

Martina Krause

Zwischen alten Vorurteilen und neuen Denkweisen – Programme zur reproduktiven Gesundheit in Mexiko*

Die auf der UN-Weltbevölkerungskonferenz in Kairo 1994 eingeführten globalen Konsensbegriffe „reproduktive Gesundheit und Rechte“¹ stehen für einen Moment „geglückter Annäherung“ (Thoß 1996: 7) zwischen der internationalen Frauengesundheitsbewegung sowie den nationalen Regierungen und transnationalen Institutionen, die eine antinatalistische Bevölkerungspolitik vertraten. Bereits drei Monate nach der Konferenz setzte sich der damalige Gesundheitsminister Mexikos, Juan Ramón de la Fuente, für die Erarbeitung eines nationalen „Programms der reproduktiven Gesundheit“ ein, womit das Land als eines der ersten den Empfehlungen des Kairoer Aktionsprogramms folgte (SSA 2000: 16). In meinem Beitrag untersuche ich zehn Jahre später, inwieweit die schnelle Einführung neuer Programme in Mexiko tatsächlich einer Verbesserung reproduktiver Gesundheit dient oder ob die Gesundheitsbehörden nicht eher entwicklungs- und bevölkerungspolitische Ziele verfolgen. Wie wird die nationale Politik auf regionaler Ebene umgesetzt, welche Modifikationen gibt es und welche unterschiedlichen Interessenebenen zeigen sich dabei? Implizieren die Programme wirklich mehr Selbstbestimmung und bessere Gesundheitsbedingungen für Frauen? Insbesondere will ich aufzeigen, wie sich im Gesundheitssektor Diskurse über Geschlecht und Ethnizität miteinander verbinden und wie sich gerade aus den Schnittstellen dieser Diskurse die Gesundheitspolitik und das Handeln des lokalen Medizinpersonals ableiten. Dies werde ich am Beispiel der vom Gesundheitsministerium SSA (*Secretaría de Salud*) seit Mitte der 1990er Jahre im Bundesstaat Oaxaca realisierten Programme analysieren. Die SSA ist neben dem staatlichen Sonderfonds *Programa IMSS-Solidaridad* die zweite Institution, die nicht Krankenversicherten, das heißt dem Großteil der Bevölkerung Oaxacas, eine kostengünstige Basisgesundheitsversorgung anbietet. Zudem schreibe ich der Verknüpfung der Diskurse gerade in Oaxaca eine besondere Bedeutung zu, weil dort offiziell 16 indigene Gruppen mit eigener Sprache und Kultur anerkannt sind.²

* In Erinnerung an meinen Vater Eckhard Krause, der mich zu diesem Projekt ermutigte und dessen Abschluss nicht mehr miterleben konnte.

Im ersten Teil beschreibe ich Veränderungen im feministischen Diskurs und in der akademischen Forschung zur Frauengesundheit in Mexiko. Im zweiten Teil führe ich in die seit Mitte der 1990er Jahre verabschiedeten nationalen „Programme reproduktiver Gesundheit“ ein. Im dritten Teil analysiere ich die Konzipierung und Durchführung dieser Programme in Oaxaca und betrachte sie im Zusammenhang mit nationalen Modernisierungsbestrebungen. Im vierten Teil stelle ich die Strategien und Maßnahmen dieser Programme den Bedürfnissen, Sicht- und Verhaltensweisen insbesondere der ländlichen und/oder indigenen Bevölkerung Oaxacas gegenüber und fasse abschließend die widersprüchlichen Ergebnisse zusammen.

Tendenzen geschlechtsspezifischer Gesundheitsforschung in Mexiko

Die gesundheitliche Situation von Frauen und allgemeine Konzepte von Gesundheit und Krankheit wurden seit Ende der 1970er Jahre in Mexiko zunehmend zum Forschungsthema sozialwissenschaftlicher Studien. Obwohl es eine Tendenz gibt, andere Bereiche wie mentale Gesundheit, Arbeit und Gesundheit sowie Gewalt gegen Frauen einzubeziehen, ist reproduktive Gesundheit das privilegierte Untersuchungsterrain (Ravelo 1995: 243). Dies steht einerseits im Zusammenhang mit der Mitte der 1970er Jahre proklamierten antinatalistischen Bevölkerungspolitik des Landes, die zur Formulierung und Realisierung von staatlichen Familienplanungsprogrammen führte. Andererseits beruht das wachsende Interesse am Thema vor allem auf der Kritik von Aktivistinnen und Wissenschaftlerinnen an der Funktionalisierung von Frauen im Rahmen dieser Bevölkerungspolitik und an einer männlichen Perspektive in hegemonialen Medizindiskursen, die alle Dimensionen weiblicher Gesundheit umfasst. Wie Oliva López Sánchez (1998) in ihrer Studie über die biomedizinische Konzeption des weiblichen Körpers in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zeigt, war die Herausbildung der Schulmedizin in Mexiko eng mit einer biologistischen Konstruktion von „Weiblichkeit“ verknüpft. Mexikanische Ärzte orientierten sich dabei am europäischen positivistischen Denken und übernahmen das westeuropäische wissenschaftlich begründete Medizinmodell mit seiner binären Denkstruktur, innerhalb derer Frauen und Männern jeweils bestimmte „natürliche“ Eigenschaften und Verhaltensweisen zugeordnet wurden. Ärzte, allen voran Gynäkologen und Geburtshelfer, generierten die Vorstellung einer „Frau-Gebärmutter“ und leiteten daraus das „schwache Wesen“ von Frauen ab. Die Fähigkeit, Kinder zu gebären, galt als maximaler Ausdruck biologischer Differenz. Damit verbundene physiologische Prozesse wurden pathologisiert und die Frau als Kranke an sich dargestellt, während im Umkehrschluss der Mann Gesundheit repräsentierte. Mit diesem natura-

lisierenden Diskurs trugen Mediziner dazu bei, soziale Praktiken der Ungleichheit zwischen den Geschlechtern zu legitimieren und zu „verewigen“.

Die Ende der 1970er Jahre in Mexiko beginnende Kritik am hegemonialen Medizinmodell ist eingebettet in internationale Diskussionen, die in Westeuropa und den USA ihren Ausgangspunkt nahmen (siehe Ravelo 1995: 204f). Sich auf diesen internationalen Diskurs beziehend, charakterisierte Eduardo Menéndez 1978 das Medizinmodell als individualisierend, a-historisch und a-sozial (siehe ebd.: 203). Nachfolgend haben mexikanische Feministinnen immer vehementer eine biomedizinische Sicht kritisiert, die den menschlichen Körper als eine historische Konstante begreift und die Vermittlung biologischer Prozesse durch sozio-ökonomische Bedingungen und kulturelle Kontexte negiert (z.B. Martínez-Salgado 1996). Entsprechend der Entwicklung politischer Aktivitäten von Frauenorganisationen standen dabei zumindest bis Anfang der 1990er Jahre Elemente der Anklage und Aktion im Vordergrund. Feministische Beiträge waren darauf gerichtet, die Diskriminierung von Frauen in den Wissenschaften zu dokumentieren und zu beweisen, dass demzufolge die Wissensproduktion von einer männlichen Sicht geprägt ist, die ihrerseits beansprucht, objektiv und universell gültig zu sein (Castro & Bronfman 1998: 221). Auch wenn diese Beiträge von unterschiedlichen ideologischen und theoretischen Positionen ausgingen, bestand ihr gemeinsamer Nenner darin, die Wirksamkeit staatlicher Programme und Versorgungsangebote in Frage zu stellen, eine verbesserte Gesundheitsberichterstattung zu fordern und feministisch geprägte alternative Gesundheitsverfahren und -projekte einzuführen (Ravelo 1995: 202). Nachdem Akademikerinnen zunächst die universelle Gültigkeit der männlich geprägten Wissensproduktion in Bezug auf Konzepte von Gesundheit und Krankheit kritisch hinterfragt hatten, sahen sie ihre nächste Aufgabe darin, diesem Wissen verstärkt eigene Ansätze entgegenzustellen. Deshalb kam aus wissenschaftlichen Kreisen die Forderung, die Entwicklung spezifisch feministischer Theorien und Kategorien nun stärker in den Mittelpunkt der Forschung zu rücken (ebd.: 243, Castro & Bronfman 1998: 221).

Bisherige Reflexionen über weibliche Gesundheit bezogen sich vorrangig auf die sozio-ökonomischen Lebensbedingungen von Frauen und die daraus resultierenden gesundheitlichen Risiken und Nachteile, die sich aus ihren Geschlechterrollen und aus ihrem begrenzten Zugang zu Ressourcen ableiteten (Szasz 1999: 109). Patricia Ravelo, Soziologin am CIESAS (*Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social*) in Mexiko-Stadt, konstatiert 1995 in ihrer Revision zum mexikanischen Forschungsstand, Ausgangspunkt sei eine generell größere „Verwundbarkeit“ aller Frauen. Sie führt dies auf eine Gesellschaft zurück, in der ein hegemoniales männliches Medizinwissen das Leben von Frauen in den Bereichen Fortpflanzung, Sexualität und Gesundheit allgemein dominiere und in der eine geschlechtliche Arbeitsteilung sich u.a. in Be-

nachteiligen im Erwerbsleben und niedrigeren Einkommen manifestiere (Ravelo 1995: 203f). Vier Jahre später gibt Ivonne Szasz vom renommierten *Colegio de México* zu bedenken, dass eine alleinige Ausrichtung auf sozio-ökonomische Faktoren den Blick unzulässig einengt, denn die daraus resultierende Benachteiligung von Frauen kann verschiedene Auswirkungen auf ihre Gesundheit haben und impliziert nicht zwangsläufig eine bessere Position von Männern in Bezug auf gesundheitliche Risiken (Szasz 1999: 109). So steht nicht nur in Mexiko die höhere Lebenserwartung von Frauen im offensichtlichen Widerspruch zu ihrem oftmals geringeren Zugang zu materiellen und symbolischen Ressourcen.

Seit der ersten Hälfte der 1990er Jahre rückte immer mehr das *Verhältnis* zwischen den Geschlechtern in den Mittelpunkt theoretischer und empirischer Untersuchungen. Vertreter und Vertreterinnen verschiedener sozialwissenschaftlicher Disziplinen definierten die Kategorie *género* (sozial konstruiertes Geschlecht) als soziales Ordnungsprinzip und thematisierten die Konstruktion weiblicher und männlicher Identität(en) als Resultat nicht nur sozialer, sondern auch kultureller Prozesse. Ausgehend von der Forderung, Frauen nicht als Objekte, sondern als Subjekte der Gesundheits- und Familienplanungsmaßnahmen zu sehen, etabliert sich derzeit zudem eine Forschungslinie, die den subjektiven Wahrnehmungen und Bedürfnissen von Frauen nachgeht (vgl. Krause 1999, 260f). Die neuen theoretischen Ansätze integrierend, schlägt Szasz (1999) bezugnehmend auf eine Klassifikation von Marina Ariza und Orlandina de Oliveira vor, sich den Verknüpfungen von *género* und Gesundheit auf der Basis von drei analytischen Dimensionen zu nähern:

- kulturelle Zuweisungen und subjektive Konstruktion von weiblicher und männlicher Identität und damit korrelierende gesundheitsrelevante Selbstwahrnehmungen und Verhaltensweisen,
- Machtbeziehungen, die sich in Interaktionen zwischen Männern und Frauen ausdrücken (sowohl auf innerfamiliärer Ebene als auch in den Beziehungen zwischen medizinischem Personal und Patientin) und das gesundheitliche Wohlergehen beeinträchtigen,
- sozio-ökonomische Asymmetrien zwischen den Geschlechtern und sich daraus ableitende gesundheitliche Folgen für *beide* Geschlechter.

Diese Systematisierung auf der Basis des Ordnungsprinzips *género* vereint Geschlechterbeziehungen und sozio-ökonomische Benachteiligungen von Frauen und bezieht beide Analyseebenen aufeinander. Szasz begreift *género* als eine dynamische und sozial konstruierte Kategorie, die sowohl Männer als auch Frauen und ihre Beziehungen umfasst. Dadurch geraten auch die Männer in den Blick sowie die Frage, wie deren Gesundheit ebenfalls durch soziale und kulturelle Zuschreibungen und durch subjektive Selbstwahrnehmungen determiniert wird.

Die These von Szasz lautet, dass soziale Veränderungen, die sich aus der Wahrnehmung und Infragestellung bisheriger Konstruktionen von „Männlichkeit“ und „Weiblichkeit“ ableiten, zu mehr Demokratie zwischen den Geschlechtern und letztlich für Frauen und für Männer zu besseren Gesundheitsbedingungen und gesundheitsbewussteren Verhaltensweisen führen könnten.

Neben positiven Aspekten weist der Theorieansatz von Szasz jedoch einige problematische Punkte auf. Zum einen treten in ihrem Konzept die sozialen Lebensbedingungen tendenziell hinter die individuellen Handlungsoptionen von Frauen und Männern zurück. In diesem Punkt folgt ihr Konzept, wie auch die staatliche Gesundheitspolitik³, einem Diskurs, der von einem neuen Menschenbild ausgeht, das die Individuen als eigenverantwortliche Subjekte begreift und das eine wesentliche Rolle im mexikanischen Modernisierungsprozess unter neoliberalen Vorzeichen spielt. Das Paradigma der Eigenverantwortlichkeit und Selbstfürsorge erweist sich aber als zweischneidig, da in Mexiko ein Großteil der Bevölkerung in Armut lebt, was deren gesundheitsrelevante Entscheidungsmöglichkeiten von vornherein begrenzt. Zum anderen verweisen sowohl Szasz als auch Ravelo neben den Geschlechterasymmetrien zwar auf weitere Machtbeziehungen, wie die zwischen Klassen und ethnischen Gruppen, als gesundheitsrelevante Faktoren. Jedoch finden diese Ungleichheitsebenen, insbesondere das Herrschaftsverhältnis zwischen Mehrheitsgesellschaft und den indigenen Gruppen, nur am Rande Erwähnung. Bei ihnen erscheint das Geschlechterverhältnis als durchgängig primäres Ungleichheitsverhältnis, ohne dass der Zusammenhang zwischen den Kategorien je nach historischem und soziokulturellem Kontext näher hinterfragt wird. Ich dagegen halte gerade die Verschränkung mehrerer Differenzkriterien, hier speziell Geschlecht und Ethnizität, für einen guten methodischen Einstieg, um einerseits staatliche „Programme reproduktiver Gesundheit“ in Mexiko und deren widersprüchliche Auswirkungen auf die gesundheitliche Versorgung zu analysieren und andererseits gesundheitsrelevante Verhaltensweisen von Menschen zu untersuchen.

Nationale Programme zur reproduktiven Gesundheit – auf zu neuen Horizonten

Mit der Unterzeichnung der Abschlussakte der Weltbevölkerungskonferenz von 1994 verpflichtete sich die mexikanische Regierung, durch einen integrativen Politikansatz die reproduktive Gesundheit von Frauen und Paaren zu verbessern. Damit hat ein Prozess des Umdenkens begonnen, der in der Praxis zu konkreten Maßnahmen führte. Das für den Gesundheitssektor durch eine interinstitutionelle Arbeitsgruppe⁴ erarbeitete nationale „Programm Reproduktive Gesundheit und Familienplanung 1995-2000“ übernahm die essentiellen Elemente der Definiti-

on reproduktiver Gesundheit von Kairo und unterbreitete einen weitgefassten Aktionskatalog. Mit der Maßgabe, allen Aktivitäten eine Geschlechterperspektive (*Gender Mainstreaming*) zugrunde zu legen, verbindet diese Arbeitsgruppe das Ziel, Chancengleichheit und gerechte Beziehungen zwischen den Geschlechtern zu erreichen. Mit dieser Strategie soll ein anwendungsorientierter Beitrag speziell zur Verteidigung „sexueller und reproduktiver Rechte“ von Frauen geleistet werden (SSA 1995: 24). Der Politikansatz Geschlechterperspektive eröffnet nun die Chance zur Abkehr von einem Bild, das Frauen „als Produzentinnen von unerwünschten Kindern und als potentielle Akzeptantinnen von Verhütungsmethoden“ sieht und ermöglicht zugleich, sie „als Personen [wahrzunehmen], die ein Interesse an ihrer eigenen Gesundheit und der ihrer Kinder haben und die fähig sind, Entscheidungen zu treffen sowie aktiv an der Transformation der Gesellschaft mitzuwirken“ (Alfonso López Juárez, zit. in Márquez Beltrán 1998: 137). López ist Geschäftsführer der NRO Mexfam (*Fundación Mexicana para la Planeación Familiar*), die Pionierarbeit in reproduktiven Gesundheitsdiensten leistete. Er gehörte der offiziellen mexikanischen Delegation an, die an der Weltbevölkerungskonferenz in Kairo teilnahm. Diese neue Bewertung von Frauen als Trägerinnen von (reproduktiven und sexuellen) Rechten im Gesundheitsprogramm ist ein Erfolg der Frauenbewegungen und verweist auf sich verändernde Geschlechteridentitäten. So gibt es erste Ansätze, Fortpflanzung und Familienplanung nicht länger ausschließlich auf Frauen zu beziehen, sondern auch nach dem Anteil der Männer an diesen Prozessen zu fragen.

Zudem verspricht dieses Programm – und verstärkt das Nachfolgeprogramm 2001-2006 – erstmals, für indigene Gruppen Informationen und Angebote insbesondere zur Familienplanung unter „absoluter Respektierung ihrer Sitten und Traditionen“ bereitzustellen bzw. die Gesundheitsversorgung entsprechend ihren Bedürfnissen und Vorstellungen zu konzipieren (SSA 1995: 29; SSA 2001: 23). Bis Ende der 1980er Jahre hatte die Regierung eine indigenistische Staatspolitik propagiert, die eine „Entindianisierung“ bzw. „Mestizisierung“ autochthoner Gruppen anvisierte, um sie so in die mexikanische Gesellschaft zu „integrieren“. Erst Anfang der 1990er Jahre wurde die Multi-Ethnizität des Landes in der Verfassung anerkannt. Im Spannungsverhältnis zwischen der politischen Mobilisierung innerhalb der indigenen Bevölkerung und dem Umbau staatlicher Sozial- und Wirtschaftsstrukturen im Zuge von Modernisierungsbestrebungen geht es nun darum, diese formale Anerkennung zum Ausgangspunkt konkreter Maßnahmen zu machen. Dieser Prozess ist von einer Neudefinierung von Ethnizität begleitet, der – wie nachfolgend thematisiert wird – die Erarbeitung und Durchführung der Gesundheitsprogramme maßgeblich beeinflusst.

Zunächst lässt sich festhalten, dass die Einführung des Konzepts der reproduktiven Gesundheit in nationale Gesundheitsprogramme mit einem Diskurs verbun-

den ist, der Gesundheit „als Zustand eines allgemeinen Wohlbefindens“ für alle als anzustrebendes Ziel sieht. Staatliche Stellen hatten sich die Aufgabe gestellt, bereits bis zum Jahr 2000 der ganzen Bevölkerung Zugang zu integralen Diensten reproduktiver Gesundheit zu ermöglichen unter Berücksichtigung einer Geschlechterperspektive sowie der kulturell-ethnischen Vielfalt des Landes. Dem Anschein nach wird jetzt den unterschiedlichen Lebensrealitäten von Frauen Rechnung getragen, und sie werden im Sinne eines neuen kulturellen Leitbildes zunehmend als Bürgerinnen mit Rechten gesehen. Doch der Diskurs bleibt eingebunden in eine nationale Entwicklungs- und Bevölkerungspolitik, die davon ausgeht, dass sich Armut und demografisches Wachstum gegenseitig bedingen und die Senkung des Bevölkerungswachstums zu mehr Lebensqualität und Entwicklungschancen führt. Wie sich dies in der Konzipierung und Durchführung der Gesundheitsprogramme in Oaxaca niederschlägt, werde ich im Folgenden zeigen.

Programme in Oaxaca – neue Strategien und alte Ziele

Im Zuge der allgemeinen Reorganisation des mexikanischen Gesundheitssystems ging die regionale SSO (*Secretaría de Salud de Oaxaca*) 1997 in die direkte Verantwortlichkeit der Regierung des Bundesstaates über. Wegen dieser Strategie der Dezentralisierung stehen dortige Gesundheitspolitiker und -politikerinnen vor einer doppelten Herausforderung. Oaxaca zählt wirtschaftlich zu den ärmsten Bundesstaaten. Daraus ergeben sich einerseits neue Probleme, weil sein öffentlicher Haushalt wegen des jetzt fehlenden Finanzausgleichs zwischen armen und reichen Regionen einem verstärkten Spardiktat unterliegt. Andererseits wird die regionale SSO autorisiert, zur Verbesserung der Quantität und Qualität medizinischer Versorgung eigene Gesundheitspläne in Übereinstimmung mit dem bundesstaatlichen soziokulturellen Kontext zu erarbeiten. Diese Möglichkeit ist jedoch von Anfang an zusätzlich eingeschränkt, da das nationale Gesundheitsministerium SSA in Mexiko-Stadt ab Mitte der 1990er Jahre eine Reihe normativer Richtlinien erlassen hat. Durch die Standardisierung gesundheitlicher Betreuung will die SSA eine Rationalisierung von Ressourcen erreichen, um dem Rückzug des Staates aus sozialen Wohlfahrtsbereichen und den massiven Einkommensrückgängen großer Bevölkerungsgruppen zu begegnen. Vor diesem Hintergrund hat die SSO 1997 die Ziele der Gesundheitsförderung für Oaxaca neu festgelegt, erstmalig ein Programm „Reproduktive Gesundheit“ für den Bundesstaat verabschiedet und eine institutionelle Abteilung mit gleichem Namen geschaffen. Dieses Programm umfasst vier Subprogramme: Familienplanung, perinatale Gesundheit (Schwangeren-, Geburten- und Neugeborenenbetreuung), Gesundheit der Frau (Prävention und Behandlung von Gebärmutter- und Brustkrebs sowie das Programm „Traditionelle Hebammen“) und Betreuung von Jugendlichen (Informa-

tionsaktionen über Gesundheit und Sexualität, Maßnahmen zur Verhinderung und Betreuung von Teenagerschwangerschaften).

Die Beschränkung vorheriger Maßnahmen auf verheiratete Frauen im gebärfähigen Alter ist damit aufgehoben. Allerdings gibt es Beratungsstellen für Jugendliche nur in den großen städtischen Krankenhäusern, und die zwei dort verteilten Broschüren beziehen sich fast ausschließlich auf Familienplanung. Darin werden als Folgen von Sexualität unter Jugendlichen nicht gewünschte Schwangerschaften, Risikoschwangerschaften, allein erziehende Mütter und sexuell übertragbare Krankheiten genannt. Die Hervorhebung der „Gefahren“ von Sexualbeziehungen in diesem Alter, ohne zu erwähnen, dass sie nicht generell, sondern nur auf ungeschützte Sexualkontakte zutreffen (Casas Carreño 2000: 213), fördert weiterhin eine gesellschaftlich akzeptierte Norm, die Sexualität von Frauen nur unter generativen Aspekten betrachtet und diese wie auch die Fortpflanzung nur innerhalb der Ehe für zulässig hält.

Zudem bleiben in Oaxaca im gesamten Programm Frauen die einzige Zielgruppe. Der Beratungs- und Behandlungspraxis eine Geschlechterperspektive zugrunde zu legen, wie im nationalen Programm als Strategie festgeschrieben, räumt die SSO keine Priorität ein. Zwar erwähnt sie diese Perspektive auch in bundesstaatlichen Dokumenten und wandelt hier den Begriff in „Perspektive der Geschlechtergerechtigkeit“ um, weil Medizinpersonal und Bevölkerung ihn so schneller verstehen und übernehmen würden. Dennoch haben laut Aussage von Rosa García Kavanagh, Leiterin des Programms in Oaxaca, weder die Schulung des eigenen Personals in Geschlechterfragen noch entsprechende Aktionen, die sich an die Bevölkerung wenden, ein großes Gewicht in der Arbeit ihrer Institution. Sie ist nicht davon überzeugt, dass z.B. eintägige Schulungskurse Verhaltensänderungen beim Personal bewirken (ebd.: 184). Roberto Cruz Rojas, Verantwortlicher für das Subprogramm Familienplanung, beklagt dagegen, dass wegen der administrativen Dezentralisierung das Budget der SSO reduziert wurde und nun nur noch Finanzen für Verhütungsmittel, nicht aber für Sensibilisierungskampagnen zur Verfügung stehen, weshalb die Zahl der Vasektomien zurückgehe.⁵ Er erachtet solche Kampagnen gerade für Männer in zweierlei Hinsicht für notwendig: um sie zur aktiven Übernahme von Verantwortung bei der Familienplanung zu motivieren bzw. damit sie ihre Frauen zumindest nicht daran hindern, ihrerseits Kontrazeptiva zu nutzen.⁶ Das Interview mit einem weiteren Arzt in leitender Stellung innerhalb der SSO in Oaxaca-Stadt verdeutlicht, wie sehr „Männlichkeit“ mit Zeugungsfähigkeit gleichgesetzt und über kulturelle Normen eingefordert sowie Familienplanung als Frauensache angesehen wird. Dieser Arzt hat sich in seiner Ehe für die Vasektomie als Verhütungsmethode entschieden und selbst erfahren, wie diese Entscheidung von seinem Vater und seinen Brüdern heftig kritisiert wurde mit der Begründung, er wäre jetzt kein richtiger Mann mehr.⁷

Fehlende Strategien der SSO zur Stimulierung der Beteiligung und Verantwortungsübernahme von Männern zeigen sich aber nicht allein bei der Familienplanung. Auch das Programm zur Prävention, Diagnose und Behandlung von Gebärmutterkrebs bleibt ausschließlich auf Frauen ausgerichtet, obwohl die Leiterin dieses Subprogramms, Concepción Pérez, Infektionen durch Humane Papillomaviren, die beim ungeschützten Sexualverkehr vom Mann auf die Frau übertragen werden, als eine der Hauptursachen für die Krebserkrankung sieht (ebd.: 197). Einerseits verfügt die SSO nicht über die notwendigen Ressourcen, um Maßnahmen zur Sexualaufklärung durchzuführen und Beratungsangebote speziell für Männer bereit zu halten. Andererseits sind die Gesundheitseinrichtungen aber auch nur wenig daran interessiert, wie das Beispiel Geburtshilfe verdeutlicht. So können fehlende Ressourcen kaum die Ursache dafür sein, dass es Ehemännern sowohl in den Kliniken der SSA/SSO als auch in allen anderen staatlichen Einrichtungen untersagt ist, bei der Geburt ihrer Kinder anwesend zu sein.

Das neue Programm gibt vor, über einen integrativen Politikansatz einen nachdrücklichen Wandel von Familienplanung zu reproduktiver Gesundheit zu vollziehen. Gleichwohl wird nicht allen Subprogrammen die gleiche Priorität eingeräumt. Im Vergleich zum nationalen Programm „Reproduktive Gesundheit“ gibt es in Oaxaca eine Akzentverschiebung in Richtung „Regulierung des Bevölkerungswachstums in harmonischer Form“ (SSO 1998: 5). Die Verschiebung resultiert aus der spezifischen Situation der Region Oaxaca, die gemessen an sozioökonomischen Kriterien nicht nur zu den ärmsten gehört, sondern zugleich wegen ihrer großen ethnischen Vielfalt als der „mexikanischste Bundesstaat“ bezeichnet wird. Dieses „mexikanisch“ unterliegt im hegemonialen Politikdiskurs, der sich in den nationalen Bevölkerungs- und Gesundheitsprogrammen manifestiert, einer ambivalenten Bewertung. Es steht zugleich für eine indigene Bevölkerung, mit der hohe Müttersterblichkeit, hohe Geburtenraten und niedrige kontrazeptive Prävalenz⁸ assoziiert werden (z.B. SSA 2001: 22). Dieser Sichtweise schließt sich die Leiterin des Programms „Reproduktive Gesundheit“ der SSO, García Kavanagh, an. Sie sieht die Heterogenität der Fertilitätsreduzierung in Mexiko als ein Hindernis, das „eng verbunden ist mit den Unzulänglichkeiten und Ungleichheiten in der ökonomischen und sozialen Entwicklung unseres Landes“ (García Kavanagh 2001: 3). Geburtenreduzierung setzt sie mit gesellschaftlichem Fortschritt gleich und bewertet eine Abnahme der Kinderzahl als eines der erstrebenswertesten Ziele im Hinblick auf sexuelle und reproduktive Gesundheit. Nachdrücklich betont sie, dass sich zwar die Strategien des Subprogramms Familienplanung ändern könnten, es aber weiterhin darauf ausgerichtet bleibt, die Zahl der Kontrazeptiva nutzenden Frauen zu erhöhen (vgl. Casas Carreño 2000: 185). Deshalb gibt es klare quantitative Vorgaben, wie viele neue Nutzerinnen in

einem Jahr in den Städten, auf dem Lande und unter Jugendlichen zu gewinnen sind (SSO 2001: 4f).

In der Verfassung Mexikos und der von der SSA erlassenen Richtlinie für Dienstleistungen der Familienplanung wurde das Recht jeder Person verankert, frei, verantwortungsvoll und informiert über die Zahl der Kinder und die Abstände der Geburten zu entscheiden. Dass dieses Recht auf Entscheidungsfreiheit mit einer festgelegten kontrazeptiven Prävalenz, welche die SSO sich als Ziel gestellt hat, von vornherein unvereinbar ist, wollen die für das Programm „Reproduktive Gesundheit“ Verantwortlichen nicht wahrnehmen. Vielmehr folgen sie dem politischen Diskurs, der davon ausgeht, dass Familienplanung nicht nur zur Senkung des Bevölkerungswachstums beitragen kann, sondern auch die beste Option zur Senkung der Mütter- und Kindersterblichkeit sei. Mit dem Fokus auf reproduktive Risiken sollen speziell jene Frauen argumentativ besser von den Vorzügen der Familienplanung überzeugt werden, deren generatives Verhalten sonst angeblich zu Risikoschwangerschaft führen würde.⁹ Sowohl die nationale SSA als auch die bundesstaatliche SSO riefen in den 1990er Jahren als neue Strategie das „*Programa de anticoncepción posevento obstétrico*“ ins Leben. Frauen, die zur Geburt oder wegen Komplikationen nach Abtreibungen in medizinische Einrichtungen kommen, sollen unmittelbar danach mit Verhütungsmitteln versorgt werden (Morán 1992, CONAPO 2000a: 36). Geburtshilfe ist speziell für arme Frauen im gebärfähigen Alter der Hauptgrund, warum sie Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen. Hier sehen staatliche Funktionäre und ein Teil der Ärzteschaft die einzige Chance, diese Frauen zu erreichen und wollen sie entsprechend nutzen (vgl. Figueroa Perea u.a. 1994: 18). Ziel der SSO ist, dass 75 % der Frauen, die Geburtsbetreuung erhalten, anschließend mit Kontrazeptiva ausgestattet sind. Da der Arbeitserfolg an diesem Kriterium gemessen wird, steht das Medizinpersonal vor der Alternative, entweder die institutionellen Vorgaben zu erfüllen oder sich andernfalls rechtfertigen zu müssen.¹⁰

„Hüterinnen der Tradition“ als besondere Zielgruppe des Programms

Im Entwicklungsplan für 1980 bis 1986 sprach die Regierung Oaxacas noch von „der Frau“ im Singular als einer abstrakten, homogenen Kategorie und bescheinigte Frauen eine generell fehlende Integration in die ökonomische, soziale und kulturelle Entwicklung des Bundesstaates. Diese angenommene Nichtintegration wurde mit einer grundsätzlichen Passivität von Frauen begründet. Entsprechend diesem weiblichen Stereotyp nahmen damalige Gesundheitsprogramme Frauen als einfältige und inaktive „Subjekte“ wahr (vgl. Musalem Merhy 1984: 75-77, 98-99). Dieses Bild erfährt nun eine Modifizierung. Zielgruppe des nationalen und auch des bundesstaatlichen Programms „Reproduktive Gesundheit“ sind nicht

mehr alle Frauen, sondern jene, deren gesundheitsrelevante und generative Verhaltensweisen die SSA als demografische und gesundheitliche „Rückstände“ (SSA 2001: 13) bewertet. Zu diesen „Problemgruppen“ gehören arme Frauen in den Städten wie auf dem Lande, ganz besonders aber indigene Frauen. Einerseits werden die Menschen nun als Träger von Rechten anerkannt, andererseits sind sie laut Nationalem Bevölkerungsrat „*die für das Schicksal der Gesellschaft Verantwortlichen*“ (CONAPO 2001: 31). Daraus wird nicht nur ihre Verantwortung für eine Optimierung ihrer eigenen (reproduktiven) Gesundheit abgeleitet, sondern auch ihre Pflicht, am „nationalen Projekt“ der Reduzierung des Bevölkerungswachstums und auf diese Weise an der sozialen Entwicklung Mexikos mitzuwirken. Dieses Pflichtbewusstsein aber fehle insbesondere der indigenen Bevölkerung, deren Gesundheits- und generatives Verhalten die SSA weniger auf sozio-ökonomische Kriterien als vielmehr auf deren „Sitten und Traditionen“ im Sinne einer praktisch „naturgegebenen“ kulturellen Prägung zurückführt.

Mitte der 1990er Jahre führte die damals gerade neu geschaffene Generaldirektion für Reproduktive Gesundheit (DGSR), eine Abteilung innerhalb der nationalen SSA, eine Untersuchung in vier Bundesstaaten mit hohem Anteil autochthoner Bevölkerung (darunter auch Oaxaca) zur Entwicklung eines „Programms Reproduktiver Gesundheit in indigenen *comunidades*“ durch. Ein von der SSA herausgegebenes Dokument zur Auswertung bisheriger diesbezüglicher Aktionen benennt als „*objektive Kriterien indigener Identität* [...] sprechen unter sich eine andere Sprache als die offizielle, leben im Schoße einer *comunidad*, auch wenn sie sich entfernt von dieser aufhalten sollten, und teilen traditionelle Werte basierend auf dem System der Reziprozität und auf Verwandtschaftsbeziehungen. Aus diesen Beziehungen ergibt sich die *Kontinuität der Kultur*“ (SSA 1999: 12; Hervorhebungen durch M.K.). Diese Definition betont das „Traditionelle“, die Kontinuität, wobei die indigene Bevölkerung sich von der Mehrheitsgesellschaft gerade durch ihre „traditionellen Werte“ unterscheiden soll. Das Dokument setzt indigene Identität mit gleichsam unveränderlichen kulturellen Bedeutungsstrukturen gleich, die es räumlich auf dem Lande – in der *comunidad* – ansiedelt. Diese Konstruktion des „Indigenen“ in Abgrenzung von der Mehrheitsgesellschaft impliziert im Umkehrschluss, dass nur letztere als „modern“, wandlungsfähig und in stetiger Entwicklung befindlich angesehen wird.

Angesichts dieses politischen Diskurses verwundert es kaum, wenn das im Rahmen der Untersuchung befragte und direkt in indigenen Regionen tätige Medizinpersional mehrheitlich der Meinung ist, die indigene Bevölkerung wersetze sich ausschließlich wegen „ihrer Kultur“ der Nutzung von Kontrazeptiva. Ärzte und Ärztinnen heben zwar die ablehnende Haltung der *indigenas* ihnen gegenüber hervor, reflektieren jedoch nicht, dass sie es selbst ablehnen, lokale Konzepte kennen zu lernen und lokale Praktiken zu akzeptieren (SSA 1999: 32, 67). Der von der

DGSR geplanten Beteiligung von Autoritätspersonen, „traditionellen“ Hebammen und Heilern aus den *comunidades* an der Konzipierung und Umsetzung des „*Programa Indígena*“ stehen sie sehr skeptisch gegenüber mit dem Argument, *indígenas* wären nicht fähig zu lernen und Probleme reproduktiver Gesundheit zu lösen (ebd.: 47). Damit spricht das lokale Medizinpersonal indigenen Gruppen die Artikulation eigener Bedürfnisse ab sowie das Potential, sich selbst weiterzuentwickeln. Hier offenbaren sich zudem verschiedene Interessensebenen innerhalb der SSA. Obwohl auch die SSA laut dem genannten Dokument die indigene Bevölkerung für rückständig und wenig wandlungsfähig hält, ist sie wegen der angespannten Haushaltslage im Gesundheitswesen jedoch bestrebt, auf kostengünstige Ressourcen in den *comunidades* zurückzugreifen und verstärkt das Konzept „kommunitäre Partizipation“¹¹ als neues Paradigma einzuführen. Dies widerspricht aber den Intentionen der Ärzteschaft auf lokaler Ebene, die ihren Expertenstatus sichern will. Sie beharrt darauf, die Gesundheitsversorgung mittels institutioneller schulmedizinischer Praktiken und nicht mittels der Beteiligung der indigenen Bevölkerung zu sichern. In den *comunidades* gibt es neben einem großen Interesse an der Verbesserung der gesundheitlichen Betreuung auch Kritik am Paternalismus bestehender Programme und die Erwartung, dass die lokalen Gesundheitspromotorinnen und -promotoren eine Vergütung für ihre Aktivitäten erhalten (ebd.: 68). Angesichts dieser Ausgangskonstellationen gestaltet sich eine gegenseitige Annäherung von beiden Seiten als widersprüchlicher und langsamer Prozess.

Honorio Galvan Espinosa, Gynäkologe und Geburtshelfer in einem staatlichen Krankenhaus in Oaxaca und zugleich als Privatarzt tätig, bezeichnet es als vordringliche Aufgaben der SSO zu untersuchen, warum viele indigene Frauen Familienplanung ablehnen, sowie ihre Wünsche und Vorstellungen stärker zu berücksichtigen. „Ich würde gerne wissen, warum sie nein sagen, ob sie es sagen, weil es eine *natürliche* Antwort ist, womöglich ein Verteidigungsmechanismus, damit sich die indigene Bevölkerung nicht verringert oder eher weil sie eine ganz andere Vorstellung von einer Verhütungsmethode haben. [...] Oder ist es eher eine logische Antwort: ‘Mische Dich nicht in meine Rasse oder ethnische Gruppe ein.’? [...] Aber ich fühle, dass es hier etwas gibt – ich weiß nicht was, möglicherweise die Religion – das uns nicht erlaubt die Ziele zu erreichen, die uns das Ministerium vorgibt“ (Hervorhebung durch M.K.).¹² Er geht von der Erfahrung aus, dass indigene Frauen sich oftmals dem Einsetzen eines Intra-Uterinpressars (Spirale) widersetzen. Seine Erklärung für die ablehnende Haltung dieser Frauen bezieht sich aber auf Familienplanung insgesamt. Zum einen vermutet er als Ursache ein quasi naturbedingtes Interesse indigener Gruppen an der Erhaltung ihrer Gruppengröße und ethnischen Identität. Deshalb lehnten sie eine Fertilitätsreduzierung ab. Zum anderen hält er es auch für möglich, dass eine Zurückweisung von Familienplanung nicht auf etwas essentiell „Indigenes“ zurückgehe,

sondern dass die von der SSO angebotenen Kontrazeptiva nicht den Vorstellungen indigener Frauen entsprechen könnten.

Die Unterstellung, die indigene Bevölkerung lehne Familienplanung wegen einer naturgegebenen Andersartigkeit ab und tue dies zum Zweck der Erhaltung ihrer ethnischen Identität, speist sich aus mehreren Quellen. Eine Ursache liegt in der biologistischen Berufsausbildung der Mediziner und Medizinerinnen, in der soziokulturelle Aspekte nicht zum Lehrplan gehören. Zudem wirkt hier der politische Diskurs fort, auf den die nationale Regierung ihre jahrzehntelange indigenistische Staatspolitik stützte. Dieser Diskurs registrierte zwar kulturelle Unterschiede, bewertete sie aber zugleich mit dichotomen Begriffen – wie traditionell und modern, minder- und hochwertig, unveränderlich und wandlungsfähig, Land und Stadt – und nahm somit eine Hierarchisierung kultureller Differenzen vor. Ideologische Unterstützung erhielt die Regierung durch die Sozialwissenschaften, insbesondere die Ethnologie, die diese Sicht mit theoretischen Ansätzen untermauerte und legitimierte. In diesem Sinne konstatiert Gregorio Pérez Palacios, Direktor der DGSR, ausgehend von Untersuchungen seiner Institution zur Entwicklung des „*Programa Indígena*“: „Die Ethnologen haben uns getäuscht. Die Indios wollen nichts über Sexualität wissen? Falsch, es ist so, dass sie ein riesengroßes Interesse haben“ (Espinosa & Paz Paredes 2000: 103). Er bezieht sich auf die Studie über die Wahrnehmung von reproduktiver Gesundheit bei vier indigenen Gruppen, die einen großen „unbefriedigten Bedarf“ an Familienplanung nachweist, auf dessen komplexe Ursachen ich im nächsten Kapitel detaillierter eingehe. Diese von Demografen eingeführte Kategorie bezieht sich auf jene Frauen, die keinerlei Kontrazeptiva nutzen, obwohl sie keine weiteren Kinder haben oder die Geburtsabstände vergrößern wollen.¹³ Mit der Behauptung des „riesengroßen Interesses“ unterstellt Pérez Palacios, dass dies auf Frauen und Männer gleichermaßen zutreffe. Zwar gibt es in der Gesundheitsberichterstattung nur Angaben über die Kinderwünsche von Frauen, aber Fallstudien auch für Oaxaca weisen nach, dass Männer sich oft mehr Kinder wünschen als ihre Ehefrauen (z.B. Krause 1997).

Von damals vorherrschenden Strömungen der US-amerikanischen Entwicklungssoziologie stark beeinflusst, nahm bis in die 1980er Jahre ein großer Teil der Ethnologen Mexikos die indigenen Gruppen als sozial homogen, arm, rückständig und in „Traditionen“ befangen wahr (vgl. Gabbert 1992: 41). Sie entwickelten Konzepte, die die Vorstellung von einer Unvereinbarkeit zwischen dem „Ethnischen“ und dem „Modernen“ förderten. Empirische Studien über bäuerliche und insbesondere indigene *comunidades* konzentrierten sich auf kulturelle „Traditionen“, auf das Beständige, ohne zugleich Transformationen in den Blick zu nehmen (vgl. García Canclini 1990: 228ff). Der so analysierte Status quo wurde in die Vergangenheit projiziert und u.a. auf aus vorspanischer Zeit überlie-

ferte Werte und Verhaltensweisen zurückgeführt. Deshalb erschienen „traditionelle“ Vorstellungen über Körper, Gesundheit, Krankheit und auch das generative Verhalten dieser Menschen als unverändert oder zumindest als rückständig. Das Konstrukt des reinen Beharrens auf „Traditionen“ hat im Gesundheitswesen dergestalt seinen Niederschlag gefunden, dass ein Misstrauen indigener Gruppen staatlichen Einrichtungen und schulmedizinischem Personal gegenüber als Ergebnis von Unwissenheit, Fatalismus, fehlender Initiative und genereller Ablehnung von medizintechnologischen Neuerungen interpretiert wird. Die damit einhergehende Verknüpfung von Kultur und Gesundheit speist sich u.a. aus dem ethnologischen Konzept der „Kultur der Armut“, das seit Ende der 1950er Jahre von US-amerikanischen Ethnologen entwickelt wurde und als dessen bekannteste Vertreter Oscar Lewis und George Foster gelten (Garza & Freyermuth 2000: 370). Sie entwickelten ihre theoretischen Annahmen auf der Basis empirischer Untersuchungen in Elendsvierteln von Mexiko-Stadt und in ländlichen Gebieten Mexikos. Laut Lewis verewige sich die Armut, in der diese Menschen leben, durch kulturell und psychisch verinnerlichte Verhaltensweisen und Wertvorstellungen, die von einer Generation auf die nächste übertragen werden (Lewis 1961/1989; 1969/1982). Weiterführend argumentierte Foster, die arme Bevölkerung habe eine kulturell generierte Vorstellung von einer Begrenztheit „guter Dinge“, zu denen sie Zugang erlangen können. Deshalb würden sie soziale, kulturelle und psychologische Barrieren schaffen, die es ihnen unmöglich machen, sich bietende Chancen zur Verbesserung ihrer Situation zu nutzen (siehe Garza & Freyermuth 2000: 371). Dieses Konzept wurde implizit insbesondere von der regionalen SSO aufgegriffen und beeinflusst bis heute die Konzipierung sowie Durchführung von Gesundheitsprogrammen.

Fatalismus indigener Frauen oder „riesengroßes Interesse“?

Im Folgenden möchte ich aus einer differenzierteren ethnologischen Perspektive heraus analysieren, welche Haltungen indigene Frauen und Männer zu Fortpflanzung und Familienplanung haben und von welchen vielfältigen Faktoren diese abhängen. In Oaxaca-Stadt wurde 2001 ein Treffen „Indigene Frauen und ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit“ durchgeführt, an dem Frauen aus mehreren Bundesstaaten teilnahmen. In ihrer Deklaration wenden sie sich gleichermaßen gegen die Unterstellung, indigene „Traditionen“ seien unveränderlich und indigene Frauen von Natur aus fatalistisch. Dort heißt es: „... es gibt Sitten und Gebräuche [bei indigenen Gruppen], die die Rechte der Frauen verletzen wie [...] erzwungene Verheiratung, Forderung nach Jungfräulichkeit und innerfamiliäre und sexuelle Gewalt, aber in gleicher Weise behaupten wir, dass die Sitten und Gebräuche dynamisch sind und sich verändern können, um so den Frauen Respekt zu verschaffen“.

Die Teilnehmerinnen des Treffens sehen in den Geschlechterverhältnissen innerhalb der *comunidades* eine der Ursachen für die Verletzung reproduktiver und sexueller Rechte von Frauen. Neben einem verbesserten Zugang zu Gesundheitseinrichtungen fordern sie an Männer gerichtete Sensibilisierungskampagnen, die „diesen die Schaffung und Ausübung einer neuen Form ihrer Männlichkeit erlauben sowie die Unterstützung durch eine öffentliche Politik, die Vaterschaft und verantwortungsbewusste, liebevolle Sexualität sowie gleichberechtigte Beziehungen frei von Gewalt begünstigt“ (Grupo 2002: 216ff).

Das Statistische Bundesamt Mexikos veröffentlichte 1997 erstmals eine landesweite Erhebung, die die Indikatoren reproduktiver Gesundheit getrennt nach spanisch- und indianischsprachigen Frauen ausweist (INEGI 1997a). Die statistische Untersuchung bestätigt eine wachsende Nachfrage nach Familienplanung unter indigenen Frauen im Bundesstaat Oaxaca. Auf dieser Grundlage schätzt der Nationale Bevölkerungsrat deren kontrazeptive Prävalenz auf 45,7%, während 24,8% der Frauen angaben, zum Zeitpunkt der Befragung zwar nicht schwanger werden zu wollen, zugleich jedoch keine Kontrazeptiva zu nutzen. Die Unterschiede dieser beiden bei indigenen Frauen festgestellten Raten fallen im Vergleich zu allen auf dem Lande wohnenden Frauen gering aus. Obwohl die Unterschiede zu in der Stadt lebenden und/oder spanischsprachigen Frauen signifikant sind, nutzte fast die Hälfte aller in einer festen Partnerschaft lebenden indigenen Frauen im gebärfähigen Alter Verhütungsmittel.¹⁴ Ländliche und/oder indigene Frauen hatten jedoch eine größere Differenz zwischen idealem Kinderwunsch und tatsächlicher Kinderzahl sowie ein ausgeprägteres Interesse an „natürlichen“ bzw. „traditionellen“ Familienplanungsmethoden¹⁵ als Frauen mit spanischer Muttersprache und städtischem Wohnort. Obgleich ländliche Frauen wesentlich mehr „moderne“ als „natürliche“ Kontrazeptiva kennen, rangieren letztere an zweiter Stelle aller angewandten Methoden. 25 % aller ländlichen Paare, die Familienplanung anwenden, bevorzugen eine „natürliche“ Empfängnisverhütung. Anteilmäßig übertroffen werden diese Methoden nur durch die Sterilisation, für die sich 42 % der Frauen entschieden. Auch in urbanen Gebieten liegt die Nutzung „natürlicher“ Methoden bei immerhin 18 % (CONAPO 2000a: 23, 28, 32). Nicht nur für Oaxaca, sondern für die Mehrzahl der mexikanischen Bundesstaaten ist ein relativ hoher Prozentsatz der Nutzung dieser Methoden nachgewiesen (ebd. 2000b: 55). Demgegenüber lehnten in Oaxaca lediglich 11,8 % der indigenen Frauen Familienplanung generell ab, im Vergleich dazu betrug diese Rate bei den spanischsprachigen Frauen 7,2 % (ebd. 2000a: 39).

Damit belegen die Statistiken Bedürfnisse und generative Verhaltensweisen, die den Vermutungen des Gesundheitspersonals eine differenziertere Realität entgegensetzen, da sie weder ein pauschales Desinteresse noch ein „riesengroßes Interesse“ bestätigen, sondern vielmehr dieses Denken in dichotomen Kategori-

en in Frage stellen. Einerseits gibt es zwar Belege, dass kulturelle Konzepte über den Körper und Vorstellungen von „Weiblichkeit“ und „Männlichkeit“ in den *comunidades* einer größeren Nachfrage nach Kontrazeptiva entgegenstehen, wie ich nachfolgend zeigen werde. Zugleich können jedoch die individuellen Einstellungen zu Familienplanung und Präferenzen für bestimmte Methoden je nach Geschlecht, Lebensphase, Kinderzahl, Erwerbsaktivität, Bildungsgrad, Migrationserfahrungen und Zugangsmöglichkeiten zu Gesundheitseinrichtungen unterschiedlich ausfallen. Andererseits reagieren die Menschen auf schulmedizinische Konzepte und Angebote entweder mit Akzeptanz, eigenwilliger Transformation oder Widerstand je nachdem, ob die Programme ihre Bedürfnisse zufrieden stellen oder ob sie ihnen ein fremdes reproduktives Muster auferlegen wollen.

Die Mitte der 1990er Jahre von der DGSR veranlasste Studie über Faktoren reproduktiver Gesundheit in indigenen *comunidades* in vier Bundesstaaten dokumentiert eine gewisse Zurückweisung staatlicher Familienplanungsaktionen, weil diese der positiven Bewertung von Mutterschaft und der Definition von Männlichkeit über eine hohe Kinderzahl entgegenstehen (SSA 1999: 31). Bereits Ende der 1980er Jahre analysierte die Ethnologin Paola Sesia kulturelle Konzepte über den weiblichen Körper in vier *comunidades* am Isthmus von Tehuantepec im Bundesstaat Oaxaca. Die Konzepte schließen eine eigene Logik über reproduktive Prozesse und Vorstellungen von reproduktiver Gesundheit ein und verweisen zugleich auf die sich darin offenbarenden Geschlechterverhältnisse. Die Gebärmutter gilt als das vitale Zentrum der Frau, als die Basis ihres Wesens, weil sie nicht nur neues Leben schafft, sondern zudem einen Großteil weiblicher physiologischer Ereignisse wie die Menstruation, den Eisprung und die Befruchtung regele. Die Konzeption von „Gebärmutter“ schließt oftmals Eierstöcke, Eileiter und Vagina ein. Die Gebärmutter sei normalerweise „geschlossen“ und „öffne“ sich nur bei der Geburt oder während der Menstruation. Dieses anatomische Konzept weiblicher Fortpflanzungsorgane erklärt das Interesse an „natürlicher“ Familienplanung und die Vorbehalte speziell gegenüber Methoden, die einen chirurgischen Eingriff erfordern. Damals befragte Frauen standen einer Sterilisation, die ihnen von staatlichen Gesundheitseinrichtungen nahe gelegt wurde, oft ablehnend oder zumindest misstrauisch gegenüber, weil sie diese Operation mit der Entfernung der Gebärmutter gleichsetzten, was angesichts der großen Bedeutung dieses Organs für die weibliche Identität einem physischen und psychischen „Verfall“ der Frau entsprach. Bei nur geringen Kontakten zum Gesundheitssektor gab es zudem die Vorstellung, dass sich im weiblichen Körper eine vorherbestimmte Anzahl von „Samen“ befände, in denen das Geschlecht der potentiellen Kinder bereits festgelegt sei. Daraus resultierten Vorbehalte gegenüber oralen Kontrazeptiva, da deren Einnahme der Tötung von Leben im präembryonalen Stadium gleichkäme (Sesia 1992: 21ff).¹⁶ In der Vergangenheit

lehnten Frauen die „Pille“ auch wegen gesundheitlicher Nebenwirkungen ab, da die vom Gesundheitssektor kostenlos abgegebenen Präparate damals einen relativ hohen Anteil an Östrogen und Progesteron hatten (Sesia 1992: 24). Ein Teil der indigenen Hebammen (zumeist ältere Frauen) in Oaxaca glaubt ferner heute noch, dass speziell die „Pille“ irreparable Schäden wie eine Anfälligkeit der Gebärmutter für „Kälte“ oder ihre Verkrümmung bewirkt und deshalb zur Infertilität führen kann (Galante & Castañeda 1997: 232).

Wie eng die Entscheidung für oder gegen (bestimmte) Kontrazeptiva mit kulturellen Zuweisungen von „Männlichkeit“ und „Weiblichkeit“ verknüpft ist, manifestiert sich besonders prägnant an Einstellungen zur Vasektomie. Als sehr männlich gilt, wer nicht nur viele Kinder, sondern zudem Kinder mit mehreren Frauen hat.¹⁷ Für viele Männer, unabhängig von ihrer sozialen Schicht oder ethnischen Zugehörigkeit, ist Vasektomie mit einem Verlust von Männlichkeit und mit Impotenz identisch. Die Angst vor der Impotenz des Ehemannes, aber noch mehr davor, nicht dem weiblichen Stereotyp zu entsprechen, das Frauen die Zuständigkeit für Verhütung zuschreibt, ist zugleich die Ursache, weshalb auch Frauen nicht wollen, dass sich ihre Männer operieren lassen und dann ihrerseits allein die Verantwortung für Familienplanung übernehmen.¹⁸ Daneben gibt es aber auch Beispiele, wo das Paar gemeinsam die Entscheidung über die zu wählende Verhütungsmethode treffen möchte und Männer sich für Fragen der Familienplanung verantwortlich fühlen. So hält es Mario Jiménez, dessen Muttersprache Mixe ist und der im bundesstaatlichen Bevölkerungsrat von Oaxaca arbeitet, für selbstverständlich, zusammen mit seiner Frau über diese Fragen zu entscheiden. Zugleich kritisiert er die Praxis von Gesundheitseinrichtungen, Frauen unter Druck zur Nutzung bestimmter Verhütungsmittel zu bewegen.¹⁹

Insbesondere junge Frauen in Oaxaca und in ganz Mexiko haben unabhängig von Wohnort und Sprache ein zwiespältiges Verhältnis zu Familienplanung, das in amtlichen Statistiken des Nationalen Bevölkerungsrates und in Programmen der SSA mit einem sehr hohen „unbefriedigten Bedarf“ an Familienplanungsmethoden bei Frauen bis zum 19. bzw. 25. Lebensjahr gleichgesetzt wird (z.B. CONAPO 2000a: 39, SSA 2001: 24). Diese Frauen befinden sich in einer ambivalenten Situation, denn ihre zunehmende Präsenz in sozialen Netzwerken und ihre wachsende Beteiligung an Erwerbsaktivitäten setzen einen Prozess der Selbstbehauptung und beginnende Veränderungen in den Geschlechterrollen in Gang. Dennoch bleibt „Weiblichkeit“ an die Mutterschaft in der Ehe gebunden, zumal sie über die Mutterrolle Entscheidungsbefugnisse und Einflussmöglichkeiten innerhalb der Familie und der *comunidad* ableiten können. Das Dilemma dieser Frauen besteht darin, ihren Wunsch nach weniger Kindern mit einem Status zu vereinbaren, der sich angesichts begrenzter alternativer Lebensentwürfe aus ihrer Rolle als Ehefrau und Mutter ableitet (Krause 1999: 265f). „Unbefriedigter

Bedarf“ ist demnach Ausdruck konkurrierender Bedürfnisse, zumal im Bundesstaat Oaxaca bei Frauen auf dem Lande, aber auch in der Stadt, die Kenntnis von Kontrazeptiva weit über der kontrazeptiven Prävalenz liegt (CONAPO 2000a: 28).

Außer auf kulturelle Zuweisungen innerhalb indigener *comunidades* und auf subjektive Selbstwahrnehmungen geht die Tatsache, dass viele Frauen momentan nicht schwanger werden wollen und dennoch keine Verhütungsmittel nehmen, auch auf soziale Faktoren und die Art der interethnischen Beziehungen zurück. Obwohl es mittels staatlicher Programme in den letzten 15 Jahren beachtliche Anstrengungen gab, um nicht krankenversicherten Menschen speziell in ländlichen Regionen Oaxacas eine Basisgesundheitsversorgung zu ermöglichen, hat bislang noch nicht die gesamte Bevölkerung Zugang dazu. So schränken Budgetknappheit, logistische Probleme und bestehende Sozialstrukturen die Nutzung von Kontrazeptiva ein, etwa wenn für Menschen in entlegenen Gebieten der Besuch in einer Gesundheitsstation mit langen und teuren Anfahrten verbunden ist. Zusätzlich erschweren sprachliche und kulturelle Verständigungsschwierigkeiten zwischen indigener Bevölkerung und Medizinpersonal die Inanspruchnahme von Einrichtungen. Eine paternalistische Art und Weise der Durchführung von Programmen nicht nur zur Familienplanung hat bei indigenen Gruppen zu einem Misstrauen gegenüber staatlichen Maßnahmen geführt. Insbesondere indigene Frauen sehen sich einem rassistischen Verhalten durch Ärzte und Ärztinnen ausgesetzt, die nicht ihre kulturellen Erfahrungen teilen. Dieses manifestiert sich in einer paternalistischen Arzt-Patient-Beziehung (Avellaneda Díaz 2001: 9ff; Garza & Freyermuth 2000: 377). Diskriminierende Behandlungen erfahren arme und indigene Frauen oft in gleicher Weise, indem ihre eigenen Wünsche nicht respektiert und sie manchmal unter Druck oder sogar ohne ihr Einverständnis zu einer bestimmten kontrazeptiven Methode genötigt werden (Grupo 2002: 216).²⁰

Die SSO bietet lediglich eine begrenzte Palette von Kontrazeptiva an, die insbesondere den Bedürfnissen indigener Frauen bzw. Paare wenig entgegenkommen. Im letzten Jahrzehnt ist in Oaxaca hinsichtlich des Typs der benutzten Kontrazeptiva nur eine Zunahme bei definitiven und langwirksamen Methoden festzustellen. 1997 war bei 63 % aller Nutzerinnen eine Sterilisation durchgeführt oder eine Spirale eingesetzt worden (CONAPO 2000a: 32), was jedoch eher mit den von der SSO angebotenen Mitteln als mit den Wünschen der Frauen zusammenhängt. So wünschen sich Frauen, die die Abstände zwischen ihren Geburten selbst festlegen wollen, Familienplanungsmethoden, die nicht für eine jahrelange Nutzung vorgesehen sind wie die Spirale und die auf keinen Fall auf eine definitive Beendigung ihrer Fruchtbarkeit abzielen wie die Sterilisation. Mit ihrem Programm „*Dispositivo Intrauterino posparto, post-aborto y vasectomía sin bisturí*“ (Casas Carreño 2000: 185) geht es der SSO zwar auch um die Förderung von Vasektomien, aber das Hauptaugenmerk liegt bei der Spirale, die Frau-

en unmittelbar im Anschluss an eine Geburt oder einen Abort eingesetzt werden soll. Ungeachtet des großen Interesses an „natürlicher“ Verhütung fördern weder die bundesstaatliche SSO noch die nationale SSA diese in irgendeiner Weise und versuchen auch nicht zu analysieren, warum Paare solche Methoden vorziehen, selbst wenn sie die „modernen“ kennen und im günstigen Fall sogar Zugang dazu haben. In ihrer Richtlinie zur Familienplanung weist die SSA darauf hin, dass „natürliche“ Methoden eine „hohe Motivation und aktive Teilnahme des Partners voraussetzen sowie die Fähigkeit der Frau zur Identifizierung [...] der mit der fertilen Phase verbundenen Symptome“ und dass Nutzerinnen eine lange Phase der Einweisung und nachfolgenden Beratung benötigen (SSA 1994: 57). Ein Interesse indigener und/oder ländlicher Frauen an diesen Methoden passt da gar nicht ins Bild, weil gerade diesen Frauen Ignoranz und Unwissenheit unterstellt wird. Die Richtlinie hält gleichfalls das Kondom nur unter bestimmten Bedingungen²¹ für geeignet (ebd.: 54), sieht es jedoch nicht als „generelles“ Verhütungsmittel an, da beim Kondom wie auch bei „natürlichen“ Methoden von einer relativ niedrigen „Effektivität“ ausgegangen wird.

Die von der SSO in Oaxaca angebotenen Methoden spiegeln die Vorstellungen des Staates über generatives Verhalten wider. Mit dem Argument, definitive und langwirksame Methoden seien die effektivsten, will er sich über die Gesundheitseinrichtungen eine direktere Kontrolle sichern. Das begrenzte Angebot an Kontrazeptiva orientiert sich weiterhin am institutionellen Ziel der Geburtenreduzierung, ohne die Bedürfnisse und Wertvorstellungen der potentiellen oder aktuellen Nutzerinnen zu berücksichtigen. Trotz differenzierterer Kriterien für die Evaluierung der Programme „Reproduktiver Gesundheit“ bleibt ein tatsächliches Interesse an der Qualität der Betreuung gering und dies nicht nur beim Subprogramm Familienplanung.

Fazit

Die Frauenforschung hat den Entwicklungen in der mexikanischen Gesellschaft und insbesondere im Gesundheitswesen wichtige Impulse verliehen. Um der vielfältigen gesellschaftlichen Realität besser gerecht zu werden, halte ich es jedoch für notwendig, in der feministischen Geschlechterforschung insbesondere den Verschränkungen von Differenzkriterien und damit dem Zusammenspiel verschiedener Ungleichheitsebenen mehr analytisches Gewicht beizumessen.

Der Gesundheitssektor produziert und reproduziert mit seinen Versorgungsstrukturen und Programmen Beziehungen sozialer Asymmetrie und vertieft zudem bestehende Ungleichheiten. Dabei verbindet er Konstruktionen von Geschlecht und Ethnizität miteinander, die sich ihrerseits im Umbruch befinden. Nicht mehr allen Frauen wird Passivität bescheinigt, und es gibt erste praktische

Schritte zur Anerkennung der Multi-Ethnizität Mexikos. Die DGSR ist die nationale Institution, die Maßnahmen im Bereich reproduktiver Gesundheit plant und koordiniert sowie Richtlinien erarbeitet. Mit ihrer Vorbereitung eines „*Programa Indígena*“, das 2002 zur Einrichtung der Abteilung „Traditionelle Medizin“ innerhalb der SSA führte, begreift sich die DGSR in einer Vermittlerfunktion zwischen lokalem Medizinpersonal staatlicher Einrichtungen und indigener Bevölkerung, um ausgehend von einer „interkulturellen Beziehung“ (SSA 2002) einen gegenseitigen Annährungsprozess zu initiieren und die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Im Kontext nationaler Politik manifestiert sich darin die Intention, die Reduzierung des Bevölkerungswachstums durchzusetzen und besonders auf die Geburtenentwicklung indigener Frauen Einfluss zu nehmen, da deren generatives und Gesundheitsverhalten als „rückständig“ angesehen wird. Gerade die auf dieses Ziel ausgerichteten Evaluierungskriterien der Programme bestimmen das Handeln des Medizinpersonals auf lokaler Ebene und konterkarieren eine Politik, die vorgibt, sich stärker an den Bedürfnissen und Bedingungen vor Ort zu orientieren und speziell Frauen mehr Entscheidungsmöglichkeiten und eine bessere Gesundheitsversorgung zu garantieren. Die Umsetzung einer solchen Politik wird zusätzlich erschwert durch eine Strategie der Dezentralisierung, die zur Kürzung der öffentlichen Budgets in den armen Bundesstaaten Mexikos führt. Deshalb sollen die verbindlichen Richtlinien für die Gesundheitsbetreuung und Beratung zwar Willkür vorbeugen, aber ebenso das Effizienzparadigma der Moderne im Gesundheitsbereich durchsetzen. Aufgrund der rigiden Haushaltspolitik sind staatliche Einrichtungen auf den Einsatz kostengünstiger kommunitärer Ressourcen in Gestalt lokaler Gesundheitspromotorinnen und -promotoren angewiesen, während zugleich die Körper- und Gesundheitskonzepte der indigenen und/oder ländlichen Bevölkerung und speziell ihr Interesse an „natürlicher“ Familienplanung als uneffizient und unmodern bewertet werden. Darin manifestiert sich eine Konzeption, die demografische und gesundheitliche „Rückständigkeit“ mit einer spezifischen Verknüpfung von Armut, Kultur und Gesundheit erklärt. Indem Armut nicht vorrangig über soziale Kriterien, sondern über eine naturgegebene kulturelle Prägung definiert wird, rechtfertigen staatliche Einrichtungen soziale Ausgrenzungsmechanismen. Dieser Kulturkonzeption und damit dem Postulat der Unvereinbarkeit des „Ethnischen“ mit dem „Modernen“ lässt sich eine differenziertere Realität entgegensetzen. So ist das gesundheitsrelevante Verhalten der Bevölkerung gleichermaßen auf soziale Aspekte und die Art der interethnischen Beziehungen zurückzuführen wie auf kulturelle Körper- und Gesundheitsvorstellungen innerhalb indigener und ländlicher *comunidades* und die sich darin manifestierenden Geschlechteridentitäten. Zudem fallen die individuellen Einstellungen zu den vom Gesundheitswesen angebotenen Maß-

nahmen unterschiedlich aus und verdeutlichen eine Heterogenität als Zeichen des aktuellen kulturellen Wandels.

Anmerkungen

- 1 Basierend auf dem Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert das Aktionsprogramm reproduktive Gesundheit als einen „Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als die Abwesenheit reproduktiver Krankheiten und Beschwerden“. Darin eingeschlossen sind ein „befriedigendes und gesundheitlich ungefährliches Sexualleben“ und die Fähigkeit zur Fortpflanzung. Laut dem Dokument zählen zu den reproduktiven Rechten die freie Entscheidung darüber, ob, wann und wie oft Menschen sich fortpflanzen wollen, der Zugang zu relevanten Informationen und zu sicheren, erschwinglichen und akzeptablen Familienplanungsmethoden sowie zu einer medizinischen Grundversorgung. Darüber hinaus spricht das Dokument von notwendigen Anstrengungen zur Verbesserung von Lebensqualität und zwischenmenschlichen Beziehungen, womit es reproduktive Gesundheit in einen umfassenderen Kontext stellt (UN 1995, insbesondere Kapitel 7.2, 7.3 – Übersetzung aus dem Englischen und alle nachfolgenden Übersetzungen aus dem Spanischen durch M.K.).
- 2 Grundlage der Studie ist ein viermonatiger Forschungsaufenthalt 2001 in Mexiko-Stadt und in Oaxaca im Rahmen eines von der Deutschen Forschungsgemeinschaft finanzierten Projektes. Der Datenerhebung dienten Interviews mit Ärzten und Ärztinnen der regionalen Gesundheitsbehörde SSO (*Secretaría de Salud de Oaxaca*). Des Weiteren nutzte ich Dokumente der SSA und SSO, Statistiken des Nationalen Bevölkerungsrates und des Statistischen Bundesamtes Mexikos sowie vielfältige Materialien, auf die mich Vertreterinnen von Frauengesundheitsorganisationen hinwiesen. Wichtige Einblicke erhielt ich bei meinen Besuchen in Gesundheitseinrichtungen vor Ort, und auch meine Erfahrungen aus früheren Aufenthalten in Mexiko flossen in diese Arbeit ein.
- 3 Die Gesundheitspolitik setzt angesichts eines neoliberalen Sozialabbaus bei gleichzeitiger Verschärfung sozialer Ungleichheiten auf mehr Eigeninitiative in gesundheitlichen Belangen.
- 4 Diese Arbeitsgruppe konstituierte sich aus Vertretern und Vertreterinnen der einzelnen Institutionen des nationalen Gesundheitswesens, des Bildungsministeriums, des Nationalen Bevölkerungsrates, des Nationalen Indigenismus-Instituts sowie aus Repräsentantinnen von sechs Nicht-Regierungs-Organisationen (NROs).
- 5 Bereits zwischen 1992 und 1997 zeigte sich eine abnehmende Beteiligung von Männern an Familienplanung generell. Während 1992 bei fast 32 % aller Paare, die Verhütungsmethoden nutzten, Männer direkt (Kondom, Vasektomie und Koitus Interruptus) oder indirekt (Barriere- und Abstinenzmethoden) beteiligt waren, lag diese Rate 1997 nur noch bei 26 % (CONAPO 2000a: 33).
- 6 Interview am 25. 6. 2001.
- 7 „... dass sie sich über mich lustig machen, über mich reden, lachen. Aber in jenem Moment war es meine Entscheidung und in diesem Moment ist es immer noch meine Entscheidung. Aber für mich war es ein sehr, sehr hartes Problem, sagen wir so – ein kultureller Schock, ein sehr starker. Das ist das Problem. Gehen wir es an. Wenn schon wir, die wir zur Schule gegangen sind, die eine Ausbildung haben, die schon sehr viel über reproduktive Gesundheit Bescheid wissen [...] Und es kostet uns Anstrengung. Stellen Sie sich erst mal vor die Leute, die überhaupt keine Informationen haben“ (Interview am 25. 6. 2001, wegen der Intimität der Aussage bleibt der Interviewpartner anonym).
- 8 Das heißt, der Anteil verheirateter Frauen im fertilen Alter, die Familienplanungsmethoden nutzen.

- 9 Als Risikofaktoren gelten frühe und späte Schwangerschaften, viele Geburten, kurze Abstände zwischen den Schwangerschaften, aber auch bestimmte Vorerkrankungen.
- 10 „Aber uns fordern sie auf, wenn wir 80 Geburten haben, dann nehmen von diesen 80 [Frauen] mehr als 60 eine Verhütungsmethode mit und wenn nicht, werden wir dafür verwahrt“ (Interview mit Honorio Galvan Espinosa, Arzt im Krankenhaus von San Pablo Huixtepec, am 18. 8. 2001).
- 11 Die WHO nahm dieses Konzept bereits 1978 auf der Internationalen Konferenz über Basisgesundheitsversorgung in Alma Ata in ihre Abschlusserklärung auf. Es wurde nachfolgend von der *Organización Panamericana de Salud* (OPS) übernommen, auf deren Beschlüsse sich die DGSR beruft. Um Gesundheitsprobleme besser zu erkennen und zu lösen, sollen Mitglieder der jeweiligen *comunidad* aktiv daran beteiligt werden und als freiwillige Gesundheitspromotorinnen und -promotoren im Dienste ihrer Gemeinde arbeiten. Die DGSR sieht drei Maßnahmen vor, um eine „kommunitäre Partizipation“ zu gewährleisten: Erstens strebt sie die Entwicklung von Gesundheits- und Krankheitskonzepten an, die vom Medizinpersonal und der *comunidad* gleichermaßen geteilt werden. Zweitens entscheiden die dörflichen Gremien selbst darüber, wer zur lokalen Promotorin und zum Promotor ernannt wird. Drittens sind Schulungen über das Konzept und die Methodologie der „kommunitären Partizipation“ für das Medizinpersonal und die Autoritätspersonen der *comunidades* geplant (ebd.: 15).
- 12 Interview am 18. 8. 2001.
- 13 In Erhebungen zum „unbefriedigten“ oder „nicht gedeckten Bedarf“, einem zentralen bevölkerungspolitischen Indikator seit den 1990er Jahren, kommt die direkte Frage, ob Frauen Kontrazeptiva nutzen wollen und wenn ja welche, jedoch nicht vor (vgl. Schultz 2003: 465, 476). Vielmehr sieht dieses Konzept die Ursache für die von Frauen oft geäußerte Differenz zwischen gewünschter und tatsächlicher Kinderzahl allein in der fehlenden Verfügbarkeit von Kontrazeptiva und die Lösung im verstärkten Angebot an „modernen“ Verhütungsmitteln, was automatisch zur von staatlichen Instanzen angestrebten Senkung der Geburtenraten führen würde.
- 14 Auffällig ist, dass indigene Frauen in besonders hohem Maße (fast 17 % aller Frauen) angaben, wegen Infertilität keine Kontrazeptiva zu nutzen (CONAPO 2000a: 39).
- 15 Staatliche Stellen definieren diese Methoden unterschiedlich. SSA und Nationaler Bevölkerungsrat sprechen von „natürlichen“ Methoden oder Methoden „periodischer Abstinenz“, die auf der Bestimmung der unfruchtbaren und fruchtbaren Tage der Frau und der Vermeidung des Geschlechtsverkehrs während der fruchtbaren Tage basieren. Zu den Möglichkeiten der Fruchtbarkeitswahrnehmung zählen sie die Temperaturmethode, die Beobachtung des Zervixschleims, die Kombination dieser beiden Methoden und die Kalendermethode. In einigen Dokumenten bezeichnet der Bevölkerungsrat zudem den Koitus Interruptus als „natürliche“ Methode (SSA 1994: 56ff, 2000 77f; CONAPO 1999, 2000a: 27/29, 2000b: 42f). Das Statistische Bundesamt dagegen benutzt den Terminus „traditionelle“ Methoden und versteht darunter die Methoden „periodischer Abstinenz“, den Koitus Interruptus und zudem den Einsatz verschiedener Kräutertees, denen in indigenen Regionen eine die Schwangerschaft verhütende Wirkung zugeschrieben wird (INEGI 1996: 76f, 1997b: 42f).
- 16 Auch in den Praktiken des Gesundheitssektors schlagen sich Konzepte über den Beginn neuen Lebens nieder, die Auswirkungen auf das Leben von Frauen haben. So durften staatliche Einrichtungen bis vor kurzem die „Pille danach“, die die Einnistung eines befruchteten Eis in die Gebärmutterwand verhindern soll, nicht anbieten. Die offizielle Begründung war, eine Schwangerschaft beginne bereits mit der Befruchtung des Eis und die „Pille danach“ sei demzufolge ein Abortivum (Interview mit Maricela Durá de Romero von Mexfam, am 28. 5. 2001 und mit Octavio Mojarro, leitender Angestellter im Nationalen Bevölkerungsrat, am 30. 5. 2001). Je nach Strafgesetzgebung der einzelnen Bundesstaaten sind Abtreibungen in Mexiko lediglich im Fall ganz bestimmter Indikationen wie Vergewaltigung, Gefahr für das Leben der Mutter oder schwerer Gesundheitsschädigung legal. Eine Doppelmoral zeigt sich darin, dass zwar die Spirale die Einnistung eines befruchteten Eis ebenso verhindert, ihre Nutzung vom Gesundheits-

sektor aber seit den 1980er Jahren durch spezielle Strategien besonders gefördert wird. Auf Druck zahlreicher NROs nahm die SSA 2004 die „Pille danach“ in die normative Richtlinie über Familienplanungsdienstleistungen auf und erkennt sie nun als Kontrazeptivum an. Hohe katholische Würdenträger dagegen kritisieren die Entscheidung der SSA scharf und bezeichnen die „Pille danach“ als „Mord an Unschuldigen“. Ihrer Meinung nach trägt die staatlich geförderte Verbreitung aller „modernen“ Verhütungsmethoden zum „Werteverlust“ bei und fördert „verantwortungsloses“ Verhalten (www.modemmujer.org/docs/4.219.doc).

- 17 „Es gibt in Mexiko Männer, die mehrere Frauen haben, weil sie so ihre Männlichkeit demonstrieren wollen. Ich glaube, sie wollen sich so mehr als Machos fühlen“ (Interview mit Honorio Galvan Espinosa am 28. 8. 2001).
- 18 „Im Allgemeinen kommt die Partnerin oder die Ehefrau mit dem Ehemann [zur Beratung]. Sie sagt: ‘Mach Du keine Operation!’ Sie ist es, die aus kulturellen Gründen die Methode der Familienprävention für den Mann ablehnt und dem Mann die Entscheidung abnimmt“ (Interview mit Roberto Cruz Rojas am 25. 6. 2001).
- 19 „Die Ärzte wollen einem irgendeine Methode beinahe aufzwingen. Das ist schlecht, denn sie müssen Informationen geben, damit die Frau zusammen mit ihrem Mann die Entscheidung treffen kann. Dem Arzt steht nicht zu, die Entscheidung über die Frau oder über den Partner zu treffen. Meine Frau ging zum IMSS [Gesundheitseinrichtung für Krankenversicherte] und wurde dort gefragt: ‘Hast du schon die Entscheidung getroffen?’ Ich glaube, dass sie Druck ausüben. [...] In einer Beziehung sollten beide für Familienplanung verantwortlich sein, weil diverse Faktoren zu berücksichtigen sind: ökonomische, gesundheitliche und Partnerschaftsfragen. Es gilt in die Zukunft zu sehen. Wenn die Frau sehr leidet, dann wird man ihr nicht drei oder vier Kinder machen“ (Interview am 7. 8. 2001).
- 20 Dies bestätigt die NRO Red de Mujeres de PRODUSSEP (*Promoción de Servicios de Salud y Educación Popular*) in ihrer Mitte der 1990er Jahre durchgeführten Untersuchung. Von den in mehreren Regionen Mexikos befragten indigenen Frauen, Bäuerinnen und Bewohnerinnen städtischer Elendsviertel gaben 17 % an, dass ihnen Verhütungsmittel ohne ihr Einverständnis oder unter Druck aufgezwungen wurden (www.laneta.apc.org/tdr/tdr5.htm).
- 21 Sie sollen Anwendung finden in Verbindung mit anderen Kontrazeptiva, bei sporadischen Sexualkontakten, in den ersten drei Monaten nach einer Vasektomie und beim Risiko von sexuell übertragbaren Krankheiten.

Literatur

- Avellaneda Díaz, Ximena (2001): „Violencia a los derechos sexuales y reproductivos y muerte materna: Eslabones de una misma cadena“. In: Dirección 2006, S. 7-11.
- Casas Carreño, Beatriz (2000): „Salud reproductiva en el estado de Oaxaca. El caso de la Secretaría de Salud“. In: Espinosa Damián 2000, S. 177-220.
- Castro, Roberto; Bronfman, Mario (1998): „Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión“. In: Figueroa Perea, Juan Guillermo (Hg.): *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México D.F., S. 205-238.
- CONAPO (Consejo Nacional de Población) (1999): *Métodos de planificación familiar. Cuadernos de Población*. México D.F.
- CONAPO (2000a): *Cuadernos de Salud Reproductiva: Oaxaca*. México D.F.
- CONAPO (2000b): *Cuadernos de Salud Reproductiva: República Mexicana*. México D.F.
- CONAPO (2001): *Programa Nacional de Población, 2001-2006*. México D.F.
- Dirección General de Población de Oaxaca (Hg.) (Dirección 2006): *Foro de Consulta Social para el Programa Nacional de Población 2001-2006*. Oaxaca

- Espinosa, Gisela; Paz Paredes, Lorena (2000): „Salud reproductiva en México. Los programas, los procesos, los recursos financieros“. In: Espinosa Damián 2000, S. 25-171.
- Espinosa Damián, Gisela (Hg.) (2000): *Compromisos y Realidades de la Salud Reproductiva en México. Una mirada a la situación nacional y a cuatro estados*. México
- Figueroa Perea, Juan Guillermo; Hita Dussel, María Gabriela; Aguilar Ganado, Blanca Margarita (1994): „Algunas notas sobre reproducción, derechos humanos y políticas de planificación familiar (segunda parte)“. In: *fem*, Jg. 18, Nr. 137, S. 16-22.
- Gabbert, Wolfgang (1992): „Vom Land der Mestizen zur multi-ethnischen Nation. Staatspartei und Indianer im nachrevolutionären Mexiko“. In: *Lateinamerika – Analysen und Berichte/Jahrbuch*, Nr. 16, S. 32-47.
- Galante, Cristina; Castañeda, Martha A. (1997): „Mujer-partera: figura central de la salud reproductiva en el medio rural“. In: Tuñón Pablos, Esperanza (Hg.): *Género y salud en el sureste de México*. ECOSUR-Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México, S. 223-237.
- García Canclini, Néstor (1990): *Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*. México D.F.
- García Kavanagh, Rosalilia (2001): „La salud sexual y reproductiva“. In: Dirección 2006, S. 3-4.
- Garza, Anna María; Freyermuth, Graciela (2000): „Problemas de la antropología frente a la muerte. Cultura, género y muerte materna en Los Altos de Chiapas“. In: Stern, Claudio; Echarri, Carlos Javier (Hg.): *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. México D.F., S. 363-392.
- Grupo de estudios sobre la mujer „Rosario Castellanos“ (Hg.) (2002): „Declaración“. In: *Mujeres indígenas y su salud sexual y reproductiva: un espacio para la reflexión y la participación*. Oaxaca, S. 215-218.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática) (1996): *Oaxaca. Panorama Sociodemográfico. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica*. Aguascalientes.
- INEGI (1997a): *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica*. Aguascalientes.
- INEGI (1997b): *Mujeres y hombres en México*. Aguascalientes.
- Krause, Martina (1997): „‘Die Kinder kommen wie der Regen’. Geburtenentwicklung und generatives Verhalten in Silacayoapan (Mexiko/Oaxaca)“. In: Ambatielos, Dimitrios; Neuland-Kitzerow, Dagmar; Noack, Karoline (Hg.): *Medizin im kulturellen Vergleich. Die Kulturen der Medizin*. Münster u.a., S. 85-102.
- Krause, Martina (1999): „Reproduktive Gesundheit und Geschlechterperspektive. Neue Forschungslinien und Ergebnisse in Mexiko“. In: Dorbritz, Jürgen; Otto, Johannes (Hg.): *Demographie und Politik*. (Materialien zur Bevölkerungswissenschaft, H. 91), Wiesbaden, S. 253-271.
- Lewis, Oscar (1961/1989): *Die Kinder von Sánchez. Selbstporträt einer mexikanischen Familie*. Göttingen.
- Lewis, Oscar (1969/1982): *Una muerte en la familia Sánchez*, México D.F.
- Márquez Beltrán, Norma L. (1998): „Los prestadores de servicios de salud y los programas de la planificación familiar. El caso de la auxiliar de salud“. In: Fundación MacArthur; Asociación Mexicana de Población (Hg.): *Los silencios de la salud reproductiva: Violencia, sexualidad y derechos reproductivos*. México D.F., S. 135-172.
- Martínez-Salgado, Carolina (1996): „Una visión integral de los problemas de investigación en salud reproductiva en México“. In: *Perinatología y Reproducción Humana* 10 (2), S. 121-131.
- Morán, Carlos u.a. (1992): „La práctica de anticoncepción posparto en hospitales del Distrito Federal“. In: *Salud Pública de México* 34 (1), S. 18-24.
- Musalem Merhy, María Guadalupe (1984): *Infraestructura oficial de salud en el estado de Oaxaca. Una aproximación al análisis de programas de salud dirigidos a las mujeres*. Universidad Autónoma „Benito Juárez“ de Oaxaca/Instituto de Investigaciones Sociológicas, Oaxaca (unveröffentlichtes Dokument).
- López Sánchez, Oliva (1998): *Enfermas, mentirosas y temperamentales. La concepción médica del cuerpo femenino durante la segunda mitad del siglo XIX en México*. México D.F.

- Ravelo, Patricia (1995): „Género y salud femenina: una revisión de las investigaciones en México“. In: González Montes, Soledad (Hg.): *Las mujeres y la salud*. México D.F., S. 199-258.
- Schultz, Susanne (2003): „Neoliberale Transformationen internationaler Bevölkerungspolitik: Die Politik Post-Kairo aus der Perspektive der Gouvernementalität“. In: *PERIPHERIE*, Jg. 23, Nr. 92, S. 452-480.
- Sesia, Paola (1992): „La obstetricia tradicional en el Istmo de Tehuantepec: marco conceptual y diferencias con el modelo biomédico“. In: Sesia, Paola (Hg.): *Medicina tradicional, herbolaria y salud comunitaria en Oaxaca*. Oaxaca, S. 17-54.
- SSA (Secretaría de Salud) (1994): *Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar*. México D.F.
- SSA (1995): *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000*. México D.F.
- SSA (1999): *La salud en comunidades indígenas. Una propuesta institucional*. México D.F.
- SSA (2000): *El derecho a la libre decisión... La planificación familiar en el contexto de la Salud Reproductiva*. México D.F.
- SSA (2001): *Programa de Acción: Salud Reproductiva*. México D.F.
- SSA (2002): *Relación intercultural con la medicina tradicional*. online: www.salud.gob.mx.
- SSO (Secretaría de Salud de Oaxaca) (1998): *Programa Operativo Anual de Salud Reproductiva*. Oaxaca.
- SSO (2001): *Carpeta de información básica del Programa Planificación Familiar*. Oaxaca (un-veröffentlichtes Dokument).
- Szasz, Ivonne (1999): „Género y salud“. In: Bronfman, Mario; Castro, Roberto (Hg.): *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*. México D.F., S. 109-121.
- Thoß, Elke (1996): „Total Global und Uniform – Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte“. In: *Pro Familia Magazin*, Nr. 2, S. 5-8.
- UN (United Nations) (1995): *International Conference on Population and Development (ICPD), Programme of action*. New York.

Anschrift der Autorin:

Martina Krause

martina.krause@discon.net