowia w Tarecuato, w ciągu ostatnich dwudziestu lat zdecydowanie zmniejszyła się liczba dzieci przypadających na jedną kobietę. Wcześniej rodziny posiadały średnio około 10 do 14 dzieci, współcześnie liczba ta spadła o około połowę. Natomiast poziom płodności w Caltzontzin jest od kilkadziesiąt lat zbliżony do wskaźników w miejscowościach metyskich.

Przedstawiciele instytucji państwowych są zdania, że w Michoacán poziom akceptacji dla sztucznych metod planowania rodziny jest dość niski. W 2000 roku stosowało je około 64% kobiet w wieku reprodukcyjnym (w tym samym czasie w kraju poziom ten wynosił 71%). Środki antykoncepcyjne są najmniej popularne wśród

tubylczych mieszkanek stanu (korzysta z nich około 34%)⁸⁸ (Zúñiga, Zubieta 2001: 70). Kobiety przed urodzeniem pierwszego dziecka nie były skłonne stosować antykoncepcji. Badania pokazały, że w 1997 roku w Michoacán 42% kobiet starających się kontrolować swoją płodność przeszło sterylizację, 20% wybierało antykoncepcyjną wkładkę domaciczną, 16% metody naturalne, a 10% pigułki antykoncepcyjne. Tylko 6% z ich partnerów używało prezerwatywy, a 1,4% przeszło wazektomię⁸⁹. Zabiegi sterylizacji i zakładania wkładki domacicznej przeprowadzane są najczęściej w ośrodkach publicznego sektora zdrowia. Natomiast kobiety korzystające ze środków hormonalnych otrzymywały je zwykle w placówkach prywatnych (Zúñiga, Zubieta 2001: 29-35).

Personel ośrodków zdrowia w obu badanych społecznościach twierdzi, że większość kobiet stosujących sztuczne metody antykoncepcji decyduje się na przyjmowanie zastrzyków antykoncepcyjnych, które działają przez okres od jednego do trzech miesięcy. Lekarka pracująca w Tarecuato podkreśla, że ta forma jest dla kobiet z tej miejscowości najwygodniejsza, gdyż mogą ją stosować bez wiedzy męża i teściowej. Mężowie na ogół nie wyrażają zgody na stosowanie prezerwatywy, zatem z tej metody korzysta tylko niewielki procent. Pracownicy aptek w obu społecznościach zwracają natomiast uwagę, że niezamężne kobiety, w szczególności kilkunastoletnie dziewczęta, często nabywają u nich prezerwatywy oraz postkoitalne środki antykoncepcyjne.

5.2.2. POŁOŻNICTWO LUDOWE I OPIEKA BIOMEDYCZNA PODCZAS PORODU

Zgodnie z tubylczymi przekonaniem o rozwoju ciąży, kobieta powinna w jej trakcie zgłosić się kilka razy do akuszerki (hiszp. *partera*) w celu sprawdzenia ustawienia macicy i płodu⁹⁰. Uważa się, że obsunięcie się macicy może być spowodowane skokiem lub podniesieniem ciężkiego przedmiotu. Z kolei w wyniku przestרחu, którego doznała matka podczas ciąży, dziecko może przyjąć położenie utrudniające naturalny poród. Akuszerka z Caltzontzin opisała, w jakiej pozycji

⁸⁸ Przedstawiciele instytucji państwowych zwracają uwagę, że w skali całego kraju takie wskaźniki notowane były na przełomie lat 70-80. XX w. (Zúñiga, Zubieta 2001: 70).

⁸⁹ W Michoacán aborcja jest nielegalna, a kobiecie za usunięcie ciąży grozi do 3 lat więzienia (Favela 2008: 18A-19A).

⁹⁰ Zdaniem lekarki z Tarecuato, niektóre kobiety nie zgłaszają się na konsultację do ośrodka zdrowia bądź do akuszerki tradycyjnej nawet do szóstego lub siódmego miesiąca ciąży.

powinien znajdować się płód: Dziecko powinno rozwijać się dokładnie od pępka w dół, ani bardziej z jednej strony, ani drugiej. Nie może też za bardzo naciskać na dół.

Położna potrafi poprawić ustawienie macicy i płodu za pomocą kilkukrotnych masażu. Niektóre akuszerki posługują się szale *rebozo*, który podwieszają w tym celu niczym hamak:

Babcia mojego męża też potrafiła odbierać dzieci. Jeśli widziała, że dziecko jest źle ustawione, masowała brzuch, o tak i tak. I mówiła do dziecka. Bo trzeba mówić do dziecka: „Ułóż się dobrze, bo niedługo przyjdiesz już na świat i masz dobrze się urodzić. Teraz śpij, ale musisz się dobrze ułożyć. Połóż się na swoim miejscu. Bóg ci pokazał, jak masz przyjść na świat.” I dziecko dobrze się układało. Ale jeśli zbliżał się poród, a dziecko nadal było źle ułożone, to ona podwieszała *rebozo*, a kobieta kładła się na nim na placach, a potem na jednym boku i na drugim. I tak wisiała, żeby poruszyć brzuchem. Potem szybko szukała główki dziecka i zaraz mówiła: „Już jest dobrze ułożone” (...). Ale to robiła już pod sam koniec, jak kobieta miała już skurcze, gdy dziecko szukało wyjścia (T., akuszerka, ok. 50 l.).

Akuszerka daje kobiecie zalecenia, w jaki sposób ma dbać o siebie podczas ciąży. Przede wszystkim należy unikać dźwigania ciężarów, lecz z drugiej strony do dnia porodu należy zachować aktywność fizyczną, wykonywać wszystkie obowiązki domowe i dużo chodzić.

Zazwyczaj, gdy ciężarna odczuwa pierwsze bóle porodowe nie przerywa wykonywania swoich zadań. Dopiero, kiedy bóle są intensywne, rodzina wzywa akuszerkę. Zaleca ona kobiecie, aby ta spacerowała, co ma przyspieszyć poród. Jeśli długo nie odchodzą wody płodowe, niektóre akuszerki przebijają palcami błonę płodową.

Patrzę, czy kobieta jest już otwarta [czy ma rozwarcie]. Jeśli nie jest zamknięta i czuję, że główka dziecka jest już nisko, to wkładam dwa palce, ale bardzo delikatnie. Ściskam dwoma palcami, żeby pękło (J., akuszerka, ok.. 65 l.).

Poród odbywa się najczęściej w pozycji kucznej, czasem kobiety kładą się na *petate* (rodzaj dywanu, stosowanego również jako materac, plecionego z włókien roślinnych). Niektóre położne ściskają brzuch kobiety przy pomocy tkanego paska *faja*. Przyrządzają napary ziołowe, a współcześnie coraz częściej podają także leki i zastrzyki (głównie oksytocynę), które wzmagają skurcze. Jeśli rodząca jest bardzo zmęczona, akuszerka masuje ją alkoholem, aby nie straciła przytomności. Zadaniem położnej jest również zadbanie, aby nie została zachwiana równowaga „gorąca”

i „zimna” w ciele kobiety, które podczas porodu „otwiera się”, co grozi nagromadzeniem się w nim „zimna”. Przy porodzie obecne są wyłącznie kobiety, przede wszystkim teściowa i ewentualnie matka rodzącej.

Gdy urodzi się dziecko, położna masuje brzuch kobiety, aby ułatwić wydalenie łożyska. Następnie opiekuje się młodą matką i jej dzieckiem przez około dwóch tygodni. Wykonuje serię masażu, których celem jest ponowne ustawienie organów ciała matki we właściwym położeniu. Myje kobietę i dziecko, uważając jednak, aby nie nastąpiło nagromadzenie się „zimna”, co może spowodować, że mleko matki zaszkodzi niemowlęciu lub straci ona pokarm. Jeśli karmiąca nie ma dostatecznej ilości mleka, położna smaruje jej plecy „gorącą” maścią. W tym czasie w pewnym stopniu zastępuje kobietę w jej zajęciach domowych, pierze i gotuje jej dzieciom i mężowi. Natomiast teściowa ma za zadanie opiekować się synową w okresie całego połogu, który tradycyjnie powinien trwać 40 dni. W tym czasie matka leży razem z dzieckiem ciepło przykryta w łóżku, a także spożywa potrawy poprawiające laktację (rosół, kurczaka, ciepłą czekoladę oraz *atole*, czyli podawany na gorąco napój z mąki kukurydzianej, wody i różnych dodatków smakowych, np. anyżku i cynamonu).

Położne u Indian Purhépecha zajmują się również różnymi problemami zdrowia reprodukcyjnego, między innymi niepłodnością. Wiele kobiet jest zdania, że mycie się podczas miesiączki może być przyczyną niepłodności. W trakcie menstruacji ciało kobiety jest bowiem narażone na nagromadzenie się „zimna”, które może „wejść” do organizmu podczas kąpieli.

E.: Wiesz, że nie można się myć podczas miesiączki?

A.W.: Tak?

E.: Tak. Ja myłam się, chociaż moja mama mówiła, żeby w te dni się nie moczyło. Ale później bardzo bolały mnie nogi i plecy. Jak przestałam się myć podczas miesiączki, to przestało boleć. Tak, że naprawdę nie wolno się wtedy moczyło (E., 24 l.).

Kobietom, które długo nie mogą zajść w ciążę, zaleca się natomiast współżycie podczas miesiączki. Ponadto doświadczona akuszerka umie przygotować napar ziołowy, którego jedna dawka powinna wystarczyć, aby począć dziecko⁹¹. Położne potrafią również powstrzymać przedwczesny poród. Niektóre pomagają

⁹¹ W Tarecuato kobietom, które mają trudności z zajściem w ciążę, ale także tym, które spodziewają się dziecka, zalecane są modlitwy do Dziewicy Maryi. Jej wizerunek znajduje się w jednej z naw kościoła.

w tajemnicy kobietom, które chcą przerwać ciążę. Podają im w tym celu silne substancje roślinne, które powinny wywołać poronienie, jeśli ciąża nie jest jeszcze rozwinięta, a płód nie zdołał się „dobrze przytwierdzić do macicy”.

Część akuszerek w badanym regionie pełni ponadto rolę pośredniczek w nieformalnych adopcjach. W domu położnej z Tarecuato rodzą kobiety, które zaszły w niechcianą ciążę i zdecydowały się oddać dziecko zaraz po urodzeniu. Po porodzie kobieta w miarę szybko wraca do swojego domu, aby uniknąć bycia rozpoznaną, a noworodek zostaje pod opieką akuszerki. Kontaktuje się ona z osobami, które już wcześniej zgłaszały chęć adopcji porzuconego dziecka. Najczęściej są to osoby z tej samej społeczności lub okolicznych miast. Jeśli rodzice chcą prawnie uregulować adopcję, położna podpisuje dokumenty stwierdzające, że dziecko zostało u niej porzucone przez anonimową kobietę.

M.: [Kobieta, która urodziła bliźniaczki w domu akuszerki] dała nam [córkom położnej] pieniądze, żebyśmy kupiły dziewczynkom ubrania. A sama szybko wstała i pojechała do siebie, bo bała się, że ktoś zwróci uwagę, dlaczego tak długo nie ma jej w domu. M. [starsza córka akuszerki] zawołała samochód i zawiozła ją tam, gdzie ona mieszka. Na taką wioskę. Mówiła, że już dobrze się czuje. Nie chciała, żeby podjeżdżać pod sam dom, żeby nikt się niczego nie domyślił. Jej mąż jest na Północy [w Stanach Zjednoczonych] i mówiła, że to kum zmusił ją [do współżycia]. Ale że nikt się nie domyślił, że jest w ciąży? Przecież mieszkają z nią synowe (M., 31 l.).

W Tarecuato tylko jedna położna ludowa zajmuje się kompleksową opieką nad zdrowiem reprodukcyjnym kobiet. Jest tam także kilka starszych akuszerek, które z uwagi na stan zdrowia nie podejmują się już asystowania podczas porodów, jednak nadal masują wiele kobiet podczas ciąży. Kobiety z Tarecuato udają się też do położnej, która mieszka w La Cantera. W powszechnej opinii asystowanie podczas porodu wymaga dużo odwagi. To zdaniem mieszkanek Tarecuato tłumaczy, dlaczego obecnie żadna kobieta w tej miejscowości nie przejawia zainteresowania nauką tego fachu.

Natomiast w Caltzontzin pracuje kilka tradycyjnych akuszerek, a także przynajmniej jedna młoda kobieta chce się od nich uczyć. Ponadto, położne z tej społeczności przyjmują metody alternatywne. Jedna z nich nauczyła się przeprowadzać ceremonię sauny *temazcal* od uzdrowicieli spoza grupy Puhépecha i zaprasza na nią swoje ciężarne pacjentki. Co ciekawe, akuszerki z Caltzontzin cieszą się dużym

uznaniem także w innych społecznościach tubylczych. Szczególnie często zgłaszają się do nich kobiety z Sierra Purhépecha, bądź proszą je, aby przyjechały.

W wyniku wzrostu dostępu do usług biomedycznych, szczególnie tych skierowanych na pomoc w okresie ciąży i porodu, w Regionie Indian Purhépecha zmalał popyt na pracę akuszerki tradycyjnych. W obu badanych społecznościach większość ciężarnych zgłasza się do położnej na masaż, lecz tylko część prosi ją o pomoc podczas porodu. Same akuszerki są zdania, że w sytuacji zagrażającej życiu, na przykład jeśli rodząca traci świadomość, bezwzględnie należy szukać ratunku u lekarza, który dysponuje lepszym zapleczem technicznym i skuteczniejszymi lekami⁹².

Personel ośrodka zdrowia w Tarecuato szacuje, że na początku lat 90. XX wieku w miejscowości tej pracowało kilka położnych, które nieraz odbierały nawet trzy porody w ciągu jednego dnia. Obecnie na około 12-15 porodów odbywających się w tej miejscowości w ciągu miesiąca, akuszerka asystuje przeciętnie przy trzech. Jeszcze mniejszy procent porodów z udziałem położnej odbywa się w Caltzontzin. Masaże wykonywane przez ludową akuszerkę są jednak popularne wśród mieszkanki tej społeczności. Często bywa, że kobieta bezpośrednio po wizycie u lekarza, który stwierdził, że jej ciąża nie rozwija się prawidłowo, udaje się do lokalnej położnej w celu skonsultowania z nią tej diagnozy. Kobiety, które wiedzą o zagrożeniu cesarskim cięciem, chodzą do akuszerki, wierząc, że ta ułoży płód w lepszej pozycji, dzięki czemu dziecko urodzi się w sposób naturalny. Nieliczne mieszkanki Caltzontzin nadal rodzące z pomocą położnej to najczęściej kobiety już niemłode, które nigdy nie korzystały z lekarza przy porodzie. Decydują się na to także kobiety, które bez komplikacji urodziły już kilkoro dzieci w asyście lekarza. Dzięki temu doświadczeniu uważają, że same potrafią ocenić swój stan i nie będą potrzebowały specjalistycznej pomocy. Większość kobiet, które rodzą z pomocą jednej z akuszerki tradycyjnych w Caltzontzin to jednak mieszkanki społeczności górskich tego regionu.

W zakresie podstawowej opieki biomedycznej nad zdrowiem reprodukcyjnym najważniejszą rolę dla kobiet z Regionu Purhépecha pełni program IMSS-Oportunidades, lecz należy pamiętać, że jego funkcje zdecydowanie wykraczają poza ochronę zdrowia. Państwowe przychodnie zdrowia w Tarecuato i Caltzontzin nie są przystosowane do odbierania porodów. Ciężarne, którymi opiekuje się personel tych

⁹² Podobnie, James Young (1981: 170) zaobserwował, że niemal we wszystkich przypadkach problemów zdrowotnych postrzeganych jako zagrażające życiu, mieszkańcy Pichátaro udawali się po pomoc do lekarza.

ośrodków zdrowia, są odsyłane do szpitali odpowiednio w Zamorze bądź Uruapan. Zdarzają się jednak sytuacje, że kobiety rodzą w jednej z przychodni. Jeśli kobieta zgłasza się tam w trakcie porodu, w stanie uniemożliwiającym jej transport, lekarz musi udzielić jej pomocy na miejscu.

Tylko część mieszkanek Tarecuato i Caltzontzin zgłasza się podczas porodu do klinik państwowych, zgodnie z zaleceniami otrzymanymi w lokalnej przychodni. W Tarecuato korzysta się też z usług jednego z lokalnych gabinetów prywatnych. Jeśli przyjmujący lekarz stwierdzi konieczność wykonania cesarskiego cięcia, odsyła rodzącą do ośrodka zdrowia w mieście. Niektóre pacjentki kierują się bezpośrednio do jednej z klinik w Zamorze. Z kolei duża grupa kobiet z Caltzontzin udaje się do szpitala IMSS bądź ISSSTE, gdyż posiadają uprawnienia do otrzymania w nich bezpłatnej opieki. Mimo to część uprawnionych do tego ciężarnych decyduje się oddać pod opiekę lekarzom w jednej z placówek prywatnych w Uruapan.

5.2.3. WSPÓLPRACA LEKARZY Z TRADYCYJNYMI POŁOŻNYMI W RAMACH PROGRAMU IMSS-OPORTUNIDADES

Jednym z zadań pracowników przychodni IMSS-Oportunidades jest współpraca z lokalnymi położnymi tradycyjnymi. Przeprowadzają oni szkolenia z podstawowej wiedzy biomedycznej, przede wszystkim po to, aby nauczyć je odbierania porodów w higienicznych warunkach. Instruuja je także, jak należy podawać zastrzyki i kroplówki. Objaśniają, jak rozpoznawać oznaki ciąży wysokiego ryzyka. Akuszerki są zapraszane na specjalne kursy organizowane w miastach Michoacán, podczas których mają między innymi możliwość obserwowania, w jaki sposób przyjmowane są porody w szpitalach. Lekarze prowadzący te warsztaty są jednak najczęściej zdania, że praktyki stosowane przez ludowe akuszerki są nieefektywne bądź nawet szkodliwe. Nieraz starają się je przekonać, że takie metody, jak masaż *sobadas* czy uciskanie brzucha podczas porodu są niebezpieczne. Sugerują również, że kobieta powinna zawsze rodzić w pozycji leżącej. Ponadto duża część szkoleń skupia się na przekazywaniu informacji na temat sztucznych środków antykoncepcyjnych i przekonywaniu tradycyjnych położnych o zaletach rodzin z mniej liczным potomstwem (por. de Jesús Ruiz Méndez 2000: 110-114).

Pracownicy IMSS-Oportunidades zapewniają akuszerkom proste wyposażenie umożliwiające odbieranie porodów w warunkach bardziej higienicznych: rękawiczki,

maski na twarz, alkohol do dezynfekcji, gazę. Otrzymują one również środki antykoncepcyjne przeznaczone do rozdania wśród swoich pacjentek. Położne są zobligowane do informowania ośrodka zdrowia o stanie wszystkich ciężarnych, którymi się opiekują. Są także nakłaniane, aby w razie jakichkolwiek komplikacji podczas ciąży lub porodu, któremu asystują, wzywały lekarza.

Personel ośrodków zdrowia w Tarecuato nie jest zadowolony ze współpracy z miejscową akuszerką. Lekarka jest zdania, że nie potrafi się ona komunikować na dostatecznym poziomie w języku hiszpańskim:

Staramy się uczyć akuszerkę, ale to jest naprawdę bardzo trudne, ponieważ ona nie potrafi czytać, nie potrafi pisać. Możemy mówić jej wiele rzeczy, ale nas nie rozumie. Pracujemy z nią bardzo, żeby potrafiła zidentyfikować czynniki zagrożenia ciąży. Ostatnio odmawia wielu kobietom, bo wcześniej przyjmowała wszystkie (A., lekarka, ok. 40 l.).

Położna potrafi rozpoznać, czy kobieta cierpi na niedożywienie, a także stwierdzić, czy rozwarcie szyjki macicy podczas porodu nie jest za małe. Nie posiada natomiast umiejętności mierzenia ciśnienia krwi, co nie pozwala jej zauważyć, gdy pacjentce zagrażają komplikacje związane z nadciśnieniem tętniczym. Lekarka stara się zniechęcić beneficjentki programu IMSS-Oportunidades do korzystania z usług miejscowej położnej, przypisując jej winę za komplikacje, które miały miejsce podczas odbieranych przez nią porodów.

Akuszerka z Tarecuato deklaruje, że podczas swojej pracy używa rękawiczek i maseczki. Tradycja nie pozwala jej odmówić komukolwiek swojej pomocy, lecz twierdzi ona, że coraz częściej odsyła swoje pacjentki do lekarza na konsultację, jeśli uzna, że ciąża nie rozwija się prawidłowo, kobieta zagrożona jest anemią bądź poród może być bardzo trudny. Kieruje je do ośrodka zdrowia, do jednego z prywatnych lekarzy przyjmujących w tej miejscowości lub bezpośrednio do szpitala w Zamorze. Czasami towarzyszy kobiecie podczas tej wizyty. Jeśli poród, któremu asystuje przedłuża się, udaje się z rodzącą do jednego z prywatnych gabinetów. Uważa, że jeśli kobieta nie może urodzić, lekarz powinien ją „przeciąć na dole, aby dziecko się nie męczyło”, czyli naciąć krocze. Bywa jednak, że nawet akuszerka, dostrzegając potrzebę pomocy specjalistycznej, nie potrafi przekonać ciężarnej, aby udała się do szpitala:

Zawołali mnie ostatnio do rodzącej. Już wcześniej mówiłam, że nie będę odbierała jej porodu, że jest za słaba, za chuda. Wołali mnie, jak była w ciąży. Mówiłam tej kobiecie, że musi jechać do szpitala. Ale ona nie chciała. Bała się. Teściowa i mąż też nie chcieli. Mówiłam, że nie przyjdę... W sobotę mnie zawołali, nie było rady, trzeba było iść. Widziałam, że jest źle, ale do szpitala nie chcieli. W trakcie porodu dostała drgawek i zemdląca. Szybko wtedy pobiegli po samochód i zawieźli ją tak do szpitala. Bałam się, wróciłam szybko do domu. Mówią, że dziecko martwe już było. Ona podobno już lepiej, ale jeszcze w szpitalu. Pewnie lekarze teraz będą mieli do mnie pretensje (J., akuszerka, ok. 65 l.).

Niektórzy prywatni lekarze odmawiają akuszerce pomocy, ponieważ ich zdaniem często zwleka zbyt długo z ich wezwaniem. Boją się, że trafi do nich kobieta w stanie agonalnym, której nie będą mogli już pomóc, lecz to oni zostaną obarczeni winą za jej śmierć. Warto bowiem zauważyć, że po każdym zgonie matki czy dziecka podczas porodu lokalne władze mają obowiązek przeprowadzić dochodzenie w celu wyjaśnienia powodów śmierci, a także aby w przyszłości można było zapobiec podobnej sytuacji.

Współpraca pomiędzy położnymi ludowymi a sektorem biomedycznym w Caltzontzin jest intensywniejsza niż w Tarecuato. Zaadaptowały one wiele środków i metod biomedycznych, a także promują środki antykoncepcyjne. Często odsyłają swoje pacjentki do lekarzy, lecz bywa również, że ci ostatni sugerują swoim pacjentkom wizytę u akuszerki. Szczególnie jedna z nich cieszy się dużym zaufaniem miejscowych lekarzy, gdyż jako młoda dziewczyna przeszła szkolenia uprawniające do pracy w charakterze personelu pomocniczego w ośrodkach zdrowia. Potrafi odczytywać ginekologiczne badanie ultrasonograficzne, a także zaleca przyjmowanie witamin i leków specjalistycznych ciężarnym, które przyjmuje w swoim domu, w pokoju urządzonym na wzór gabinetu lekarskiego. Niemniej, jest ona przekonana, że poród odbierany w warunkach szpitalnych niesie ze sobą istotne zagrożenia dla rodzącej. Uważa, między innymi, że lekarze „niepotrzebnie męczą kobietę” dokonując częstych pomiarów rozwarcia szyjki macicy. Ona wykonuje takie badanie tylko raz podczas porodu – w jego ostatniej fazie.

Lepiej jest rodzić z położną, bo położne nie ranią kobiet podczas porodu. Przecież to jest naturalny proces! Bo teraz w szpitalu przecinają pochwę. Dziewczeta, które rodziły w szpitalu nie mogą później chodzić. A gdy rodzi normalnie i masuje się ją ciepłym olejkiem, to po tygodniu może już normalnie chodzić (T., akuszerka, ok. 50 l.).

Reasumując, można stwierdzić, że współpraca pomiędzy lekarzami a ludowymi położnymi w ramach programu IMSS-Oportunidades ma w rzeczywistości na celu zmarginalizowanie tradycyjnych praktyk położniczych przez biomedycynę. Działania personelu ośrodków zdrowia sprawiają, że nie tylko praca akuserek jest nadzorowana przez pracowników sektora biomedycznego, lecz kontroli podlegają również ich pacjentki (por. Campos Navarro 1996: 140-141).

5.3. PROCES PODEJMOWANIA DECYZJI DOTYCZĄCYCH OPIEKI MEDYCZNEJ NAD ZDROWIEM REPRODUKCYJNYM⁹³

Mieszkanki Regionu Indian Purhépecha korzystają z różnych form opieki zdrowotnej. Oferta lecznicza rozciąga się od medycyny tradycyjnej praktykowanej przez ludność tubylczą, przez rozmaite terapie alternatywne, składające się z elementów różnych tradycji medycznych, do biomedycyny, z której korzystają zarówno Metysi, jak i Indianie. Nie jest to jednak typ pluralizmu medycznego obecny w niektórych społeczeństwach zachodnich, w których pacjent, niczym klient, może dowolnie wybierać rodzaj leczenia. Dla Indian Purhépecha wybór metod terapii jest w dużym stopniu ograniczony. O ile usługi ludowych uzdrowicieli są dostępne każdemu, o tyle oficjalna służba zdrowia, w szczególności taka, która zapewnia pomoc zadowalającej jakości, jest osiągalna tylko dla nielicznych członków społeczności indiańskich.

Nie można jednak mówić o bezpośredniej zależności między statusem ekonomicznym rodziny a jej wyborami leczniczymi. Na decyzje moich rozmówczyń wpływają różnorodne uwarunkowania społeczno-kulturowe. Ważna jest także ich kompetencja kulturowa, niemniej podejmowane działania mają nierzadko charakter pragmatyczny; poszukując skutecznej terapii nie odrzucają nowych dla siebie form leczenia. Istotną rolę przy wyborze opieki medycznej odgrywa ocena jakości usług medycznych, charakter stosunków między personelem a pacjentkami, a także lokalne relacje genderowe. Należy podkreślić, że część kobiet indiańskich nie jest w stanie podejmować autonomicznych decyzji odnoszących się do swojego ciała i zdrowia. Wyróżniając poszczególne czynniki wpływające na wybory medyczne Indianek

⁹³ Podrozdział ten jest zmodyfikowaną wersją artykułu: *Pluralizm medyczny a zdrowie reprodukcyjne kobiet w Regionie Indian Purhépecha w Meksyku* (Wądołowska 2010).

odnoszące się do ich zdrowia reprodukcyjnego, nie sposób stworzyć hierarchii ich ważności, gdyż konkretne działanie jest wypadkową różnych bodźców i motywów.

5.3.1. DOSTĘPNOŚĆ USŁUG MEDYCZNYCH W WYMIARZE PRZESTRZENNO-CZASOWYM I EKONOMICZNYM

Jednym z podstawowych czynników wpływających na wybór usług medycznych w zakresie zdrowia reprodukcyjnego jest dla mieszkank Regionu Purhépecha ich dostępność w sensie czasowym i przestrzennym oraz ekonomicznym. Okres pracy państwowych ośrodków zdrowia w obu społecznościach jest ograniczony. Wieczorami, w nocy i podczas świąt kobiety mogą udać się do ludowej akuszerki, która jest gotowa nieść pomoc o każdej porze dnia i nocy. Można również odwiedzić jednego z lekarzy prywatnych. Mimo że nie mają oni stałych godzin pracy, to można przypuszczać, że przynajmniej jeden z nich jest do dyspozycji w nocy. Natomiast osoby objęte pełnym ubezpieczeniem zdrowotnym mogą udać się do placówek w mieście, by skorzystać z opieki medycznej w ramach tego świadczenia. Mieszkanki Tarecuato posiadające ubezpieczenie IMSS lub ISSSTE, w przypadku niewielkich dolegliwości wolą jednak pójść do jednego z gabinetów prywatnych na miejscu, aby nie tracić czasu na dojazd do Zamory.

Jeśli kobieta lub jej bliscy uznają, że jej stan wymaga opieki w szpitalu, muszą zorganizować jej transport. O ile przewóz chorego z Caltzontzin do Uruapan nie stanowi problemu z uwagi na niewielką odległość pomiędzy tymi miejscowościami, to transport z Tarecuato do Zamory jest znacznie bardziej utrudniony. Najbliższy szpital położony jest w odległości około godziny drogi samochodem od tej miejscowości. Miejscowe centra zdrowia nie dysponują środkami transportu, więc rodzina musi prosić o pomoc – najczęściej odpłatną – którąś z nielicznych osób posiadających auto. Czasami użyczany jest samochód patrolu policji z Tangamandapio. Bywa również, że lekarz prywatny samodzielnie transportuje swoją pacjentkę do szpitala, gdy uznaje, że konieczna jest specjalistyczna interwencja.

Na wybór usług istotny wpływ ma także czas oczekiwania na przyjęcie. Lokalne ośrodki zdrowia z reguły zajęte są przeprowadzaniem regularnych kontroli stanu zdrowia beneficjentów programu IMSS-Oportunidades. Nie wiadomo, ilu chorych danego dnia zdołają przyjąć lekarze. Oczywiście nie odmawiają oni osobom, które potrzebują nagłej pomocy. Podobnie wizyta w państwowym szpitalu, w mieście,

wiąże się najczęściej z czekaniem w kolejce. Zdarza się, że nawet ciężarna nie zostaje przyjęta przez cały dzień i jest odsyłana, aby zgłosiła się kolejnego dnia. Często bywa, że osoby te decydują się udać do ośrodka prywatnego, w którym przyjmowane są stosunkowo krótkim czasie, bądź też wracają do swoich domów.

Siedziałam tam [w izbie przyjęć w szpitalu państwowym w Zamorze] cały dzień. Mówili mi, że jeszcze nie czas i kazali czekać. Byłam w stroju [tradycyjnym], ale przecież widzieli, że jestem w ciąży. No to wieczorem zdecydowaliśmy się wrócić z mężem do Tarecuato. Jak dojechaliśmy, to już miałam skurcze i trzeba było szybko wołać położną. Zaraz urodziłam (N., ok. 45 l.).

Członkowie badanych społeczności odnoszą się z szacunkiem i zaufaniem do biomedycyny w sytuacji zagrożenia życia. Panuje powszechna zgoda, że w nagłych i ciężkich przypadkach ratunku należy szukać w placówce biomedycznej. Zaufanie do biomedycyny nie dotyczy jednak w tym samym stopniu wszystkich rodzajów pomocy udzielanej w jej ramach. Istotne, czy jest to państwowa opieka dla osób nieposiadających ubezpieczenia, czy usługi medyczne dla ubezpieczonych, czy też opieka prywatna.

Dla wszystkich jest jasne, że pomoc oferowana bezpłatnie ma wyłącznie podstawowy zakres. Usługi odpłatne oceniane są jako lepszej jakości, zwłaszcza pod względem aparatury służącej do przeprowadzania badań oraz wykonywania zabiegów leczniczych. Na przykład w Tarecuato badanie ultrasonograficzne można wykonać tylko w prywatnych gabinetach. Ich personel dysponuje również lepszymi lekami. Natomiast opieka, którą objęte są osoby posiadające ubezpieczenie, ze względu na pracę swoją lub członka rodziny, postrzegana jest z reguły jako zadowalającej jakości. Mimo to, szczególnie w przypadku potrzeby pomocy specjalistycznej, wyżej cenione są odpłatne usługi medyczne.

Wybory rodzin dysponujących mniejszymi zasobami ekonomicznymi często uwarunkowane są ich aktualną sytuacją materialną bądź możliwością pożyczenia potrzebnej sumy. Bywa także, że w Tarecuato przeprowadzana jest zbiórka pieniędzy, na przykład dla dziecka potrzebującego długotrwałego leczenia. Pomoc tradycyjnej akuszerki – choć nie jest bezpłatna – często jest postrzegana jako łatwiejsza do spłacenia niż usługi publicznych ośrodków zdrowia.

Moi rozmówcy często mówili: „Gdy ktoś nie ma pieniędzy, umiera. Tutaj tak jest”. Albo: „Jeśli ktoś nie ma pieniędzy, cierpi, cierpi i umiera”. Zdania

te wypowiedziane są ze spokojem, co świadczy, że członkowie badanych społeczności przywykli do sytuacji braku dostępu do poszukiwanej przez siebie formy opieki zdrowotnej. O wadze czynnika ekonomicznego świadczy również fakt, że bardzo często to osoba dzierżąca władzę nad finansami rodziny podejmuje decyzję, do jakiego specjalisty skieruje się kobieta. Nie dziwi zatem, że w Tarecuato z reguły teściowa postanawia, dokąd uda się po pomoc żona jej syna.

Osoby, które dysponują większym kapitałem ekonomicznym – co zdecydowanie częściej ma miejsce w Caltzontzin niż w Tarecuato – mają znacznie szerszą gamę możliwości wyboru. Ich postawę można określić, w dużej mierze, jako charakterystyczną dla aktywnego pacjenta-konsumenta. Mimo że często posiadają ubezpieczenie zdrowotne, nieraz udają się do placówki prywatnej. W poszukiwaniu skutecznego leczenia czasami wyjeżdżają do odległych miast stanu Michoacán. Kobiety o zasobach ekonomicznych pozwalających na korzystanie z dowolnego typu usług medycznych najbardziej cenią sobie tych lekarzy, którzy nie szczędzą czasu na wytłumaczenie im źródła i przebiegu choroby, zlecają dodatkowe badania oraz przedstawiają różne możliwości leczenia. Wybierani są także tacy lekarze, którzy nawet w przypadku ciężkich dolegliwości nie odbierają pacjentowi nadziei na poprawę. Podczas ciąży kobiety te chodzą na regularne wizyty do ginekologa i na długo przed porodem wybierają klinikę, w której zamierzają rodzić oraz lekarza-położnika, który będzie przyjmował ich dziecko.

W Tarecuato i Caltzontzin korzystanie z prywatnej służby zdrowia jest – w powszechnym rozumieniu – symbolem wysokiego statusu materialnego rodziny. Relacja między zasobami finansowymi a wyborem rodzaju opieki medycznej nie ma jednak charakteru prostej zależności, gdyż kobiety z tej grupy nie zaprzestają korzystania z terapii tradycyjnych, czy to domowych czy specjalistycznych. Mieszkanki Caltzontzin interesują się ponadto propozycjami leczenia alternatywnego.

Reasumując, okoliczności takie, jak brak dostępu – w sensie przestrzenno-czasowym i finansowym – do usług, których jakość jest postrzegana jako zadowalająca, sprawiają, że wybór form opieki zdrowotnej jest dla większości mieszanek badanego regionu ograniczony. Elizabeth Maier, opisując kobiety indiańskie, słusznie zauważa, że:

W sytuacji, w której opieka lekarza alopaty jest nieadekwatna – z powodów braku dostępu ekonomicznego, niewystarczającego przygotowania profesjonalnego i/lub niskiego poziomu technologicznego – systemy tradycyjne nadal cieszą się prestiżem (Maier 2006: 62)

Nie podzielam jednak zdania Jamesa Younga (1981), który uważa, że Indianie Purhépecha nie korzystają z usług biomedycznych tylko wtedy, gdy są one dla nich niedostępne z przyczyn finansowych. Sądzę, że badacz ten nie docenił wagi innych czynników wpływających na decyzje dotyczące leczenia.

5.3.2. CZYNNIKI KULTUROWE I SPOŁECZNE WPLYWAJĄCE NA WYBORY

Duże znaczenie dla czynionych wyborów ma kompetencja kulturowa, na którą składa się między innymi właściwe danej grupie postrzeganie ciała człowieka, jego funkcji i dolegliwości. Większość mieszkank badanego regionu jest silnie zakorzeniona kulturowo we wspólnocie indiańskiej, ale część z nich nabyła również elementy kompetencji z zakresu kultury metyskiej.

Podczas badań zwróciłam uwagę, że jednym z głównych kryteriów wyboru opieki medycznej jest ocena, jak poważna jest dolegliwość (por. Young 1981: 142-144). Wiele moich rozmówczyń traktuje swoje zdrowie i zdrowie członków swojej rodziny jako wartość drugorzędną. Szczególnie często bagatelizowane są przewlekłe dolegliwości. W trakcie mojego pobytu w Michoacán zmarła jedna z moich rozmówczyń. Nikt z jej rodziny nie wiedział wcześniej, że ta trzydziestokilkuletnia kobieta jest poważnie chora. Dopiero po jej śmierci okazało się, że od kilku lat cierpiała na cukrzycę. Wiedziała o tym, lecz nie przestrzegała zaleceń lekarzy.

A.: C. od kilku lat wiedziała, że ma cukrzycę, ale nic z tym nie robiła. Nikomu nie mówiła. Nie przychodziła do mnie na kontrolę. Nie sprawdzała poziomu cukru. Widzieliśmy w przychodni, ale ona nie chciała się tym zajmować... Miała dzieci, mąż pojechał do Stanów Zjednoczonych (A., lekarka, ok. 40 l.).

Podobnie, dolegliwości małych dzieci przyjmowane są jako stan naturalny, którego nie można zmienić. Córka jednej z zaprzyjaźnionych ze mną rodzin urodziła się ze zniekształconymi kończynami. Została uznana przez rodziców za dziecko niepełnosprawne, któremu nie można pomóc. Gdy dziewczynka miała kilka lat, zwrócił na nią uwagę jeden z pracujących w Tarecuato inżynierów. Zasugerował ojcu

dziewczynki wizytę u znajomego specjalisty w stolicy stanu. Wykonał on operację, dzięki której jej stan zdecydowanie się poprawił i mogła samodzielnie chodzić.

Nagle zachorowania albo obrażenia ciała również bywają traktowane jako niewymagające szybkiej pomocy. Wizyta u specjalisty odkładana jest nierzadko do momentu, kiedy stan chorego staje się na tyle poważny, że uniemożliwia mu codzienne funkcjonowanie. Podczas moich badań w Tarecuato miało miejsce tragiczne zdarzenie. Ośmioletni chłopiec spadł podczas zabawy z muru kilkumetrowej wysokości, uderzając się w głowę. Rodzice nie uznali, że jego stan wymaga konsultacji medycznej. Gdy po kilku dniach dziecko poczuło się gorzej, udali się do lekarza, który stwierdził, że konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania. Rodzice – prawdopodobnie w obawie przed wysokimi kosztami – nie zdecydowali się od razu na transport dziecka do szpitala. Po kilku dniach stan chłopca znowu się pogorszył, zmarł on w krótkim czasie po dowiezieniu do szpitala.

Ci mieszkańcy badanych społeczności, którzy nabyli elementy kompetencji kulturowej właściwej kulturze metyskiej – dzięki nauce w mieście lub podjętej tam pracy – z reguły szybciej rozpoznają pojawiające się problemy zdrowotne i częściej szukają pomocy przedstawicieli biomedycyny. Posiadają lepsze rozeznanie w organizacji publicznego i prywatnego sektora zdrowia, a także wiedzą, do jakich świadczeń medycznych mają prawo i jak się o nie starać.

Kobietom, które miały niewielki kontakt z światem metyskim, bardzo często brak wiedzy o świadczeniach przysługujących im w ramach publicznego sektora zdrowia. Jedna z moich rozmówczyń, kobieta bardzo uboga, uzyskała informację, że może korzystać z opieki medycznej w ośrodkach IMSS-Oportunidades dopiero za pośrednictwem swojego syna, który dowiedział się o programie od innych dzieci w szkole.

Sposób postrzegania i wyjaśniania danej przypadłości wpływa w wielu przypadkach na to, jakich specjalistów i jakie ośrodki odwiedza kobieta, a także w jakiej kolejności. Członkowie badanej społeczności interpretują wiele dolegliwości zgodnie z tradycyjną wizją świata, człowieka i choroby. Jak już wspominałam, jedna z chorób ludowych może zostać wywołana nagromadzeniem się „zimna” w ciele kobiety. Według przekonań Indian Purhépecha, objawami tej dolegliwości jest niepłodność, a u karmiącej – utrata mleka. Nie zaobserwowałam natomiast, aby moje rozmówczynie dostrzegały związki innych „chorób ludowych” ze zdrowiem reprodukcyjnym.

Można jednak spostrzec, że wiele dokonywanych wyborów przeczy wzmiankowanej zasadzie, gdyż mają one charakter pragmatyczny. Jeśli stosowane do tej pory metody nie przyniosły poprawy, chora jest skłonna wypróbować nieznane wcześniej terapie, a często korzysta z różnych form leczenia jednocześnie. Ciekawym przykładem może być przypadek córki ludowej akuszerki z Tarecuato. Kobieta ta, nie mogąc długo zająć w ciążę po kolejnym cesarskim cięciu, najpierw leczyła się u swojej matki. Obie sądziły, że jej niepłodność wynika z nagromadzenia się w ciele „zimna” podczas ostatniego porodu. Gdy zaaplikowane masaż i napary ziołowe mające właściwości „gorące” nie przyniosły oczekiwanego rezultatu, kobieta zdecydowała się udać po poradę do prywatnego lekarza. Równocześnie, nie zrezygnowała z pomocy matki i nadal stosowała zalecane przez nią zabiegi.

5.3.3. UWARUNKOWANIA GENDEROWE WYBORÓW

Relacje pomiędzy płciami przemawiają za rodzeniem w asyście lokalnej położnej. Kobiety czują się pewniej, gdy podczas porodu pomaga im osoba tej samej płci, ponadto w trakcie tradycyjnego porodu rodząca jest przynajmniej częściowo przykryta. Niemal wszystkie moje rozmówczynie, niezależnie od sytuacji ekonomicznej i kompetencji kulturowych, nie są skłonne zgłaszać się regularnie na badania ginekologiczne. Niektóre nigdy nie zdecydowały się na takie badanie, ani w gabinecie państwowym ani prywatnym. Udają się na nie z własnej woli wyłącznie wtedy, gdy dokuczają im poważne dolegliwości. Konieczność rozebrania się, szczególnie przed lekarzem-mężczyzną, jest trudna do przyjęcia dla kobiet indiańskich i ich mężów.

Młode mężatki z Tarecuato, na moje pytanie, dlaczego ich poród odbywał się z pomocą akuszerki bądź lekarza, odpowiadały często: *No sé, me llevaron* („Nie wiem, zawieźli mnie”), co ukazuje, że nie posiadają one wówczas kontroli nad swoim ciałem i zdrowiem. Mają świadomość, że to inni, z reguły matka męża, przejmują kontrolę nad biegiem wydarzeń. Większość starszych Indianek woli, aby ich synowe rodziły u *partera*. Zdarzają się przypadki, gdy młoda kobieta zgłasza się do centrum zdrowia, ale zaraz za nią przychodzi jej teściowa i prowadzi ją do ludowej położnej. Teściowe uważają, że „nie ma potrzeby, aby ich synowe pokazywały się [nago] lekarzom”.

Co ciekawe, jedna ze starszych kobiet w Tarecuato, opowiadając o swojej relacji z synową, powiedziała, że jest dla niej dobra, gdyż – jak podkreśliła – podczas

porodu zabrała ją do gabinetu prywatnego. Prawdopodobnie zatem część teściowych uważa, że bezpieczniejszy jest poród przy asyście lekarza. Normy kulturowe powodują jednak, że wolą one, aby żony ich synów pozostawały wyłącznie pod opieką położnych ludowych.

Moja rozmówczyni z Tarecuato opowiedziała mi, jak zareagowała jej teściowa, gdy kobieta ta urodziła dziecko w prywatnym gabinecie. Ponieważ była bliska śmierci przy pierwszym porodzie, odbieranym przez miejscową położną, przed kolejnym udała się wraz z mężem do lekarza przyjmującego w pobliskim miasteczku. To bardzo rozgniewało teściową. Gdy kobieta przebywała w klinice, matka jej męża nie zajmowała się ich dzieckiem, które zostawili pod jej opieką. Zaczęła także opowiadać członkiniom wspólnoty, że jej syn nie jest prawdziwym ojcem pierwszego dziecka, a być może i następnego. W słowa matki uwierzył mąż mojej rozmówczyni i stał się chorobliwie zazdrosny. W tej sytuacji postanowiła ona podporządkować się woli teściowej. Mimo że bała się o swoje życie i życie swojego dziecka, podczas kolejnych porodów zostawała w domu i rodziła wyłącznie z pomocą akuszerki.

Jak rodziłam pierwsze dziecko, to prawie umarłam. Straciłam przytomność. Nie wiem, ile to trwało. Potem zaczęłam słyszeć głosy. Oni myśleli, że ja już nie żyję. Ale przebudziłam się (...) Tutaj to było. Moja teściowa zawołała doña Lupe, naszą akuszerkę. Już wtedy była staruszką. To ja więcej nie chciałam już rodzić w domu. Moja babcia zmarła, gdy rodziła moją matkę. Sierotą była. No to... Przy następnej ciąży namówiłam męża i przed porodem pojechaliśmy do miasta, do lekarza. Bałam się rodzić w domu, że zostawię dzieci bez matki. No i u lekarza było wszystko dobrze, ale jak wróciliśmy do domu... Teściowa nigdy mi nie wybaczyła... I zaczęła plotkować o mnie. Mówić nieprawdę ludziom we wsi i mojemu mężowi. Przekonała go, że nie jest ojcem swoich dzieci. Stał się zazdrosny. Oboje zrobili wszystko, żeby moje życie było prawie nie do zniesienia. On dopiero teraz ma pretensje, że dzieci gdy dzwonią, to chcą rozmawiać tylko ze mną... Ale on je nigdy nie traktował jak swoje. Potem byłam znowu w ciąży. Ale nie chciałam im dać kolejnego powodu, żeby mnie obgadywali, więc zostałam w domu i przyszła doña Lupe (C., 57 l).

Młode kobiety z Caltzontzin mają z reguły większą swobodę podejmowania decyzji dotyczących porodu, aczkolwiek niektóre teściowe czasami nie pozwalają im rodzić u lekarza. Tak właśnie zdarzyło się podczas pierwszego porodu jednej z moich rozmówczyń. Gdy poród bardzo się przedłużał, położna uznała, że prawdopodobnie nie będzie mogła sobie sama poradzić. Teściowa nie wyraziła jednak zgody, aby kobietę odwieźć do szpitala. Wtedy jej syn udał się do swoich rodziców chrzestnych, którzy wsparli go i pomogli przetransportować rodzącą do Uruapan.

Reasumując, młode mężatki z Tarecuato, a także niektóre z Caltzontzin, nie decydują, do jakiego specjalisty się udadzą (tradycyjnego czy biomedycznego, z placówki państwowej czy prywatnej). Normy społeczne sprawiają, że kobiety, które mieszkają w domu teściów nie mają zwykle możliwości autonomicznego działania w sferze swojego zdrowia reprodukcyjnego. Nie oznacza to jednak, że nie posiadają sprawczości w odniesieniu do swojego życia i zdrowia. Dopasowują się do lokalnych uwarunkowań, aby jednak, z czasem, osiągnąć zamierzony cel. Podporządkowanie się teściowej i mężowi – również w kwestii wyboru opieki podczas porodu – można uważać za pewien rodzaj strategii, gdyż tylko w ten sposób kobieta może udowodnić, że jest dobrą żoną. Kobieta, która urodziła pierwszą dwójkę lub trójkę dzieci z pomocą akuszerki, z reguły zdobywa większe uznanie w rodzinie. Dzięki temu stopniowo zyskuje coraz większą autonomię. Zwykle może również sama wybierać formę opieki podczas kolejnych porodów.

5.3.4. STOSUNEK Kobiet DO RÓŻNYCH RODZAJÓW OPIEKI MEDYCZNEJ

Stosunek do różnych form opieki zdrowotnej uwarunkowany jest między innymi relacjami pomiędzy specjalistami a ich pacjentkami. Na rzecz wyboru usług miejscowej położnej przemawia kulturowa i społeczna bliskość między nią a jej pacjentką. Mieszkańcy badanych społeczności mniej boją się wizyty u *curandero* (uzdrowiciela) niż u lekarza. Kontakt z nim postrzegają jako bardziej osobisty, a rozmowę o problemach zdrowotnych przeplata wymiana lokalnych plotek. Jak zauważyła badaczka indiańskich mieszkańców Uruapan, Teresita de Jesús Ruiz Ménendez (2000: 79), uważają oni dotyk posmarowanej olejkami ręki *curandero* za przyjemniejszy niż dotyk ręki lekarza w lateksowej rękawiczce. Specjaliści medycyny tradycyjnej mówią tym samym językiem, dzielą te same normy kulturowe i wizję ciała człowieka, jego zdrowia i choroby, co pacjenci.

Moje rozmówczynie wolą korzystać z tych usług, które opierają się na kontakcie osobistym, a lekarz czy akuszerka poświęcają im odpowiednio dużo czasu i uwagi podczas konsultacji. Znacznie łatwiej o takie relacje w opiece prywatnej (tradycyjnej czy biomedycznej). Zdaniem badanych kobiet, personel ośrodków państwowych nie ma wystarczająco dużo czasu dla pacjentów, co widoczne jest szczególnie podczas porodu. Między innymi z tego powodu wiele Indianek o niskim

statusie ekonomicznym woli udać się do akuszerki niż do placówki bezpłatnej służby zdrowia.

Jedna z lekarek w Tarecuato uważa, że tradycyjna położna wybierana jest często właśnie ze względu na „ludzki wymiar” jej usług. Tylko ona chce i może poświęcić kobiecie dużo czasu i odnosi się do niej z serdecznością. Akuszerka jest jej znajomą, daleką kuzynką czy sąsiadką, dlatego ich relacje są oparte na zaufaniu i bliskości (por. Espinosa Damián 2008: 188). Ponadto wiele Indianek woli rodzić w swoim domu, gdzie czują się bezpiecznie i gdzie mogą im towarzyszyć bliscy. Rodząca w szpitalu jest sama, nie może być przy niej obecny nikt z rodziny.

Należy jednak zwrócić uwagę, że podczas porodu odbywającego się w domu, w towarzystwie tradycyjnej położnej, rodząca często doświadcza przemocy symbolicznej. W powszechnej opinii kobieta nie powinna w trakcie porodu wyrażać swoich emocji czy bólu. Nie powinna krzyczeć ani w inny sposób zwracać na siebie uwagi osób przebywających w pobliżu. Nieprzestrzeganie tych zasad spotyka się z napiętnowaniem społecznym w postaci żartów, które są nieraz powtarzane przez wiele lat. Dlatego kobiety, które sytuacja zmusiła do samodzielnego porodu są bardzo dumne, że nie korzystały z pomocy innych osób.

E.: A ty będziesz krzyczała podczas porodu?

A.W.: Nie wiem.

E.: Synową sąsiadki bardzo bolało i bardzo krzyczała, aż biegła po podwórku. Moja mama mówi, że się zachowała bardzo brzydko. Ludzie się śmiali. Nie wolno krzyczeć. Pamiętaj, żeby nie krzyczeć (E., 24 l.).

Wiele mieszkanki Tarecuato nie darzy zaufaniem ginekologów-położników z placówek państwowej służby zdrowia. Posługują się oni specjalistycznymi sformułowaniami, które nie są zrozumiałe dla kobiet ze społeczności indiańskich. Bardzo często nie wiedzą one, na czym polegają oferowane im terapie. Bywa, że pacjentka zapamiętuje z wizyty jedynie to, jakie są zalecenia i kiedy ma przyjść na kontrolę. Matki, które rodziły dzieci w szpitalu nie potrafiły opisać, co się z nimi wtedy działo. Najczęściej przedstawiały siebie jako przedmiot niezrozumiałych praktyk lekarzy⁹⁴. Mówiły na przykład: zabrali mnie, kazali czekać, podali zastrzyk, uspili mnie, podali dziecko, kazali karmić, nie pozwolili karmić. Świadomość rodzącej

⁹⁴ Badacze obserwowali, że w państwowym szpitalu w stanie Oaxaca kobiety wolały nie zadawać lekarzom pytań, ponieważ czuły się zawstydzone. Obawiały się także, że prośba o wyjaśnienie celu podejmowanych zabiegów spowoduje, iż będą gorzej traktowane przez personel ośrodka (Langer i in. 1997: 132-133).

dotycząca tego, co się dzieje z jej ciałem w szpitalu, bardzo często ograniczona jest do odczucia bólu⁹⁵.

Obawy dotyczące rodzenia w publicznym szpitalu wiążą się także z powszechną opinią, że ich personel nadużywa stosowania zabiegów cesarskiego cięcia. Zdaniem wielu mieszkańców regionu, metoda cesarskiego cięcia jest wykonywana w bardzo wielu przypadkach, gdy poród mógłby odbyć się w sposób naturalny. Uważają oni, że „cesarka” jest wręcz preferowana przez tych położników, jako forma mniej męcząca (dla wykonującego ją lekarza) i trwająca krócej od zwykłego porodu. Częste wykonywanie cesarskiego cięcia jest również podyktowane niedostatkiem personelu w publicznej służbie zdrowia. Pracujący w niej lekarze opowiadali mi, że czasami na nocnym dyżurze, na którym obecnych jest dwóch ginekologów-położników, odbywa się 12 porodów.

Indianki obawiają się ewentualnych komplikacji, które mogą nastąpić po operacji. Uważają, że po porodzie poprzez cesarskie cięcie kobieta cierpi dotkliwiej i dojście do pełni sił trwa dłużej w porównaniu z naturalnym porodem. Niektóre kobiety, których pierwsza ciąża rozwiązana została cesarskim cięciem, chcą poczekać kilka lat z kolejną ciążą, ponieważ bardzo źle wspominają ból, którego doświadczyły po operacji. Spotkałam się również z opiniami, że podczas operacji „do brzucha kobiety wchodzi dużo powietrza”, co powoduje, że później będzie ona cierpieła na częste wzdęcia.

Ponadto mieszkanki badanego regionu zdają sobie sprawę, że cesarskie cięcia ograniczają liczbę posiadanych dzieci. Wiedzą, że zgodnie z zaleceniami medycznymi, po trzecim porodzie zakończonym operacją kobieta nie powinna więcej zachodzić w ciążę. Niektóre kobiety są jednak zdania, że dopiero po czwartym lub piątym cesarskim cięciu kolejna ciąża stanowi duże zagrożenie dla matki i dziecka. Pacjentki bardzo często błędnie interpretują informacje przekazywane im przez lekarzy. Na przykład wiele kobiet z Tarecuato uważa, że nie powinny zachodzić w ciążę po trzecim cesarskim cięciu, ponieważ „nie starczy skóry na zaszywanie kolejnej rany”, ewentualnie, że konieczny będzie przeszczep skóry, na przykład z nogi.

⁹⁵ W opisie barier powstrzymujących społeczności tubylcze Półwyspu Jukatan (Güemez Pineda 2007; Quattrocchi, Güemez Pineda 2007) przed korzystaniem z usług publicznej służby zdrowia wymieniane są podobne czynniki. Badacze zwracają uwagę przede wszystkim na złą komunikację pomiędzy lekarzami a pacjentkami. Wiele kobiet indiańskich nie chce rodzić w szpitalu, ponieważ uważa, że personel medyczny nie zna ani nie szanuje tradycyjnych praktyk stosowanych podczas porodu (np. masaże). Ponadto obawiają się one, że poród zostanie rozwiązany niepotrzebnym cesarskim cięciem.

Lekarze zazwyczaj namawiają kobiety na wykonanie podwiązania jajowodów w trakcie trzeciego cesarskiego cięcia. Spotkałam się również z licznymi przypuszczeniami, że zabieg ten jest wykonywany bez zgody i wiedzy samej zainteresowanej lub jej męża:

Ja całą moją trójkę rodziłam w szpitalu. Zawsze były jakieś problemy, nie mogłam tutaj (w domu z akuszerką) urodzić. Ale nigdy nie chciałam w szpitalu. Zawieźli mnie, bo było źle. A tam cesarka i cesarka. Nie chciałam, ale inaczej nie można było. Po trzecim dziecku już więcej nie zaszłam.... Trzy cesarki. Wcześniej to rodziłam zawsze co dwa lata. A potem już nic. Mąż to jeszcze niedawno mnie pytał, czemu nie mamy więcej dzieci. Teściowej też się to nie podoba. Przy trzeciej cesarce chcieli mnie operować [sterylizować], ale ja się nie zgodziłam. Mąż też mówi, że się nie zgodził. Pytałam lekarki w przychodni tutaj, ale ona mówi, że po trzeciej cesarce już nie można, że dlatego nie zachodzę. Ja nie wiem, czy mnie zoperowali, czy nie. Kto to może teraz wiedzieć. Moja kuzynka tak samo, trzy cesarki i już więcej nie urodziła. Oni tutaj [lekarze] bardzo nie chcą, żebyśmy mieli dużo dzieci (M., 31 l.).

Najpierw miałam tego [wskazuje na syna], po 18 miesiącach urodziła się Lupita [cóрка]. Powiedzieli mi, żebym na siebie uważała [żeby nie zajść szybko w ciążę], bo kolejny poród będzie trudny, ale ja nic nie robiłam [żeby nie zajść w ciążę] (...). To potem mi powiedzieli, że muszę na siebie uważać, bo mogę umrzeć przy kolejnym porodzie, jeśli szybko będę miała kolejne dziecko. Ale szybko miałam Morenę [najmłodsze dziecko] i wszystko było dobrze przy porodzie. To znaczy też przez cesarkę. Teraz [po ostatnim porodzie] też mi mówili, żebym nie zachodziła w ciążę, ale Morena ma już siedem lat, a ja nadal nie zaszłam w ciążę. Kto wie, może nie będę mogła mieć więcej dzieci, może moja macica została podwiązana [*matriz ligada*] (F., 33 l.).

Kobiety, których rodziny objęte są programem IMSS-Oportunidades zobowiązane są do wykonywania co roku badań cytologicznych. Mimo że podczas warsztatów lekarka prezentuje im zalety wczesnego wykrycia raka szyjki macicy, postrzegają one to badanie jako „zło konieczne”, któremu muszą się poddać, aby nie odebrano ich rodzinom prawa do otrzymywanych świadczeń. Gdy w Tarecuato został wprowadzony ten obowiązek, wiele osób było zdania, że lekarka odpowiedzialna w centrum zdrowia za przeprowadzanie cytologii zmusza je do tego badania, gdyż „lubi oglądać inne kobiety”.

Niektóre beneficjentki IMSS-Oportunidades zwracają uwagę na brak konsekwencji w podejściu personelu zdrowia do wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, gdyż wyniki badań przychodzą czasami nawet po kilku miesiącach. Lekarze

natomiast, zobowiązani do przestrzegania ogólnych zaleceń, każą wykonać badanie kobiecie, która nie otrzymała jeszcze wyników poprzedniej cytologii.

Tylko jedna z moich rozmówczyń – mieszkanka Caltzontzin – twierdziła, że z własnej woli zgłasza się regularnie na badania ginekologiczne. Jej decyzja jest podyktowana przekonaniem o realności zagrożenia. Pod swoją opieką ma, oprócz swoich dzieci, także dzieci siostry, która zmarła na raka szyjki macicy wykrytego w późniejszej fazie, uniemożliwiającej leczenie.

Szczególnie mieszkanki Tarecuato obawiają się badania ginekologicznego, gdyż uważają, że lekarze często podczas jego wykonywania zakładają kobiecie – bez jej wiedzy i zgody – antykoncepcyjną wkładkę domaciczną. Słyszałam liczne opowieści o kobietach, którym samoistnie wyszła z dróg rodnych wkładka, o której posiadaniu nie wiedziały. Inne kobiety, które długo nie mogły zajść w ciążę, dowiadywały się dopiero podczas wizyty w prywatnym gabinecie o umieszczonej w ich macicy wkładce antykoncepcyjnej. Zasadność tych przypuszczeń potwierdzili pracownicy Colegio de Michoacán, którzy od lat wiedzą o praktykach zakładania przez personel publicznej służby zdrowia antykoncepcyjnych wkładek domacicznych Indiankom Purhépecha, bez ich zgody i wiedzy.

L.: Czy lekarze w szpitalu [państwowym w Zamorze] nadal zakładają wam wkładki domaciczne bez pytania? (L., pracowniczka Colegio, ok. 40 l.).

N.: Tak. Sąsiadka przez sześć lat nie mogła zajść w ciążę, aż w końcu lekarz jej powiedział, że ma wkładkę. Potem szybko zaszła (N., 28 l.).

M.: Mnie też włożyli zaraz po porodzie. Potem sama wypadła, a ja nie wiedziałam, że ją mam (M., 31 l.).

Nie dziwi zatem, że wiele Indianek nie chce stosować antykoncepcji. Obawiają się one także skutków ubocznych tych środków. Bardzo popularny jest pogląd, że stosowanie zabezpieczenia hormonalnego przed urodzeniem pierwszego dziecka może spowodować trwałą bezpłodność. Wiele kobiet uważa również, że środki antykoncepcyjne mogą powodować chorobliwe puchnięcie nóg, problemy z nadciśnieniem lub niedociśnieniem.

Ponadto można spotkać wiele błędnych interpretacji sposobów działania metod antykoncepcyjnych. Jedna z kobiet opowiedziała mi o problemach zdrowotnych swojej znajomej. Według słów mojej rozmówczynie, jej koleżanka pewnego dnia, bez znanej sobie przyczyny, zaczęła krwawić z dróg rodnych. Zgłosiła się do lekarza, który

po badaniu stwierdził, że jej macica musiała zostać „podwiązana” (hiszp. *ligada*) podczas ostatniego cesarskiego cięcia, które miało miejsce kilka lat wcześniej. Podwiązanie to spowodowało niepłodność. Lekarz orzekł, że obecne krwawienie nie jest groźne – wyjaśnił je jako skutek wypadnięcia „gumki” (hiszp. *liga*), która podwiązywała macicę. Ta diagnoza została potwierdzona po kilku miesiącach, gdyż kobieta po raz pierwszy od cesarskiego cięcia zaszła w ciążę. Z tej opowieści wynika, że zarówno znajoma mojej rozmówczynie, jak i ona sama zapewne nie wiedziały, co tak naprawdę się zdarzyło. Najprawdopodobniej źle zrozumiały i pomieszały ze sobą dwie metody antykoncepcyjne. *Ligar* w języku hiszpańskim oznacza podwiązywanie. Podwiązane mogą zostać jajowody, co powoduje trwałą sterylizację. Wypaść natomiast może antykoncepcyjna wkładka domaciczna.

Kobiety, które zetknęły się bliżej z kulturą metyską są z reguły bardziej otwarte na stosowanie antykoncepcji. Podchodzą one również z mniejszym lękiem do ewentualnego cesarskiego cięcia i zdają się na decyzję lekarza prowadzącego. Są jednak najczęściej w tej dogodnej sytuacji, że mogą korzystać z usług szpitala „dla ubezpieczonych” bądź prywatnej kliniki, gdzie jakość opieki jest znacznie wyższa, a relacje między personelem i pacjentami nie tak asymetryczne, jak w przypadku bezpłatnej służby zdrowia.

Na podstawie opowieści pacjentek personelu medycznego, a także własnych obserwacji, wnioskuję, że programy ograniczenia płodności prowadzone w badanym regionie mają agresywny charakter. Młoda lekarka, odpowiedzialna za prowadzenie kampanii wśród pacjentek w szpitalu, tymi słowami opowiedziała mi o swojej pracy:

Tak przekonujemy kobiety, żeby je przekonać. Rozmawiamy z nimi, jak tylko przyjeżdżają z bólami [porodowymi]. Gdy czeka w sali, zawsze ktoś z nią jest, żeby rozmawiać. Po porodzie też się z nią rozmawia. Opowiadam jej, jakie są dostępne metody, jaka dla niej będzie najlepsza. Mówię jej, że przecież nie chce zachodzić zaraz w kolejną ciążę, albo że już nie chce mieć więcej dzieci (E., lekarka, ok. 35 l.).

Rozmawiałam również z kobietami, które nie wytrzymały tej presji w szpitalu:

Oni [lekarze] tak rozmawiają, że w końcu się poddałam. Tak mówili mi i mówili, a ja leżałam tam z bólami, że w końcu powiedziałam, że się zgadzam. Oni tak potrafią przymusić. Chciałabym mieć jeszcze dzieci. Ale co zrobić. Zmusili mnie (L., ok. 35 l.).

Podobnie kobiety, które przychodzą na konsultację do miejscowej przychodni zdrowia, niezależnie od celu swojej wizyty – ciężarne lub w połogu, na kontrolę czy szczepienie dziecka – są zachęcane do stosowania antykoncepcji. Byłam świadkiem, gdy lekarka podczas jednego z warsztatów dla beneficjentek IMSS-Oportunidades publicznie karmiła jedną z nich, gdy okazało się, że jest w kolejnej ciąży:

To przecież barbarzyństwo! Ile masz lat? Ponad 40, prawda? Dlatego nie przychodziłaś na spotkania, żeby się ukryć. Co za wstyd! Które to już będzie dziecko?! (A., lekarka, ok. 40 l.)

Opisane wyżej praktyki świadczą o tym, że lekarze z państwowych ośrodków zdrowia często na pierwszym miejscu stawiają cel ograniczenia przyrostu naturalnego, a nie dobro swoich pacjentek. Prawo do stanowienia o własnej płodności staje się w tej sytuacji podrzędne (por. Camarena, Lerner 2008: 203; Vazquez Cermaño 1998: 305-307). Należy również pamiętać, że metody takie, jak cesarskie cięcie, sterylizacja, wkładki domaciczne, nie są obojętne dla zdrowia kobiety.

Jedna z moich rozmówczyń z Tarecuato tak opisała poczucie braku kontroli nad swoim życiem i zdrowiem reprodukcyjnym:

Miałam trzy cesarskie cięcia i lekarz mówi, że nie powinnam już więcej zachodzić w ciążę. Tę trójkę jest już trudno utrzymać. Chodzą do szkoły, a to dużo kosztuje. Ale gdy mój mąż wróci [z emigracji w Stanach Zjednoczonych], to będzie chciał kolejne dziecko. Więc będziemy mieć więcej dzieci (M., 31 l.).

Wprowadzenie opieki biomedycznej nie wpłynęło zatem na zmianę pozycji społecznej kobiety u Indian Purhépecha. W badanych społecznościach, szczególnie jednak w Tarecuato, młode kobiety często doświadczają braku kontroli nad swoim ciałem i życiem reprodukcyjnym, są podporządkowane swoim mężom, a może nawet bardziej ich matkom. Program IMSS-Oportunidades nie przyczynił się do postulowanego oficjalnie uwłasnowolnienia kobiet w obszarze zdrowia reprodukcyjnego. W istocie personel publicznej służby zdrowia wykorzystuje podporządkowaną pozycję młodych kobiet indiańskich. W ośrodkach oferujących bezpłatną opiekę zdrowotną kobieta nadal doświadcza braku sprawczości, czego dobitnym wyrazem są działania mające na celu ograniczanie jej płodności.

ZAKOŃCZENIE

W pracy analizowałam zjawisko pluralizmu medycznego w społecznościach tubylczych Meksyku na przykładzie Regionu Indian Purhépecha. Badane procesy ukazywałam koncentrując się na zagadnieniach zdrowia reprodukcyjnego kobiet, przy czym szczególnie interesowały mnie strategie wyborów form leczenia dolegliwości z zakresu zdrowia reprodukcyjnego. Te rozważania przywiodły mnie także do podjęcia tematu relacji pomiędzy strukturą społeczną a sprawczością.

Współczesna medycyna Indian Purhépecha wywodzi się z lecznictwa praktykowanego w Imperium Purhépecha w czasach prekolumbijskich. Uległo ono licznym modyfikacjom w efekcie kontaktu z tradycjami leczenia ludności pochodzenia europejskiego, a później ludności metyskiej. Dużą rolę odegrały również relacje pomiędzy ludnością indiańską a instytucjami Wicekrólestwa Nowej Hiszpanii, a następnie władzami nowopowstałego państwa. W sferze publicznej medycyna Indian była najczęściej odrzucana. Mimo to, do XX wieku pozostała jedyną formą opieki leczniczej dostępną tubylczym mieszkańcom badanego regionu.

W miarę wzrostu dostępności usług biomedycznej służby zdrowia, stopniowo zdobywała ona zaufanie członków badanej grupy tubylczej. Dostęp do bezpłatnej opieki zdrowotnej mają jednak nieliczni, większość może korzystać tylko z podstawowej formy pomocy medycznej w placówkach publicznych. Najwyżej cenione terapie, oferowane w gabinetach i klinikach prywatnych, są zwykle niedostępne Indianom z przyczyn ekonomicznych. Dodatkowo, część ludności poszukuje nowych, alternatywnych form leczenia, nieznanych dawniej Indianom Purhépecha.

Ponadto między różnymi rodzajami opieki medycznej występują liczne interakcje, w wyniku których medycyna Indian Purhépecha miesza się zarówno z innymi terapiami alternatywnymi, jak i elementami biomedycyny. Szczególnie w społecznościach poddanych silnym wpływom ludności metyskiej istnieje bliska współpraca pomiędzy uzdrowicielami a specjalistami innych typów medycyny komplementarnej i alternatywnej. W efekcie tych oddziaływań medycyna tradycyjna Indian Purhépecha adaptuje także niektóre terapie właściwe innym grupom tubylczym.

Staralam się wyjaśnić zagadnienia stosunku państwa i establishmentu biomedycznego do medycyny komplementarnej i alternatywnej w Meksyku. Od lat 70. XX wieku instytucje te deklarują równe traktowanie różnych form leczenia, jednak w praktyce personel biomedyczny najczęściej wychodzi z założenia, że metody ludowe nie są skuteczne, a nawet mogą być szkodliwe. Niemniej, położnictwo ludowe cieszy się zainteresowaniem instytucji biomedycznych. Usiłują one oddziaływać na indiańskie akuszerki poprzez liczne szkolenia, na które są one zapraszane. Z jednej strony, działania te mają na celu poprawę stanu zdrowia niemowląt i kobiet – pacjentów tych położnych, z drugiej jednak strony akuszerki ludowe mają służyć jako propagatorki metod świadomego planowania rodziny. Instytucje państwowe prowadzą dość agresywne kampanie ograniczenia płodności, ponieważ wysoki przyrost naturalny ludności tubylczej kraju uznano za przyczynę ubóstwa i „niedorozwoju” tej części społeczeństwa. Spośród spotykanych przeze mnie akuszerki ludowych tylko niektóre jednak włączają się do działań upowszechniających sztuczne formy antykoncepcji.

Mimo coraz większego dostępu badanej ludności do usług biomedycznych w zakresie opieki nad zdrowiem reprodukcyjnym, nadal dużą popularnością cieszą się tam położne ludowe. Jest to rezultatem lokalnych uwarunkowań kulturowo-społecznych. Moje obserwacje wykazały, że obszar reprodukcji jest w dużym stopniu regulowany przez relacje między płciami oraz stosunki pokrewieństwa. Pozycja młodej mężatki w badanych społecznościach nakazuje jej podporządkowanie się teściowej, między innymi w kwestii wyboru rodzaju pomocy medycznej w przypadku problemów dotyczących zdrowia reprodukcyjnego. Część badanych kobiet nie może samodzielnie podejmować decyzji dotyczących leczenia. Rolą teściowej, według wielu członków społeczności, jest nadzorowanie wierności jej synowej w stosunku do męża. W ich opinii, cnotliwa kobieta nigdy – poza kontaktem seksualnym ze swoim mężem – nie powinna obnażać intymnych części ciała. Z tego powodu większość teściowych woli, by przy porodzie ich synowych asystowała jedna z lokalnych położnych.

Nie oznacza to jednak, że młode mężatki nie posiadają sprawczości w odniesieniu do swojego ciała i zdrowia. Podporządkowanie się teściowej i mężowi można uważać bowiem za pewien rodzaj strategii, które umożliwiają im działanie zgodne, przynajmniej do pewnego stopnia, z ich własną wolą. W ten sposób kobieta może udowodnić, że jest dobrą żoną. Dzięki temu z czasem zyskuje ona coraz większą autonomię, aż w końcu staje się samodzielną, a także może decydować o innych

członkach rodziny. Sama staje się teściową, której podporządkowane są żony jej synów.

Ponadto moje badania wykazały, że w kontaktach z biomedycyną mieszkanki Regionu Indian Purhépecha nie zyskują większego poczucia sprawczości. Z ich opowieści i moich obserwacji można wnioskować, że w ośrodkach publicznej służby zdrowia są one najczęściej traktowane jako pasywny przedmiot zabiegów podejmowanych przez personel medyczny. Często wyrażane przypuszczenia, że lekarze nadużywają metod, których efektem może być ograniczanie płodności pacjentek, ukazują skalę poczucia utraty kontroli nad swoim ciałem doświadczanego przez moje rozmówczynie. Program IMSS-Oportunidades, postulujący uwłasnowolnienie kobiet, w praktyce wykorzystuje relacje społeczne charakterystyczne dla Indian Purhépecha do realizacji celu ograniczenia przyrostu naturalnego. Lekarze z państwowych ośrodków opieki medycznej nie stawiają zatem na pierwszym miejscu zdrowia pacjentek, a ich prawo do stanowienia o własnej płodności staje się w tej sytuacji podrzędne.

W pracy przedstawiłam formy opieki medycznej nad zdrowiem reprodukcyjnym dostępne Indiankom Purhépecha i przeanalizowałam czynniki wpływające na wybór usług. Mimo że starałam się możliwie szeroko omówić uwarunkowania podejmowanych decyzji, mam świadomość, że ich pełna analiza wymagałaby dalszych badań terenowych. Wskutek problemów badawczych wynikających z trudności, jakie nastęcza podejmowanie tematów związanych ze sferą reprodukcyjną w badanych społecznościach, nie udało mi się zadowalająco zgłębić wszystkich interesujących mnie zagadnień. Niemożliwa okazała się obserwacja sytuacji wyboru opieki medycznej, na przykład podczas porodu, która mogłaby ukazać badane procesy w pełniejszym świetle. Niewątpliwie wywiady i rozmowy z większą liczbą mężczyzn mogłyby wnieść nowe informacje, powinien je jednak przeprowadzić badacz – mężczyzna.

Wyniki badań pokazują, że władze Meksyku nadal traktują ludność tubylczą w sposób paternalistyczny. Wytyczne państwowe odnoszące się do sfery reprodukcji Indian są kontynuacją polityki, w której byli oni pozbawiani prawa do stanowienia o sobie. Współcześnie głoszone postulaty większego upodmiotowienia tej ludności zakładają, między innymi, prawo do decydowania o swojej płodności i liczbie posiadanych dzieci. Przeprowadzone wśród Indian Purhépecha badania etnograficzne ukazały, że instytucje państwowe bardzo często łamią te prawa.

Nie może zatem dziwić często spotykana niechęć badanej ludności do państwowej służby zdrowia i realizowanych przez nią programów. Powoduje to, że inne prowadzone przez te instytucje akcje, których celem jest na przykład profilaktyka zachorowań na raka szyjki macicy czy zakażeń HIV, mają niewielką szansę na pozytywny odbiór u osób, do których są adresowane.

Ponadto rezultaty badań świadczą, że antropologia reprodukcji może przyczynić się do ukazania nowych aspektów zjawisk badanych w ramach antropologii medycznej. Studia nad sferą zdrowia reprodukcyjnego szczególnie dobrze uwidaczniają bowiem wpływ oddziaływań państwowych na dostępne formy opieki medycznej. Równocześnie uświadamiają badaczom i praktykom konieczność analizowania jednostki jako podmiotu zdolnego do samodzielnego działania. Sądzę, że wyniki moich badań uwydatniają potrzebę włączania do analiz podejmowanych w ramach antropologii medycznej rozważań związanych, z jednej strony, z uwarunkowaniami politycznymi, a z drugiej strony, z relacją pomiędzy strukturą społeczną a sprawczością.

BIBLIOGRAFIA

Abbott P., Wallace C., Tyler M.

2005 *An Introduction to Sociology: Feminist Perspective*, London: Routledge.

Aguirre Beltrán G.

1992 *Medicina y magia. Proceso de aculturación en la estructura colonial*, México: INI, Fondo de Cultura Económica.

Alcina Franch J.

1990 *Introducción*, w: J. Alcina Franch (coord.), *Indianismo e indigenismo en América*, Madrid: Alianza Universidad, s. 11-17.

Álvarez C., Devoto F., Winter P.

2008 *Why do Beneficiaries Leave the Safety Net in Mexico? A Study of the Effects of Conditionality on Dropouts*, "World Development" 36: 4, s. 641-658.

Anzures y Bolaños M. del. C.

1977 *La medicina tradicional ¿Factor de cambio en la medicina oficial de México?*, w: *Los procesos de cambio en Mesoamérica y áreas circunvecinas*. XV Mesa Redonda, Guanajuato: Sociedad Mexicana de Antropología, s. 305-312.

1999 *Medicina tradicional y poder*, w: S. Ortiz Echániz (coord.), *La medicina tradicional en el norte de México*, México: Instituto Nacional de Antropología e Historia, s. 187-201.

Aparicio R.

2008 *Necesidades no satisfechas de anticoncepción: ¿Una limitante para el ejercicio de los derechos reproductivos?*, w: S. Lerner, I. Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, t.1, México: El Colegio de México, s. 217-285.

Arana M.

1995 *Transición demográfica y opciones reproductivas. Algunas reflexiones*, w: S.E. Pérez- Gil Romo, J.C. Ramírez Rodríguez, P. Ravelo Blancas (coords.), *Género y salud femenina. Experiencias de investigación en México*, Guadalajara: CIESAS, s. 35-40.

Argueta Villamar A.

2008 *Los saberes p'urhépecha. Los animales y el diálogo con la naturaleza*, México: Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente.

Arze Quintanilla A.

1990 *Del Indigenismo a la indianidad: Cincuenta años de indigenismo continental*, w: J. Alcina Franch (comp.), *Indianismo e indigenismo en América*, Madrid: Alianza Universidad, s. 18-33.

Audirac Rodríguez M.

1998 *Velas, rituales y brujería. Practicas curativas tradicionales en la zona de Pátzcuaro*, Mich., Tesis CIESAS, México.

Ayora Díaz S.I.

2002 *Globalización, conocimiento y poder. Médicos locales y sus luchas por el reconocimiento en Chiapas*, México: Plaza y Valdes Editores.

Baer H.A.

2003 *Contributions to a Critical Analysis of Medical Pluralism. An Examination of the Work of Linnet Crandon-Malamud*, w: J.D. Koss-Chioino, T. Leatherman, C. Greenway (eds.), *Medical Pluralism in the Andes*, London: Routledge, s. 42-62.

2004 *Medical Pluralism*, w: C.R. Ember, M. Ember (eds.), *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World's Cultures*, vol. 1, New York: Springer Science+Business Media, s. 109-116.

Baer H.A., Singer M., Susser I.

1997 *Medical Anthropology and the World System. A Critical Perspective*, London: Bergin & Garvey.

Barfield T.

1997 *The Dictionary of Anthropology*, Oxford: Blackwell Publishing.

Barroso Calderón C.G.

2004 *La fecundidad Indígena en México bis a bis la visión de los programas oficiales ¿Caminos divergentes?*, "Estudios sobre las Culturas Contemporáneas" 20, s. 79-105.

Bautista S.

2004 *Evaluación del efecto de Oportunidades sobre la utilización de servicios de salud en el medio rural*, Documentos de Investigación 9, México: Secretaría de Desarrollo Social.

- Beals R.
- 1946 *Cherán. A Sierra Tarascan Village*, Washington: Smithsonian Institution.
- Beyene Y.
- 1989 *From Menarche to Menopause. Reproductive Lives of Peasant Women in Two Cultures*, Albany: State University of New York.
- Biegeleisen H.
- 1929 *Lecznictwo ludu polskiego*, Kraków: Akademia Umiejętności.
- Boddy J.
- 1982 *Womb as Oasis: The Symbolic Context of Pharaonic Circumcision in Rural Northern Sudan*, "American Ethnologist" 9: 4, s. 682-698.
- Bonfil Batalla G.
- 1994 *México profundo: Una civilización negada*, México: Editorial Grijalbo.
- Borjón López-Coterilla I.
- 2005 *Derechos humanos y la perspectiva de género sobre el aborto en México (1974 a 1995)*, w: M. Torres (comp.), *Nuevas maternidades y derechos reproductivos*, México: El Colegio de México, s. 203-237.
- Bourdieu P.
- 2005 *Struktury, habitus, praktyki*, przeł. L. Kopciewicz, w: P. Sztompka, M. Kucia (red.), *Socjologia. Lektury*, Kraków: Znak, s. 546-558.
- Brand D.
- 1951 *Quiroga. A Mexican Municipio*, Washington: Smithsonian Institution.
- Browner C.H.
- 1993 *The Politics of Reproduction in Mexican Village*, w: C.B. Brettell, C.F. Sargent (eds.), *Gender in Cross-Cultural Perspective*, New Jersey: Prentice-Hall, s. 385-395.
- 2000 *Situating Women's Reproductive Activites*, "American Anthropologist" 102: 4, s. 773-788.
- Browner C.H., Lewin H.
- 1982 *Female Altruism Reconsidered: The Virgin Mary as Economic Woman*, "American Ethnologist" 9: 1, s. 61-75.
- Browner C.H., Sargent C.F.
- 1996 *Anthropology and Studies of Human Reproduction*, w: C.F. Sargent, T. Johnson (eds.), *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, Westport: Greenwood Press, s. 219-234.

- Buchowski M.
- 1995 *Zmiana w antropologii*, w: E. Tarkowska (red.), *Antropologia wobec zmiany*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN, s. 60-71.
- 2004 *Zrozumieć innego. Antropologia racjonalności*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bystroń J.S.
- 1976 *Dzieje obyczajów w dawnej Polsce*, Warszawa: PIW.
- Camarena R.M., Lerner S.
- 2008 *Necesidades insatisfechas en salud reproductiva: Mitos y realidades en el México rural*, w: S. Lerner, I. Szasz (coords.), *Salud Reproductiva y Condiciones de Vida en México*, t. 1, México: El Colegio de México, s. 117-216.
- Campos Navarro C.
- 1996 *Legitimidad social y proceso de legalización de la medicina indígena en América Latina. Estudio en México y Bolivia*, Tesis, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- 2004 *Experiencias sobre salud intercultural en América Latina*, w: G. Fernández Juárez (coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, Quito: Ediciones Abya-Yala, s. 129-147.
- Cant S., Sharma U.
- 1999 *A New Medical Pluralism? Alternative Medicine, Doctors, Patients and the State*, New York: UCL Press.
- Carasco P.
- 1952 *Tarascan Folk Religion*, New Orleans: Tulane University.
- Castañeda X., García C., Langer A.
- 1996 *Ethnography of Fertility and Menstruation in Rural Mexico*, "Social Science & Medicine" 42: 1, s. 133-140.
- Castilleja A. i in.
- 2003 *La comunidad y el costumbre en la región purépecha*, w: S. Millan, J. Valle (coords.), *La comunidad sin límites: Estructura social y organización comunitaria en las regiones indígenas de México*, México: INAH, s. 17-112.
- Castro R. i in.
- 2000 *A Study on Maternal Mortality in Mexico through a Qualitative Approach*, "Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine" 9: 6, s. 679-690.

- Castro V.M. del C., Salazar Antúnez G.
- 2001 *Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino. Un estudio en Hermosillo*, Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- Censo de Población...*
- 2011 *Censo de Población y Vivienda (2010). Panorama sociodemográfico de México*, México: INEGI.
- Chant S., Craske N.
- 2003 *Gender in Latin America*, New Jersey: Rutgers University Press.
- Cházaro L.
- 2004 *Pariendo instrumentos médicos: los fórceps y pelvímetros entre los obstetras del siglo XIX en México*, “Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam” 24, s. 27-51.
- Cimandomore A.D., Eversole R., McNeish J.-A. (coords.)
- 2006 *Pueblos indígenas y pobreza. Una introducción a los enfoques multidisciplinarios*, Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Comaroff J.
- 1982 *Medicine, Symbol and Ideology*, w: P. Wright, A. Treacher (eds.), *The Problem of Medical Knowledge*, Edinburgh: Edinburgh University Press, s. 49-68.
- Cook S., Joo J.-T.:
- 1995 *Ethnicity and Economy in Rural Mexico: A Critique of Indigenista Approach*, “Latin American Research Review” 30: 2, s. 33-59.
- Coronado G.
- 2005 *Competing Health Models in Mexico: An Ideological Dialogue between Indian and Hegemonic Views*, “Anthropology & Medicine” 12: 2, s. 165-177.
- Correa S.
- 1997 *From Reproductive Health to Sexual Rights: Achievements and the Future Challenges*, “Reproductive Health Matters” 10, s. 107-116.
- Cosminsky S.
- 2001 *Maya Midwives of Southern Mexico and Guatemala*, w: B.R. Huber, A.R. Sandstrom (eds.), *Mesoamerican Healers*, Austin: University of Texas Press, s. 179-210.

- Cruz C., de la Torre R., Velazquez C. (coords.)
 2006 *Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2001-2006*, Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Cubitt T., Greenslade H.
 1997 *Public and Private Spheres: The End of Dichotomy*, w: E. Dore (ed.), *Gender Politics in Latin America*, New York: Monthly Review Press, s. 52- 64.
- Curyło-González I.
 2001 *Człowiek i świat wartości w Mezoameryce. Toltekowie, Majowie, Aztekowie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- de Jesús Ruiz Méndez T.
 2000 *Ser curandero en Uruapan*, Zamora: El Colegio de Michoacán, Instituto Michoacano de Cultura.
- Dembicz K.
 1995 *Meksyk: podstawowe informacje geograficzne i społeczno-geograficzne*, w: B. Bereza, A. Dembicz (red.), *Meksyk 1994*, Warszawa: Centrum Studiów Latinoamerykańskich, s. 17- 18.
- Derwich K.
 2009 *Prezydentura Vicente Fox – sukces czy porażka?*, w: K. Derwich (red.), *Meksyk w XXI wieku. Polityka – społeczeństwo – gospodarka*, Kraków: Universitas, s. 44-62.
- Dietz G.
 1999 *La comunidad Purhépecha es nuestra fuerza. Etnicidad, cultura y región en un movimiento indígena en México*, Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Dow J.W.
 2001 *Central and North Mexico Shamans*, w: B.R. Huber, A.R. Sandstorm (eds.), *Mesoamerican Healers*, Austin: University of Texas, s. 66-94.
- Dzuba I.G. i in.
 2002 *Testing vs. the Pap Test as Alternatives in Cervical Cancer Screening*, “Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine” 11: 3, s. 265- 275.
- Echarri Cánovas C.J.
 2003 *Hijo de mi hija... Estructura familiar y salud infantil en México*, México: El Colegio de México.

Elu M. del C.

- 1992 *El género femenino en México: una historia en el presente*, w: M. del C. Elu, L. Leñero Otero (coords.), *De carne y hueso. Estudios sociales sobre género y reproducción*, México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales A.C., s. 11-32.
- 1993 *Abortion Yes, Abortion No, in Mexico*, "Reproductive Health Matters" 1:1, s. 58-66.

Espinosa Damián G.

- 2008 *Maternidad indígena: los deseos, los derechos, las costumbres*, w: S. Lerner, I. Szasz (eds.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, México: El Colegio de México. Tomo 2, s. 141-202.

Espinosa Damián G., Paz Paredes L., Rodríguez V.

- 2000 *Salud reproductiva en México. Los programas, los procesos, los recursos financieros*, w: G. Espinosa Damián (coord.), *Compromisos y realidades de la salud reproductiva en México. Una mirada a la situación nacional y cuatro estados*, México: Universidad Autónoma Metropolitana, s. 23-174.

Evans Schutles R.

- 1940 *Teonanacatl: The Narcotic Mushroom of the Aztecs*, "American Anthropologist" 42: 3, cz. 1, s. 429-443.

Fabrega H., Silver D.

- 1973 *Illness and Shamanistic Curing in Zinacantan. An Ethnomedical Analysis*, Palo Alto: Stanford University Press.

Falquet J.

- 2003 *Mujeres, feminismo y desarrollo: una análisis crítico de las políticas de las instituciones internacionales*, "Desacatos. Revista de Antropología Social" 11, s. 13-35.

Favela J.

- 2009 *Se unen para despenalizar el aborto*, "La Voz de Michoacán" 14.10.2009, s. 18A-19A.

Fernald L.C.H., Gertler P.J., Neufeld L.M.

- 2008 *Role of Cash in Conditional Cash Transfer Programmes for Child Health, Growth, and Development: An Analysis of Mexico's Oportunidades*, "Lancet" 371, s. 828-837.

Fernández Ham P. i in.

2006a *Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas de México 2006*, México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

2006b *Indicadores con perspectiva de género para los pueblos indígenas*, México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

Fernández Juárez G.

1998 *Los Kallawayas: Medicina indígena en los Andes bolivianos*, Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha.

Figueroa Perea J.G.

1999 *Derechos reproductivos y el espacio de las instituciones de salud: algunos apuntes sobre la experiencia mexicana*, w: A. Ortiz-Ortega (comp.), *Derechos reproductivos de las mujeres: Un debate sobre justicia Social en México*, México: EDAMEX, s. 147-190.

Finkler K.

1983 *Dissident Sectarian Movements, the Catholic Church, and Social Class in Mexico*, "Comparative Studies in Society and History" 25: 2, s. 277-305.

1991 *Physicians at Work, Patients in Pain: Biomedical Practice and Patient Response in Mexico*, San Francisco: Westview Press.

1992 *El cuidado de la salud: un problema de relaciones de poder*, w: R. Campos Navarro (coord.), *La antropología médica en México*, t. 2, México: Universidad Autónoma Metropolitana, s. 202-224.

2004 *Biomedicine Globalized and Localized: Western Medical Practices in an Outpatient Clinic of a Mexican Hospital*, "Social Science & Medicine" 59, s. 2037-2051.

Foster M.G.

1948 *Empire's Children. The People of Tzintzuntzan*, Washington: Smithsonian Institution.

1988 *Tzintzuntzan. Mexican Peasants in the Changing World*, Prospect Heights: Waveland Press.

1994 *Hippocrates' Latinamerican Legacy. Humoral Medicine in the New World*, California: Gordon and Breach.

Foucault M.

1999 *Narodziny kliniki*, przeł. P. Pieniążek, Warszawa: Wydawnictwo KR.

2000 *Historia seksualności*, przeł. T. Komendant, Warszawa: Czytelnik.

Frankowska M.

1971 *Procesy akulturacji w indiańskich społecznościach Meksyku*, „Etnografia Polska” 15: 2, s. 69-102.

1989 *Potomkowie Majów i Azteków*, w: M. Paradowska (red.), *Antologia polskich relacji o mieszkańcach Meksyku i Ameryki Środkowej*, Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, s. 163-173.

Freidson E.

1970 *Profession of Medicine*, New York: Dodd, Mead & Co.

Frenk J., González-Pier E., Gómez-Dantés O., Lezana M.O., Knaul F.M.

2006 *Health System Reform in Mexico I. Comprehensive Reform to Improve Health System Performance in Mexico*; “Lancet” 368, s. 1524-34.

Frenk J., Sepúlveda J., Gómez-Dantés O., Knaul F.M.

2003 *Evidence-based Health Policy: Three Generations of Reform in Mexico*, “Lancet” 362, s. 1667-1671.

Freyermuth Enciso G.

1994 *Las organizaciones de médicos indígenas; Una nueva forma de interrelación*, “Anuario IEI” 4, s. 121-139.

2003 *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Gallardo Ruiz J.

2002 *Medicina tradicional P’urhepecha*, Zamora: El Colegio de Michoacán.

Giddens A.

2003 *Stanowienie społeczeństwa. Zarys teorii strukturacji*, przeł. S. Amsterdamski, Poznań: Zysk i S-ka.

2008 *Socjologia*, przeł. A. Szulżycka, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Ginsburg F., Rapp R.

1991 *The Politics of Reproduction*, “Annual Review of Anthropology”: 20, s. 311- 343.

Goddard V.A.

2000 *Introduction*, w: V.A. Goddard (ed.), *Gender, Agency, and Change. Anthropological Perspectives*, London, New York: Routledge, s. 1-31.

Gómez Dantés O.

2005 *Seguro Popular de Salud. Siete perspectivas*, Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.

Greenhalgh S.

1995 *Anthropology Theorizes Reproduction: Integrating Practice, Political Economic, and Feminist Perspective*, w: S. Greenhalgh (ed.), *Situating Fertility. Anthropology and Demographic Inquiry*, Cambridge: Cambridge University Press, s. 3-28.

Guang-zhen W.

2010 *Reproductive Health and Gender Equality. Method, Measurement and Implications*, Surrey: Ashgate Publishing.

Güemez Pineda M.A.

2007 *Partería y medicina alopática en Yucatán: hacia un modelo intercultural de atención a la salud reproductiva*, w: P. Quattrocchi, M. Güemez Pineda (coords.), *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*, Mérida: Asociación de Investigaciones Etno-Antropológicas y Sociales de Trieste, s. 17-50.

Gutierrez Arriola A.

2002 *México dentro de las reformas a los sistemas de salud y de seguridad social de América Latina*, México: Siglo XXI Editores.

Gutmann M.

2007 *Fixing Men. Sex, Birth Control and AIDS in Mexico*, Berkeley: University of California Press.

Hahn R.

1982 *Culture and Informed Consent: An Anthropological Perspective*, w: *Making Health Care Decisions: The Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient-Practitioner Relationship*, Washington: U.S. Government Printing Office, s. 37-62.

Handwerker P.W.

1990 *Politics and Reproduction: A Window on Social Change*, w: P.W. Handwerker (ed.), *Social Change and the Politics of Reproduction*, San Francisco: Westview Press, s. 1-38.

Hardon A.

2001 *Applied Health Research Manual: Anthropology of Health and Health Care*, Amsterdam: Het Spinhuis Publishers.

Hardon A. (ed.)

1998 *Beyond Rhetoric: Participatory Research on Reproductive Health*, Amsterdam: Het Spinhuis Publishers.

Harrison M.E.

2001 *Mexican Physicians, Nurses and Social Workers*, w: B.R. Huber, A.R. Sandstorm (eds.), *Mesoamerican Healers*, Austin: University of Texas, s. 270-306.

Hernández Sáenz L.M., Foster G.

2001 *Curers and Their Cures in Colonial New Spain and Guatemala. The Spanish Component*, Austin: University of Texas, s. 19-46.

Holland W.R.

1978 *Medicina Maya en los altos de Chiapas*, INI, México.

1992 *La medicina de transición*, w: R. Campos Navarro (coord.), *La antropología médica en México*, t. 2, México: Universidad Autónoma Metropolitana, s. 163-181.

Hryciuk R.

2007 *Macho versus maricón? O meksykańskich reprezentacjach męskości*, „Kultura i Społeczeństwo” 51: 4, s. 53-79.

2008a *Od córki do profesjonalistki. Obserwacja uczestnicząca w antropologii: dylematy, ograniczenia i zaskoczenia na przykładzie badań terenowych w mieście Meksyk*, w: B. Wagner, T. Wiślicz (red.), *Obserwacja uczestnicząca w badaniach historycznych*, Zabrze: Oficyna Wydawnicza Inforteditions, s. 55-78.

2008b *Kulturowy kontekst macierzyństwa. Na przykładzie Meksyku*, Warszawa: IFiS PAN, niepublikowana praca doktorska.

2009 *Kobiecość, męskość, seksualność, płć kulturowa (gender) w badaniach dotyczących Ameryki Łacińskiej*, w: M.F. Gawrycki (red.), *Dzieje kultury latynoamerykańskiej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 270-285.

Hryciuk R., Korolczuk E.

- 2012 *Wstęp. Pożegnanie z Matką Polką?* w: R. Hryciuk, E. Korolczuk (red.), *Pożegnanie z Matką Polką? Dyskursy, praktyki i reprezentacje macierzyństwa we współczesnej Polsce*, Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, s. 7-20.

Huber B.R., Sandstrom A.R.

- 2001 *Recruitment, Training, and Practice of Indigenous Midwives. From the Mexico - United States Border to the Isthmus of Tehuantepec*, w: B.R. Huber, A.R. Sandstrom (eds.), *Mesoamerican Healers*, Austin: University of Texas Press, s. 139-178.

Hughes C.C.

- 1996 *Ethnopsychiatry*, w: T.M. Johnson, C.F. Sargent (eds.), *Handbook of Medical Anthropology Contemporary Theory and Method*, New York: Praeger, s. 131-151.

Hummel A.

- 2005 *Año Nuevo Purhépecha. Dynamika ruchu indiańskiego*, „Ameryka Łacińska” 13: Suplement, s. 52-60.

Inhorn M.

- 2006 *Defining Women's Health. A Dozen Messages from More than 150 Ethnographies*, „Medical Anthropology Quarterly” 20: 3, s. 345-378.

Jacobson J.L.

- 2000 *Transforming Family Planning Programmes: Towards a Framework for Advancing the Reproductive Rights Agenda*, „Reproductive Health Matters” 8: 15, s. 21-32.

Jacórzyński W., Wołowski D.

- 1994 *El valor ético de la virginidad entre los zapotecos del Istmo de Tehuantepec. Documentos de Trabajo*. Varsovia: Centro de Estudios Latinoamericanos.

Janes C.R.

- 2002 *Buddhism, Science, and Market: The Globalisation of Tibetan Medicine*, w: E. Hsu, E. Høg (eds.), *Countervailing Creativity: Patient Agency in the Globalisation of Asian Medicines*, „Anthropology and Medicine”, Special Issue 9: 3, s. 267-289.

- Jelin E.
- 1997 *Engendering Human Rights*, w: E. Dore (ed.), *Gender Politics in Latin America*, New York: Monthly Review Press, s. 65-83.
- Jordan B.
- 1978 *Birth in Four Cultures: A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*, Montreal: Eden Press.
- Kaczmarek M.
- 2012 *Menopauza w ujęciu biokulturowym*, w: D. Penkala-Gawęcka, I. Main, A. Witeska-Młynarczyk (red.), *W zdrowiu i w chorobie... Z badań antropologii medycznej i dyscyplin pokrewnych*, Poznań: Biblioteka Telgte, s. 153-174.
- Kaganiec-Kamieńska A.
- 2009 *Polityka językowa Meksyku w kontekście praw kulturowych ludności rdzennej*, w: K. Derwich (red.), *Meksyk w XXI wieku. Polityka – społeczeństwo – gospodarka*, Kraków: Universitas, s. 144-167.
- Kemper R.V., Adkins J.
- 2004 *De la “moderna área tarasca” a la “tierra natal p'urhépecha”: Cambiantes conceptos de identidad étnica y regional*, “Relaciones: Estudios de Historia y Sociedad” 100, s. 227-278.
- Kemper R.V., Roth-Seneff A.
- 1995 *Tarascons*, w: J.W. Dow, R.V. Kemper (eds.), *Encyclopedia of World Cultures*, vol. 8, *Middle America and the Caribbean*, Boston: G.K. Hall, s. 243-247.
- Kendall T.
- 2006 *Mujeres y VIH/SIDA: una introducción a la vulnerabilidad femenina ante el virus*, w: C. Magis Rodríguez, H. Barrientos Bárcenas, S. Bertozzi Kenefick (coords.), *SIDA: Aspectos de Salud Pública. Manual*, Cuernavaca: CENSIDA, Instituto Nacional de Salud Pública, s. 145-153.
- Kleinmann A.
- 1995 *Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine*, Berkeley: University of California Press.
- Knauth F.M., Nigenda G., Lozano R., Arreola-Ornelas H., Langer A., Frenk J.
- 2008 *Breast Cancer in Mexico: A Pressing Priority*, “Reproductive Health Matters” 16: 320, s. 113-123.
- Koss-Chioino J.D., Leatherman T., Greenway C. (eds.)
- 2003 *Medical Pluralism in the Andes*, London: Routledge.

Kościańska A.

2009 *Potęga ciszy. Konwersja a rekonstrukcja porządku płci na przykładzie nowego ruchu religijnego Brahma Kumaris*, Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.

Kretzer D.I.

1995 *Political-Economic and Cultural Explanations of Demographic Behavior*, w: S. Greenhalgh (ed.), *Situating Fertility. Anthropology and Demographic Inquiry*, Cambridge: Cambridge University Press, s. 29-52.

Kubiak A.

1998 *Kosmologia i antropologia uzdrawiania*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 5: 14, s. 40-53.

Landy D.

1977 *Culture, Disease and Healing. Studies in Medical Anthropology*, New York: Macmillan Publishing.

Langer A. i in.

1997 *Improving Post-Abortion Care in a Public Hospital in Oaxaca, Mexico*, „Reproductive Health Matters” 5: 9, s. 20-29.

Langer A., Romero M.

1998 *El embarazo, el parto y el puerperio ¿Bajo qué condiciones se reproducen las mujeres en México?*, w: A. Langer, K. Tolbert (coords.), *Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México*, México: EDAMEX, s. 13-37.

Larriga Attias I.

2000 *Medicina tradicional en México*, w: J. Villalba Caloca (coord.), *Medicina tradicional en México*, México: INER, s. 17-54.

Las mujeres indígenas...

2006 *Las mujeres indígenas de México: su contexto socioeconómico, demográfico y de salud*, México: Inmujeres, CNP, CDI, SS.

Last M.

1996 *Professionalization of Indigenous Healers*, w: T.M. Johnson, C.F. Sargent (eds.), *Handbook of Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, New York: Praeger, s. 374- 395.

- Lazarus E.
- 1988 *Theoretical Considerations for the Study of the Doctor-Patient Relationship: Implications of a Perinatal Study*, "Medical Anthropology Quarterly" 2: 1, s. 34-58.
- León N.
- 1984 *Historia de la medicina en Michoacán*, Morelia: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- Leslie Ch. (ed.)
- 1976 *Asian Medical Systems. A Comparative Study*, Berkeley: University of California Press.
- Levy S.
- 2006 *Pobreza y transición democrática en México. La continuidad de Progres-Oportunidades*, México: Fondo de Cultura Económica.
- Lillo Macina V.
- 2007 *El temazcalli mexicano. Su significación simbólica y su uso psicoterapéutico pasado y presente*, México: Plaza y Valdez Editores.
- Lindquist G.
- 2001 *Wizards, Guru, and Energy-Information Fields: Wielding Legitimacy in Contemporary Russian Healing*, "Anthropology of East Europe Review" 19: 1, s. 16-28.
- Lister R.
- 2007 *Bieda*, przeł. A. Stanaszek, Warszawa: Wydawnictwo Sic!
- Lock M.
- 1998 *Menopause: Lessons from Anthropology*, "Psychosomatic Medicine" 60, s. 410-419.
- Lock M., Kaufert P.A. (eds.)
- 1998 *Pragmatic Women and Body Politics*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Loewenberg S.
- 2010 *The Plight of Mexico's Indigenous Women*, "The Lancet" 375, s. 1680-1682.
- López Austin A.
- 1988 *The Human Body and Ideology. Concepts of the Ancient Nahuas*, vol. 1, Salt Lake City: University of Utah Press.

Lupton D.

1994 *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*, London: Sage Publications.

Magis Rodríguez C., Hernández Ávila M.

2008 *Epidemiología del SIDA en México*, w: J.A. Córdova Villalobos, S. Ponce de León Rosales, J.L. Valdespino (coords.), *25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos*, Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, s. 85-103.

Maier E.

2006 *Relatos de mujeres indígenas inmigradas a Baja California: la construcción del análisis a través de la investigación-acción*, w: C. Denman, J. Monk, N. Ojeda de la Peña (coords.), *Compartiendo historias de fronteras. Cuerpos, géneros, generaciones y salud*, Hermosillos: El Colegio de Sonora, s. 33-76.

Martin E.

1991 *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*, Boston: Beacon Press.

McNay L.

2000 *Gender and Agency: Reconfiguring the Subject in Feminist and Social Theory*, London: Polity Press.

Mellado V., Zolla C., Castañeda X.

1989 *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*. México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social.

Menegoni L.

1996 *Conceptions of Tuberculosis and Therapeutic Choices in Highland Chiapas, Mexico*, "Medical Anthropology Quarterly" 10: 3, s. 381-401.

Menéndez E.

2005 *Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos*, "Revista de Antropología Social" 14, s. 33-69.

Mikulska-Dąbrowska K.

2009 *Prekolumbijskie cywilizacje Mezoameryki*, w: M.F. Gawrycki (red.), *Dzieje kultury latynoamerykańskiej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 73-84.

Miller A.A.

- 2012 *Seksualne, lecz nie reprodukcyjne. Prawa seksualne a prawa reprodukcyjne*, przeł. M. Petryk, w: A. Kościańska (red.), *Antropologia seksualności*, Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, s. 114-146.

Miraftab F.

- 2004 *Can You Belly Dance? Methodological Questions in the Era of Transnational Feminist Research*, "Gender, Place and Culture" 11: 4, s. 595-604.

Mirandé A.

- 1997 *Hombres y Machos. Masculinity and Latino Culture*, Boulder: Westview Press.

Mora G. Yunes J.

- 1993 *Maternal Mortality an Overlooked Tragedy*, w: E. Gómez Gómez (ed.), *Gender, Women, and Health in the Americas*, Washington: Pan American Health Organization, s. 62-79.

Mora Ledesma I.

- 1995 *El traslado de los santos*, Zamora: El Colegio de Michoacán, niepublikowana praca magisterska.
- 1998 *Las aguacateras de Caltzontzin: Mujeres indígenas en circuitos comerciales extralocales*, w: G. Mummert, L.A. Ramírez Carrillo (coords.), *Rehaciendo las diferencias: Identidades de género en Michoacán y Yucatán*, s. 105-130.

Mull D.S., Mull J.D.

- 1981 *Empacho del hombre: A Mexican Folk Illness*, "Medical Anthropology Newsletter" 13: 3, s. 8-9.

Napolitano V., Mora Flores G.

- 2003 *Complementary Medicine: Cosmopolitan and Popular Knowledge, and Transcultural Translations – Cases from Urban Mexico*, "Theory, Culture & Society" 20: 4, s. 79-95.

Navarrete Linares F.

- 2008 *Los pueblos indígenas de México. Pueblos indígenas de México contemporáneo*. México: CDI.

Navarro Chávez J.C.L.

- 2008 *Informe sobre Desarrollo Humano. Michoacán 2007*, México: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

- Navarro M.
- 2002 *Against Marianismo*, w: R. Montoya, L.J. Frazier, J. Hurtig (eds.), *Gender's Place. Feminist Anthropologies of Latin America*, New York: Palgrave Macmillan.
- Nederveen Pieterse J.
- 1994 *Globalization as Hybridisation*, "International Sociology" 9: 2, s. 161-184.
- Nelson L.
- 2006 *Artesanía, Mobility and the Crafting of Indigenous Identities among Purhépechan Women in Mexico*, "Journal of Latin American Geography" 5: 1, s. 51-77.
- Nigenda G., Cifuentes E., Hill W.
- 2004 *Knowledge and Practice of Traditional Medicine in Mexico. A Survey of Healthcare Practitioners*, "International Journal of Occupational and Environmental Health" 10: 4, 416-420.
- Notestein F.
- 1945 *Population – The Long View*, w: T. Schultz (ed.), *Food for the World* Chicago: University of Chicago Press, s. 36-57.
- Oakley A.
- 1993 *Essays on Women, Medicine and Health*, Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Okólski M.
- 1990 *Wprowadzenie*, w: M. Okólski (red.), *Teoria przejścia demograficznego*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, s. 9-12.
- 2004 *Demografia. Podstawowe pojęcia, procesy i teorie w encyklopedycznym zarysie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Ortner S.
- 2006 *Anthropology and Social Theory: Culture, Power, and the Acting Subject*, Durham: Duke University Press.
- Ostrowska A., Gujski M.
- 2007 *Walka z rakiem szyjki macicy w Polsce. Perspektywy, szanse i rekomendacje dla polityki państwa*, Warszawa: Szkoła Nauk Społecznych.
- Paul L., Paul B.D.
- 1975 *The Maya Midwife as Sacred Specialist: A Guatemalan Case*, "American Ethnologist" 2: 4, s. 707-726.

Paz O.

1991 *Labirynt samotności*, przeł. J. Zych, Kraków: Wydawnictwo Literackie.

Penkala-Gawęcka D.

1988 *Medycyna tradycyjna w Afganistanie i jej przeobrażenia*, Wrocław: Polskie Towarzystwo Ludoznawcze.

2001 *Pacjent i medycyna we współczesnym Kazachstanie. Postawy wobec biomedycyny i medycyny komplementarnej*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Kulturą Medyczną” 7: 2, s. 175-198.

2004 *Glokalizacja „wielkich tradycji medycznych”. Z badań nad medycyną komplementarną w Kazachstanie*, w: Z. Jasiewicz (red.), *Wschód w Polskich badaniach etnologicznych. Problematyka, badacze, znaczenia*, Poznań: Komitet Nauk Etnologicznych PAN, s. 77-97.

2006 *Medycyna komplementarna w Kazachstanie. Siła tradycji i presja globalizacji*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.

2010 *Pluralizm medyczny w perspektywie antropologii medycznej*, w: D. Penkala-Gawęcka (red.), *Nie czas chorować? Zdrowie, choroba i leczenie w perspektywie antropologii medycznej*, Poznań: Biblioteka Telgte, s. 21-36.

Piątkowski W.

2008 *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Mari Curie-Skłodowskiej.

Pick S., Givaudan M., Brown J.

2000 *Quietly Working for School-Based Sexuality Education in Mexico: Strategies for Advocacy*, “Reproductive Health Matters” 8: 16, s. 92-102.

Pietrzak A.

2009 *Synkretyczne religie afrykańskie w Ameryce Łacińskiej*, w: M.F. Gawrycki (red.), *Dzieje kultury latynoamerykańskiej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 257-269.

Posern-Zieliński A.

1995 *Wydarzenia w Chiapas w kontekście historycznym*, w: B. Bereza, A. Dembicz (red.), *Meksyk 1994*, Warszawa: Centrum Studiów Latynoamerykańskich, s. 24-25.

2005 *Między indygenizmem a indianizmem. Andyjscy Indianie na drodze etnorozwoju*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Priego N.

2002 *Medycyna przedhiszpańska w Meksyku*, „Sztuka Leczenia. Towarzystwo Edukacji Psychosomatycznej” 4, s. 35-41.

Prieur A.

2007 *Dominacja i pożądanie. Homoseksualność i konstrukcja męskości w Meksyku*, przeł. R.E. Hryciuk, w: R.E. Hryciuk, A. Kościańska (red.), *Gender. Perspektywa antropologiczna*, t. 2, Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, s. 137-157.

Quattrocchi P.

2007 *¿Qué es la sobada? Elementos para conocer y extender una práctica terapéutica en Yucatán*, w: P. Quattrocchi, M. Güémez Pineda (coords.), *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*, Mérida: Asociación de Investigaciones Etno-Antropológicas y Sociales de Trieste, s. 77-114.

Quattrocchi P., Güémez Pineda M.A.

2007 *Introducción*, w: P. Quattrocchi, M. Güémez Pineda (coords.), *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*, Mérida: Asociación de Investigaciones Etno-Antropológicas y Sociales de Trieste, s. 7-16.

Reinharz S.

1992 *Feminist Methods in Social Research*, Oxford: Oxford University Press.

Relación de las...

1977 *Relación de las ceremonias y ritos y población y gobierno de los indios de la Provincia de Michoacán: (1541)*, Reproducción facsímil del Ms. c. IV 5 de El Escorial, Morelia: Balsal Editores.

Rich A.

2008 *Zrodzone z kobiety*, w: M. Szpakowska (red.), *Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów*, przeł. J. Mizielińska, Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, s. 143-146.

Rivera Farfán C.

1998 *Vida nueva para Tarecuato. Cabildo y parroquia ante la Nueva Evangelización*, Zamora: El Colegio de Michoacán.

Rivera L., Hernández B., Castro R.

2006 *Asociación entre la violencia de pareja contra las mujeres de las zonas urbanas en pobreza extrema y la incorporación al Programa Oportunidades*, w: M. de la P. López, V. Salles (coords.), *El Programa Oportunidades examinado desde el género*, México: El Colegio de México, Oportunidades, Unifem, s. 69-93.

Rubel A.J., Hass M.R.

1996 *Ethnomedicine*, w: T.M. Johnson, C.F. Sargent (eds.), *Handbook of Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, New York: Praeger, s. 113-130.

Rubinstein R.A., Lane S.D.

1996 *International Health and Development*, w: C.F. Sargent, T. Johnson (eds.), *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*, Westport: Greenwood Press, s. 386-423.

Ryn Z.J.

2002 *El susto. Perspektywa antropologiczna i psychiatryczna*, „Sztuka Leczenia” 4, s. 63-73.

2007 *Medycyna indiańska*, Kraków: Wydawnictwo Literackie.

Saavedra López J., Bravo García E.

2006 *Panorama del VIH/SIDA en el 2006*, w: C. Magis Rodríguez, H. Barrientos Bárcenas, S. Bertozzi Kenefick (coords.), *SIDA: Aspectos de Salud Pública. Manual*, Cuernavaca: CENSIDA, Instituto Nacional de Salud Pública, s. 3-14.

Sánchez Bringas Á.

2003 *Mujeres, maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la ciudad de México*, México: Universidad Nacional Autónoma de México.

2005 *Prácticas reproductivas en el Distrito Federal del Siglo XX*, w: M. Torres (comp.), *Nuevas maternidades y derechos reproductivos*, México, El Colegio de México, s. 33-59.

Sánchez Fuentes M.L., Paine J., Elliott-Buettner B.

2008 *The Decriminalisation of Abortion in Mexico City: How did Abortion Rights Become a Political Priority?*, “Gender & Development” 16: 2, s. 345- 360.

Sánchez López G., Pedraz Espinza L.P.

2008 *Living in Poverty: An Analysis of Health, Disease and Care Processes Among Rural Indigenous Households, w: Ten Years of Intervention; External Evaluation of Oportunidades 2008 in Rural Areas (1997-2007)*, t. 2, *The Challenge of Services Quality: Health and Nutrition Outcomes*, México: SEDESOL, s. 101-206.

Sandstrom A.R.

2001 *Mesoamerican Healers and Medical Anthropology. Summery and Concluding Remarks*, w: B.R. Huber, A.R. Sandstrom (eds.), *Mesoamerican Healers*, Austin: University of Texas, s. 307-329.

Sargent C.F., Gulbas L.E.

2011 *Situating Birth in the Anthropology of Reproduction*, w: M. Singer, P.I. Erickson (eds.), *Companion to Medical Anthropology*, West Sussex: Wiley-Blackwell, s. 289-304.

Scheffler L.

1986 *Magia y brujería en México*, México: Panorama Editorial.

Schöndube O.B.

1996 *Los tarascos*, "Arqueología Mexicana" 4: 19, s. 14-23.

Schrijvers J.

1998 *Reflections on Reproduction. A Feminist-Inspired Research Approach*, w: A. Hardon (ed.), *Beyond Rhetoric: Participatory Research on Reproductive Health*, Amsterdam: Het Spinhuis, s. 9-28.

Scott J.

1985 *Weapons of the Weak. Everyday Forms of Peasant Resistance*, New Haven: Yale University Press.

Sepúlveda M.T.

1988 *La medicina entre los Purépecha prehispánicos*, México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Serrano Carreto E. (coord.)

2006 *Regiones indígenas de México*, México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

Sesia P.M.

- 1997 “*Women Come Here on Their own When They Need to*”. *Prenatal Care, Authoritative Knowledge, and Maternal Health in Oaxaca*, w: R.E. Davis-Floyd, C. Sargent (eds.), *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-cultural Perspectives*, Berkeley: University of California Press, s. 397-420.

Sharma U.

- 1992 *Complementary Medicine Today. Practitioners and Patients*, London: Tavistock/Routledge.

Sieglin V.

- 2004 *Modernización rural y devastación de la cultura tradicional campesina*, México: Plaza y Valdés.

Simons R., Hughes C.C. (eds.)

- 1985 *The Culture-Bound Syndromes: Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*, Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.

Singer M.

- 1995 *Beyond the Ivory Tower: Critical Praxis in Medical Anthropology*, “Medical Anthropology Quarterly” 9: 1, s. 80-106.

Singer M., Baer H.

- 2007 *Introducing Medical Anthropology: A Discipline in Action*, Lanham: AltaMira Press.

Sokołowska M.

- 1980 *Medycyna nowoczesna a systemy tradycyjne*, „Odra” 2: 228, s. 22-29.

Sosa-Rubí S.G., Galárraga O., Harris J.E.

- 2009 *Heterogeneous Impact of the “Seguro Popular” Program on the Utilization of Obstetrical Services in Mexico, 2001-2006: A M P Model with a Discrete Endogenous Variable*, “Journal of Health Economics” 28, s. 20-34.

Stavenhagen R.

- 1998 *El sistema internacional de los derechos indígenas*, w: M.A. Bartolomé, A.M. Barabas (coords.), *Autonomías étnicas y Estados nacionales*, México: Conaculta INAH, s. 49-72.

Stephen L.

- 1999 *The Construction of Indigenous Suspects: Militarization and the Gendered and Ethnic Dynamics of Human Rights Abuses in Southern Mexico*, "American Ethnologist" 26: 4, s. 822-842.

Stevens E.

- 1973 *Marianismo: The Other Face of Machismo in Latin America*, w: A. Pescatello (ed.), *Female and Male in Latin America*, Pittsburg: University of Pittsburg Press, s. 87-102.

Straczuk J.

- 2006 *Spółeczny wymiar emocji – żal i żałoba w doświadczeniu poronienia*, w: P. Binder, H. Palska, W. Pawlik (red.), *Emocje a kultura i życie społeczne*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN, s. 273-291.

Szasz I.

- 2003 *Relaciones e identidades de género, sexualidad y salud reproductiva*, w: S. González Montes (coord.), *Salud y Derechos Reproductivos en Zonas Indígenas de México. Memoria del Seminario de Investigación*, México: El Colegio de México, s. 12-16.
- 2008 *Relaciones de género y desigualdad socioeconómica en la construcción social de las normas sobre la sexualidad*, w: S. Lerner, I. Szasz (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, t. 1, México: El Colegio de México, s. 431-475.

Szubertowa M.

- 1950/51 *Obrzędy i zwyczaje związane z narodzinami dziecka*, „Prace i Materiały Etnograficzne” 8-9, s. 597-607.

Taylor A.

- 2005 *The Ends of Indigenismo in Mexico*, "Journal of Latin America Cultural Studies" 14: 1, s. 75-88.
- 2006 *Malinche and Matriarchal Utopia: Gendered Visions of Indigeneity in Mexico*, "Journal of Women in Culture and Society" 31: 3, s. 815-840.

Thorwald J.

- 1990 *Dawna medycyna, jej tajemnice i potęga. Egipt, Babilon, Indie, Chiny, Meksyk, Peru*, przeł. A. Bandurski i J. Szczaniecka, Wrocław: Ossolineum.

Titkow A.

- 1982 *Miejsce dziecka w świecie wartości*, Warszawa: IFiS PAN.

- Titkow A., Duch-Krzystoszek D., Budrowska B.
- 2004 *Nieodpłatna praca kobiet. Mity, realia, perspektywy*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Tomicki R.
- 1977 *Norma i wzór w życiu seksualnym tradycyjnych społeczności wiejskich w Polsce*, „Etnografia Polska” 21: 1, s. 43-72.
- Torres M.
- 2005 *Introducción*, w: M. Torres (comp.), *Nuevas maternidades y derechos reproductivos*, México: El Colegio de México, s. 9-29.
- Tremayne S. (ed.)
- 2001 *Managing Reproductive Live. Cross-Cultural Themes in Sexuality and Fertility*, New York: Berghahn Books.
- Unnithan-Kumar M.
- 2001 *Emotion, Agency and Access to Healthcare: Women's Experience of Reproduction in Jaipur*, w: S. Tremayne (ed.), *Managing Reproductive Live. Cross-Cultural Themes in Fertility and Sexuality*, New York: Berghahn Books, s. 27-51.
- Uribe P., Hernández M., de Caso L.E., Aquirre V.
- 1998 *Prostitución en México*, w: A. Langer, K. Tolbert (coords.), *Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México*, México: EDAMEX, s. 179-206.
- Valdez Santiago R.
- 2005 *Respuesta de las parteras de la violencia que sufren las mujeres embarazadas*, w: M. Torres (comp.), *Nuevas maternidades y derechos reproductivos*, México: El Colegio de México, s. 99-126.
- Vallarta Vázquez M.
- 2005 *El consentimiento informado: un derecho reproductivo en México*, w: M. Torres (comp.), *Nuevas maternidades y derechos reproductivos*, México: El Colegio de México, s. 239-274.
- Van Zantwijk R.A.M
- 1974 *Los servidores de los santos: la identidad social y cultural de una comunidad tarasca en México*, México: INI.
- Vázquez León L.
- 1992 *Ser indo otra vez: La purepechización de los tarascos serranos*, México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.

Velasquéz Gallardo P.

2000 *La hechicería en Charapan*, Morelia: Universidad Michoacána de San Nicolás Hidalgo.

Ventura Patiño M. del Carmen

2003 *Disputas por el gobierno local en Tarecuato, Michoacán, 1942-1999*, Zamora: El Colegio de Michoacán.

Viesca Treviso C.

2001 *Curanderismo in México and Guatemala. Its Historical Evolution from the Sixteenth to the Nineteenth Century*, w: B.R. Huber., A.R. Sandstorm (eds.), *Mesoamerican Healers*, Austin: University of Texas, s. 47-65.

Waitzkin H.

1981 *The Social Origins of Illness: A Neglected History*, "International Journal of Health Services" 1: 1, s. 77-103.

Walter L.

1995 *Feminist Anthropology?*, "Gender Society" 9, s. 272-288.

Wądołowska A.

2007 *Medycyna indiańska w Meksyku. Organizacje lekarzy tradycyjnych w regionie Indian Purhépecha*, Dokumenty Robocze 46, Warszawa: CESLA UW.

2010 *Pluralizm medyczny a zdrowie reprodukcyjne kobiet w Regionie Indian Purhépecha w Meksyk*, w: D. Penkala-Gawęcka (red.), *Nie czas chorować? Zdrowie, choroba i leczenie w perspektywie antropologii medycznej*, Poznań: Biblioteka Telgte, s. 51-66.

2012 *Perspektywa antropologii kulturowej w badaniach nad zdrowiem reprodukcyjnym*, w: D. Penkala-Gawęcka, I. Main, A. Witeska-Młynarczyk (red.), *W zdrowiu i w chorobie... Z badań antropologii medycznej i dyscyplin pokrewnych*, Poznań: Biblioteka Telgte, s. 175-188.

West R.

1948 *Cultural Geography of the Modern Tarascan Area*, Washington: Smithsonian Institution.

Węgrzynowska M.

2012 *Wobec medykalizacji – transnarodowe praktyki zdrowotne polskich migrantek w Irlandii*, w: D. Penkala-Gawęcka, I. Main, A. Witeska-Młynarczyk (red.), *W zdrowiu i w chorobie... Z badań antropologii medycznej i dyscyplin pokrewnych*, Poznań: Biblioteka Telgte, s. 257-268.

Whiteford M.B.

1999 *Homeopathic Medicine in the City of Oaxaca, Mexico: Patients' Perspectives and Observations*, "Medical Anthropology Quarterly" 13: 1, s. 69-78.

Whittaker A.

2004 *Reproductive Health*, w : C.R. Ember, M. Ember (eds.), *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World's Cultures*, vol. 1, New York: Springer Science+Business Media, s. 280-290.

Witeska-Młynarczyk A.

2012 „*Ta wiedza jest zapisana w naszych ciałach*” – *narracje o porodach domowych w Polsce*, w: D. Penkala-Gawęcka, I. Main, A. Witeska-Młynarczyk (red.), *W zdrowiu i w chorobie... Z badań antropologii medycznej i dyscyplin pokrewnych*, Poznań: Biblioteka Telgte, s.61-75.

Young A.

1976 *Some Implications of Medical Beliefs and Practices for Medical Anthropology*, "American Anthropologist" 78: 1, s. 5-24.

Young J.C.

1981 *Medical Choice in a Mexican Village*, New Jersey: Rutgers University Press.

Yuval-Davis N.

1997 *Gender and Nation*, London: Sage Publications.

Zolla C., Bosque del S., Mellado V., Tascón A., Maqueo C.

1992 *Medicina tradicional y enfermedad*, w: R. Campos Navarro (coord.), *La antropología médica en México*, t. 2, México: Universidad Autonoma Metropolitana, s. 71-104.

Zolla C., Carrillo A.M.

1998 *Mujeres, saberes médicos e institucionalización*, w: J.G. Figueroa Perea (coord.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México: El Colegio de México, s. 167-198.

Zolla C., Mellado V.

1995 *La función de la medicina domestica en el medio rural mexicano*, w: S. González Montes (coord.), *Las mujeres y la salud*, México: El Colegio de México, s. 71-92.

Zúñiga E., Zubieta B. (coords.)

2001 *Cuadernos de salud reproductiva. Michoacán*, México: Consejo Nacional de Población.

ŹRÓDŁA INTERNETOWE

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA,
<http://www.censida.salud.gob.mx> (dostęp 11.05.2013).

Comision Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indigenas, www.cdi.gob.mx
(dostęp 10.02.2011).

Comisión Nacional para el Desarrollo del los Pueblos Indígenas,
[http://www.cdi.gob.mx/index.php?](http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=758&Itemid=68)
[option=com_content&view=article&id=758&Itemid=68](http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=758&Itemid=68) (dostęp 16.11.12).

Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny, [http://federa.org.pl/index.php?](http://federa.org.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=536:prawa-pacjenta-a-zdrowie-reprodukcyjne&catid=21:podrzedne&Itemid=104)
[option=com_content&view=article&id=536:prawa-pacjenta-a-zdrowie-](http://federa.org.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=536:prawa-pacjenta-a-zdrowie-reprodukcyjne&catid=21:podrzedne&Itemid=104)
[reprodukcyjne&catid=21:podrzedne&Itemid=104](http://federa.org.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=536:prawa-pacjenta-a-zdrowie-reprodukcyjne&catid=21:podrzedne&Itemid=104) (dostęp 15.11.2012).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía,
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27302&s=est>
(dostęp 19.11.2012).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía,
<http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=mlen03&s=est&c=22023>
(dostęp 22.01.2013).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía,
[www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2007/purep](http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2007/purepecha07.pdf)
[echa07.pdf](http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2007/purepecha07.pdf) (10.05.2013).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, www.inegi.mx (dostęp 20.05.2009).

Pan American Health Organization, http://www.paho.org/English/DD/AIS/cp_484.htm
(dostęp 13.01.2013).

Science Direct, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0921800910003289>
(dostęp 29.04.2013).

SEDESOL Oportunidades, www.oportunidades.gob.mx (dostęp 24.09.2010).

Sistema de Indicadores de Género,
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101103.pdf (dostęp 12.10.2012).

United Nations, [http://daccess-dds-](http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G03/172/95/PDF/G0317295.pdf?OpenElement)
[ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G03/172/95/PDF/G0317295.pdf?OpenElement](http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G03/172/95/PDF/G0317295.pdf?OpenElement) (dostęp
22.01.2013).

ANEKSY

1. SŁOWNICZEK WYBRANYCH TERMINÓW W JĘZYKU HISZPAŃSKIM

atole – podawany na gorąco napój z mąki kukurydzianej, wody i różnych dodatków smakowych, np. anyżu i cynamonu

brujo (hechicero) – czarownik

cabildo – rada wchodząca w skład polityczno-religijnej władzy wspólnoty, odpowiadająca za sprawowanie kultu katolickich patronów społeczności

caída de mollera – choroba polegająca na „opadnięciu ciemączka”, będąca jednym z syndromów uwarunkowanych kulturowo

cargo – obowiązek na rzecz wspólnoty, np. organizowanie fiesty ku czci patrona społeczności

carguero – osoba wykonująca w danym okresie obowiązek *cargo*

chamán – szaman

compadrazgo – forma pokrewieństwa rytualnego opartego na relacji kumostwa

curandero – uzdrowiciel tradycyjny

empacho – „choroba zablokowanych jelit”, jeden z syndromów uwarunkowanych kulturowo

hierbero – zielarz

huesero – kręgarz

limpia – rytuał oczyszczania wykonywany przez szamanów i niektórych uzdrowicieli tradycyjnych

mal de ojo – „złe oko”, jeden z syndromów uwarunkowanych kulturowo

machismo – kult przesadnej męskości popularny w społeczeństwach latynoamerykańskich

marianismo – kultu moralnej wyższości kobiety w społeczeństwach Ameryki Łacińskiej

médico tradicional – lekarz tradycyjny, oficjalne określenie uzdrowiciela tradycyjnego

nervios – nerwy, uważane za przyczynę niektórych problemów ze zdrowiem, a także za jedną z chorób ludowych

partera – uzdrowicielka ludowa asystująca przy porodach oraz zajmująca się innymi problemami zdrowia reprodukcyjnego

rebozo – tradycyjny, długi, szeroki szal, jeden z podstawowych elementów tradycyjnej garderoby kobiet indiańskich w Meksyku

sobada – masaż, którego celem jest ustawienie organów ciała (również macicy i płodu) we właściwym miejscu

sobador – tradycyjny masażysta

susto – „przestrach”, jeden z syndromów uwarunkowanych kulturowo

temazcal – ceremonia leczniczej sauny stosowanej przy dolegliwościach uważanych za „zimne”

2. FOTOGRAFIE

Fot. 1. Ludowa akuszerka szykująca do suszenia roślinę, z której napar podaje rodzącej kobiecie (Tarecuato, listopad 2009).



Fot. 2. Rośliny w ogrodzie botanicznym przy ośrodku Organizacji Indiańskich Lekarzy Purhépecha w Caltzontzin (wrzesień 2009).



Fot. 3. Najstarszy ośrodek zdrowia w Tarecuato (grudzień 2009).



Fot. 4. Tablica informująca o dostępnych bezpłatnych środkach antykoncepcyjnych, ośrodek zdrowia w Tarecuato (grudzień 2009).

Fot. 5. Rysunek na ścianie domu przy jednej z głównych ulic w Tarecuato, zalecający samodzielne badanie piersi (sierpień 2009).



Fot. 6. Rysunek na ścianie domu przy jednej z głównych ulic w Tarecuato, przypominający o wykonywaniu badań cytologicznych (sierpień 2009).



Fot. 7. Budynek ośrodka zdrowia w Caltzontzin (listopad 2009).



Fot. 8. Główne wejście do szpitala publicznego w Uruapan (listopad 2009).

Fot. 9. Mała klinika prywatna
w Uruapan (listopad 2009).



Fot. 10. Apteka i jej pracowniczka
z synem właścicielki (Caltzontzin,
grudzień 2009).



Fot. 11. Wnętrze najstarszej apteki w Caltzontzin (grudzień 2009).

Fot. 12. Wnętrze jednej z aptek w Tarecuato (październik 2009).



Fot 13. Młoda kobieta przygotowująca dekorację do kaplicy Chrystusa Cudownego – Opiekuna Zdrowia w Tarecuato (listopad 2009).



Fot 14. Rytualne rozpoczęcie sauny *temazcal* w Caltzontzin (listopad 2009).



Fot. 15. Kobieta w ciąży
przepasana szalem *rebozo*
(Tarecuato, październik 2009).

Fot. 16. Kobieta z małym
dzieckiem podczas fiesty
(Tarecuato, grudzień 2008).





Fot. 17. Kobieta, która wiele lat spędziła na emigracji w Stanach Zjednoczonych, z wnuczką (Tarecuato, listopad 2009).

Fot. 18. Ręczne wykonywanie tortilli w Tarecuato (grudzień 2008).





Fot. 19. Wytwórnia tortilli i jej pracownica z córką (Tarecuato, grudzień 2009).



Fot. 20. Piekarka podczas pracy (Tarecuato, październik 2009).

Fot. 21. Sprzedawczyni tradycyjnego chleba na targu w Tarecuato (listopad 2009).



Fot. 22. Kobieta pomagająca założyć strój tradycyjny swojej wnuczce (Tarecuato, październik 2009).



Fot. 23. Uczestnicy procesji w Tarecuato (październik 2009).



Fot. 24. Starsze kobiety przyglądające się przechodzącej procesji w Tarecuato (październik 2009).



Fot. 25. Kobiety wspólnie przygotowujące posiłek na festę (Tarecuato, październik 2009).



Fot. 26. Para młoda po wyjściu z kościoła w Tarecuato (październik 2008).

Fot. 27. Para młoda podczas
wesela w Tarecuato (grudzień
2009).



Fot. 28. Starsza kobieta
wykonująca taniec podczas
wesela (Tarecuato, grudzień 2009).



Fot. 29. Młoda kobieta z dzieckiem (Caltzontzin, listopad 2009).



Fot. 30. Kobiety podczas fiesty z okazji chrzcin (Caltzontzin, listopad 2009).



Fot. 31. Panna młoda ze swoimi rodzicami podczas ślubu (Caltzontzin, wrzesień 2009).



Fot. 32. Starsza kobieta z córką i wnukami (Caltzontzin, wrzesień 2009).



Fot. 33. Kobieta przewożąca produkty, którymi handluje (Caltzontzin, listopad 2009).

Fot. 34. Starsza kobieta w stroju tradycyjnym (Caltzontzin, listopad 2009).



3. SPIS FOTOGRAFII

(wszystkie fot. autorstwa Anny Wądołowskiej)

Fot. 1. Ludowa akuszerka szykująca do suszenia roślinę, z której napar podaje rodzącej kobiecie (Tarecuato, listopad 2009).

Fot. 2. Rośliny w ogrodzie botanicznym przy ośrodku Organizacji Indiańskich Lekarzy Purhépecha w Caltzontzin (wrzesień 2009).

Fot. 3. Najstarszy ośrodek zdrowia w Tarecuato (grudzień 2009).

Fot. 4. Tablica informująca o dostępnych bezpłatnych środkach antykoncepcyjnych, ośrodek zdrowia w Tarecuato (grudzień 2009).

Fot. 5. Rysunek na ścianie domu przy jednej z głównych ulic w Tarecuato, zalecający samodzielne badanie piersi (sierpień 2009).

Fot. 6. Rysunek na ścianie domu przy jednej z głównych ulic w Tarecuato, przypominający o wykonywaniu badań cytologicznych (sierpień 2009).

Fot. 7. Budynek ośrodka zdrowia w Caltzontzin (listopad 2009).

Fot. 8. Główne wejście do szpitala publicznego w Uruapan (listopad 2009).

Fot. 9. Mała klinika prywatna w Uruapan (listopad 2009).

Fot. 10. Apteka i jej pracowniczka z synem właścicielki (Caltzontzin, grudzień 2009).

Fot. 11. Wnętrze najstarszej apteki w Caltzontzin (grudzień 2009).

Fot. 12. Wnętrze jednej z aptek w Tarecuato (październik 2009).

Fot. 13. Młoda kobieta przygotowująca dekorację do kaplicy Chrystusa Cudownego – Opiekuna Zdrowia w Tarecuato (listopad 2009).

Fot. 14. Rytualne rozpoczęcie sauny *temazcal* w Caltzontzin (listopad 2009).

Fot. 15. Kobieta w ciąży przepasana szalem *rebozo* (Tarecuato, październik 2009).

Fot. 16. Kobieta z małym dzieckiem podczas fiesty (Tarecuato, grudzień 2008).

Fot. 17. Kobieta, która wiele lat spędziła na emigracji w Stanach Zjednoczonych, z wnuczką (Tarecuato, listopad 2009).

Fot. 18. Ręczne wykonywanie tortilli w Tarecuato (grudzień 2008).

Fot. 19. Wytwórnia tortilli i jej pracownica z córką (Tarecuato, grudzień 2009).

Fot. 20. Piekarka podczas pracy (Tarecuato, październik 2009).

- Fot. 21. Sprzedawczyni tradycyjnego chleba na targu w Tarecuato (listopad 2009).
- Fot. 22. Kobieta pomagająca założyć strój tradycyjny swojej wnuczce (Tarecuato, październik 2009).
- Fot. 23. Uczestnicy procesji w Tarecuato (październik 2009).
- Fot. 24. Starsze kobiety przyglądające się przechodzącej procesji w Tarecuato (październik 2009).
- Fot. 25. Kobiety wspólnie przygotowujące posiłek na fiestę (Tarecuato, październik 2009).
- Fot. 26. Para młoda po wyjściu z kościoła w Tarecuato (październik 2008).
- Fot. 27. Para młoda podczas wesela w Tarecuato (grudzień 2009).
- Fot. 28. Starsza kobieta wykonująca taniec podczas wesela (Tarecuato, grudzień 2009).
- Fot. 29. Młoda kobieta z dzieckiem (Caltzontzin, listopad 2009).
- Fot. 30. Kobiety podczas fiesty z okazji chrzcina (Caltzontzin, listopad 2009).
- Fot. 31. Panna młoda ze swoimi rodzicami podczas ślubu (Caltzontzin, wrzesień 2009).
- Fot. 32. Starsza kobieta z córką i wnukami (Caltzontzin, wrzesień 2009).
- Fot. 33. Kobieta przewożąca produkty, którymi handluje (Caltzontzin, listopad 2009).
- Fot. 34. Starsza kobieta w stroju tradycyjnym (Caltzontzin, listopad 2009).