

Entre líneas

UNA REVISTA DEL SIGLO XXI

OTOÑO

4

2001

35 pesos

**SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA**

CONTENIDO

<u>Editorial</u>	1
<u>Hilando ideas</u>	
Salud sexual y reproductiva en Oaxaca: ¿mito o realidad?	XIMENA AVELLANEDA DÍAZ 2
La salud materna en el contexto internacional	GRACIELA FREYERMUTH ENCISO 6
Mujeres indígenas: entre la espada y la pared	SOLEDAD JARQUÍN EDGAR 9
Ética, mujeres y salud	CAROLINA RODRÍGUEZ LARA 13
La salud sexual y reproductiva en el mundo de las mujeres indígenas	CÁNDIDA JIMÉNEZ PÉREZ 16
Mujeres indígenas y su salud sexual y reproductiva. Un espacio para la reflexión y la participación	19
<u>Niñas-niños</u>	
Empatía. La clave para facilitar la expresión de los sentimientos en las niñas y los niños	CECILIA SANDOVAL SALAZAR 22
<u>Al pie de la letra</u>	
“A buen entendedor, pocas palabras”. Las mujeres en el contexto del refrán popular	BLANCA CASTAÑÓN CANALS 24
<u>Des cifrando</u>	
Composición humana del mundo	DE DOMINIO PÚBLICO 27
Un sombrero lila	DE DOMINIO PÚBLICO
<u>Campañas</u>	
A rendir cuentas, llamado a la acción	CATÓLICAS POR EL DERECHO A DECIDIR, A.C. 28
<u>Alternativas</u>	
Mis arrugas (<i>fragmento</i>)	FLORENCE THOMAS 31

Entrelíneas es una revista del Grupo de estudios sobre la mujer “Rosario Castellanos”, A.C.

MARGARITA DALTON PALOMO *Directora* • TANIA AURORA MELCHOR GÓMEZ *Jefa de Redacción*

Consejo editorial MARTHA APARICIO ROJAS • XIMENA AVELLANEDA DÍAZ • LINA HERRERA •
• JULIA BARCO • BLANCA CASTAÑÓN • GABRIELA GUTIÉRREZ •

Corrección de estilo CLAUDIA GUICHARD • *Asistente editorial* ALMA CARRASCO

Diseño MARÍA LUISA MARTÍNEZ PASSARGE • *Impresión* EXIMA, S.A. DE C.V.

EDITORIAL



“**L**O PERSONAL ES POLÍTICO” argumentábamos las feministas en los años setenta, y este grito fue la punta de una flecha que abrió un sendero que hoy en día se ensancha en un camino de múltiples entradas y salidas. Las mujeres hemos ganado espacios y logrado analizar temas antes considerados tabú. Pero “lo personal es político” continúa siendo una frase que para el feminismo en la actualidad, toca la campana de la reflexión, el análisis y la crítica de la vida cotidiana. Un aspecto de este hecho que se vuelve político y tema de preocupación es, sin duda, el de la salud. La salud de las personas que, cuando el Estado la asume como uno de sus servicios, se define como “salud pública”. Una salud pública que concierne, en gran medida, a las mujeres, por ser ellas quienes reproducen la vida humana. De ahí que uno de los servicios importantes de la “salud pública” sea aquél relacionado con el embarazo, parto y postparto. La calidad de estos servicios está directamente relacionada con la calidad del gobierno. En esta encrucijada lo público se encuentra con lo privado, se entreteje, y la política de Estado invade los cuerpos de las mujeres. Tal vez los gobernantes consideran que como la mayor parte de las usuarias lo hacen para parir, por tanto, el embarazo y el parto son de su incumbencia directa y, en consecuencia, ellos pueden decidir quién, cómo y cuándo se embaraza. Es ahí donde las políticas de Estado afectan la libertad de las mujeres.

Sin embargo, vale reconocer que las situaciones humanas no son tan sencillas como parir o no parir, pues en el hecho mismo de hacerlo, es decir, de parir, se encuentran involucradas muchas otras razones: la sexualidad, el deseo, el goce, la libertad, las posibilidades económicas y las condicionantes sociales. Así, lo personal se vuelve también político porque, aunque sorprenda, cuando se trata del cuerpo de las mujeres, hay leyes que restringen la libertad de opciones. Y digo del cuerpo de las mujeres porque sólo a ellas se les limita la libertad de decidir completamente sobre su cuerpo a través de leyes establecidas por las grandes instituciones del poder, sean éstas los Congresos, el Vaticano y otros conciliábulos en donde se establecen políticas globales, misteriosas y ocultas. La Iglesia, por ejemplo, en nombre de Dios, prohíbe los anticonceptivos y tener orgasmos por placer, pues considera que las relaciones sexuales son exclusivamente para tener hijos y formar una familia, es decir, prescribe cómo deben ser los comportamientos humanos en este aspecto. Otro tanto hace el Estado cuando establece en qué momento puede una mujer abortar. Paradójicamente, este control que la Iglesia y el Estado tienen sobre el cuerpo de la mujer no lo tienen sobre el cuerpo del hombre; sería interesante ver la reacción de los hombres cuando la Iglesia les prohibiera la eyaculación (aún la eyaculación precoz) que no tuviera como objetivo procrear, o tener hijos fuera del matrimonio y, si la tuvieran, se les encarcelara o, en el caso de que hubieran decidido no tener hijos y obligado a la mujer a abortar, se les castigara con la cárcel a ellos también.



“Lo personal es político” se confirma al analizar las leyes y las políticas públicas, y encontrar que solamente el cuerpo de la mujer es objeto de atención y promulgación de leyes por parte de legisladores, obispos, Papa, gobernadores, presidentes de todos tipos y consejeros internacionales. Observar que con el cuerpo del hombre no ha sido así se explica porque son los hombres bajo una mentalidad masculina quienes han construido las leyes.

Muchas mujeres, a comienzos de este siglo XXI, al conocer mejor las leyes que se han estado debatiendo en los últimos meses sobre salud reproductiva, el aborto y su reglamentación, violencia intrafamiliar y participación política, nos damos cuenta de que **no sólo lo Personal es político, sino que sobre todo, lo Político es personal**, y que, por lo tanto, no podemos desentendernos de las acciones políticas que nos afectan. Si amamos la libertad debemos luchar por ella. ~

Ximena Avellaneda Díaz

Salud sexual y reproductiva en Oaxaca: ¿mito o realidad?

EL TEMA de la reproducción humana ha sido históricamente un tema controversial y altamente político por estar íntimamente relacionado con la procreación y con la fecundidad. Es por esta razón que de ser un tema estrictamente privado y personal, ha pasado a ser un asunto de interés público de instituciones y aún de políticas públicas de gobiernos.

El creciente aumento de la población ha sido motivo de preocupación de gobiernos y expertos en la materia, quienes en reuniones internacionales han discutido estrategias para reducir las tasas de fecundidad. En este sentido, las miradas una y otra vez se vuelven hacia el cuerpo de la mujer buscando diferentes formas de hacerla responsable o receptora pasiva de las tecnologías anticonceptivas.

Los años setenta se caracterizaron por la proliferación de estos métodos, haciendo que la salud o bienestar de la mujer fuese sinónimo de usuaria de métodos de planificación familiar. La experimentación, investigación y avances tecnológicos del control de la fertilidad se centró en las mujeres habitantes de los países con más altas tasas de crecimiento poblacional, es decir, de los países pobres y en "vías de desarrollo".

Como reacción a esta visión sexista y discriminatoria, los recién consolidados grupos de mujeres comenzaron a manifestar su descontento y a responder con procesos de reflexión y esfuerzos en la búsqueda de la apropiación del cuerpo. De este modo se inicia, a principios de los noventa, el uso de un término novedoso, el de "salud reproductiva", que abordaba la reproducción humana y la salud de las mujeres.

Ximena Avellaneda Díaz. Presidenta del Grupo de estudios sobre la mujer "Rosario Castellanos", A.C. y coordinadora del área de salud sexual y reproductiva del mismo.



JAVIER CRUZ MORALES

En el artículo "La salud materna en el contexto internacional", publicado en este número de *Entrelíneas*, Graciela Freyermuth hace un recuento de los acuerdos emanados de reuniones internacionales como la Conferencia de Población y Desarrollo en El Cairo (1992) y la Conferencia Internacional de la Mujer en Beijing (1995), en los cuales los gobiernos del mundo reconocen y se comprometen a instaurar mecanismos para el respeto a los derechos sexuales y reproductivos.

Sabemos que los acuerdos internacionales suscritos por los diferentes países no siempre se cumplen, sin embargo, las organizaciones de mujeres, en cada país, se han dado a la tarea de darles un seguimiento puntual y publicar los resultados. Nuestro país no ha sido la excepción y, de esta manera, la información ha permitido aclarar que poner en práctica los acuerdos suscritos no era nada fácil dentro de las estructuras rígidas y controladas por la hegemonía médica en aspectos como: la introducción de la perspectiva de equidad de

género a los servicios de salud, la incorporación de los varones en los programas de planificación familiar o el supeditar la consecución de metas a la calidad de los servicios. Por otro lado, las instituciones se han realizado esfuerzos para dar una interpretación más humana a los programas de salud reproductiva, a pesar de las inercias y dificultades existentes.

Pero, ¿cómo se han traducido estas buenas intenciones en el acceso de las mujeres a los servicios de salud?, y ¿cómo se ha reflejado en los indicadores para Oaxaca de la salud sexual y reproductiva de las mujeres?

Oaxaca es un estado que presenta aún grandes retos en la cobertura de los servicios de salud; su dinámica poblacional, su geografía, la diversidad étnica y cultural de la población, así como los altos grados de marginación en los cuales viven una gran parte de sus pobladores, se han constituido en aspectos que han dificultado el acceso de ésta a los satisfactorios sociales de la salud. De hecho, es la entidad del país que, en términos generales, presenta mayores rezagos en la atención de la salud sexual y reproductiva. Pero veamos con mayor detalle algunos de estos indicadores:

Fecundidad y anticoncepción

México ha logrado bajar su tasa de fecundidad de manera notable en las últimas décadas; para el año 2000 presentaba una tasa de fecundidad de 2.4 hijos en promedio, mientras que para Oaxaca la cifra era de 2.92 (Conapo, 2000). Gran parte de esta reducción se ha debido al incremento en el uso de los métodos anticonceptivos. Sin embargo, la entidad reporta su uso en el 58.5 de cada 100 mujeres en edad fértil, en comparación con la cifra nacional de 70.8 (Conapo, 2000). Este hecho ha sido severamente cuestionado por las organizaciones de mujeres, pues los programas de planificación familiar se han supeditado a las políticas poblacionales, por lo que los programas están mayormente centrados en la consecución de metas más que en la satisfacción de las necesidades de las usuarias. Las quejas igualmente han estado relacionadas con el uso masivo de anticonceptivos más efectivos, como la aplicación de dispositivos intrauterinos, y otros definitivos, como la salpingoclasia o esterilización, sin contar en gran parte de los casos con el consentimiento informado o la consejería necesaria para poder tomar las decisiones. Todavía el uso de anticonceptivos no tiene la aceptación deseada dadas las características de la población de las zonas rurales e indígenas, en donde el valor de las mujeres está aún muy centrado en el número de hijos(as) que tengan y en donde la virilidad del varón se demuestra por el número de hijos (as) capaz de concebir.

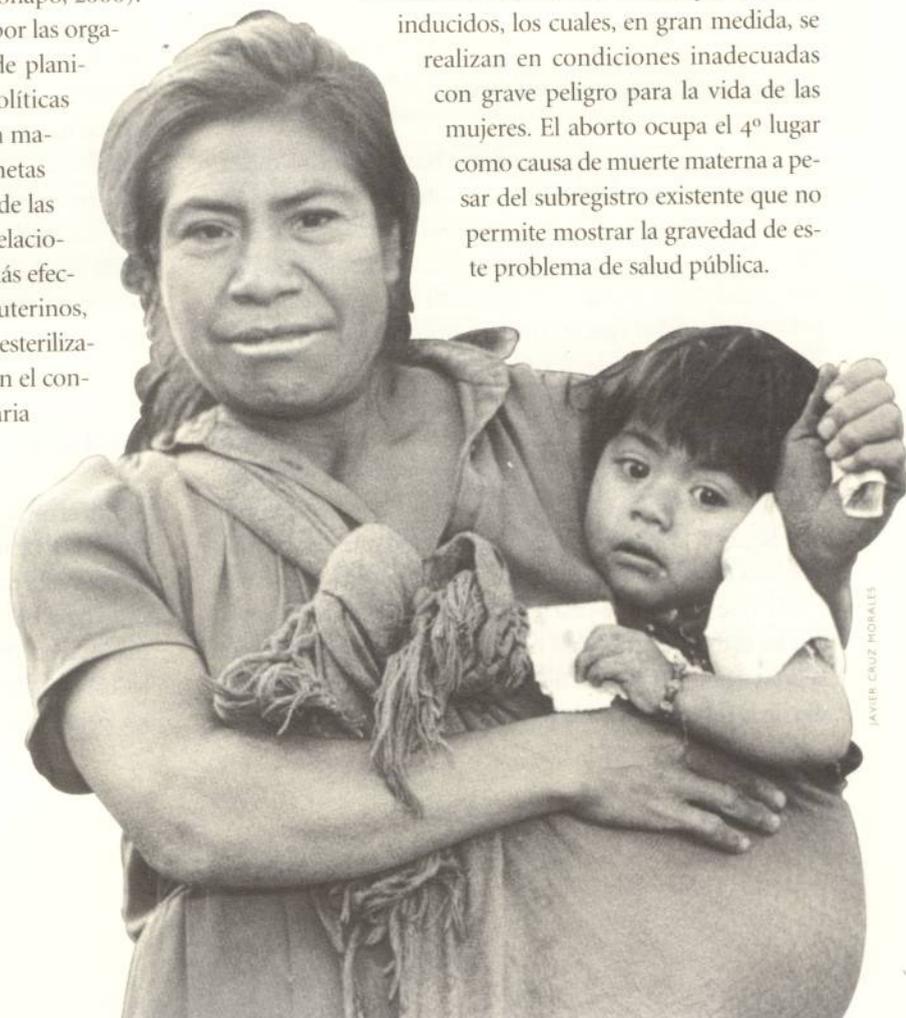
Salud materna

En la actualidad y gracias a los avances de la tecnología, la maternidad se considera un proceso natural con pocos riesgos previsible en la mayor parte de los casos. Sin embargo, en estados como Oaxaca, con altos índices de marginación, el proceso de la maternidad no está exento de riesgos, complicaciones y aún de peligro de muerte para las mujeres.

Las mujeres se enfrentan a la maternidad tempranamente y en condiciones desfavorables de desnutrición, baja escolaridad y maltrato. Las posibles complicaciones no son detectadas a tiempo por no acudir de manera sistemática a la consulta prenatal. Según los servicios de salud en el estado, para el año 2000 el promedio de consultas prenatales fue de sólo 3.6, considerándose como adecuado un mínimo de cinco consultas durante el embarazo.

De los 10 mil 331 niños(as) nacidos en 1998 (INEGI, 2000), sólo un 46.6 por ciento fue atendido por personal médico y se considera que el resto lo fue por parteras o en los domicilios, con los consecuentes riesgos en caso de embarazos y partos de alto riesgo. Dadas estas circunstancias, Oaxaca detenta una de las cifras más altas del país en muertes maternas, con una tasa de 6.4 (SSO, 2000) en comparación con la tasa nacional de 5.1 muertes por cada 10 mil nacidos vivos registrados.

Lo más grave del caso es el hecho de que estas muertes son previsible e injustas y tienen que ver con situaciones de inequidad de género, étnicas y por el hecho de ser pobres. Son muertes prematuras de mujeres jóvenes, que dejan hijos e hijas en el desamparo. Las causas más comunes de las muertes maternas tienen que ver con toxemias, hemorragias durante el embarazo y el parto, complicaciones durante el puerperio y abortos. Se considera que una gran cantidad de embarazos termina en abortos, sean éstos espontáneos o inducidos, los cuales, en gran medida, se realizan en condiciones inadecuadas con grave peligro para la vida de las mujeres. El aborto ocupa el 4º lugar como causa de muerte materna a pesar del subregistro existente que no permite mostrar la gravedad de este problema de salud pública.



Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

En Oaxaca, como en muchas otras partes del mundo, se desconoce la magnitud real de las enfermedades de transmisión sexual a causa de los prejuicios relacionados con este tipo de dolencias. La aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) les ha dado mayor visibilidad en virtud de su rápida proliferación y de su carácter incurable.

Las mujeres han mostrado ser muy vulnerables a estas enfermedades por las características de su anatomía, por ser asintomáticas en gran medida y, sobre todo, por la imposibilidad que tienen de negociar las relaciones sexuales con compañeros que, en la mayoría de los casos, tienen diversidad de parejas y se niegan a usar el condón como medida preventiva de contagio.

La gran cantidad de varones migrantes que cada año salen de sus comunidades de origen y se desplazan a diversos destinos tanto nacionales como internacionales, ha sido una de las causas por las que esta enfermedad se ha propagado tan rápidamente a lejanas comunidades. La Secretaría de Salud ha registrado de 1998 al 2000 un total de mil 336 casos acumulados, de los cuales un 85.1 por ciento corresponden a hombres y un 14.8 por ciento a mujeres.

La aparición de esta pandemia ha reforzado la necesidad de promover el uso del condón entre toda la población, así como de generalizar la educación sexual indispensable para el logro de una vida sexual y reproductiva informada y saludable.

Cáncer cervicouterino y mamario

A partir de que el virus del papiloma humano fue reconocido como precursor del cáncer cervicouterino, y considerarsele como una enfermedad de transmisión sexual, condiciones tales como la edad de inicio de las relaciones sexuales, la promiscuidad de las parejas y la dificultad para tomar decisiones con respecto al ejercicio de la sexualidad por parte de las mujeres, adquirieron gran relevancia.

Este tipo de cáncer constituye en la actualidad la principal causa de muerte en Oaxaca por tumores malignos entre mujeres mayores de 25 años, a pesar de ser de lenta evolución y totalmente curable si es detectado en sus estadios tempranos. Según el INEGI (1999), Oaxaca presentó una tasa de mujeres con cáncer de 27.84 por cada 100 mil mujeres de 25 años y más, mientras que la tasa nacional fue de 19.87. A pesar de que las autoridades de salud han desarrollado estrategias para la prevención y el control del cáncer cervicouterino por medio de la promoción de la toma citológica del Papanicolau,



JAVIER CRUZ MORALES

las dificultades se siguen centrando en gran medida en las zonas rurales e indígenas, en donde las mujeres no acceden a este tipo de pruebas por pautas culturales que no permiten que el cuerpo sea expuesto ante desconocidos, además de la falta de información accesible y de la desconfianza hacia los servidores de salud.

El cáncer mamario está presente en la entidad, sin embargo, no ha alcanzado aún cifras tan alarmantes como en otros estados del país. El INEGI reporta para 1999 una tasa de 7.25 muertes por cada 100 mil mujeres de 25 años y más, inferior a la nacional, que es de 9.61. Su baja incidencia está relacionada con la costumbre todavía generalizada de la lactancia materna y el número de embarazos que cada mujer tiene en promedio.

Salud sexual y reproductiva de los y las jóvenes

Según el censo del 2000, en Oaxaca el grupo poblacional de entre 10 y 24 años aumentó a más de un millón de personas y representa más de la tercera parte de la población total. De acuerdo a una encuesta realizada por la Universidad Benito Juárez, cerca de un 42 por ciento de los y las jóvenes entrevistados(as) habían tenido relaciones sexuales prematrimoniales, pero en su gran mayoría o no conocían o no utilizaban

métodos anticonceptivos. Asimismo, en las comunidades rurales e indígenas las niñas y jóvenes se ven presionadas familiar y culturalmente a establecer relaciones a temprana edad con consecuencias físicas y emocionales negativas en un organismo que aún se encuentra en pleno desarrollo.

La falta de una adecuada y oportuna educación sexual, así como de los adecuados métodos de protección para los y las jóvenes les convierte en un sector de la población vulnerable al contagio de enfermedades de transmisión sexual como el SIDA o a embarazos no deseados.

La violencia intrafamiliar y la salud

La presencia de la violencia al interior del núcleo doméstico se ha convertido en un problema de graves consecuencias para la salud y la vida de las niñas(os) y mujeres. La violencia es hoy en día un fenómeno generalizado que alcanza a todos los sectores de la población de diversas maneras, tales como la violencia física, la emocional, la sexual, etcétera. Según una encuesta realizada en 1995 por la Asociación Mexicana contra la Violencia hacia las Mujeres A.C., en diversas entidades del país, entre ellas Oaxaca, un 78 por ciento de las personas maltratadas eran mujeres y reportaron sufrir diversos tipos de maltrato, especialmente el físico. El embarazo no constituye una garantía que exima a las mujeres de la agresión, pues un 18 por ciento de las lesiones físicas causadas por conductas violentas terminaron en aborto. Resulta paradójico que un 30 por ciento no conocía la existencia de algún mecanismo legal para enfrentar la violencia, y un 73 por ciento no presentó ningún tipo de denuncia a pesar de conocerlo. En un 60 por ciento de los casos las denuncias no tuvieron éxito debido a que las autoridades no encontraron relevante el caso.

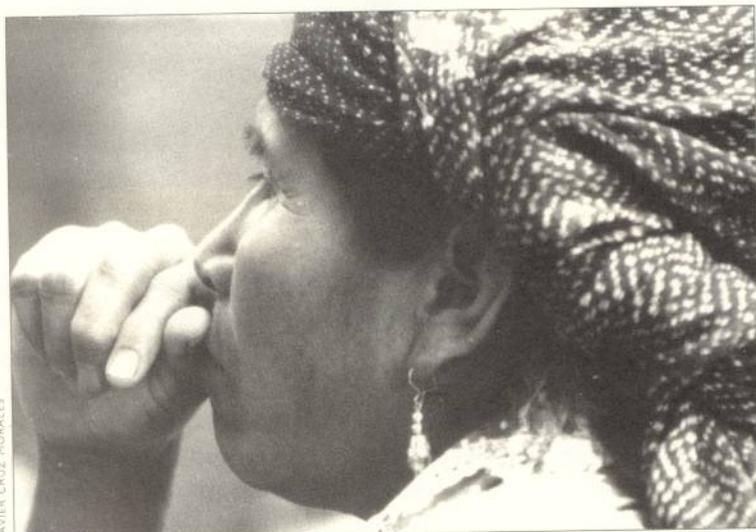
Estas cifras nos ilustran sobre la importancia de considerar la violencia intrafamiliar como un serio problema que altera la vida y la salud de las mujeres, y cuyas consecuencias van desde heridas, fracturas, embarazos no deseados y abortos, hasta traumas psicológicos, depresión y ansiedad.

Los derechos sexuales y reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos humanos y se refieren al ejercicio libre y responsable de la sexualidad y, consecuentemente, a la posibilidad de decidir el número y espaciamiento de los hijos e hijas que se desean tener; de tener acceso a los servicios de salud adecuados para la atención del embarazo y el parto; y finalmente, de tener información adecuada y completa, así como acceso a los diferentes métodos de planificación familiar.

Estos derechos son inherentes a todos los seres humanos, hombres y mujeres, los cuales deberán ser respetados y protegidos por todas las instituciones y servicios de salud gubernamentales, con el fin de tener la posibilidad de vivir una salud sexual y reproductiva sana y placentera.

El generalizado desconocimiento de la existencia de estos derechos permite que sean violentados con mucha frecuencia, así como el desconocimiento de los procedimientos e instancias, hace que no se presenten denuncias y quejas.



JAVIER CRUZ NOBILES

Conclusiones

Los aspectos referidos a la salud sexual y reproductiva presentados anteriormente nos indican que la salud dista mucho de ser una realidad para las niñas, jóvenes y mujeres en Oaxaca. Para una gran parte de las mujeres, la salud es un derecho que aún no se ha logrado ejercer; muchas sufren carencias alimentarias o mueren a causa del cáncer cervicouterino o el SIDA. Muchas no tienen acceso a la atención del embarazo ni del parto y desconocen los más elementales derechos sexuales y reproductivos. Todo esto, aunado a difíciles condiciones sociales y económicas en las que tienen que sobrevivir y que las obliga, al igual que a los hombres, a migrar muy frecuentemente de sus comunidades de origen.

Las políticas de ajuste económico están causando un grave deterioro a la prestación de los servicios básicos, afectando en particular a las zonas rurales e indígenas y, sobre todo, a las mujeres, al aumentar cargas de trabajo y reducir los mínimos apoyos con que contaban. La sociedad civil, y en particular los grupos de mujeres, deberán estar atentos a los cambios en las políticas económicas y exigir que los presupuestos públicos en materia de salud, ya de por sí insuficientes, no sean castigados una vez más con sus terribles consecuencias para la integridad de las mujeres y, en particular, de las más pobres. ♪

Graciela Freyermuth Enciso

La salud materna en el contexto internacional

DESDE SU fundación, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) manifestó su preocupación por la situación de la mujer, lo cual se reflejó en la formación de una comisión relacionada con el estatus de la mujer en 1946. Sin embargo, fue en 1973, ante la necesidad de integrar a las mujeres en el desarrollo, que se pusieron en marcha una serie de medidas dirigidas a ellas. Cabe destacar entre éstas la creación de un Fondo de las Naciones Unidas destinado al desarrollo de las mujeres (Unifem, 1976), que ha sido utilizado en beneficio de las mujeres pobres de áreas rurales de países subdesarrollados.

La década de 1976 a 1985 fue designada por la ONU como la "Década de la Mujer" y, el "Año Internacional de la Mujer", en 1975. Estas designaciones tuvieron como objetivo contribuir en los esfuerzos para reformar las leyes y tradiciones discriminatorias, y adoptar medidas que corrigieran las desigualdades que subsistían entre los géneros. Se proponía generar en la comunidad internacional una conciencia más clara de la necesidad de promover la igualdad entre los sexos, y de modificar las actitudes tradicionales. Esto posibilitaría la participación de las mujeres en la determinación de las políticas en el ámbito local, nacional e internacional (Sipila Helvi, 1975), y con esta finalidad se abrió un debate que ponía en la mesa de discusión la desigualdad entre hombres y mujeres como un problema social más que biológico; esta posición fue compartida tanto por países desarrollados como subdesarrollados (cfr. Salud Mundial, 1975, 1976).

Durante esta década se adoptaron medidas como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discrimi-

minación contra la mujer. En esta convención se integraron una serie de declaraciones que habían sido formuladas en épocas anteriores, como por ejemplo: el pago igual para trabajo igual (1953), igualdad en derechos políticos (1954), protección a la maternidad (1955), igualdad en el empleo (1960) e igualdad en los derechos matrimoniales (1964) (United Nations Secretariat, 1992). Específicamente, dicha Convención contempla los derechos en el área de la salud reproductiva en los artículos 4, 5, 11, 12 y 16, entre los cuales se incluye el derecho a la maternidad sin discriminación laboral; las recomendaciones en cuanto a la participación del hombre en el cuidado de los hijos; la libertad de decisión sobre el número y espaciamiento de los mismos; la protección de la salud de la mujer embarazada; y el acceso a una atención médica gratuita y de calidad. En 1982, el Comité de Eliminación de la Discriminación en contra de la Mujer estableció un seguimiento para las resoluciones adoptadas en 1979.

Ya en los setenta, y probablemente antes, existía la preocupación por parte de los organismos regionales de salud de reducir la mortalidad materna, como lo ilustran las declaraciones de 1967 de los jefes de estados americanos reunidos en Punta del Este, Uruguay (Rosselot, 1971: 407-421), el interés por las mujeres y la elaboración de políticas a ellas dirigidas, que aparece básicamente en la década de los setenta, ha permanecido estrechamente ligado a la preocupación mundial por el incremento de la población. También, en este sentido, se han orientado los esfuerzos por integrar a las mujeres en el desarrollo.

Las conferencias internacionales de población y desarrollo de 1974 y 1984 y, finalmente, la constitución del Fondo para la Población de las Naciones Unidas en 1986, en las que se delineó la política demográfica para los países en desarrollo, han marcado las líneas en el área de la salud reproductiva. Las recomendaciones que se realizaron durante la primera Conferencia Internacional de Población (1974), a través del Plan

Graciela Freyermuth Enciso. Coordinadora del Comité por una Maternidad sin Riesgos en Chiapas. Investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, CIESAS-Sureste.



LUCCERO GONZÁLEZ

Mundial de Población, involucraban directamente a las mujeres y contemplaban cuatro aspectos fundamentales: derechos humanos, salud, política social e integración de la mujer en el proceso de desarrollo. Uno de los principios básicos consistió en establecer el derecho de la mujer a una completa integración en los procesos de desarrollo y a la necesidad de promover su estatus, así como de ampliar su papel dentro de la sociedad. Además, se estableció el derecho de la pareja y de los individuos a tomar decisiones en el ámbito de la reproducción de manera libre y responsable (United Nations Secretariat, 1992), de la misma manera que lo estipula el artículo 16 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

En esta Conferencia se incluyó un apartado con relación a la reproducción familiar y la situación de la mujer, que contiene una serie de recomendaciones, servicios, educación e información sobre planificación familiar (aspecto someramente tratado en la Convención, en el artículo 12). Se persigue la armonía de la política de población con el desarrollo de los programas en educación, del fortalecimiento de la familia como la unidad básica de la sociedad, y se resalta la equidad en los cónyuges, la plena e igualitaria participación de las mujeres en la política y la economía, y la importancia de las mujeres para el mejoramiento de la calidad de vida. También se emitieron recomendaciones para la reducción de la mortalidad materna y para el abatimiento de la esterilidad involuntaria y del aborto ilegal. A partir de la investigación sobre el tema, se proponen reducir la morbimortalidad materna en edades tempranas, impulsar nuevos métodos de planificación familiar, evaluar los métodos anticonceptivos y su impacto en la salud de la mujer, reconocer el funcionamiento de los servicios sociales y de planificación familiar, y promover cambios en la estructura familiar y roles de género.

Lo cierto es que, a partir de estas declaraciones, se definió a las mujeres de los países subdesarrollados "como asalariadas

potenciales; como usuarias de métodos anticonceptivos; como personas sin empleo que pueden ocuparse de proyectos comunitarios o recibir educación; como encargadas de proporcionar servicios básicos de salud a los infantes (amamantándolos, supervisando el crecimiento de sus hijos(as), rehidratándolos); como administradoras de recursos conjuntos de un hogar; como encargadas de arar, acarrear agua, cosechar, plantar, vender verduras, recolectar leña, cocinar, limpiar, construir letrinas..." (Brachet-Máquez, 1990).

Todas estas recomendaciones se dieron en el contexto de la "década perdida", en la que las políticas de ajuste llevaron a un retroceso a la mayoría de países latinoamericanos. En la década de los ochenta, las mujeres latinoamericanas tenían cada vez menos opción de elegir entre el cuidado de los hijos o el desempeño de un trabajo remunerado. El deterioro de los niveles de vida de la población en esta década obligó a las mujeres a salir al mercado de trabajo como una estrategia de sobrevivencia; la tasa de participación de las mujeres casadas con hijos aumentó significativamente, lo que permitió, en el mejor de los casos, mantener las condiciones de vida de la década previa sin ver mejoradas, lo mismo para sus oportunidades (CEPAL, 1990). Es posible que la salida de las mujeres al mercado de trabajo, las condiciones de vida generadas por la crisis de la década de los ochenta y los programas promovidos durante este período generaran la participación y organización de mujeres de sectores populares urbanos que se fueron integrando a los movimientos feministas que venían consolidándose desde las décadas previas.

La iniciativa Maternidad sin Riesgos surgió en 1987 a escala mundial, como una preocupación del sistema de Naciones Unidas y de organismos no gubernamentales que habían ido descubriendo desde principios de los ochenta que, a pesar de la escasez de cifras en el ámbito mundial sobre las muertes maternas, las mujeres continuaban muriendo por embarazo, parto, puerperio y aborto. Esto mostraba

el fracaso de los programas materno-infantiles y las iniciativas de la atención primaria. Aunque se habían abatido otros indicadores como el de mortalidad infantil, el problema de la mortalidad materna persistía, lo cual no era justificable, ya que la muerte materna se daba por causas que podían ser resueltas con medidas relativamente sencillas y al alcance de los avances científicos de la medicina. Esto dio pie a que se lanzara la iniciativa para la Maternidad sin Riesgos; un llamado a la acción en Nairobi, Kenia, en 1987, cuyo principal propósito era reducir las muertes a la mitad para el año 2000 (Starrs, 1987: 8).

En 1994 se realizó la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo, en la cual aparecieron nuevos protagonistas del debate: los organismos no gubernamentales; los grupos feministas que trabajan en el área de la salud,

de la ecología, de los derechos humanos de la población y de las minorías étnicas. Estos nuevos actores sociales aportaron nuevos enfoques a los dilemas actuales de población. Así, la agenda de El Cairo incluye entre sus puntos: 1) crecimiento poblacional/desarrollo sustentable/medio ambiente; 2) elevación de la calidad de vida (desigualdades y subdesarrollo); 3) desarrollo humano (empoderamiento de las mujeres y las niñas); 4) derechos reproductivos; 5) calidad de los servicios de salud reproductiva, y 6) participación de la sociedad civil y colaboración entre instituciones gubernamentales y no gubernamentales. En El Cairo se recoge la preocupación por una maternidad sin riesgos y se marcan objetivos y metas encaminadas a la disminución de la muerte materna y los embarazos no deseados, así como el acceso universal a los servicios de salud reproductiva. ∞

Bibliografía citada

- Brachet V., 1990, *De la doble a la triple jornada: la contribución de la mujer a la manutención del hogar y sus efectos en la salud de los hijos*, México, El Colegio de México.
- Comisión Económica para América Latina (CEPAL), 1975, *Conferencia Mundial de Población. México*, Fondo de Cultura Económica.
- , 1990, *Transformación productiva con equidad. La tarea prioritaria del desarrollo de América Latina y El Caribe en los años noventa*, Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y El Caribe, Santiago de Chile.
- , 1995, *Conferencia Mundial de Población*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Franzoni, J. G; Mejía, M. C. y Pérez, T., 1996, *Reflexiones sobre los compromisos internacionales y los documentos jurídicos, programáticos y normativos en torno a la salud sexual y reproductiva* (versión preliminar), México, Red de Salud de las Mujeres del Distrito Federal.
- Rosselot, J., 1971, "Salud materna infantil en Latinoamérica", en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. LXX, núm. 5, mayo, Washington, pp. 407-421.
- Salud Mundial., 1975, *Revista Ilustrada de la Organización Mundial de la Salud*, enero, Estados Unidos.
- , 1976, *Revista Ilustrada de la Organización Mundial de la Salud*, agosto-septiembre, Estados Unidos.
- Sipila, Helvi, 1975, "Media humanidad", en *Salud Mundial. Revista Ilustrada de la Organización Mundial de la Salud*, enero. p. 3, Estados Unidos.
- Starrs, A., 1987, *La prevención de la tragedia de las muertes maternas. Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgo*, Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en materia de Población, Nairobi, Kenia.
- United Nations Secretariat, 1992, *Population and Women: a review of issues and trends (background paper)*, Expert Group Meeting on Population and Women, Bagorone, 22-26 de junio, ESD / P / ICP. 1994/EG.III/3, 9 de junio, 34 pp.
- Women's Global Network for Reproductive Rights (WGNRR), 1992, *Women's Declaration on World Population Policies*, Draft 2, 1 de diciembre, 8 pp.



LUCERO GONZÁLEZ

Soledad Jarquín Edgar

Mujeres indígenas: entre la espada y la pared

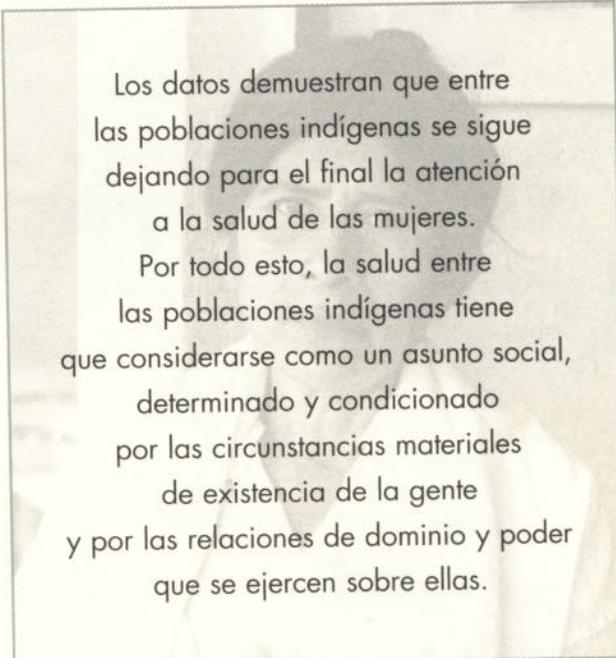
En esta ocasión hacemos llegar a las lectoras y lectores de Entrelíneas, algunas de las reflexiones e inquietudes expresadas por la maestra Paloma Bonfil, en breve plática sostenida con ella sobre las condiciones de las mujeres indígenas y la necesidad urgente de trabajar por los derechos de las mismas, durante el encuentro "Mujeres indígenas y su salud sexual y reproductiva: un espacio para la reflexión y la participación".

PALOMA BONFIL¹ es actualmente coordinadora de planeación de la Oficina de Representación de los Pueblos Indígenas de la Presidencia, quien en su larga trayectoria de acompañamiento a las mujeres indígenas en la lucha por el reconocimiento de sus derechos, señala, en primer lugar, la necesidad de estar alertas en la discusión de las modificaciones constitucionales en materia de derechos y cultura indígena.

Soledad Jarquín Edgar. Periodista, representante en Oaxaca de Comunicación e Información de la Mujer A.C. (CIMAC).

NOTA DE LA EDITORA. Los recuadros informativos que acompañan a este texto forman parte de la ponencia titulada *La salud de las mujeres indígenas en la actualidad*, presentada por Paloma Bonfil en el encuentro "Mujeres indígenas y su salud sexual y reproductiva: un espacio para la reflexión y la participación", el día 18 de mayo de 2001, en la ciudad de Oaxaca, Oaxaca.

¹ Es también coordinadora del Grupo Interdisciplinario Mujer, Trabajo y Pobreza (GIMTRAP).



Los datos demuestran que entre las poblaciones indígenas se sigue dejando para el final la atención a la salud de las mujeres. Por todo esto, la salud entre las poblaciones indígenas tiene que considerarse como un asunto social, determinado y condicionado por las circunstancias materiales de existencia de la gente y por las relaciones de dominio y poder que se ejercen sobre ellas.

...El menor acceso al poder y a los recursos al interior de las familias mismas, así como el lugar secundario de la mujer ante el varón como jefe de familia o padre de familia, lleva a situaciones de desventaja nutricional y desatención a la salud.

Todas estas desigualdades de género se agudizan en condiciones de pobreza. Las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio son más frecuentes entre mujeres con condiciones de vida y de nutrición desventajosas.

Los embarazos tempranos y tardíos, la multiparidad y la brevedad de los intervalos intergenésicos son recurrentes entre mujeres con poco acceso a la educación y al empleo formal, con poca autonomía y movilidad personales.

Así, otra de las maneras en que se construye la condición agravada de salud de las mujeres, también vinculada como en el caso de la nutrición y la atención médica a considerandos de género, es la que se da a través de las posibilidades culturales de apropiación del cuerpo para las mujeres.

Por lo general, las culturas indígenas obstaculizan el conocimiento, el control y la decisión de las mujeres sobre sus cuerpos, lo cual tiene repercusiones importantes en la salud reproductiva.

En la discusión de la Ley Indígena, otra vez las mujeres están entre la espada y la pared; parece que luchar por sus derechos fuera una traición a sus movilizaciones y a sus pueblos. Las mujeres están siendo obligadas a poner como prioridad la defensa de sus pueblos y la cultura, por encima de sus derechos como personas.

Asegura que tanto en la sociedad indígena como en la no indígena se carece de las condiciones para que los derechos de las mujeres se ejerzan plenamente, "porque una cosa es reconocerlos y otra abrir espacios para que funcionen, pero en los pueblos indígenas la discusión está todavía más atrás".

Por otro lado advierte, con preocupación, que "hay urgencias y amenazas reales, pero no se puede construir primero un derecho y luego otro, se tiene que avanzar en todos los aspectos, de otra manera sería un movimiento desigual, injusto, que no podría reivindicarse como liberador de la mitad de la población". Señala, igualmente, que

una de las contradicciones de las modificaciones constitucionales en materia de derechos y cultura indígena es el hecho de que no contempla a las mujeres migrantes, a los grupos de población asentados en las ciudades, a las poblaciones itinerantes, grupos que deben ser incluidos en la normativa porque esos grupos son parte de las comunidades.

El tránsito migratorio se ha convertido hoy en un corredor infeccioso y contagioso de enfermedades sexualmente transmisibles y del VIH-SIDA, especialmente para las mujeres indígenas, agravado por las condiciones de pobreza y la falta de recursos para enfrentar estas situaciones. Son los lugares de más alta expulsión de trabajadores migratorios donde se están presentando hoy, los casos más frecuentes de ETS y VIH-SIDA y la falta de oportunidades de las mujeres para ejercer decisiones autónomas e informadas sobre su cuerpo, agravan su condición y disminuyen sus posibilidades de vivir con salud. No es sólo un problema biológico, es un problema de poder, de equidad y de justicia. Es un problema de futuro.

Subraya que parte de las desigualdades de género se refleja en la salud de las mujeres, situación que se agudiza aún más por las condiciones de pobreza.

El encargo obligado de la crianza a las mujeres y, al mismo tiempo, las dificultades para cumplir adecuadamente con esta obligación, produce tensiones importantes entre las mujeres, genera conflictos familiares y riesgos para la salud infantil. El riesgo de accidentes por cansancio excesivo es alto para las mujeres indígenas tan agobiadas de trabajo.

Preocupada y sensible por la problemática actual, explica lo "delicado" de este proceso y sostiene, por ello, que es necesario y urgente buscar mecanismos de reflexión y análisis para que no se retroceda en los derechos de las mujeres; "creo que habíamos llegado, como sociedad, al reconocimiento de que existía una necesidad particular de las mujeres y que ahora nuevamente se deja de lado por la necesidad de reconocer los derechos indígenas en general".

Puntualiza que, en este contexto, la propuesta de trabajo es lograr que efectivamente se visibilice la necesidad particular de trabajar por los derechos de las mujeres, tanto de cara a la nación como al interior de sus propias comunidades.

... en el campo de la atención a la salud, como en los demás terrenos en los que se abren vínculos entre las comunidades indígenas y las instituciones de gobierno, se presentan conflictos relacionados con una situación de dominio y subordinación; de exclusión y de discriminación, que atraviesa todas las formas de contacto entre una y otra instancias. Y en este contexto, la atención a la salud de las mujeres se hace aún más difícil.



JAVIER CRUZ MORALES



LUCERO GONZÁLEZ

No se trata sólo de buscar los espacios para difundir los derechos, sino también de identificar las necesidades dentro de cada grupo y cómo aterrizar esos derechos en lo colectivo.

La propuesta tendría que destinarse a la apertura de espacios, tanto en las organizaciones como en los pueblos indígenas, para que las demandas de las mujeres se puedan pelear, pues los derechos de las mujeres no se negocian frente a la sociedad nacional, frente a sus autoridades.

Asimismo, comenta que, por lo general, las culturas indígenas obstaculizan el conocimiento, el control y la decisión de las mujeres sobre sus cuerpos, lo cual tiene repercusiones importantes en la salud reproductiva.

Mantener a las mujeres en la ignorancia de su fisiología y la de los varones, forma parte de una idea todavía muy arraigada y difundida de proteger la inocencia y la pureza de las mujeres, básicamente, para colocarlas bajo la guía y protección de los varones, quienes por cierto, tampoco saben mucho de la fisiología femenina.

Tras todo esto, está la idea de que las mujeres no son dueñas ni siquiera de su cuerpo. No son dueñas para conocerlo, no tienen derecho a cuidarlo ni a que alguien más se ocupe de hacerlo cuando son pequeñas, no tienen derecho tampoco a disfrutarlo y si lo llegan a hacer, deben disimular su placer.

Bonfil afirma, además, que otro aspecto en el que las mujeres indígenas ven lesionados sus derechos es en el despojo de su capacidad de decisión sobre su salud, su salud reproductiva y su bienestar. Así, la atención dentro de los servicios de salud para muchas mujeres indígenas constituye una fuente más de discriminación y maltrato, una prolongación de sus desventajas. “Es constante, dentro de la medicina institucionalizada, la violación de sus derechos al ser esterilizadas sin consentimiento o engañadas, otra forma más de secuestrar las decisiones que sobre el propio cuerpo pudieran ejercer las mujeres indígenas.”

Pese a todo ello, las mujeres indígenas son obligadas, por encima de todo, hasta de sus propios derechos, a la defensa de sus pueblos y cultura. ♪

Como en otros aspectos de la salud atravesados por condicionantes sociales, las relaciones de poder son el elemento que decide la posibilidad de determinados grupos de población de ejercer su derecho a una vida saludable y plena. En el caso de las mujeres, procesos como el de la migración —creciente en las zonas rurales e indígenas del país— tienen efectos complejos. Por un lado, agudizan los controles sociales sobre las mujeres que se quedan a la espera de los compañeros migrantes, alojadas o encargadas con sus suegros y suegras, pendientes ellas solas de los hijos, la casa y muchas veces, la tierra y los animales, sin ninguna posibilidad de decidir sobre ellas mismas. En este sentido, la migración ha agudizado el control masculino sobre las mujeres, tanto a través de la autoridad familiar como a través de los embarazos constantes (es el cuento del migrante que vuelve cada año sólo para embarazarse a su mujer y asegurarse así su fidelidad y su espera). En otros casos, la migración, especialmente femenina, ha permitido modificar algunos hábitos sociales y pautas sexuales que han llevado a una mayor libertad para las jóvenes que se van, con el consecuente distanciamiento de la comunidad.

Carolina Rodríguez Lara

Ética, mujeres y salud

Con este ensayo no pretendo cimentar las bases éticas en materia de salud, sólo deseo, desde mi posición y experiencia, que sirva para la reflexión y el análisis de quienes trabajamos en el área de salud, con el fin de construir nuevas relaciones en igualdad de género, sin considerar clase, etnia, edad y preferencia sexual; en donde valores reconceptualizados como autonomía, respeto, justicia y dignidad nos ayuden en la modificación de las desigualdades, a partir de las causas y no de las consecuencias.



DICEN QUE el lenguaje es la expresión de una ideología y en ese sentido haré algunas reflexiones.

Ética es "la teoría o ciencia del comportamiento moral de las mujeres y hombres en sociedad, es la explicación de lo que la práctica moral ha sido y es. La ética es esencial en la búsqueda de una vida más satisfactoria, es el intento racio-

nal de vivir mejor".¹ En materia de salud, la ética juega un papel decisivo en el desempeño de nuestra labor, pero ¿ética?, ¿desde el punto de vista de quién?

Recordemos algunos fundamentos éticos occidentales que rigen nuestra práctica médica; tal como lo menciona Pernoll, "la base de la relación médico-paciente es el conocimiento y la comunicación, el mortero que forma la base de la confianza es la integridad y la conducta ética de todos los participantes en la relación";² sin embargo desde nuestra formación se nos

Carolina Rodríguez Lara. Médica, integrante de Colectivo de Encuentro entre Mujeres, del Grupo de Mujeres de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Este documento fue presentado durante el encuentro "Mujeres indígenas y su salud sexual y reproductiva: un espacio para la reflexión y la participación", organizado por el Grupo de estudios sobre la mujer "Rosario Castellanos", A.C., en la ciudad de Oaxaca, los días 16, 17 y 18 de mayo de 2001.

¹ Velázquez Díaz, Brenda, 2001, "Valores éticos feministas", Encuentro de Mujeres, Guatemala.

² Pernoll, Martin, 1993, *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico*, Manual Moderno, México.

transmiten modelos patriarcales de relación médico/a paciente en donde, a partir de una relación de poder vertical con un enfoque biologicista y hegemónico de la generación del conocimiento, es decir, del supuesto de que el individuo es sólo un ser biológico cuya causa de enfermedad es sólo la que puede replicarse a través del método científico mismo que sirve al trabajador de salud como una forma de poder en una relación de subordinación de el/la médico/a al paciente, y, ¿qué decir cuando es mujer?

En nuestra formación se nos orienta bajo la perspectiva patriarcal, en la que "muy a menudo el ciclo vital del hombre es tomado como una norma y todo el período desde la menstruación hasta la menopausia es considerado como una enfermedad",³ sin considerar que sólo se trata de etapas de la vida que las mujeres debemos aprender a vivir y disfrutar, esto aunado a la concepción del cuerpo de la mujer como para otros o en función de la reproducción (que es hacia donde se dirigen las políticas de salud), y en esta misma línea se le asigna a la mujer el cuidado de la salud del grupo familiar y la comunidad, desde la perspectiva de poder en el ámbito de lo privado, fomentando la invisibilización de la triple carga de trabajo de las mujeres sin reconocer su forma de generar conocimiento.

Así, "tradicionalmente la mujer es vista como cuerpo para reproducirse, que produce hormonas que son el origen de las características propias de las mujeres, tales como su debilidad, fragilidad e inestabilidad y causa desencadenante de enfermedades como la histeria, depresión o la locura".⁴

En la práctica médica, las cosas se complican aún más cuando nuestro trabajo es con mujeres indígenas, ya que "las instituciones nos dan una determinada manera de pensar e intervenir sobre las enfermedades y las enfermas",⁵ dejando de lado su cosmovisión entendida como el reconocimiento de la existencia de sus dioses, centro de energía del universo, ordenadores y orientadores en su misión, dadores de su fuerza y existencia junto con la naturaleza; así como su interpretación de la enfermedad, concebida por ellas como la pérdida de la armonía entre el cuerpo y el alma, o el proceso de sanación, en donde "el corazón que ha sanado habita de nuevo en casa y ya no tiene dos corazones, es decir, ya no está angustiado".⁶ Si no consideramos esta visión, reproducimos y reforzamos formas de control a nivel macro y micro social.

En general, resulta difícil confrontar con la realidad algunos de los principios éticos, por ejemplo, la autonomía, entendida como el respeto a cada persona, con confidencialidad, derecho a la información y primacía de la paciente para la toma de decisiones en su beneficio, pero, ¿cómo lograr esta autonomía desde la ideología patriarcal en donde el cuerpo de la mujer le ha sido expropiado convirtiéndolo en un cuerpo-para-otros, sin ser fuente de placer o vitalidad?, o la justicia retomada como la consideración

³ Gómez Gómez, Elsa, 1993, "Género, mujeres y salud", en *Publicación Científica*, núm. 541, Washington.

⁴ Saavedra Herrerías, Gloria; Flores Hernández, Eugenia, 1997, *Ser mujer ¿Un riesgo para la salud?*, Red de Mujeres, AC., México.

⁵ Secretaría de Salud, 1994, Norma oficial mexicana de los servicios de planificación familiar, México.

⁶ Menéndez, Eduardo, 1994, "La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?", en revista *Alteridades*, núm. 4, México.





JAVIER CRUZ MORALES

de recurso y la equidad de oportunidades, pero, ¿cómo lograr una igualdad de oportunidades en un sistema fortalecido por la desigualdad y la acumulación de poder? Más aún, ¿cómo cambiar las relaciones verticales de generación y fortalecimiento del conocimiento para lograr una inclusión de distintas cosmovisiones y necesidades de las mujeres?, ¿cómo integrar los conceptos de género, no-clase, etnia, edad y preferencia sexual en materia de salud?

Esta pequeña revisión de principios al interior de nuestros trabajos en salud es aún más difícil a nivel institucional, en donde podríamos cuestionarnos: ¿a qué necesidades están respondiendo las políticas de salud en nuestro país? En cuanto a salud para las mujeres, ¿cómo se fundamenta el diagnóstico de salud reproductiva, el Programa Nacional de Salud y Salud Reproductiva, la norma oficial para la atención de los servicios de planificación familiar y el paquete básico de salud propuesto por el Banco Mundial?

La generación de esta cultura procreacionista y las políticas demográficas contienen concepciones reducidas a la salud reproductiva de las mujeres. Esta orientación contraviene el principio de salud integral que abarca la totalidad de la vida; así, la mujer es objeto médico, demográfico y sanitario, no es

un ser humano, no protagoniza los hechos relativos a su salud, ni siquiera los incluidos en su salud reproductiva, “sin una política de salud basada en la perspectiva feminista, en la atención de la sexualidad, las mujeres seguiremos siendo cuerpos a controlar, matrices a paralizar y cuerpos lactantes”.⁷

El panorama hasta aquí no parece alentador pero puede ponerse peor. Si nuestras estrategias para abordar la salud de las mujeres han sido el asistencialismo, el combate a la pobreza, los controles demográficos, las mujeres como cuerpo-para-otros, la imposición de conocimientos y desacreditación de los propios, la reproducción de relaciones verticales de poder en la relación médico/a paciente, la imposición de un discurso que no concuerda con el suyo, el cubrir necesidades que ellas no vislumbran como tales y no considerar su sentir; aunado a que no basta con “servicios de calidad” o de seguir atacando las consecuencias y no las causas, que giran en torno a un sistema político, social y económico bajo la concepción de relaciones unidireccionales de subordinación, en donde no caben los procesos dialécticos y dinámicos (interacción de las partes en relaciones que evolucionan). Entonces, desde mi posición, estamos replicando relaciones de poder neoliberal y patriarcal fundamentadas en la desigualdad y subordinación con nuestro trabajo. Cabría cuestionarnos: ¿para qué y para quiénes estamos realmente trabajando? Ya que estamos fortaleciendo al sistema dándole mujeres saludables que reproducen relaciones sociales de explotación y producción.

Continuando con el lenguaje como expresión de nuevos pensamientos, dejo para la reflexión las siguientes frases con las cuales concluyo este ensayo y las postulo como alternativas en la construcción de nuevas relaciones de igualdad en todos los ámbitos:

“Este cuerpo de mujer tiene sus razones”
“Conocimiento y consentimiento de cuerpo de mujer”
“El cuerpo de mujer siempre está hablando”



Bibliografía

- Chetley, Andrew, *Medicamentos problema* HAI, Europa.
 Breith, Jaime, 1993, *Género, poder y salud*, Centro de Asesoría a la Salud, Ecuador.
 Castro P., Roberto, 1993, *Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión*, Saude Publicações, Río de Janeiro 9/3.
 Movimiento Amplio de Mujeres, 2001, *Feminario*, 25 de mayo, Chiapas.
 García Ramírez, Mayela, 1997, *Agenda política para la salud de las mujeres*, Red de Mujeres, México.
 González Montes, Soledad, 1995, *Las mujeres y la salud*, México, El Colegio de México.
 “La ética desde nuestra perspectiva”, 1997, en *Revista Fem*, año 21, núm. 175, México.

⁷ Martha Lamas, *La desigualdad de género como causa estructural de la violencia sexual*.

Cándida Jiménez Pérez

La salud sexual y reproductiva en el mundo de las mujeres indígenas

La responsabilidad que asumimos las mujeres indígenas con la vida desde que nacemos, nos convoca y obliga junto a todas las demás mujeres y hombres de esta tierra a analizar, discutir, proponer y construir una mejor calidad de vida para las mujeres indígenas, atendiendo con seriedad y compromiso nuestra salud integral.

DURANTE SIGLOS, mujeres y hombres hemos venido construyendo nuestra historia, de tal manera que en la actualidad contamos con muchos valores culturales que se nos han transmitido a través de los tiempos, responsabilidad que ha recaído, en gran parte, en las mujeres, quienes hemos asumido el compromiso de preservar estas culturas que nos hacen diferentes, fortalecen y permiten aportar al mundo conocimientos y prácticas que

Cándida Jiménez Pérez. Capacitadora de la organización Et Nääx wi'iny (Lugar, Tiempo y Espacio), que promueve los derechos sexuales y reproductivos en los pueblos indígenas de la región Cuenca del Papaloapan e Istmo. Integrante de la Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas y del Congreso Nacional Indígena.

Esta ponencia fue presentada en el encuentro "Mujeres indígenas y su salud sexual y reproductiva: un espacio para la reflexión y participación", organizado por el Grupo de estudios sobre la mujer "Rosario Castellanos", A.C., en la ciudad de Oaxaca, los días 16, 17 y 18 de mayo del 2001.



ABEL PÉREZ LUIS

ayudan al ser humano a llevar una relación de armonía entre sí y con los demás seres vivientes. Algunos de estos conocimientos reconocidos y rescatados son: la medicina herbolaria, la curación espiritual desde nuestra visión, las ofrendas y la relación con la madre naturaleza, el trueque, la ayuda mutua, las fiestas y todas las demás formas que se tienen de vivir y organizarse en una comunidad indígena.

Esta forma de vida ha sido interrumpida por el sistema de gobierno influenciado por otras culturas e ideologías, que han traído consigo la cultura del machismo, la discriminación y el racismo que pesa en todo el mundo pero que afecta de manera especial a las mujeres y niñas porque son las que no han tenido oportunidades de desarrollo en la sociedad. Muchas mujeres en la actualidad tienen que conformarse con las actividades que la sociedad les asigna como son casarse y engendrar, cuidar al marido y a los hijos, asear la casa, proveer y preparar los alimentos para todos, lavar la

ropa, trastes y ayudar al marido a cosechar los productos del campo. Las mujeres indígenas no deben enfermarse porque no hay nadie en la casa que haga las actividades que le corresponden a ella. Generalmente nadie las cuida ni las atiende en sus necesidades; si ellas se quejan, son insultadas, no se les da importancia a sus palabras y a sus dolencias. Por esta situación, las mujeres indígenas han optado por permanecer calladas ante cualquier malestar hasta el momento en que caen gravemente enfermas y el marido las lleva al médico, muchas veces, para entonces, ya no encuentran curación.

Después de la IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebradas en septiembre de 1994 en El Cairo y septiembre de 1995 en Beijing, respectivamente, ha empezado a cambiar la historia de las mujeres en el mundo porque en estas Conferencias se hicieron oír.



A partir de entonces, las ONGs y grupos de mujeres indígenas y de otros sectores empiezan a impulsar campañas de salud reproductiva y a promover la inclusión de los temas de género en los diversos programas de gobierno, dado que los programas de salud que ofrece el gobierno han sido hasta ahora insuficientes, además en los centros de salud, lejos de encontrar atención se reciben desatenciones por parte del personal en turno; allí, las mujeres se encuentran con una serie de problemas de maltrato y agresión; se les trata con desprecio y, en ocasiones, hasta reciben insultos porque las ven sucias y piensan que son incapaces por no hablar bien el español. Para ellas, los médicos nunca tienen tiempo para escucharlas y atenderlas. Por eso muchas mujeres han perdido la confianza y deseos de acudir a las clínicas cuando enferman.

En estos tiempos modernos que vive una parte de la sociedad, las mujeres indígenas seguimos con muchas necesidades básicas aún no resueltas en nuestras comunidades, no contamos siquiera con un centro de salud que tenga la infraestructura y los medicamentos necesarios para la atención de la salud de las mujeres. El cambio de gobierno tampoco nos ha traído beneficio alguno, pues no combate la pobreza ni la violencia; en cambio, formula leyes y programas que afectan directamente a las mujeres indígenas, tal es el programa Progresá, que supuestamente es una ayuda para las mujeres y niñas pobres, pero que se ha convertido en una amenaza para los pueblos indígenas, ya que condiciona a las mujeres a someterse a esterilizaciones forzadas y sin información previa sobre los efectos y consecuencias de esas prácticas, a cambio de proporcionar una beca raquítica que no resuelve la pobreza.

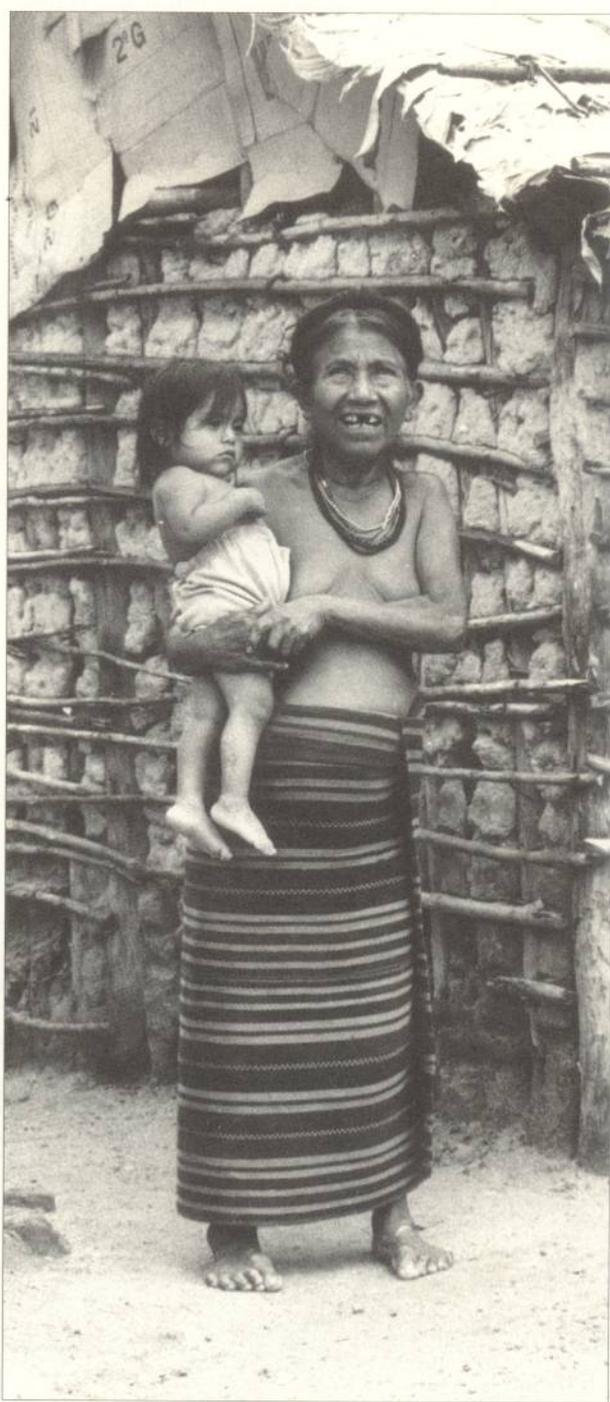
Éstas y todas las demás agresiones que vivimos las mujeres indígenas nos han llevado a reflexionar y tomar en nuestras manos la problemática de la salud reproductiva, la cual no significa solamente atender el aparato reproductor sino, como dice la organización mundial de la salud

La salud reproductiva es un estado general de bienestar, físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, enfermedades o dolencias (...) las personas son capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

Así, algunas mujeres indígenas estamos impulsando talleres de capacitación sobre derechos sexuales y reproductivos, que ha implicado una lucha fuerte al interior de las comunidades por ser un tema nuevo para todos. Primero hemos tenido que convencer a las autoridades y personas que tienen autoridad moral en la comunidad, luego establecer alianzas con algunas mujeres clave para que ellas a su vez inviten y convencan a las demás a capacitarse. En los talleres se aplica el lenguaje propio del lugar. En cada uno se programa la fecha y el lugar del siguiente taller. Participan mujeres pertenecientes a tres culturas: mixe, zapoteca y chinanteca, provenientes

de tres municipios. En cada taller hay una asistencia de 40 a 50 mujeres, contando mayoritariamente con las de la comunidad anfitriona.

Para llegar al tema de los derechos sexuales y reproductivos, antes revisaremos otros aspectos, incluyendo el análisis de los usos y costumbres, ya que esto es determinante para las mujeres indígenas. Este trabajo de cambiar nuestra historia corresponde a todos, pero principalmente a las mujeres, que tenemos que cambiar nuestra conciencia y nuestras vidas para poder inculcar a nuestras hijas una nueva relación de respeto con justicia y equidad, que nos traiga mayores oportunidades y participación en la sociedad. ~

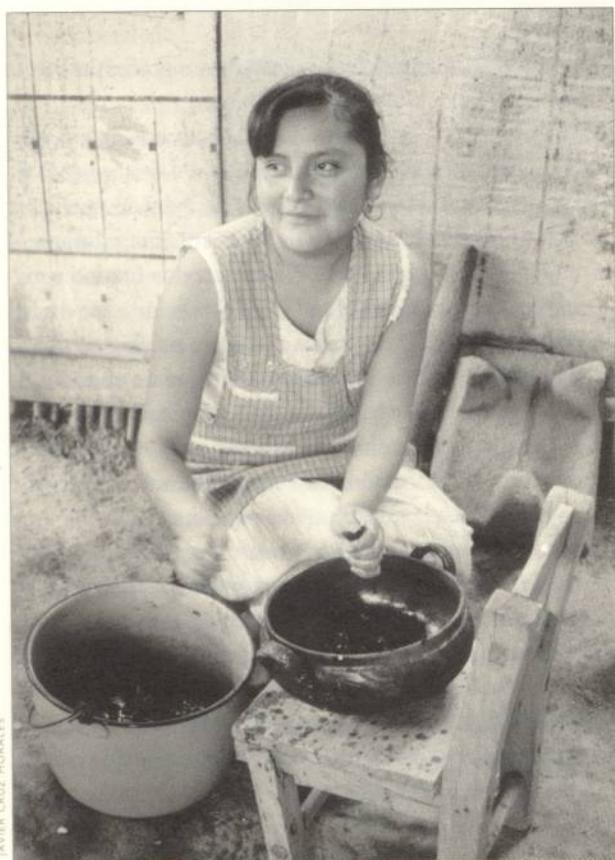


JAVIER CRUZ MORALES

Declaración del Encuentro

Mujeres indígenas y su salud sexual y reproductiva: un espacio para la reflexión y participación

Organizado por el Grupo de estudios sobre la mujer "Rosario Castellanos", A.C.,
en la ciudad de Oaxaca de Juárez, los días 16, 17 y 18 de mayo de 2001.



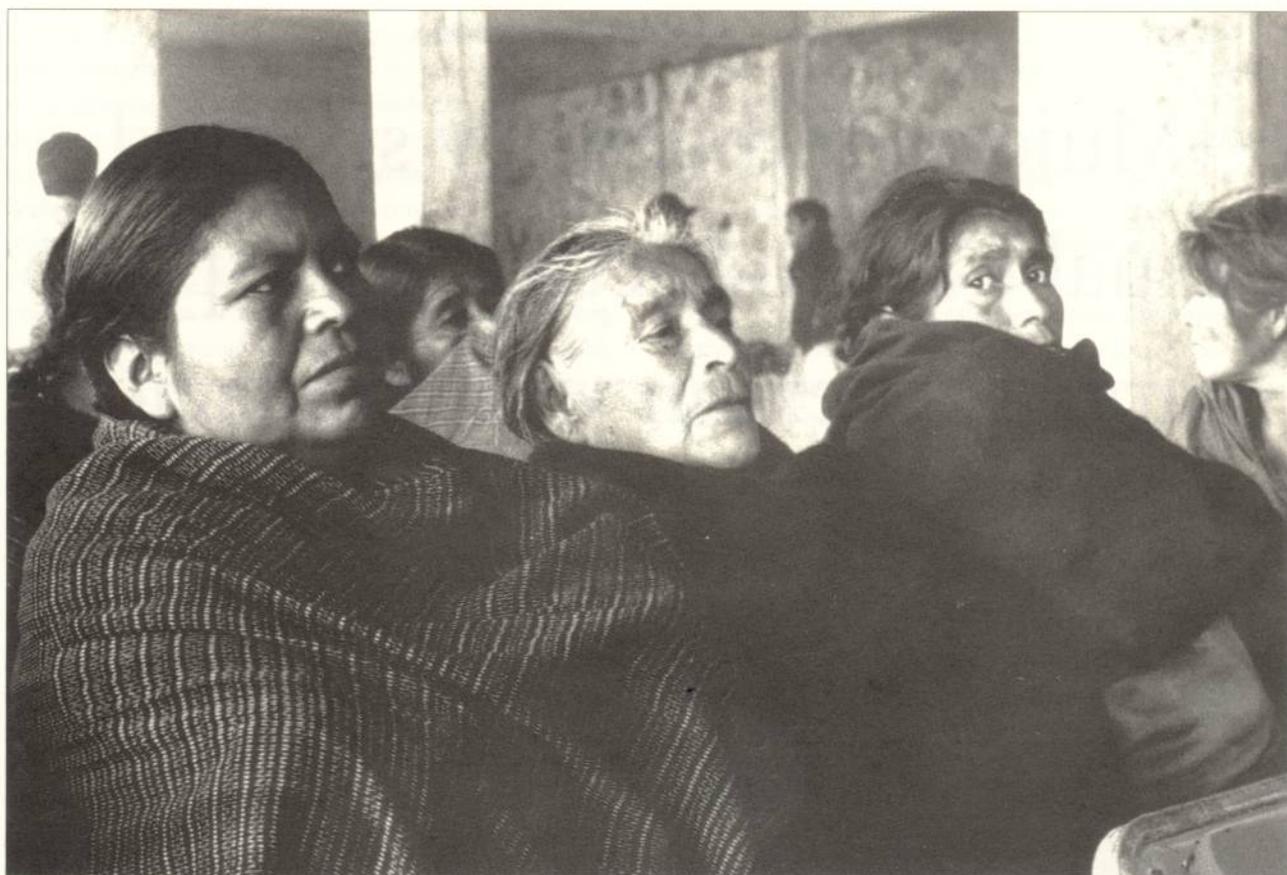
JAVIER CRUZ MORALES

A este encuentro asistieron 125 personas de 61 organizaciones civiles de Oaxaca, Chiapas, Veracruz, Puebla, Guerrero y Distrito Federal, así como de 8 instituciones gubernamentales.

CONSIDERANDO QUE la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación hacia la mujer, la Declaración de Viena de la conferencia mundial de derechos humanos, la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, la Conferencia internacional sobre población y desarrollo y la Cuarta conferencia mundial sobre la mujer; son acuerdos internacionales firmados por el gobierno mexicano.

Observando que el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre pueblos indios y tribales en países independientes, también con rango de ley suprema en México, establece el derecho de los pueblos indios para asumir el control de sus instituciones y formas de vida y de su desarrollo económico y para mantener y fortalecer sus identidades, lenguas, territorios y recursos naturales.

Reconociendo que los derechos sexuales y reproductivos implican el derecho a gozar de la sexualidad plenamente, libre de enfermedades, coerción, violencia y discriminación, para fortalecer el desarrollo de la personalidad, la comunicación interpersonal y el amor; decidir libre e informadamente el número de hijos e hijas, el espaciamiento y disponer de los medios seguros y aceptables para ellos; que la mujer sea valorada como persona y no sólo por su capacidad procreativa; que la mujer pueda transitar por el proceso del embarazo, parto y puerperio en condiciones seguras, de respeto y con apoyo; acceso real a atención médica digna, oportuna, efectiva, aceptable; que el desenlace del embarazo sea exitoso tan-



JAVIER CRUZ MORALES

to para la sobrevivencia de la madre y del hijo o la hija, como para su bienestar; y que el niño o niña que nace, sea bien recibido o recibida independientemente de si es niño o niña.

Por lo anterior las personas participantes en el encuentro "Mujeres indígenas y su salud sexual y reproductiva: un espacio para la reflexión y la participación", denunciarnos:

PRIMERO: Que el modelo económico neoliberal impuesto, en el que México se ha insertado, repercute directamente en el derecho fundamental de la población a una vida digna, pero son las mujeres, niñas y niños, jóvenes, adultos mayores y personas con capacidades diferentes a quienes más afecta la inequitativa distribución de la riqueza.

SEGUNDO: Que las mujeres en general, pero principalmente las mujeres indígenas, son el más claro ejemplo de que las Leyes Mexicanas y los Acuerdos Internacionales no han logrado una verdadera protección jurídica de los derechos de las mujeres, ni mucho menos la protección efectiva contra todo acto de discriminación.

TERCERO: Que las formas en que se manifiesta la discriminación hacia los pueblos indígenas abarca la falta de servicios básicos como agua potable, drenaje, tratamiento de aguas, luz eléctrica, vivienda digna, carreteras, caminos y manejo de los recursos naturales. Pero que en el caso de las mujeres esta situación se agrava, ya que el acceso a la alimentación, salud, educación, tenencia de la tierra y procuración de justicia es más limitado y/o condiciona-

do y a veces inaccesibles, lo que reduce significativamente sus posibilidades de desarrollo.

CUARTO: Que son las mujeres y de manera especialmente preocupante las mujeres indígenas quienes, a lo largo de la vida, tienen el mayor riesgo de morbilidad y desnutrición. Que la mortalidad a causa de complicaciones durante el embarazo, parto, puerperio, cáncer cérvico-uterino y mamarario, es mayor, y que dadas las condiciones de discriminación de género y étnica existentes, pueden ser objeto de presión y coacción para la utilización de métodos de control natal y que la situación de marginación, subordinación y pobreza en que viven dificulta el acceso real, oportuno e informado de atención a su salud en general y en especial a la salud sexual y reproductiva.

QUINTO: Que reconocemos la riqueza y la diversidad cultural de los pueblos indígenas sin embargo, existen usos y costumbres que violan los derechos de las mujeres, como la desvalorización por el hecho de nacer mujer, el casamiento obligado, la exigencia de la virginidad y la violencia intrafamiliar y sexual, pero de igual manera afirmamos que los usos y costumbres son dinámicos y que pueden modificarse para lograr el respeto hacia las mujeres.

SEXTO: Que el contexto histórico, social, político y económico en las comunidades indígenas han forzado a las mujeres a la migración temporal y permanente en busca de trabajo y mejores condiciones de vida, en donde los riesgos, tanto en el traslado como en el trabajo, han ocasionado un

aumento en la mortalidad materna e infantil, y un mayor riesgo en la adquisición de enfermedades por el manejo inadecuado de agroquímicos, así como de enfermedades infectocontagiosas y de transmisión sexual, incluyendo el VIH-SIDA y el trabajo sexual forzado. Que en su condición de mujer migrante y/o pareja de migrante sufre maltrato, discriminación laboral, violencia sexual y sobrecarga de trabajo.

SÉPTIMO: Que la medicina tradicional y las parteras son el recurso humano culturalmente reconocido y apropiado para la atención de la salud reproductiva de las mujeres en las comunidades indígenas, pero estas prácticas al no ser reconocidas legalmente, ni valoradas, ni remuneradas por los programas de salud, limitan las posibilidades de su ejercicio. Que no se reconoce y en ocasiones se viola su derecho intelectual, así como el manejo de sus recursos naturales.

Por lo anterior, las 120 personas participantes, indígenas y mestizas, que trabajamos en atención a la salud, la educación y la defensa de los derechos humanos de las mujeres, provenientes de los estados de Chiapas, Guanajuato, Puebla, Veracruz, Oaxaca y el Distrito Federal, exigimos a los gobiernos nacional, estatales y municipales:

PRIMERO: Deconstruir y abandonar el modelo económico neoliberal, dado que se ha comprobado que éste, agudiza la brecha entre la riqueza y la pobreza. Por lo tanto demandamos un Modelo Alternativo de Desarrollo que sea humano, equitativo, justo, respetuoso de la naturaleza, incluyente y democrático, que responda a las necesidades y atienda de manera prioritaria el empobrecimiento que se ha incrementado en los últimos años de la población en general y de las mujeres en especial.

SEGUNDO: Que se realicen todos los esfuerzos necesarios para que las leyes internacionales, nacionales, estatales y municipales se armonicen y sean congruentes, a fin de que se protejan jurídicamente los derechos de las mujeres, se respeten y se cumplan para garantizar la protección efectiva contra todo acto de discriminación.

TERCERO: Que se reconozcan jurídicamente, en las Leyes nacionales, estatales y municipales los derechos y cultura indígena, respetando las diferencias culturales. Que se eliminen todas las formas de discriminación hacia los pueblos indígenas, con especial énfasis en las que viven las mujeres y se traduzcan en igualdad de oportunidades para su desarrollo. Que en tal sentido, exigimos la aprobación íntegra de la Ley Cocopa, de Derechos y Cultura Indígena.

CUARTO: Que se promueva entre mujeres, hombres, sociedad civil organizada e instituciones gubernamentales el conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, con la finalidad de que las mujeres ejerzan libremente todos sus derechos en un marco de respeto.

QUINTO: Que se respete el derecho a vivir una sexualidad placentera, libre de violencia, sin ningún tipo de discriminación como: étnica, preferencia sexual, edad, género, religiosa, clase, condición económica y de salud, a través de relaciones equitativas exentas de miedos y culpas; decidir de manera responsable, libre e informada el número y espaciamiento de las y los hijos si es que se desean tener; transitar por todas las etapas de la vida, de manera sana, segura, sin violencia, con especial énfasis en la etapa reproductiva, y a gozar de una maternidad voluntaria y sin riesgos.

SEXTO: Que a través de los actos de gobierno se promueva y se respeten los procesos organizativos de las mujeres, a fin de que el respeto hacia las mujeres indígenas sea un uso y una costumbre en sus comunidades.

SÉPTIMO: Que se promuevan campañas de sensibilización e iniciativas orientadas a los hombres permitiendo crear así una nueva forma de ser y ejercer su masculinidad, así como apoyar políticas públicas que favorezcan una paternidad y el ejercicio de la sexualidad responsable y amorosa, y relaciones igualitarias libres de violencia.

OCTAVO: Que se reconozca legalmente el valor de la medicina tradicional, así como la experiencia, conocimientos y compromiso de las parteras, parteros, médicos y médicas tradicionales, promotores y promotoras de salud que trabajan por la salud sexual y reproductiva de las mujeres que viven en comunidades indígenas, propiciando un respeto e intercambio de experiencias y conocimientos entre ellos y los servicios de salud.

NOVENO: Que los programas de gobierno, como el Progreso, respeten los derechos de las personas, que los apoyos no se condicionen, que no se les obligue a votar por un partido, a usar un método de planificación familiar sin su consentimiento. Debiendo crear los mecanismos de denuncia para los casos de violación a sus derechos.

DÉCIMO: Que dentro de los programas gubernamentales y de la sociedad civil organizada dirigidos a las mujeres migrantes, tengan una propuesta de atención a sus necesidades y problemática, en especial a su salud sexual reproductiva.

Las personas abajo firmantes reafirmamos nuestro compromiso de seguir trabajando por la salud, la educación y la defensa de los derechos humanos de las mujeres, y exigimos el cumplimiento a las demandas emanadas de este encuentro, ya que representan una responsabilidad ineludible de los gobiernos y por lo tanto un acto de justicia social para con las mujeres y los pueblos indígenas.

120 firmas

Oaxaca de Juárez, Oaxaca, 18 de mayo de 2001.



Cecilia Sandoval Salazar

Empatía

La clave para facilitar la expresión de los sentimientos en las niñas y los niños

LAS SIGUIENTES sugerencias han sido adaptadas de técnicas psicoterapéuticas. Se presentan con el fin de capacitar a cualquier persona responsable de ayudar a niñas y niños a expresar los sentimientos humanos y así ayudarles a crecer.



PATRICIA MARTÍN

Cecilia Sandoval Salazar. Psicóloga. Desde hace varios años se ha dedicado al trabajo con padres y madres de familia para favorecer la autoestima en las niñas y los niños.

1. Escuchar con empatía: Lo que más necesita una persona en una situación difícil es sentirse escuchada y comprendida. Existen muchas formas de escuchar a alguien. Escuchar a los niños es “colocarte en el pellejo de ellos” para percibir el mundo como él o ella lo percibe. Es más que una compasión lastimera, más que una comprensión intelectual: es un “estar contigo en tu dolor”. Escuchar con empatía es primero captar en las palabras, los gestos, el tono de voz, la postura, el rostro, etcétera, todos los pensamientos y sentimientos de niños(as), y luego, ponerte delante de ellos como si fueras un espejo, de tal manera que logre ver reflejados, a través de tus palabras, sus pensamientos y sentimientos. Es captar la realidad y las vivencias interiores de los niños(as) y luego retroalimentarles de manera comprensiva y aceptadora. No es sólo decirle al otro que lo entiendes, sino mostrarlo en tu forma de escuchar.

Requisitos para escuchar con empatía:

- Despojarte temporalmente de tus propios criterios.
- Recordar que hay varios mapas del mismo territorio.¹
- Comprometerte física y mentalmente a escuchar.
- Concentrarte en la niña o niño.
- Evitar ponerte a la defensiva.
- Reconocer la validez de las percepciones y los sentimientos del niño(a), aunque no sean lógicos.
- Aceptar incondicionalmente al niño(a) como persona, sin que esto implique necesariamente aprobar o estar de acuerdo con sus conductas o sus opiniones.

¹ El mundo es una infinidad de posibles impresiones sensibles, y sólo somos capaces de percibir una pequeña parte de él. La parte que podemos percibir es luego filtrada por nuestra experiencia única, cultura, lenguaje, creencias, valores, intereses y suposiciones. Entonces actuaremos de acuerdo con lo que perseguimos, nuestro modelo, mapa del mundo. O' Connor, Joseph; Seymour, John, 1992, *Introducción a la programación neurolingüística*, España, Urano, p. 31.



PATRICIA MARTÍN

- h) Escuchar todo sin interrumpir innecesariamente.
- i) Reconocer los signos de tu propia ansiedad.
- j) Decirle al niño(a) cuando estás perdido, confuso o tenso.
- k) Aceptar que no necesariamente se va a llegar a la solución de un problema.

Aguantar las ganas de: ordenar, dirigir, imponer, mandar, amonestar, advertir, amenazar, exhortar, sermonear, moralizar, espiritualizar, dar consejitos, dar soluciones, juzgar, criticar, culpar, rotular, ridiculizar, avergonzar, interpretar, psicoanalizar.

Ventajas de escuchar empáticamente:

- a) La niña(o) se siente comprendida, y esto es muy terapéutico.
- b) El niño(a) siente la libertad de hablar de sus problemas en vez de reprimirlos.
- c) La niña(o) se da cuenta de que no está "loca(o)", que sus reacciones son normales y naturales y que todo pasará.
- d) El niño(a) toma conciencia de sus responsabilidades y de sus capacidades para resolver sus problemas.

- e) Se neutraliza la agresividad y la defensividad. La expresión de los sentimientos negativos pierden su poder destructivo.
- f) Se fortalece la relación interpersonal.

2. Facilitar la catarsis: La principal ventaja de escuchar empáticamente a niños y niñas, es facilitar la catarsis, el desahogo de los sentimientos reprimidos. Debes asegurarte de que el momento y el contexto sean adecuados para esta catarsis, ya que puede durar mucho tiempo y ser muy emocional. Muchas personas no quieren expresar sus sentimientos por normas socioculturales, pero al no hacerlo, pueden desarrollar una crisis secundaria.

No temas hablar con un niño(a) afectado(a) acerca de sus emociones, sólo asegúrate de encontrarte en un buen estado que te permita acompañarle.

Si se niega a hablar del tema, no insistas más allá de decir que conoces acerca de la importancia de expresar todos los sentimientos y podrás reflejarle a nivel corporal, sin palabras, el mensaje "estoy contigo".

Blanca Castañón Canals

“A buen entendedor, pocas palabras”

Las mujeres en el contexto del refrán popular

La huella de la memoria, función del refrán

LOS REFRANES, esos dichos sentenciosos de uso común, como los define el diccionario, abundan en el castellano hablado desde tiempos inmemoriales. En términos lingüísticos, los refranes pertenecen al grupo de la paremia, que es toda unidad funcional memorizada y que se caracteriza por ser una unidad cerrada, engastada, breve y sentenciosa.

En su uso los refranes nos marcan, nos determinan, no sólo social sino también inconscientemente. Son presencia de las leyes del lenguaje, de la lógica del significante *en la lengua*, de ahí la importancia de discurrir sobre la sentencia que enuncian. Lo reconozcamos o no, los refranes cumplen funciones de estructuración social. La mayoría de ellos sustentan algún tipo de ideal, creencia y/o convicción que, como prescripción, determinan pautas de comportamiento, convirtiéndose en bastiones de la idiosincrasia del mundo y, como veremos en este caso, de un mundo aplastantemente machista.

Lo peculiar del refrán es que su significado es opaco, enigmático. Al decir un refrán se produce un tránsito de sentido que no requiere ninguna explicación, ninguna interpretación. “A buen entendedor, pocas palabras.” Un sistema semiótico es un mecanismo para producir significaciones; los refranes lo son. De hecho, el funcionamiento discursivo de un refrán tiene una estructura emblemática, esto es, un pequeño pero eficaz sistema semiótico. Por ello, no importa la dificultad en explicar su significado, como lo muestra la existencia de infinidad de diccionarios de refraneros populares que difieren en el significado que otorgan a un mismo refrán, el cual indistintamente ejercerá su función simbólica. Se trata, a su

modo, de marcas de identidad. Los estigmas inscritos por los refranes pueden ser tan profundos que incluso se transmiten al paso de los siglos, y aunque pierdan su vigencia paremiológica, sobreviven implícitamente como frases graciosas o como vulgares insultos.

¿De qué manera nos marcan los refranes a las mujeres?

En un ejercicio previo a este documento, examiné en el refranero mexicano más de 140 refranes referidos a la mujer, de los cuales, en 132 casos se la compara con animales, comidas, plantas y algunos objetos; asimismo se la presenta como propiedad de, o se refieren a su belleza como virtud y a su inteligencia como defecto y, por supuesto, como sinónimo de problemas, mientras que solamente en ocho de ellos son consideradas de manera positiva y como seres humanos. Este análisis me permite establecer que un gran número de refranes despersonalizan y deshumanizan a las mujeres con denigrantes analogías. A continuación ejemplifico dichas categorías:

- a) **Mujeres y animales.** Bajo esta categoría se localizan refranes tales como: “La mujer y la sardina cuanto más chica más fina”, “La mujer y la gata son de quien las trata”, “Ni mujer sin tacha, ni mula sin raza”.
- b) **Mujeres y comida o plantas.** Ejemplos notables en este tema, que en su mayoría se prestan al doble sentido, son: “Comidas y cenas, las mujeres las dan buenas”, “El café, la sopa y la mujer, calientes han de ser”, “La mujer es como el melón: si bueno, no hay cosa mejor; si malo, no hay cosa peor”, “En el andar y en el beber se conoce a la mujer”.
- c) **Mujeres y cosas.** Aquí se sugiere que las mujeres son como utensilios, generalmente de cocina, o de aquéllos que son manipulados por el hombre: “La mujer y la sartén, en la cocina están bien”, “Mujeres y guitarras, es menester

Blanca Castañón Canals. Maestra en estudios psicoanalíticos lacanianos.

mucho tino para temparlas”, “Tira más moza que sogá”, “Tiran más dos tetas que dos carretas”.

d) **Mujeres y propiedad.** En este grupo de refranes se considera a la mujer como cualquier otra propiedad del hombre, que debe ser resguardada y cuidada como tal: “A la hija, tápale la rendija”, “Mujer virtuosa, nunca está ociosa”, “La mujer honesta, en su casa y no en la fiesta”, “La mujer honrada, la puerta cerrada”.

En el contexto del refrán, la mujer es considerada como un defecto tan detestable como las características de las cosas con que las comparan; Yisa Kehinde Yusuf,¹ investigadora del Departamento de Inglés de la Universidad Obafemi Awolowo de Nigeria, ha hecho innumerables estudios sobre el papel del lenguaje en la discriminación de género, entre ellos el estudio de “Proverbios y misoginia” y “Refranes sobre la mujer y su significación en el cambio social”, en donde da cuenta de que los proverbios, dichos y refranes de idiomas, naciones y culturas notablemente distintos como el yoruba, el inglés o el español, son absolutamente comparables en la intensidad de su misoginia² acumulativa.

Asociar esta misoginia dominante en el contenido de los proverbios y refranes, con sabiduría y verdad, como una de las características esenciales de éstos, sería creer inadvertidamente que la misoginia es sabiduría y el sexismo es verdad.

Revirtamos el efecto y connotación negativa del refrán

En contraste, leamos algunos refranes sobre hombres, hechos seguramente por hombres, a excepción del último:

“Quien cría varón, cría león”.

“Más vale el hombre que el nombre”.

“El hombre y el oso, cuanto más feo más hermoso”.

“Un hombre vale por dos y si es muy esforzado por tres”.

“Los hombres son mal ganado: el mejor es el menos malo”.

En los refranes, en efecto, sucede lo mismo que en los mitos, que al perder su condición de resorte social sufren un complejo proceso de desmitologización y, al perder su vigencia parremiológica, sobreviven sólo como frases graciosas o como vulgares insultos, para finalmente extinguirse.

La caída en desuso de algunos refranes, los cuales están sufriendo alteraciones formales, se rebajan a simples relatos generalmente para fines cómicos o lúdicos, por ejemplo:

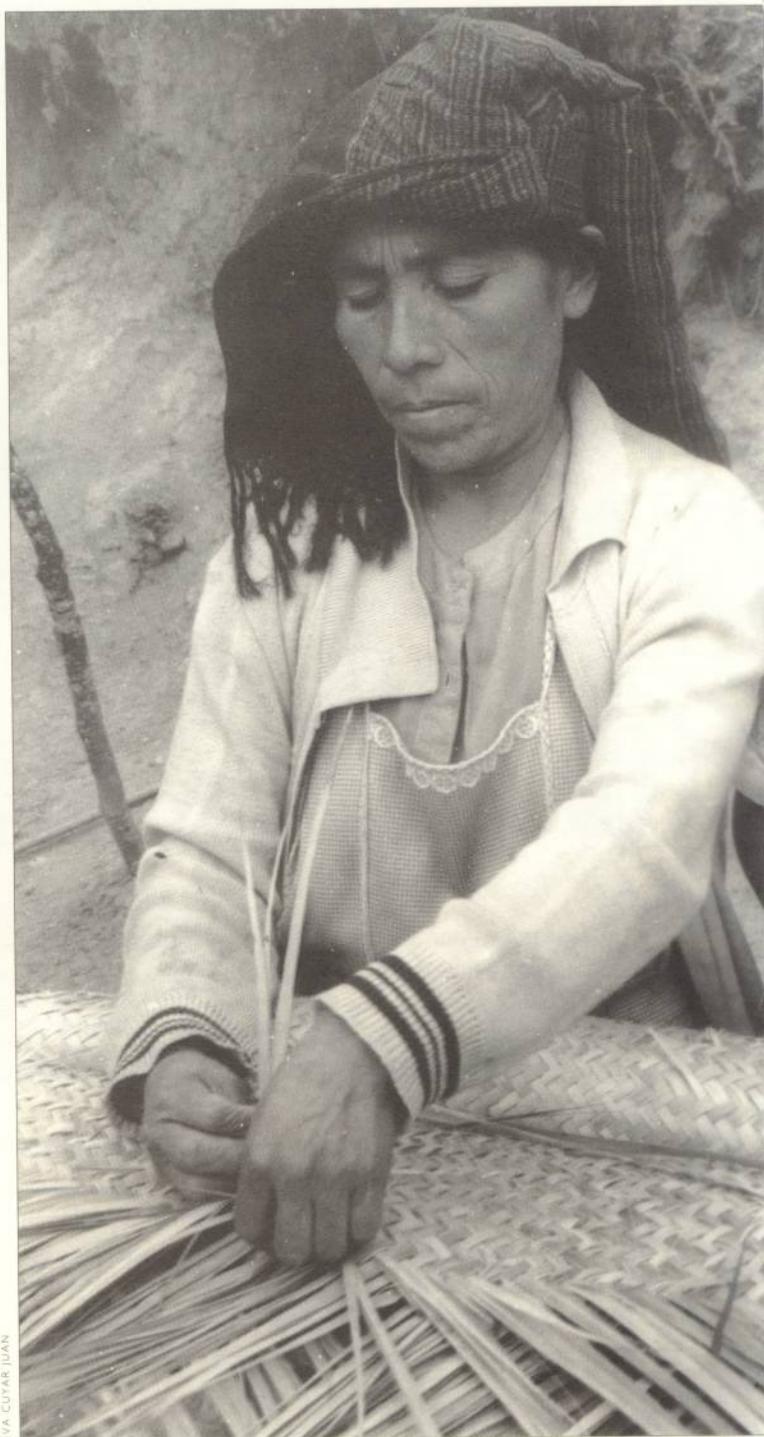
“Ojos que no ven, gabardina que te roban”.

“Árbol que crece torcido, lo agarran pa’ columpio”.

“No hay crudo que no sea humilde, ni pendejo sin celular”.

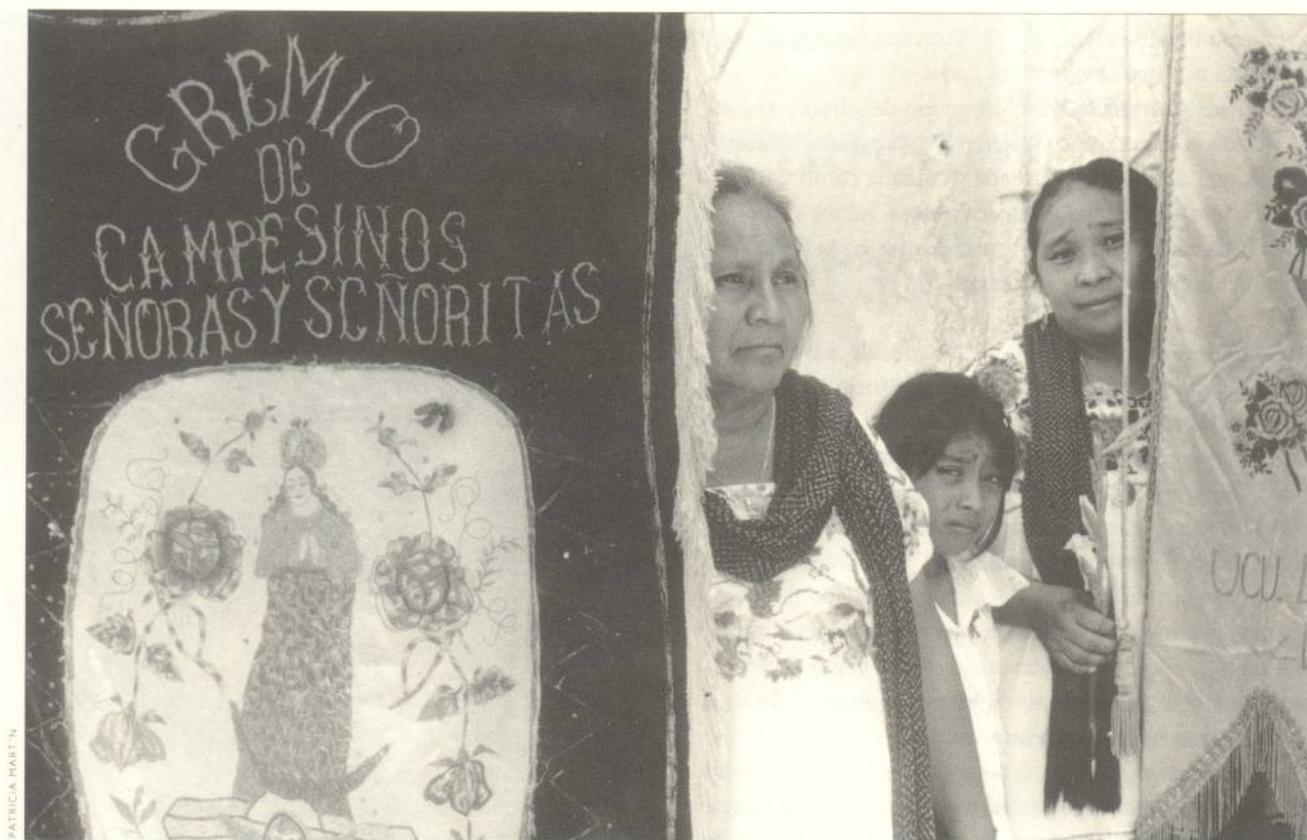
¹ Yusuf, Yisa Kehinde, 1994, “Proverbs and Misogyny”, en *Working Papers on Language, Gender and Sexism*; Yusuf, Yisa Kehinde, 1995, “Contradictory Yoruba Proverbs about Women: Their Significance for Social Change”.

² Misoginia: Aversión a las mujeres [nota de la editora].



EVA CUYAR JUAN

Para la creación de un refrán nuevo, se toman los moldes parremiológicos tradicionales. Sucede exactamente como con los neologismos: se utiliza la capacidad del propio sistema para incorporar nuevos vocablos que, por lo mismo, se atienen a las reglas vigentes en el sistema lingüístico. Un refranero es, dentro de una lengua, como un gran sistema que determina, modela, sanciona y regula la creación de nuevos refranes. Ocurre cuando una expresión, que puede nacer espontánea o deliberadamente del pueblo o del talento literario, se identifica con la manera de ser y de sentir del pueblo en ese momento o toda la vida.



Tenemos entonces la opción de fomentar su erradicación, revertir su carga negativa o alterarlos para fines cómicos.

Hagamos nuestro refranero

1. Localizar y anular aquéllos que creamos que han perdido vigencia o que no son modificables.
2. Transformar y revertir el mensaje negativo de aquéllos en que podamos hacerlo, intentando respetar las reglas y estructuras del refrán.
3. Y, en último caso, con el resto podemos hacer mezclas y juegos de palabras, con fines graciosos.

¿Son los cimientos de un nuevo refranero que dignifique la femineidad? Ánimo, no es tan difícil y, “para muestra aquí va un botón”:

“¿Virgen buscas en cuerpo y alma?
Pidela a un pintor y la tendrás pintada”.

“Sin mujeres, ni pesares ni placeres”.
“Ni con ellas pesares, ni sin ellas placeres, qué grandes son las mujeres”.

“La mujer honrada, la puerta cerrada”.
“A mujer honrada, nunca la puerta cerrada”.

“Flaca es la mujer, por gorda que esté”.
“Flaca es la mujer, que se pone a dieta”.

“Tiran más dos tetas, que dos carretas”.
“Tiran más dos tetas, que dos braguetas”.

“La mujer pendenciera es peor que el diablo”.
“La mujer pendenciera, la hizo una fiera”.

“La mujer puede tanto, que hace pecar a un santo”.
“La mujer puede tanto, que la envidia hasta el santo”.

“A la hija, tápale la rendija”.
“A la hija, también dale manija”.

“Llevar y traer, afición de mujer”.
“Escuchar y comprender, afición de mujer”

Conclusión

Podremos darnos por muy bien servidas si de este ejercicio logramos hacer conciencia de cómo reproducimos marcas significantes en contra de nosotras mismas y de nuestra imagen, sin siquiera darnos cuenta.

Por supuesto, también podemos sentirnos orgullosas de la producción incipiente del nuevo refranero que dignifique la femineidad. ∞

Composición humana del mundo*

Si pudiésemos reducir la población del mundo entero a una aldea de 100 personas, manteniendo las proporciones de todos los pueblos existentes en el mundo, la aldea estaría habitada de la siguiente manera:

57 asiáticos,
21 europeos,
14 americanos (de América del Norte, Central y del Sur),
8 africanos;
52 serían mujeres,
48 hombres;
70 no serían blancos
30 lo serían;
70 no serían cristianos,
30 lo serían;
89 serían heterosexuales,
11 serían homosexuales;
6 personas poseerían el 59% de la riqueza y las 6 serían norteamericanas;
80 personas vivirían en viviendas no habitables,

70 personas serían analfabetas,
50 sufrirían de malnutrición,
1 poseería una computadora,
1 tendría un diploma universitario.

Si se considera al mundo desde esta perspectiva, la necesidad de aceptación, comprensión y educación se manifiesta claramente.

Si puedes leer este mensaje, entonces has sido tocada(o) por la buena suerte dos veces:

- 1) porque tienes la revista *Entre líneas* en tus manos, y
- 2) porque no formas parte de los 2 mil millones de personas que no saben leer. ~

* De dominio público.

Un sombrero lila*

Una mujer...

A los 3 años: Se mira en el espejo y ve una Reina.

A los 8: Se mira y ve a Cenicienta.

A los 15: Se mira y ve a una Hermanastra Fea (de Cenicienta). Y dice: "¡Mamá, no puedo ir a la escuela con este aspecto!"

A los 20: Se mira y se ve demasiado gorda o demasiado delgada; demasiado baja o demasiado alta; pelo demasiado rizado o demasiado liso, pero decide que va a salir de todas formas.

A los 30: Se mira y se ve demasiado gorda o demasiado delgada; demasiado baja o demasiado alta; pelo demasiado rizado o demasiado liso, pero decide que no tiene tiempo para arreglarlo y que va a salir de todas formas.

A los 40: Se mira y se ve demasiado gorda o demasiado delgada; demasiado baja o demasiado

alta; pelo demasiado rizado o demasiado liso, pero dice: "Por lo menos estoy limpia", y sale de todas formas.

A los 50: Se mira y dice: "Soy yo", y va por donde quiere ir.

A los 60: Se mira y se acuerda de todas las personas que ya no se pueden ver en el espejo. Sale y conquista al mundo.

A los 70: Se mira y ve sabiduría, experiencia y capacidad; sale y disfruta de la vida.

A los 80: Ni se preocupa por mirar. Simplemente se pone un sombrero lila y sale a divertirse por el mundo.

Quizás todas deberíamos ponernos aquel sombrero lila más pronto. ~

* De dominio público.

Católicas por el Derecho a Decidir, A.C.

A rendir cuentas, llamado a la acción

ESTAMOS PROFUNDAMENTE consternadas y tristes por los recientes informes sobre el hostigamiento, la explotación sexual y la violación de monjas católicas por parte de sacerdotes, publicados en la revista electrónica *National Catholic Reporter* del 16 de marzo de 2001. Esto representa un terrible ejemplo del problema global de violencia contra las mujeres en el mundo, realidad cotidiana de millones de mujeres de todas las edades, clases, razas y religiones.

El recuento de la humillación y la muerte de mujeres, cuyos derechos humanos fueron violados por los sacerdotes católicos, es un hecho profundamente doloroso y atroz:

- ♥ En América Latina, un sacerdote demandó "favores" sexuales a cambio de ropa para una niña y su familia.
- ♥ En África, algunos sacerdotes buscan parejas sexuales libres del VIH/SIDA y han optado por explotar sexualmente a las monjas. Algunos de estos sacerdotes en efecto han transmitido el VIH/SIDA a las mujeres o las han dejado embarazadas. Trágicamente, algunas monjas han muerto.
- ♥ En Europa y en Estados Unidos, los sacerdotes y seminaristas han demandado "favores" sexuales a las monjas a cambio de ayudarlas a que éstas puedan asistir a cursos o continuar con sus estudios.
- ♥ En Estados Unidos, las autoridades eclesiásticas enviaron a las Filipinas a un sacerdote de una parroquia para protegerlo de una demanda legal interpuesta por la mujer de la quien el sacerdote abusó sexualmente, siendo ella adolescente.

Católicas por el Derecho a Decidir, A.C. Movimiento autónomo de personas católicas, comprometidas con la búsqueda de la justicia social, la democracia y el cambio de patrones culturales y religiosos en nuestras sociedades.

Este es un problema global. Los informes señalan incidentes en 23 países: Botswana, Burundi, Brasil, Colombia, República Democrática del Congo, Ghana, India, Irlanda, Italia, Kenia, Lesotho, Malawi, Nigeria, Papua Nueva Guinea, Filipinas, África del Sur, Sierra Leona, Tanzania, Tonga, Uganda, Estados Unidos, Zambia, Zimbabwe.

Deploramos la falsa declaración del Vaticano sobre este problema cuando afirma que está limitado al África Sub-sahariana, en un intento por disminuirlo o encubrirlo.

Este problema de violencia sexual se da en un contexto global en el que la pandemia del SIDA es especialmente preocupante. El VIH/SIDA es la primera causa de muerte en África y la cuarta causa de muerte en la mayoría de los países del mundo (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2001). Por lo tanto, reprobamos, además, las políticas de la Iglesia, que condenan el uso responsable del condón y los métodos anticonceptivos, que son una forma de salvar la vida de las personas, ya que en nombre de la cultura de la vida, estas políticas ponen en riesgo la vida de las mujeres.

Condenamos la explotación sexual de las monjas por parte de los sacerdotes. Este hecho ha llevado también a embrazos no deseados; a que algunas religiosas hayan sido expulsadas de sus comunidades a consecuencia de ello y a que otras hayan tenido que practicarse abortos. Por lo que una de ellas ha muerto como resultado del aborto.

Estamos indignadas porque, a pesar de que las autoridades eclesiásticas fueron informadas formalmente y a fondo sobre estos problemas en 1995, hasta la fecha no han realizado acciones públicas para terminar con estos abusos, otorgando a los perpetradores una enorme impunidad. El silencio del Vaticano y su inactividad han contribuido a que continúen los abusos sexuales. El Vaticano debe rendir cuentas acerca de estas tragedias. La jerarquía de la Iglesia debe hacer todo lo que esté a su alcance para terminar con la violencia en contra de las mujeres en la Iglesia.

Nos unimos a la Declaración de condena del Parlamento Europeo, de la Coalición Nacional de Monjas Americanas, la Asociación por los Derechos de los Católicos en la Iglesia, la Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir y el Movimiento Internacional Somos Iglesia, en este llamado a la Rendición de Cuentas.

Llamamos al Vaticano a:

- ♥ Dar a conocer las medidas que ha tomado para eliminar la violencia contra las mujeres en la Iglesia católica y las medidas que propone para asegurar justicia para las mujeres.
- ♥ Cooperar con las autoridades civiles proporcionando las evidencias y ayudando en la persecución de los representantes de la Iglesia católica involucrados en hechos de violación y violencia sexual.

- ♥ Proporcionar la reparación del daño a las víctimas de abuso y explotación sexual por parte de los representantes de la Iglesia católica.
- ♥ Proporcionar atención médica a aquellas monjas y otras mujeres que han sido contagiadas del VIH/SIDA por parte del clero católico.
- ♥ Reinstalar inmediatamente a las monjas que fueron expulsadas de sus comunidades y/o sus trabajos porque denunciaron este tipo de abusos.
- ♥ Reinstalar a las monjas que fueron expulsadas de sus comunidades religiosas por estar embarazadas y otorgarles apoyo financiero para el cuidado de los hijos cuyos padres son sacerdotes de la Iglesia católica.
- ♥ Promover una política sobre sexualidad que elimine todas las formas de violencia en contra de las mujeres dentro de la Iglesia y la sociedad.



JAVIER CRUZ RODRIGUEZ

- ♥ Disculpase públicamente por medio de una carta pastoral por todas las formas de violencia en contra de las mujeres, incluyendo el sexismo, cometidas por parte de los representantes de la Iglesia católica.

Llamamos a las y los creyentes, a las personas de buena voluntad y a la comunidad internacional a:

- ♥ Seguir proporcionando y participando en la capacitación y educación para promover los derechos humanos de las mujeres.
- ♥ Trabajar en el desmantelamiento de las estructuras de dominación que perpetúan la violencia contra las mujeres.

Llamamos a los líderes religiosos a:

- ♥ Brindar apoyo incondicional a las mujeres que han sido víctimas de la violencia dentro de sus instituciones o en cualquier otro grupo religioso.
- ♥ Pronunciarse en contra de estos abusos, cometidos dentro de sus instituciones o en otras, ya que el respeto a la autonomía no puede ser pretexto para guardar silencio en torno a este doloroso y terrible pecado cometido en contra de las mujeres del mundo.

¿Qué puedes hacer?

1. Firmar y ser tomada(o) en cuenta. Agregar tu firma para que sea incluida en futuras adiciones. Firma como organización. Invita a tus amigos y colegas a unirse a este llamado.
2. Unirte a la campaña del 14 de julio en Nueva York en la misión de la Santa Sede de las Naciones Unidas y haz que se escuche tu voz.
3. Escribe a la Misión de la Santa Sede de Naciones Unidas y déjale saber al Vaticano tus puntos de vista. Escribe al arzobispo Renato R. Martino, Nuncio Apostólico, Observador Permanente de la Santa Sede en Naciones Unidas, 25 East 39th Street, New York, NY, 10016-0903.
4. Escribe a la Alta Comisionada de Derechos Humanos de Naciones Unidas y déjale saber que las mujeres dentro de las instituciones religiosas tienen derechos humanos. Escríbele a Mary Robinson, Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas, 8-14 Avenue de la Paix, 1211, Geneva 10, Switzerland. ☞

Campana A Rendir Cuentas,
Llamado a la Acción
y/o Conferencia por la Ordenación de Mujeres,
PO. Box 2693, Fairfax, VA 22031-0693, USA,
Teléfono: +1 (202) 986-6093,
Fax: +1 (301) 589-3150,
e-mail: cso@quixote.org



ABEL PÉREZ LUIS

Católicas por el Derecho a Decidir,
A.P. 21-264 Coyoacán, México, D. F., C.P. 04021
e-mail:
cddmx@cddmx.org
iglesias@cddmx.org
pilar@cddmx.org
Teléfonos: (525) 55 54 57 48 y 55 54 29 02
Fax: (525) 56 59 28 43

Florence Thomas

Mis arrugas

~ Fragmento ~

NO PODRÍA vivir sin ellas. Son mis cómplices, me acompañan a todas partes y hacen parte de mi identidad. Gracias a ellas tengo, desde hace ya unos años, la cara que merezco. Las que encontraron refugio en la esquina de mi mirada nacieron de un amor no correspondido, de un imposible encuentro, de una demasiada breve pasión, de una angustia materna y de algunas noches de insomnio. Las que habitan en la comisura de mis labios son las de la risa, del humor, de la nostalgia, de la felicidad y de la ternura. No sabría vivir sin ellas.

Algunas mujeres me han preguntado por qué no me hago la cirugía estética, esta cirugía que lo aplana todo, sobre todo los recuerdos y la memoria, asegurándote que a los 58 años puedes lucir nuevamente de 38... Y díganme, ¿por qué lucir de 38 cuando uno tiene 58? ¿Por qué renegar de la cara, de la piel, de los surcos, cuando son años vividos, dolores y risas que han moldeado la expresión y que le han dado reflejo a la mirada y un sentido a la sonrisa? Las arrugas sólo atestiguan que uno ha vivido y no renunciaré a ellas por nada. Tengo 58 años y no renegaría de uno solo de mis años.

No quisiera perder en los breves y certeros movimientos de un bisturí la década de los ochenta, década de mi clara decisión de trabajar con y para las mujeres de este país, década del nacimiento del grupo Mujer y Sociedad de la Universidad Nacional [Colombia] y de la adolescencia de mis hijos; no quisiera negar la década de los noventa, durante la cual descubrí en mí, gracias a la práctica de un aprendizaje de la sororidad —expresión femenina de la fraternidad—, una fuerza tranquila que me permite afianzar mis escogencias de vida en este complejo país que aprendí a amar poco a poco.

Por cierto, me cuido; como razonablemente; ya no fumo y me gusta caminar en esta Bogotá que ya nos lo está permitiendo. Sé por fin quiénes son mis verdaderos amigos, y sobre todo mis amigas, y descubro lo delicioso de decir “no” cuando es preciso.

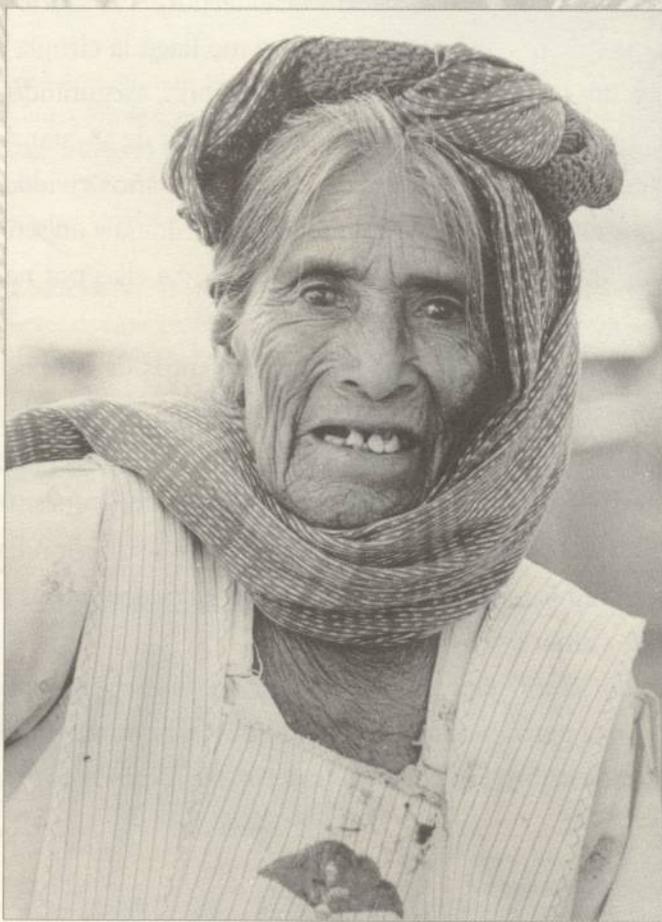
Florence Thomas. Articulista del diario *El Tiempo*, Bogotá, Colombia.

Este artículo fue tomado del diario colombiano *El Tiempo*, publicado el 23 de mayo del 2001.

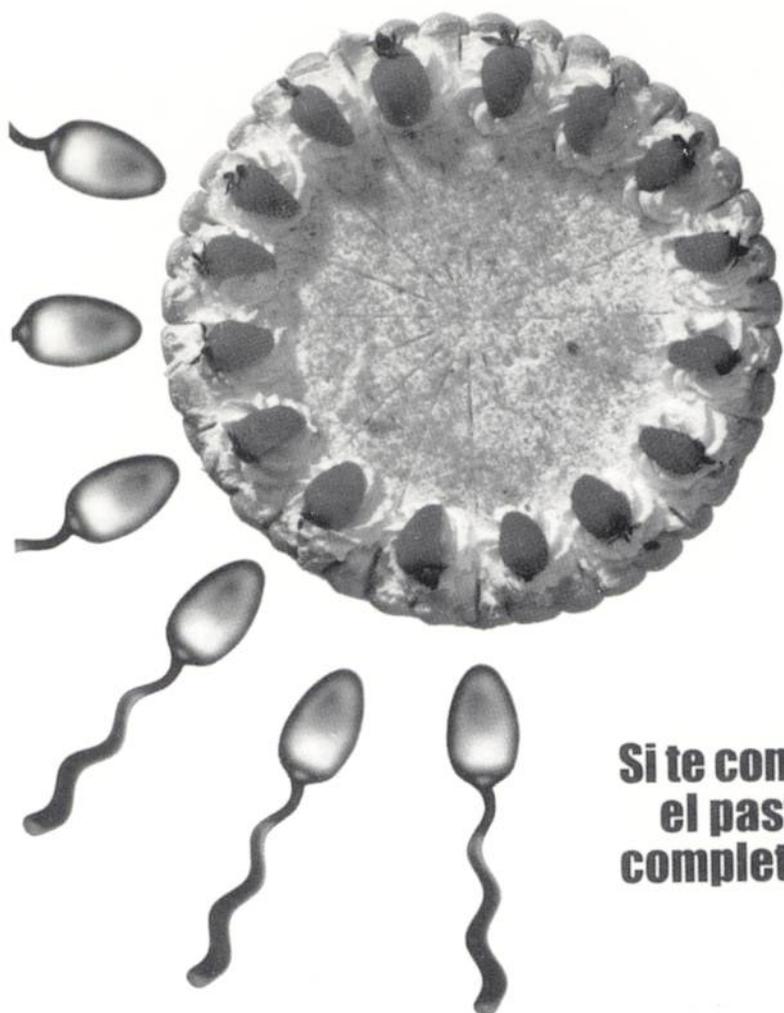
Además, mirando a los hombres de mi edad, comprendí que las mujeres no envejecemos solas... Nuestros amigos, nuestros compañeros, envejecen al mismo tiempo, al mismo ritmo que nosotras y a veces más dramáticamente que nosotras. Conozco a los hombres de 55 o de 60 años. Nada envidiables: barriga naciente y a menudo más que naciente, calvicie aparente, gorditos en la cintura, potencia sexual bastante afectada, andropausia y compañía. La cultura, siempre más benévola con los hombres que con las mujeres, nos quiere hacer creer que envejecemos solas... Pero conmigo no lo logró.

Mis amigos varones me acompañan en esto y no siempre lo viven bien a pesar de una mirada más generosa sobre sus canas y sus marcadas arrugas en la esquina de su mirada. Al contrario, parecería que este hombre de 55 o 60 años tan moldeado por el tiempo como cualquiera de nosotras, es un seductor... seductor tal vez, pero máximo hasta las 11 de la noche... porque más allá, ¡no les cuento!, ¡y nadie lo cuenta! Incluso les diré que las mujeres envejecemos mejor que los hombres. Hemos pospuesto tantas cosas, tantas pasiones, tantos viajes, tantos encuentros, que este otro tiempo que nos regala la vida al llegar a los 60 es, hoy día, para las mujeres de mi generación, una posible fiesta.

Arrugas y canas me seguirán acompañando. Borrarras, negarlas, sería algo así como una traición a lo que soy hoy día; sería como renegar de estos momentos de vida que me construyeron; como renunciar a la imagen que me devuelve el espejo cada mañana; como no aceptar la identidad que por fin me define y me da un nombre. ~



ABEL PÉREZ LUIS



**Si te comiste
el pastel
completito ...**

...tienes 72 hrs. para evitar el embarazo.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Previene el embarazo **inmediatamente** después de haber tenido relaciones sexuales sin protección.

El método consiste en tomar ciertas dosis de pastillas anticonceptivas durante las 72 horas posteriores a la relación sexual.

Marca	1 ^ª dosis durante las primeras 72 horas después de la relación	2 ^ª dosis 12 horas después de la primera dosis
Eugynon 50 Nordiol Ovral Neogynon	2 pastillas	2 pastillas
Lo-Femenal Nordet Microgynon	4 pastillas	4 pastillas

Precaución: Si se usa un paquete que contenga 28 pastillas, es necesario asegurarse de tomar las pastillas que contengan hormonales.

Mayor información en el 01 800 363 3427 (sin costo)

Consulta a tu ginecóloga(o) regularmente

El Fondo de Becas "Guadalupe Musalem Merhy" fue constituido en el año de 1995, con la finalidad de apoyar a jóvenes indígenas oaxaqueñas de escasos recursos económicos, que muestran excepcionales capacidades escolares y vocación de servicio a sus comunidades. Estas mujeres, por su situación económica, no podrían continuar su educación sin el apoyo de la beca. Las becarias son asesoradas de manera personalizada en aspectos vocacionales y emocionales por una integrante del Grupo de estudios sobre la mujer "Rosario Castellanos", que funge como tutora.



EDITH LÓPEZ NICOLÁS

Edith tiene 16 años y es originaria de Santa Catarina Ticua, en la región mixteca. Vive con su familia y estudia en el Colegio de Bachilleres del Estado de Oaxaca (COBAO), plantel Chalcatongo de Hidalgo, que está a media hora de su casa.



YALDID ARAGÓN CRUZ

Yaldid tiene 16 años y es originaria de San Juan Ozoltepec. Vive en el albergue "Protección a la Joven" en la ciudad de Oaxaca porque no hay una escuela en su pueblo. Estudia en el Colegio de Bachilleres del Estado de Oaxaca (COBAO).



RAQUEL DIEGO DÍAZ

Raquel tiene 18 años y es originaria de Santa María Tlahuitoltepec, en la región mixe. Ha sido becaria desde 1998 y terminó su bachillerato en julio de 2000. Con el apoyo del Fondo Guadalupe Musalem Merhy estudia su segundo semestre en la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH) y ahora vive en la Ciudad de México. Extracurricularmente, Raquel da cursos de lengua ayuujk (mixe), hablado y escrito.



TAJËEN BEATRIZ DÍAZ ROBLES

Tajëen es originaria de Santa María Tlahuitoltepec, en la región mixe, y tiene 16 años. Vive con su familia en su comunidad y estudia en el Bachillerato Integral Comunitario Ayuuk Polivalente (BICAP), que incluye estudios sobre su comunidad.

Todas las becarias se han capacitado en diversos temas con la perspectiva de equidad de género y son promotoras de los derechos sexuales y reproductivos, informando a mujeres de sus comunidades dando pláticas, organizando cursos o participando en campañas de salud y alfabetización.

Tú también puedes ayudar. Todo el financiamiento para el fondo de becas es por donativos; agradeceremos el tuyo en la cuenta 0448250529 de Bancomer a nombre de Fondo Guadalupe Musalem. Para mayor información estamos en: La Casa de la Mujer "Rosario Castellanos", Constitución 301, Oaxaca, México, C.P. 68000, A.P. 633. Tel: (9) 514 69 27; fax: (9) 516 68 10; casamuj@prodigy.net.mx