

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

01071
U

LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD INTEGRAL Y LOS
DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES EN MÉXICO

TESIS

que presenta

JUANA RITA ALDRETE RANGEL

para obtener el grado de

MAESTRA EN ENSEÑANZA SUPERIOR

Directora de Tesis

DRA. GRACIELA HIERRO PÉREZCASTRO

279/2000

Cd. Universitaria, D.F.

Mayo de 2000





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A Fernando, compañero querido que siempre me alienta y apoya para alcanzar mis ideales.

A la Dra. Graciela Hierro que con sus seminarios despertó mi interés en los estudios de género y me apoyó con su dirección y guía en la elaboración de esta tesis.

Al Dr. Jesús Aguirre Cárdenas maestro excepcional, por su afecto y orientaciones.

A la Dra. Sara Rosa Medina M. y a la Mtra. Luz Elena Salas G. por su aprecio.

A las profesoras y profesores que durante mis estudios de posgrado me brindaron su asesoría, y muy especialmente al Mtro. Fernando Mier y Terán, Dr. Miguel Escobar y Dr. Agustín Domínguez Amigo.

A Paola Anabel mi sobrina querida por su ayuda y a Dulce María mi hermana por su cariño.

A la memoria de mi madre Clara Rangel Mejía y de mi padre Enrique Aldrete Murguía.

A mis compañeras y compañeros del posgrado: Yolanda Gómez, Rosa Ma. González, Diana Hernández, Genaro Jardón, Julieta Jiménez, Maru Montes y Greta Rivara.

A las personas que me brindaron su ayuda para elaborar este trabajo: Luz Aurea López, Abelardo Manzo y Patricia Vega.

A mis amigas, amigos, compañeras y compañeros por contar con su afecto: Fernando Andrade, Lucía Ayala, Hector Bautista, Salomón y Lilia Caballero, Aurea Carbajal, José Luis Cervantes, Honorio Gómez, Tere González, Ma. de Jesús Flores, Rocio Flores, Enrique Flores, Guillermo Méndez, Elvia Merchand, Alberto e Hilda Miranda, Roberto Morales, Sofía Rosete, Evangelina Rouse, Alba Solís, Luisa Szachniuk.

ÍNDICE

	Página
Agradecimientos	II
Introducción	V
Capítulo 1	1
La perspectiva de género y su repercusión sobre la educación para la salud de las mujeres en México.	
1.1 La perspectiva de género	2
1.2 La diferencia sexual	7
1.3 La educación para la salud de las mujeres en México ..	11
Capítulo 2	22
La educación sexual y la salud reproductiva en la consideración de la salud femenina en México.	
2.1 El concepto tradicional de medicina	23
2.2 La educación sexual	25
2.3 La salud reproductiva en la consideración de la salud femenina en México	33
2.3.1 La mortalidad materna	39
2.3.2 La planificación familiar	43
2.3.3 El aborto	48

2.3.4 Las enfermedades de transmisión sexual y el Sida	52
2.3.5 El cáncer cérvico-uterino	55
2.3.6 El cáncer mamario	59
2.3.7 La menopausia	60
2.3.8 La agresión y violencia de género	64
Capítulo 3	74
Derechos humanos y derechos reproductivos en el ámbito de la salud en México.	
3.1 Fundamento y características de los derechos humanos	74
3.2 Los derechos reproductivos. Antecedentes	83
3.3 Los derechos reproductivos en México	85
Capítulo 4	111
Algunos problemas que dificultan que las mujeres alcancen su salud integral en México.	
Capítulo 5	126
Hacia una educación para la salud integral con respeto a los derechos humanos de las mujeres en México.	
5.1 Propuesta de educación con perspectiva de género	126
5.2 Propuesta de educación para la salud integral	130
5.3 Propuesta de educación sexual	131
Capítulo 6	139
Conclusiones.	
Bibliografía	143

INTRODUCCIÓN

Simone de Beauvoir en su libro *El Segundo Sexo* afirma: “No se nace mujer. llega una a serlo”; con lo cual fija la pauta para definir el género como una construcción social que se impone con base en la identificación sexual ocular.

Su trabajo abordó el problema de la desigualdad entre los sexos y contribuyó determinadamente al desarrollo del feminismo, al permitir que un gran número de científicas/os sociales construyeran teorías y conceptualizaran el género como una categoría social, y posteriormente como una categoría analítica cuyo concepto sustentara investigaciones acerca de las mujeres y los hombres en todos los ámbitos de la sociedad patriarcal.

Uno de estos ámbitos sociales es el que se refiere a la salud de las mujeres, a quienes desde su nacimiento se les trata de forma diferente que a los hombres, puesto que sus problemas de salud son abordados, en la mayoría de los casos, con referencia a su capacidad reproductiva, sin importar las demás esferas de su salud y sus ciclos de vida, lo cual es resultado de las relaciones entre los géneros que fomentan la desigualdad entre hombres y mujeres; con la consecuente discriminación femenina que se refleja en daños a su salud.

El postulado de la Carta de las Naciones Unidas y Declaración de Principios de la Organización Mundial de la Salud señala que “El goce de la salud es uno de los **derechos fundamentales** de cada ser humano, sin distinción de la raza, religión, credo político o condición económica y social” (San Martín). En esta afirmación se habla del “ser humano”, sin hacer referencia al sexo, el cual no se considera importante ni relevante; sin embargo, así como se dan desigualdades entre países y regiones, grupos sociales y étnicos, la desigualdad entre los sexos aparece, particularmente, como un

factor determinante de los riesgos para la salud específicamente de la mujer, como afirma Ivonne Szasz.

El origen de la salud tanto de las mujeres como de los hombres, se remonta a la etapa previa a la concepción, pero una vez que nacen, la condición de género va a ser determinante, ya que al enfrentar condiciones de vida desiguales, la manifestación de la enfermedad, la calidad de vida e incluso la manera de morir de las mujeres, también será diferente a los hombres. Esta vulnerabilidad diferencial -según Langer y Tolbert- afecta a las mujeres en sus características anatómicas y fisiológicas propias de la reproducción, por la frecuente falta de acceso a servicios de atención a la salud de buena calidad; el modelo médico hegemónico patriarcal; la segregación de las mujeres y las niñas dentro de la familia; la baja escolaridad; las malas condiciones laborales; la desnutrición; la insalubridad; la educación sexista y la escasa relevancia que se da a la educación para la salud y a la educación sexual; el desconocimiento y la conseqüente violación de los derechos humanos reproductivos; la pobreza y las condiciones culturales, que afectan la salud de las mujeres por la consideración asimétrica del género femenino respecto del masculino.

El modelo patriarcal de educación formal y no formal en México es deficiente, en cuanto a la incorporación de la educación para la salud y de la educación sexual como disciplinas de conocimiento con perspectiva de género, ya que en general se imparten de manera fragmentada e incongruente. A mi parecer, esta educación debería impartirse por madres y padres -en la llamada *educación informal*-, durante los primeros años de escolaridad (kinder y preprimaria), así como a lo largo de toda la vida de las personas.

Es por ello que la intención de este trabajo es proponer, desde mi punto de vista, una educación con perspectiva de género, que ayude a redefinir las relaciones intergeneracionales; así como formular una

propuesta de educación para la salud integral que aborde una educación sexual desde la infancia, con un pleno conocimiento de los derechos reproductivos de las mujeres.

Para llegar a esa propuesta, en esta investigación se formularon las siguientes hipótesis:

- En México la socialización temprana, la -"educación" no formal y formal- determina que las relaciones entre los géneros sean de desigualdad entre hombres y mujeres, lo cual se refleja en la diferencia en el acceso a la educación y los recursos dentro y fuera del hogar, afectando todas las esferas de la vida cotidiana.
- La educación para la salud y la educación sexual no siguen un programa permanente y congruente a lo largo de todas las etapas de la vida de las personas. Es por ello que, en general, la salud reproductiva de las mujeres, en México, se encuentra muy deteriorada y sus derechos humanos y reproductivos a menudo no se respetan.
- Muchos son los problemas que dificultan que las mujeres alcancen la salud integral en México, pero el elemento determinante que subyace en cada uno de ellos, a mi juicio, es la discriminación de género.
- Se considera necesario que para proponer un concepto de educación para la salud integral de las mujeres que repercuta, al mismo tiempo en beneficio de todos los miembros de su familia, se precisa partir del planteamiento de una educación para la diferencia sexual, que permita redefinir las relaciones intergenéricas para que se valore el papel que tanto mujeres como hombres desempeñan dentro de la familia y en la sociedad.

Los objetivos de este trabajo que ayudaron a abordar las hipótesis, se ordenaron de acuerdo a los capítulos de esta tesis y son:

- ◆ Definir de qué manera las diferencias entre los géneros conforman la desigualdad entre hombres y mujeres.
- ◆ Describir cuáles son los derechos humanos, los derechos reproductivos y su repercusión en el ámbito de la salud integral femenina en nuestro país.
- ◆ Identificar algunos de los problemas que dificultan que las mujeres alcancen la salud integral en México.
- ◆ Formular una propuesta de educación para la salud integral y los derechos humanos de las mujeres en México.

La metodología utilizada en esta investigación se basó en la perspectiva de género como instrumento heurístico para analizar lo que sucede con la salud de las mujeres en México en la época actual, cómo se ofrece y cómo se contempla la educación para la salud y los derechos reproductivos.

A partir del análisis de las fuentes que se utilizaron, y que se detallan en la bibliografía, se plantea una aproximación acerca de la situación de la educación para la salud y los derechos reproductivos de las mujeres en México, bajo la cual se formuló la propuesta.

El trabajo está estructurado en seis capítulos: en el primero se aborda la perspectiva de género, la diferencia sexual y su repercusión sobre la educación para la salud de las mujeres en México.

El segundo capítulo trata del concepto tradicional de medicina, de la educación sexual y se intenta dar un panorama general acerca de la salud reproductiva femenina en México.

En el tercero se mencionan los fundamentos y características de los derechos humanos, los antecedentes de los derechos reproductivos y la situación de los derechos reproductivos en el ámbito de la salud en México.

El cuarto capítulo describe algunos problemas que dificultan que las mujeres alcancen la salud integral en México, como son: segregación femenina dentro del hogar, bajos niveles educativos, tipo de educación sexista que se imparte, desnutrición, baja autoestima femenina, “doble jornada” y la discriminación laboral y jurídica, entre otros.

En el quinto capítulo se plantean algunos elementos que coadyuvan a orientar la educación para la salud con una perspectiva de género, con base en la cual las mujeres una vez que conozcan sus derechos reproductivos -parte fundamental de los derechos humanos- tengan la posibilidad de hacerlos valer; todo lo cual mejorará su salud reproductiva, preocupación básica dentro de la elaboración de este trabajo.

Finalmente, en el capítulo seis se presentan las conclusiones generales de la tesis, así como una propuesta particular con relación a la educación para la salud de las mujeres en México..

CAPÍTULO 1

LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y SU REPERCUSIÓN SOBRE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE LAS MUJERES EN MÉXICO

En este capítulo se tratará de definir de qué manera la ideología patriarcal, con base en las diferencias entre los géneros, conforma la desigualdad entre hombres y mujeres.

En la primera parte se hace referencia a la perspectiva de género, mismo que al conceptualizarse como una categoría, ha hecho posible sustentar investigaciones acerca de la situación de las mujeres.

En la segunda parte se aborda lo concerniente a la diferencia sexual y la jerarquización de los géneros que ha permeado todos los ámbitos, uno de ellos el de la salud de las mujeres que se ve afectada por las condiciones de vida diferenciadas y desiguales.

Al final del capítulo se hace alusión a la salud, la educación, y la manera de abordar la educación para la salud en el ámbito educacional formal.

1.1 La perspectiva de género

Desde la perspectiva feminista el género se concibe como “la construcción social que define y da sentido a la sexualidad y la reproducción humanas”¹ a partir de lo cual se hace referencia a un sistema de géneros y de poder basado en capacidades y potencialidades físicas que giran alrededor de la sexualidad y la reproducción.

A este respecto, Rubin en su artículo sobre el tráfico de mujeres; conceptualiza el sistema sexo-género y lo define como “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas”². Dentro de este sistema se reproduce la división del trabajo por sexos, el cual crea un tabú contra la igualdad de los hombres y las mujeres y de esta manera acentúa las diferencias biológicas, favoreciendo una división de los sexos socialmente impuesta, producto de las relaciones sociales de sexualidad.

Al conceptualizar la *categoría* género, ha sido posible la construcción de un elemento que sustente las investigaciones acerca de la situación de las mujeres en todos los ámbitos y bajo las reglas que les son impuestas en una sociedad patriarcal.

Lamas plantea que “el objetivo de un trabajo teórico es desarrollar o crear herramientas analíticas que permitan entender o visualizar algo que antes pasaba inadvertido y propone el significado del género como una categoría analítica”³.

¹ T. de Barbieri, “Género y Políticas de Población. Una Reflexión”, en R. Benitez y E. Ramírez, *Políticas de Población en Centroamérica, el Caribe y México*, (México, 1994), 278.

² G. Rubin, “El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo.”, en *El género: la construcción de la diferencia sexual*, (México, 1996), 37.

³ M. Lamas, “La antropología feminista y la categoría género”, en *El género: la construcción de la diferencia sexual*, (México, 1996), 109.

De esta manera la *categoría* género pasa a ser la herramienta analítica que como una lente permite ver y analizar lo que sucede a las mujeres por ser *diferentes* y por ser mujeres y es considerado como “la categoría central de la teoría feminista contemporánea que lo define como la construcción social que se impone a un cuerpo femenino o masculino y le conforma una identidad o rol esperado por su cultura”⁴

En su artículo antes mencionado, Lamas desarrolla además una amplia disertación⁵ sobre la propuesta del psicólogo Robert Stoller en su libro *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity*; quien efectuó un estudio de los trastornos de la identidad sexual, se refirió a la diferencia entre sexo y género y estableció que lo que determina la identidad y el comportamiento de género no es el sexo biológico, sino el haber vivido desde el nacimiento las experiencias, ritos y costumbres atribuidos a cierto género.

Asimismo, infirió que la asignación y adquisición de una identidad es más importante que la carga genética, hormonal y biológica.

Desde este enfoque psicológico, Stoller concluyó que el género es una categoría en la que interactúan tres circunstancias fundamentales:

- 1.- Asignación de género.- Aquella con la cual se rotula a la persona al nacer.

- 2.- Identidad de género.- Se adquiere con el lenguaje, lo cual sucede entre los dos y tres años de edad.

⁴ G. Hierro. “Presentación”. en *Estudios de Género*, (México, 1995), 7.

⁵ M. Lamas, *Op. cit.*, 112.

3.- El papel de género.- Se integra por el conjunto de normas y preceptos que impone la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino, aunque hay variantes de acuerdo con la cultura, la clase social, grupo étnico y nivel generacional. Estas variantes tienden a establecer estereotipos.

La existencia de distinciones socialmente aceptadas entre hombres y mujeres es un elemento determinante que confiere fuerza y coherencia a la identidad de género; por tanto, se trata de un hecho social, no biológico y lo que marca la diferencia fundamental entre los sexos es el género que transforma el sexo biológico primario en una delimitación social de actividades, actitudes e imágenes de acuerdo con el sexo. La sociedad patriarcal al empeñarse en asignar roles distintos a hombres y mujeres, destina para ellos la inteligencia, la fuerza, la independencia, la masculinidad y el ámbito público, para ellas la docilidad, la debilidad, la dependencia, lo maternal, la femineidad y el ámbito privado, con lo cual construye estereotipos basados en las características de los cuerpos sexuados, género femenino para ovarios, útero y vulva y género masculino para testículos y pene, y para no romper el “orden social” las mujeres y los hombres deben cumplir con los trabajos y labores “propias” de su sexo.

Pero existen otras formas de identidad de género, como en las denominadas “desviaciones sexuales”, de los travestistas y los transexuales. Aquéllos tienen el impulso de vestir ropas correspondientes al otro sexo, en tanto éstos tienen el deseo de cambiar el sexo anatómico. El gran grupo lo constituyen los homosexuales, término que hace referencia a las relaciones sexuales, materiales o espirituales establecidas entre individuos de un mismo sexo.

Es importante no confundir el sexo con el género pues son categorías de naturaleza diferente; el sexo se refiere a las características biológicas de las personas, y el género es una construcción humana que se refiere a la forma en que las sociedades asumen e imponen las relaciones entre los hombres y las

mujeres basadas en la diferencia sexual que implica características biológicas y físicas distintas, a las cuales les da una valoración que favorece al género masculino.

Por lo tanto, la perspectiva de género se va a convertir en la herramienta crítica y metodológica que nos ayuda a analizar, explicar y cuestionar la realidad y nos permite descubrir un estado de cosas, que son producto de la ideología patriarcal, que antes pasaban inadvertidas y que por siglos han afectado la vida de las mujeres.

El patriarcado ha sido definido como “un orden social caracterizado por las relaciones de dominación y opresión establecidas por unos hombres sobre otros y sobre todas las mujeres y criaturas”.⁶

El patriarcado se basa en “el poder del padre, del patrón y del padre eterno que sustituyó a las organizaciones sociales de poder compartido entre hombres y mujeres, se apoya y legitima en una moralidad concreta: *la moralidad del patriarcado*, que se sostiene con base en una jerarquía de valores fijos que regulan, distribuyen, heredan y transmiten el poder o dominio de este grupo sobre los otros, lo cual trae como resultado que el símbolo de lo Humano -con mayúscula- sea precisamente la posesión del poder, entendido como la capacidad de control.”⁷

Este poder de dominio en el patriarcado ha permitido al género masculino en todos los ámbitos, intervenir en la vida de las mujeres controlándolas y sometiéndolas por medio del abuso de poder, la coerción y la violencia para mantenerlas aisladas y discriminadas con prohibiciones que son

⁶ M. Moia, “El no de las niñas. Feminario Antropológico”, citada en *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud?*, E. Flores y G. Sayavedra, (México, 1997), 64.

⁷ G. Hierro, “Género, poder y feminismo”, en *Supercuerdas*, No. 8, (México, 1997), 5.

validadas sólo para ellas, lo cual origina la llamada “doble moral” que se refiere a conductas que son aceptadas para el género masculino pero no para el género femenino.

Aunque los antecedentes del concepto género se encuentran en la obra de Simone de Beauvoir desde el año de 1949 y en los setentas algunas académicas feministas anglosajonas acuñaron el término *gender*, como una acepción referente a la organización social de las relaciones entre los sexos, en México era un término utilizado sólo por académicas/os e intelectuales, de instituciones dedicadas a la enseñanza superior y de posgrado, y algunas organizaciones no gubernamentales (ONG's). Posteriormente, en 1995, a raíz de la IV Conferencia de la Mujer en Beijing, y de la firma de los acuerdos de la misma por parte de los estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), México se comprometió a emplear la perspectiva de género en sus planes y programas.⁸

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (D.I.F.) con el apoyo de la United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) y de la antropóloga y feminista Marta Lamas, publicó en noviembre de 1997 un manual titulado “*La perspectiva de género: una herramienta para construir equidad entre mujeres y hombres*”, con la finalidad de preparar personas en diversas áreas para que conozcan la perspectiva de género, su marco conceptual y, al mismo tiempo, orientar metodológicamente para conducir talleres, grupos de reflexión y de sensibilización en la problemática de género.

Aunque existen muchas instituciones y ONG's que han desarrollado amplias investigaciones bajo la perspectiva de género, aún falta mucho camino por andar y es preciso establecer estrategias que nos

⁸ M. Fuentes, “Introducción”, en *La perspectiva de género: una herramienta para construir equidad entre mujeres y hombres*. (México, 1997), 5.

proporcionen nuevas herramientas de investigación, que permitan revisar las asignaciones genéricas que han colocado a las mujeres en posiciones de desigualdad que durante siglos han persistido y aun cuando se han establecido leyes de pretendida *igualdad*, hasta la fecha, en los hechos, no se ha logrado terminar con la discriminación genérica hacia las mujeres, ya que no se ha llegado a la equidad necesaria en todos los ámbitos sociales en los cuales se relacionan ambos sexos.

Es importante mencionar que en los programas de educación formal en el nivel básico, no se ha tomado en cuenta la perspectiva de género y la mayoría de las/os profesoras/es no conocen esta herramienta teórica que les permitiría orientar la educación hacia la interiorización de valores de igualdad para ayudar a la construcción de dos tipos de personas en la equidad, mujeres y hombres que no estén atados a los patrones de opresión genérica.

1.2 La diferencia sexual.

La diferencia sexual es la diferencia biológica entre los cuerpos sexuados; esta diferencia es la primera característica que los define al nacer, de hecho es lo primero que se observa en cualquier semejante, “es hombre o es mujer” nos preguntamos; la cultura y la sociedad, con base en esa diferencia sexual, determina algunos roles, características y comportamientos para los hombres y para las mujeres y, como se explicó en el apartado anterior, esta construcción cultural y social basada en la diferencia sexual es lo que se denomina género.

El ser mujer en todos los ámbitos implica ser *diferente* pero no simplemente eso, sino una diferencia vista en términos de desventaja con respecto a los hombres, *carecer* de algo que es *exclusivo* de los hombres (la razón, el don de mando, la fuerza física, y el pene, entre otras cosas).

Si se hace un poco de historia se puede ver que desde hace 3000 años las relaciones entre ambos géneros no se han basado en la igualdad, han sido asimétricas debido a que la ideología predominante ha sido la patriarcal.

La ideología patriarcal en todas sus manifestaciones ha considerado que las mujeres son inferiores a los hombres tanto física como intelectualmente; Whitbeck destaca en su estudio sobre la diferencia sexual⁹ que existen principalmente tres teorías al respecto:

1. La mujer es un hombre incompleto o parcial.
2. Existen dos principios opuestos en la naturaleza humana (pensamiento binario), de los cuales lo racional es lo masculino y lo irracional lo femenino.
3. La mujer es definida por los hombres, en función de lo que ellos necesitan (madre-esposa-objeto).

Al abordar estas tres teorías Whitbeck las relaciona con afirmaciones hechas por algunos personajes de la historia, entre ellos cita a Aristóteles que en sus escritos filosóficos refiere lo siguiente:

Con relación a la primera teoría, “la mujer es un hombre defectuoso o parcial y es deficiente tanto cuantitativa como cualitativamente”,¹⁰ “la mujer es de naturaleza fría y no posee el calor vital del hombre”,¹¹ “las mujeres al igual que los niños y los esclavos nacieron para ser gobernadas debido a

⁹ C. Whitbeck, “Theories of sex difference”, en *Women and Philosophy, toward a Theory of liberation*, (Nueva York, 1976), 54.

¹⁰ *Ibid.*, 55.

¹¹ I. Düring. *Aristóteles*, (México, 1990), 841.

su carencia de autoridad”,¹² “el esclavo no tiene en absoluto la facultad deliberativa, la hembra la tiene, pero ineficaz; y el niño la tiene, pero imperfecta”.¹³

Sobre la segunda teoría se sostiene que “la mujer está relacionada con la materia asociada a lo malo, lo nocivo y lo inferior y el hombre está relacionado con la forma asociada a lo importante, lo relevante, lo bueno, provechoso y superior”.¹⁴

Sobre la tercera teoría se dice que “el papel de la mujer en la reproducción es el de una maceta o recipiente que va a recibir el semen como la tierra a la semilla”.¹⁵

El pensamiento de Aristóteles refleja fielmente la ideología que ha predominado en los últimos tres milenios, y su influencia se ha visto proyectada en el pensamiento de infinidad de filósofos, escritores, médicos, políticos, gobernantes, poetas y educadores que han hecho referencia a la *inferioridad femenina*.

Cada cultura define la diferencia entre lo masculino y lo femenino¹⁶, por tanto la posición de las mujeres es determinada, más que por su biología, por la cultura, y aunque es obvio que biológica y fisiológicamente las mujeres son distintas a los hombres dado que solamente las mujeres poseen los órganos propios para la función de la maternidad, que involucra la gestación, el parto y la lactancia, “existen otros aspectos de la maternidad como son el cuidado y la crianza de los hijos que pueden

¹² C. Amorós, **Feminismo: igualdad y diferencia**, (México, 1994), 36.

¹³ U. Razo y P. Rodríguez, “Tras el milenio”, en **Doble Jornada**, No. 133, (México, Marzo 1998), 5.

¹⁴ C. Amorós, **Op. cit.**, 37.

¹⁵ C. Whitbeck, **Op. cit.**, 56

¹⁶ D. Cardaci, “Educación nutricional: mujeres culpabilizando a mujeres”, en **Mujeres y Medicina**. No. 4. (México, 1990) 15-16.

ser asumidos por los hombres y, sin embargo, históricamente, se han delegado a las mujeres, usando el argumento de la *naturalidad*”.¹⁷

La diferencia sexual, por tanto, no justifica la jerarquización de los géneros, al respecto Sullerot y Monod, señalan que “existen diferencias sexuales de comportamiento asociadas a un programa genético de diferenciación sexual, pero estas diferencias son mínimas y no implican superioridad de un sexo sobre otro. Se debe aceptar el origen biológico de algunas diferencias entre hombres y mujeres sin perder de vista que la predisposición biológica no es suficiente por sí misma para provocar un comportamiento”.¹⁸

Sin embargo, la ideología patriarcal da por hecho que las mujeres por su biología son inferiores y ha avalado una discriminación en su contra que parte desde el hogar y se extiende a todos los ámbitos donde interactúan ambos géneros.

Como una consecuencia de esa perspectiva patriarcal, el sexo femenino ha sido tradicionalmente excluido como sujeto dentro de un ámbito tan trascendente como es la educación, dado que ésta ha sido hecha por y para el sujeto masculino, por lo cual las mujeres siguen siendo consideradas como “el otro” en una educación que en el discurso se promueve como igualitaria.

No es de extrañar, por tanto, que dentro de la familia (educación informal), así como en la educación escolarizada (formal) se refuercen los roles genéricos valorando mayormente el rol masculino por sobre el femenino.

¹⁷ D. Cardaci. *Op. cit.*, 17. “Se dice así que las madres “naturalmente” saben como tratar a sus hijos, entender sus mensajes “ocultos”, reaccionar “instintivamente” a sus demandas y se funciona como si todas estas conductas de las mujeres no fuesen producto de un aprendizaje sino de una predisposición “innata” que no poseen los hombres”.

¹⁸ M. Adrián et. al., “Educación y género: algunas consideraciones básicas”, en **Educación y Género**, (México, 1991). 45.

Los roles genéricos son ampliamente afirmados en ambas formas de educación, por un lado en el hogar las mujeres adultas dividen las tareas que deben hacer las niñas y los niños, dejando para ellas la subordinación y las actividades domésticas que se ven menos valoradas socialmente, y para ellos actividades ligadas al ámbito público, sin asignarles responsabilidades domésticas. De esta manera el hombre afirma su posición de privilegio; con esta actitud la sociedad patriarcal ha asegurado que las mismas mujeres preserven la discriminación en contra de su propio género.

A las niñas desde pequeñas se les crea la imagen materna de cuidadoras de los niños, de la casa y de la salud de toda la familia, olvidando su propia salud y bienestar, en otras palabras se les enseña a “ser para otros”, ponerse a disposición de los demás, “definir su vida en función de un hombre y anticiparse a las necesidades de los otros, postergando hasta el infinito las propias necesidades”.¹⁹

Así se puede observar que el grupo social donde se desenvuelven obliga a las personas a comportarse de acuerdo con el papel genérico asignado o de lo contrario se exponen a sanciones que varían en magnitud, desde la desaprobación hasta el castigo.

Flores y Sayavedra afirman que: “Nacer niña o niño equivale a aprender a vivir y enfrentar la vida de manera diferenciada y tener opciones de vida distintas, como integrantes de una sociedad”.²⁰

La salud de las mujeres y los hombres se construye antes de la concepción, pero a partir del nacimiento la condición de género va a ser determinante ya que al enfrentar condiciones de vida diferenciadas y desiguales el modo de enfermarse, de vivir y de morir de las mujeres, también será diferente al de los hombres.

¹⁹ D. Cardaci, *Op. cit.*, 18-19.

²⁰ E. Flores y G. Sayavedra, “Algunas reflexiones teóricas”, en *Ser Mujer: ¿un riesgo para la salud?*, (México, 1997), 61.

1.3 La educación para la salud de las mujeres en México.

Antes de hacer referencia a la educación para la salud, es preciso llegar a una aproximación de los conceptos de educación por un lado y salud por otro, para de esta manera integrarlos después y abordar la educación para la salud.

La educación no es la sola acumulación de información y aptitudes básicas, ni la salud es lo contrario a enfermedad; la educación y la salud son conceptos mucho más amplios.

El término educación proviene del vocablo latino *educare* que significa criar, encaminar, llevar hacia afuera; Durkheim la define como “la acción ejercida por las generaciones adultas sobre las que todavía no están maduras para la vida social. Tiene por objeto suscitar y desarrollar en el niño un cierto número de estados físicos, intelectuales y morales que le exigen la sociedad política en su conjunto y el medio especial al que está particularmente destinado”,²¹ en otras palabras “la educación es una socialización de la generación nueva”.

Whitehead afirma que “la educación es la adquisición del arte de utilizar los conocimientos”.²²

Hierro define como educación a “la adquisición y transmisión de contenidos de conocimiento y actitudes valiosas con una perspectiva no inerte, para la realización de una finalidad valiosa: un tipo de persona y un tipo de sociedad deseables (personas libres en una sociedad justa)”.²³

²¹ E. Durkheim, *Educación y Sociología*, (Colombia, 1979), 11.

²² A. Whitehead. *Los fines de la educación y otros ensayos*, (Argentina, 1965), 20.

²³ G. Hierro. *Naturaleza y fines de la educación superior*, (México, 1994), 8.

Como se puede observar, educación es un concepto mucho más amplio que *instrucción* pues éste se refiere únicamente a la adquisición o transmisión de conocimientos, sin un fin ético.

Cuando se habla de educación se hace referencia al aprendizaje que permite combinar conocimientos, actitudes y aptitudes para configurar la vida, formar mejores personas, valiosas para la sociedad.

La educación puede dividirse en formal, no formal e informal: la *educación formal* es un sistema educacional jerárquicamente estructurado, graduado cronológicamente; la *educación no formal* se organiza fuera del marco de las instituciones de educación formal y atiende, por una parte, al mejoramiento de la vida social o al desarrollo de destrezas ocupacionales específicas, alejándose de los planes curriculares convencionales, y la *educación informal* se refiere al aprendizaje que se produce en forma desorganizada y asistemática, sin embargo, logra que el individuo adquiera actitudes, valores, habilidades y conocimientos, merced a la experiencia diaria,²⁴ la que se da en la familia y con las personas y medios que nos rodean; este tipo de educación es recibida también a través de actitudes, modelos, gestos e información.

Por otro lado, en cuanto a salud, proviene del latín *salutem* acusativo de *salus*, que significa seguridad, estado intacto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la simple ausencia de enfermedad o de invalidez.”²⁵

²⁴ A. García, “Los medios para la comunicación educativa”. en *La educación para los medios de comunicación. Antología*, (México, 1996), 53.

²⁵ H. San Martín, *Salud y Enfermedad*, (México, 1981), 12.

En la definición anterior es importante tomar en cuenta que además de una situación de “bienestar físico, mental y social, libre de enfermedad”, es necesario que no exista ninguna otra circunstancia anormal que impida a la persona desplegar el total de sus capacidades; además, este estado de salud no es estático sino que está sujeto a un cambio constante determinado por mecanismos de adaptación de los seres humanos (homeostasis).

La homeostasis permite mantener nuestro medio interno en un estado relativamente constante gracias al conjunto de respuestas adaptativas que permiten conservar la salud y la vida, a través de mecanismos sensoriales de retracción y control como pueden ser: la frecuencia cardíaca, la tensión o presión arterial, la hematopoyesis, la temperatura corporal, la respiración y la secreción glandular, entre otros.

La salud también se encuentra influenciada por cuatro factores determinantes que son:

1. La biología humana, como ejemplo tenemos el género, la herencia genética y el envejecimiento.
2. El medio ambiente, la contaminación del aire, del agua, de los alimentos y del medio psicosocial.
3. El estilo de vida, que se refiere a la conducta que cada persona tiene hacia la salud como puede ser el consumo de drogas, alcohol, hábitos insanos, promiscuidad sexual, falta de ejercicio físico, actitudes violentas e irresponsables, etcétera.
4. El sistema de asistencia sanitaria, influye en cuanto a su calidad, calidez, cobertura y accesibilidad económica.

De estas cuatro determinantes la única que no es factible modificar es la biología humana, pero las otras tres pueden ser modificables y están en relación directa con los factores sociales; de hecho, las medidas preventivas deben estar dirigidas hacia ellos.

Al reflexionar sobre esto, no debe extrañar, por tanto, que la salud y la enfermedad se encuentren desigualmente distribuidas entre la población, en gran parte debido a las diferencias sociales y culturales, las reducciones y el mal manejo del presupuesto para la salud, así como la discriminación de género, entre las personas, grupos y colectividades.

La salud no es sólo un producto de las condiciones genéticas y biológicas, sino también un resultado de las relaciones sociales predominantes; la salud dentro del conjunto de las condiciones de vida, es el mejor indicador de la dimensión *bienestar*, forma parte integral de la calidad de vida y es la mejor señal del desarrollo de un país.

La salud y la educación se encuentran estrechamente vinculadas, así se considera que cuando mejora el nivel educacional de las personas, mejora el nivel económico, el bienestar y la salud de la familia.

La educación para la salud es definida como un proceso organizado y sistemático, el cual pretende orientar a las personas a reforzar o a modificar conductas, por aquellas que son saludables en: lo individual, familiar y colectivo, y en su relación con el medio ambiente.

Otra definición señala que: "son las acciones que permiten al individuo mantener la vida y la salud, curar las enfermedades y hacer frente a sus efectos."²⁶

²⁶ Y. Arango, "Autocuidado: una toma de decisión de la mujer frente a la salud", en *Discurso, Género y Mujer*, (Colombia, 1992), 241.

Además de lo anterior, la educación para la salud debe basarse en acciones de comunicación que transmitan conocimientos y valores que favorezcan actitudes tendientes al cuidado responsable de la salud por cada miembro de la comunidad; por esto, debe ser abordada tanto desde el punto de la educación formal, desde la educación no formal y desde la educación informal.

La educación para la salud en México es impartida en instituciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) integrado por los establecimientos de salud públicos y privados, así como por las escuelas de educación formal.

En el nivel de enseñanza superior es abordada en las carreras relacionadas de alguna manera con la salud, entre ellas: Enfermería, Medicina, Odontología y Nutrición y por último algunas ONG's que imparten cursos de educación para la salud desde distintas perspectivas.

La Carta de Ottawa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que "la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud también es el resultado de los cuidados que uno/a mismo/a dispensa a sí mismo/a y a lo/as demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno/a vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de un buen estado de salud".²⁷

El sistema educativo es una institución que influye en una parte muy grande de la población dado que la escuela es un entorno donde muchas personas viven, aprenden y trabajan, es un lugar donde los programas de educación y salud pueden tener mayor repercusión ya que incide en todas las etapas de la vida del ser humano, por un lado en la niñez, la adolescencia y la juventud, y por otro en la etapa adulta que está representada por padres, madres y maestras/os.

²⁷ *Ibid.*, 240.

En México, el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, en el rubro No. 2, ubica el Programa de salud infantil y escolar, cuyas acciones pretenden reducir y controlar la morbimortalidad que afecta al grupo poblacional de los menores de 15 años, a través de acciones preventivas de saneamiento ambiental, mejora en el contenido dietético y el diseño de estrategias para el control de accidentes.

En el mes de junio de 1995 la Secretaría de Salud dió a conocer el Programa de Salud Integral del Escolar dirigido al personal de salud, para ser promovido en la comunidad escolar, cuyo objetivo general es contribuir a la formación y el cuidado de la salud de los escolares para su mejor desarrollo físico, mental y social.

Este programa aún no se conoce en las escuelas, y actualmente la educación para la salud en el ámbito escolar se encuentra fragmentada y diluida. Al revisar los programas y libros de texto de educación primaria, se encontró que, además de reproducir el lenguaje sexista y los estereotipos genéricos, lo que se imparte como educación para la salud involucra principalmente lo referente a normas de higiene, anatomía del cuerpo humano, grupos de alimentos, medio ambiente y se mencionan algunas enfermedades infecciosas, pero todo esto visto de una manera superficial.

Transcurren los primeros seis años de educación básica sin mencionar nada acerca de los componentes sociales de la salud y de las medidas para prevenir la violencia intrafamiliar, el maltrato y abuso infantil, así como la utilización de elementos que ayuden a fomentar la autoestima de las niñas y los niños.

No se reconoce lo valioso de la diferencia sexual que hay entre mujeres y hombres, no sólo en lo referente al aspecto biológico, sino también en el aspecto psicológico, lo cual permitiría estructurar la reciprocidad en lugar de la jerarquía de géneros.

Además de lo anterior, es preciso hacer notar que la falta de capacitación de las/os maestras/os dificulta todavía más su capacidad de desarrollar una educación para la salud con un enfoque integral. Por último, cabe señalar que la carga académica excesiva de los diferentes programas exige la atención de las/os maestras/os, quienes tienen que hacer rendir el poco tiempo disponible para cumplir con planes de estudio saturados de información.

Con respecto a la educación superior en ninguna carrera se consideran contenidos de educación para la salud, excepto en las relacionadas con ella como son: Medicina, Enfermería, Odontología y Nutrición.

En un estudio realizado por Cardaci, de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Xochimilco, concluye que: en México no existen programas de licenciatura, especialidad, maestría ni doctorado dedicados exclusivamente al campo de la educación para la salud. En el nivel de pregrado se incorporan la promoción de la salud y la educación para la salud como contenidos de otras materias y solamente en la cuarta parte de los posgrados en salud pública que se imparten en instituciones públicas a nivel superior, la educación para la salud se aborda como una materia del currículum.²⁸

El estudio de esta autora muestra de manera objetiva que en las carreras relacionadas con la salud, hasta la fecha, no se ha dado la importancia que la educación para la salud tiene como un instrumento indispensable para incidir en la vida de las personas y favorecer cambios de conducta que modifiquen factores de riesgo tanto ambientales como sociales que impidan la aparición de enfermedades y por tanto se logre una vida saludable, física, mental y socialmente.

²⁸ D. Cardaci, "Formación de recursos humanos en promoción de la salud y educación para la salud. El caso México", en *Formación en Promoción de la salud y Educación para la salud*, (Puerto Rico, 1997), 17-18.

En el país operan aproximadamente cuatrocientas ONG's de las cuales un 80% realiza actividades de salud²⁹, las cuales han venido estructurando modelos de planificación social cuya base son generalmente programas y proyectos a corto plazo, que ofrecen talleres, cursos y servicios donde enfatizan el derecho a la información y a la salud, por medio de estrategias y actividades que favorecen la movilización política, la comunicación social, la investigación, la educación participativa y la humanización de los servicios de salud.

Las ONG's ofrecen servicios de salud y programas de educación para la salud y educación sexual donde se ha incorporado la perspectiva de género, haciendo énfasis en la ejecución de modelos humanizados de calidad en la relación entre médicas/os y pacientes.

Sus programas de educación para la salud están dirigidos principalmente a las mujeres, pero no como cuidadoras de la salud de sus familias, sino con la finalidad de mejorar la calidad de vida de ellas; especialmente sus condiciones de salud, y promoviendo un trato no discriminado en la sociedad.

Todo esto parece confirmar que el surgimiento y las acciones de las ONG's se ha dirigido para trabajar con y para las mujeres, con la finalidad de hacer más visible su situación e incidir con mejores resultados en su intervención, demandando cambios en la distribución de los recursos para terminar con la desigualdad que hace a las mujeres más vulnerables a padecimientos que ponen en riesgo su salud.

²⁹ *Ibíd.*, 2.

CONCLUSIONES

La teoría feminista permite analizar y problematizar las relaciones de género, las cuales han originado la construcción de dos tipos de personas: hombre y mujer, género masculino y género femenino. A través del género se transforma el sexo biológico primario en una delimitación social de actividades, actitudes, roles e imágenes de acuerdo con el sexo.

Las relaciones de género a lo largo de la historia del patriarcado, han sido relaciones asimétricas de dominación masculina, lo cual ha propiciado patrones de opresión que afectan a las mujeres, se les devalúa, se les considera inferiores o bien como “el otro” en lugar del semejante; así la diferencia sexual ha confinado a millones de humanas a vivir en condiciones sumamente desiguales respecto a los hombres.

Lamas afirma que “entre hombres y mujeres hay más semejanzas como especie que diferencias sexuales”⁴⁰ de acuerdo con esta autora las características biológicas femeninas o masculinas las/os hacen complementarias/os para la procreación, pero fuera de esto no existe hombre o mujer, existen dos seres humanos matizados con una característica particular que no influye en su rendimiento, eficiencia e inteligencia y no es preciso establecer quién es superior biológica o intelectualmente; se trata de precisar que la diferencia sexual no significa inferioridad, dado que mujeres y hombres son seres humanos con diferencias y similitudes pero igualmente valiosos para la familia, la sociedad y la humanidad.

Sin embargo, la discriminación de las mujeres es una constante y aún cuando en la Constitución Mexicana de 1975 se igualaron ante la ley los géneros, parece ser que no se han ejercido suficientes

⁴⁰ Lamas. *Op. cit.*, 115.

acciones complementarias que permitan reforzar el cumplimiento de esta ley y gradualmente modificar la ideología que invade todos los ámbitos.

Las mujeres por su condición de género padecen mayores problemas de salud, en parte porque en el ámbito escolar no se le ha dado relevancia a la educación para la salud y se imparte de manera fragmentada, sin tomar en cuenta la diversidad de los grupos sociales, su modo de vivir, educación, condición social, etc.; no hay una planeación tendente a elaborar programas congruentes con la realidad social y a preparar a las/os docentes para vivir y transmitir una educación para la salud con un enfoque integral que tome en cuenta los componentes sociales de la salud, el conocimiento de los derechos humanos (derecho a la salud, derechos reproductivos, sexuales, etc.), que ayude a prevenir el maltrato y abuso infantil, así como la utilización de elementos (como la perspectiva de género) que ayuden a fomentar la autoestima de niñas y niños.

En el capítulo siguiente se aborda el concepto tradicional de medicina cuya práctica médica no se ha podido sustraer a la perspectiva patriarcal; además, se hace un análisis acerca de la educación sexual y la salud reproductiva, así como su repercusión sobre la salud de las mujeres en México.

CAPÍTULO 2

LA EDUCACIÓN SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA CONSIDERACIÓN DE LA SALUD FEMENINA EN MÉXICO

En este capítulo se abordan algunos aspectos del concepto de Medicina, evolución de algunas teorías acerca de la enfermedad y la forma en que han sido tratados problemas de salud de las mujeres.

También se hace referencia a la educación sexual, la falta de preparación de las madres y los padres para transmitirla a sus hijas/os y las deficiencias con que se desarrolla dentro de la educación formal.

Además, se muestra un panorama general de aspectos relevantes de la salud reproductiva de las mujeres en México como son: mortalidad materna, planificación familiar, aborto, enfermedades de transmisión sexual, cáncer cérvico-uterino y mamario, menopausia y por último agresión y violencia de género.

2.1 El concepto tradicional de Medicina

A la Medicina tradicionalmente se la ha definido como arte y ciencia de la prevención, diagnóstico, tratamiento de las enfermedades y del mantenimiento de la salud.³¹

Este concepto se deriva del modelo médico europeo que se impuso a los pueblos americanos para convertirse en la práctica médica hegemónica que ha predominado por siglos, la cual se basa en una concepción restrictiva de la salud fundada en una ideología biologicista y patologicista de corte decimonónico, y no en el análisis de la multideterminación histórica (biológica, social, económica, jurídica política y cultural) de la génesis y la construcción de la salud y de la enfermedad.³²

La mayoría de las/os médicas/os separan a la salud y a la enfermedad como si estos fueran fenómenos que ocurren aisladamente centrándose en los aspectos biológicos de la enfermedad; esto se sustenta en la teoría monocausal, la cual propone que las enfermedades tienen una causa única y se presentan como fenómenos biológicos individuales.³³

A partir de esta teoría hubo grandes avances en el campo de la Medicina y se definieron aspectos tan importantes como el comportamiento de los microorganismos en las enfermedades infecciosas, pero su visión sobre las causas únicas, biológicas e individuales es criticable ya que no se toman en cuenta otras también importantes como son las condiciones en que los seres humanos viven y se desarrollan, y no explica porqué ante la exposición del mismo agente patógeno, algunos organismos enferman y otros no.

³¹ **Diccionario de Medicina**, (Barcelona, 1994)

³² M. Lagarde, "Presentación", en **Ser mujer: ¿un riesgo para la salud?**, (México, 1997), 19.

³³ C. Eibenschutz, D. Cardaci y D. González, "Reflexiones sobre mujer y salud", en **Mujeres y Medicina** No. 2, (México, 1987), 35

Posteriormente aparece el modelo multicausal, que aunque supera la visión biológica e individual de las enfermedades, adolece también de fallas al definir a la enfermedad como un fenómeno influido por múltiples factores como son los psíquicos, sociales y biológicos, concediéndoles el mismo peso a estos tres, sin tomar en cuenta que existen enfermedades en las cuales el componente social es determinante. Al respecto los médicos alemanes Rudolf Virchow y Salomon Newman, y otro grupo de médicos franceses, a partir de 1830 postulaban que todas las enfermedades son mediatizadas y modificadas por la actividad social y el medio cultural, por tanto concebían a la ciencia médica como una ciencia social.³⁴ Ellos sentaron las bases de la medicina social cuyo propósito es “estudiar los factores que conforman la condición social de un grupo en particular lo cual afecta el estado de salud de cualquiera de los miembros del grupo; y con base en ese conocimiento proponer las medidas de naturaleza médica, sanitaria o social que sean necesarias para mejorar la salud y hacer accesible al pueblo, en el mayor grado posible, los logros de la ciencia en la prevención y el tratamiento de la enfermedad.”³⁵

Sin embargo, el propósito que estos médicos alemanes definieron para la medicina social, parece ser que no se ha cumplido en el caso del grupo femenino cuya salud es considerada sólo dentro del proceso reproductivo, olvidando las otras etapas de la vida de las mujeres.

El feminismo por medio de la perspectiva de género ha logrado hacer visible el pésimo estado de salud de muchas mujeres originado por factores como el descuido social, la desatención, la opresión, la discriminación y el maltrato, también ha cuestionado el modelo hegemónico patriarcal que predomina en toda la práctica médica y que reproduce el mismo poder patriarcal en todos los ámbitos de la salud afectando las condiciones y la calidad de vida de las mujeres.

³⁴ G. Rosen. “¿Qué es la medicina social?”, en *Salud Problema*, (México, Verano 1985), 13-14.

³⁵ *Ibid.*, 24.

En este modelo predomina el sexismo, la misoginia y el machismo dado que algunas/os médicas/os se relacionan con las pacientes desde una posición de poder, se comportan de manera autoritaria, no respetan el derecho de las pacientes a una explicación sobre su enfermedad, se les trata como niñas, como menores de edad y como ignorantes.

La opresión y maltrato médico son mayores cuando son más subestimadas las mujeres por factores como la edad, escolaridad, clase social, etnia, religión o nacionalidad,³⁶ las/os médicas/os se adjudican autoridad moral para normar su conducta biológica, social, sexual y familiar y “la mayoría de ellas/os piensa que el destino de las mujeres es el matrimonio y la maternidad”.³⁷

Los procesos fisiológicos de las mujeres como son la menstruación, el embarazo y la menopausia, al ser clasificados como enfermedades han sido utilizados para perpetuar la idea de que las mujeres son enfermas con naturaleza maternal y hormonal, que tienen que ser controladas y medicalizadas hasta en funciones perfectamente naturales como esas, y esto muchas veces ha sido refrendado por las/os profesionales de la salud.

Lo anterior parece confirmar que el cuerpo de las mujeres no les ha pertenecido, ha sido un *cuerpo para otros*, la ciencia médica las ha considerado como objetos y la atención que se les ha brindado en muchas ocasiones se ha convertido en un riesgo más para su salud.

2.2 La educación sexual

Generalmente se asocia el término educación sexual a una clase formal en la escuela donde se imparte información sobre los aspectos fisiológicos de la sexualidad; sin embargo, desde el nacimiento se reciben mensajes por diversos medios en relación con el cuerpo y la sexualidad.

³⁶ E. Flores y G. Sayavedra, *Op. cit.*, 82.

³⁷ *Ibid.*, 81.

El aprendizaje para vivir la sexualidad se inicia desde el principio de la vida; desde entonces las/os niñas/os comienzan a formar sus sentimientos sexuales, se aprende a ser hombre o mujer, la manera de relacionarse con su cuerpo, y cada uno de estos aprendizajes son fundamentales para la formación como personas y como seres sexuales.

La sexualidad se refiere a la totalidad de la persona, incluye todos aquellos aspectos del ser humano que se vinculan específicamente con ser niño o niña, mujer u hombre, y es una entidad sujeta al cambio dinámico a través del ciclo vital. La sexualidad afecta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la vida.

La educación sexual es definida por algunos autores “como el proceso constante de formación e intercambio de valores, conocimientos y comportamientos, que incorporan y transforman las relaciones entre hombres y mujeres dentro de un contexto social y cultural determinado”.³⁸

En México, la enseñanza de la educación sexual por parte del Estado ha sufrido tropiezos debido al manejo de algunos grupos con tendencias religiosas que se oponen a que se imparta información objetiva y veraz sobre sexualidad a las/os niñas/os desde la educación básica, con el argumento de que la educación sexual y la información acerca de los métodos para evitar embarazos “lance a las/os jóvenes a ejercitar una actividad sexual más temprana y al libertinaje”,³⁹ por tanto, parecer ser que la educación sexual, se basa principalmente en la represión, la culpabilidad, la ignorancia y la intolerancia, contribuyendo de manera importante en la generación de problemas como las altas tasas de natalidad en adolescentes, manejo inadecuado de la anticoncepción y los abortos, agresiones sexuales, violencia intrafamiliar, discriminación con base en las preferencias sexuales e

³⁸ G. Rodríguez, *et. al.*, “Educación para la sexualidad y la salud reproductiva”, en **Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México**, (México, 1996), 344.

³⁹ A. Brito, “Educación sexual en las escuelas, efectiva medida de prevención”, en **Letras No. 3**, (México, Octubre 1996), 11.

incremento en el índice de personas que padecen enfermedades de transmisión sexual (ETS), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida) entre ellas.

Muy a menudo, las madres y los padres no hablan de sexualidad con sus hijas/os por los tabúes, prejuicios y el escaso o nulo conocimiento que tienen sobre ella, además de las barreras generacionales que se acentúan en la adolescencia.

Al no abordar el tema, dejan que sus descendientes se desenvuelvan en un medio social que les transmite mensajes contradictorios, que prohíben el sano ejercicio de su sexualidad, a la vez que lo alientan y comercializan, sin brindarles información que los proteja de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual.

Por lo que respecta a la educación básica, en los primeros cuatro años de educación escolar no se aborda ningún tema sobre educación sexual y no es sino hasta el quinto año donde recientemente se ha introducido el tema de educación sexual, aparentemente abordado con una perspectiva de género.

Por otro lado, en el nivel de la educación secundaria, Fuentes Molinar, de la Subsecretaría de Educación Básica y Normal, declaró que hasta ahora la Secretaría de Educación Pública cuenta con un programa para el tercer año de secundaria; “a la materia de orientación educativa, le quitamos el carácter exclusivamente de educación vocacional y metimos una línea relacionada con el desarrollo de los jóvenes que incluye información sobre sexualidad, drogadicción, alcoholismo y otros como trabajo, derecho, relación con la autoridad y legalidad, además, deberán pasar dos años para que haya un cambio total de los libros de ciencias naturales de 3o. a 6o. año de primaria”.⁴⁰

⁴⁰ S. del Valle, “Educación sexual en las escuelas, nuevo botín conservador”, en *Doble Jornada*, No. 115, (México, septiembre 1996), 6.

Así pues, la educación sexual que reciben las/os niñas, niños y adolescentes a lo largo de 9 ó 10 años de estudios escolarizados, se basa en unas cuantas páginas del libro de ciencias naturales del quinto año de primaria y en un solo libro de texto en el último año de educación secundaria, con lo cual se pretende resolver las dudas que las/os niñas/os y las/os adolescentes han acumulado sobre los cambios en sus cuerpos, las actitudes y las relaciones con el sexo opuesto.

Al ser insuficiente la educación sexual que reciben en casa y en la escuela, la mayoría de las/os jóvenes reciben información sexual proveniente de sus amigas/os con el riesgo de que sea, casi siempre, distorsionada o parcial.

A este respecto es conveniente mencionar que en el año de 1996, “el Programa Nacional *De joven a joven* del Consejo Nacional de Población (Conapo) respondió a más de 80 mil llamadas telefónicas de jóvenes -de entre 11 y 20 años-, relacionadas con salud sexual y reproductiva, una/o de cada diez adolescentes -531 mil registrados en las escuelas secundarias del DF- solicitó información sobre sexualidad”.⁴¹

Esto confirma que la discriminación que toma como punto de partida la edad o el estado civil, ha propiciado el desconocimiento por parte de las/os adolescentes sobre aspectos básicos de la sexualidad y del uso apropiado de métodos anticonceptivos, y si a eso se agrega la carencia de servicios relacionados con la salud reproductiva y la iniciación de la actividad sexual en hombres y mujeres a edades cada vez más tempranas; el resultado es que desde hace varios años, han aumentado los problemas de salud reproductiva como son: enfermedades de transmisión sexual, un explosivo aumento en la fecundidad del grupo de mujeres menores de 20 años (una cuarta parte del total de los nacimientos), embarazos no deseados, abortos en condiciones inadecuadas (entre un 10 y 15% de los abortos).⁴²

⁴¹ Id.

⁴² *Perspectiva hacia el siglo XXI. La nueva cultura de la salud sexual*, Mexfam, (México, 1995), 26.

La iniciación precoz de las relaciones sexuales no sólo tiene un efecto decisivo en el aumento del número de embarazos, sino también en la exposición a enfermedades de transmisión sexual e incluso a la muerte, como sucede con el Sida.

Ocurren casi 500 000 nacimientos anuales provenientes de mujeres menores de 20 años; 80% de las mujeres con pareja entre los 15 y los 19 años de edad desean aplazar su siguiente embarazo; sin embargo, solamente 30% de ellas utilizan algún método anticonceptivo. A pesar de las intensas campañas de información sobre la necesidad de evitar los embarazos no deseados, sólo una de cada tres parejas jóvenes utilizan algún método anticonceptivo durante su primera relación sexual.⁴³

Las mujeres adolescentes, son las que se ven más afectadas por los altos niveles de embarazo precoz, tasas significativas de abortos clandestinos o practicados en malas condiciones, mortalidad materna elevada, pérdida de oportunidades por el abandono de sus estudios que les impide una educación deseable, incluso muchas casi niñas están dispuestas a correr el riesgo de morir durante un aborto en malas condiciones con tal de terminar sus estudios, todo ocasionado por la carencia de una educación sexual adecuada que además les proporcione información objetiva sobre servicios anticonceptivos.

A este respecto, otra autora señala que “esta situación tiene que ver con la baja prioridad que se ha dado a la salud sexual en su concepción más preventiva, es decir a la educación sexual. La falta de compromiso en la educación sexual por parte de las instituciones familiares, eclesiásticas, de salud, educativas y de comunicación masiva se debe al potencial político que tienen los discursos educativos de la sexualidad”.⁴⁴

⁴³ **Id.**

⁴⁴ G. Rodríguez, “De la maternidad a la vida sexual sin riesgo”, en *Maternidad sin riesgos en México*, (México, 1994), 131.

La creencia infundada de que la educación sexual y la información acerca de los métodos para evitar embarazos, incita a jóvenes y adolescentes a ejercitar una mayor y más temprana actividad sexual, queda invalidada con las afirmaciones hechas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que en 1993 realizó la evaluación de 35 investigaciones sobre el tema, detectando que “no hay evidencias de que la educación sexual en las escuelas induzca a la gente joven a incrementar o adelantar su actividad sexual”.⁴⁵ Algunos de los estudios evaluados demostraron incluso que este tipo de instrucción puede llevar a diferir el inicio de dicha actividad y a disminuir el número de encuentros sexuales entre las y los jóvenes. Con respecto al Sida, diez de las investigaciones analizadas por la OMS reportaron incrementos significativos en la adopción de prácticas seguras entre jóvenes sexualmente activas/os.⁴⁶

Según investigaciones del Programa Global sobre el Sida de la OMS, al menos la mitad de todas las infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana, ocurren entre jóvenes de 15 a 24 años de edad. Las infecciones en este sector de la población se sitúan a la cabeza de esta pandemia y a ello contribuye poderosamente la oposición a la labor preventiva en las escuelas. Así lo confirmó en la Conferencia Internacional sobre Sida en Berlín (1993), el director ejecutivo del Programa Global sobre Sida Michael Merson quien declaró que: “la creencia de que la educación sobre el sexo podría promover la actividad sexual en la gente joven es una poderosa barrera a la introducción de campañas preventivas del VIH para los jóvenes. Todas las evidencias a la vista sugieren exactamente lo contrario. De hecho creemos que dar información sobre sexualidad y la necesidad de las prácticas seguras a niños y jóvenes los ayuda a protegerse a sí mismos de la infección por VIH”.⁴⁷

⁴⁵ A. Brito, *Op. cit.*

⁴⁶ *Id.*

⁴⁷ *Id.*

En 1988 el Consejo Nacional de Población (CONAPO) realizó la Encuesta Nacional sobre Sexualidad en Familia en jóvenes de educación media, en ella se demuestra que el 36.4% de las jóvenes menores de 18 años que había tenido relaciones sexuales no usaron métodos anticonceptivos, y 35% pensaba que en la primera relación sexual la mujer no podía quedar embarazada. Además el 97% de las/os estudiantes entrevistadas/os sentía que la información respecto a la sexualidad debería provenir del programa escolar.⁴⁸

No sólo las/os jóvenes solicitan esto, también las/os madres y padres de familia, como lo demuestra la segunda Encuesta Nacional sobre Orientación y Educación Sexual para Adolescentes en 1994, realizada por el Instituto Mexicano de Investigación en Familia y Población (Imifap) en las tres principales ciudades del país (Distrito Federal, Guadalajara y Monterrey) muestra que el 95.8% de las/os madres y padres de familia encuestadas/os considera necesario que se imparta educación sexual en las escuelas secundarias y su mayor preocupación tiene que ver con el Sida (95.7%), la sexualidad (95.1%) y la prevención de embarazos (93.7%).⁴⁹

A este mismo respecto, en 1993 el Conasida realizó una prueba piloto con 397 madres y padres de familia, cuyos hijos e hijas asistían a escuelas secundarias oficiales. Los resultados son elocuentes: 81% de las/os madres y padres estuvieron totalmente de acuerdo en que las escuelas asuman parte de la responsabilidad de brindar a sus hijas e hijos educación sexual, en donde se incluya información sobre el Sida y otras ETS; el 19% restante lejos de estar en total desacuerdo, delegó completamente dicha responsabilidad al sistema educativo.⁵⁰

⁴⁸ S. del Valle, *Op. cit.*

⁴⁹ *Id.*

⁵⁰ A. Brito, *Op. cit.*

Además, en el estudio señalado, se concluye que los programas escolares que promovieron, tanto el posponer el inicio de la actividad sexual como el sexo protegido para los sexualmente activos fueron mucho más efectivos que aquellos que promovieron la abstinencia.

A partir del análisis de estudios como los realizados por la OMS, representantes del Conasida concluyeron que “el gran avance radica en que si bien los padres de familia no pueden abordar el tema de la sexualidad y el Sida en el hogar, no sólo lo están permitiendo a través del sistema educativo, sino que lo están solicitando”.⁵¹

Cada vez que ocurre una infección o un embarazo no deseado, se trata de alguien, de un miembro de nuestra sociedad que por algún motivo no tuvo la información necesaria o bien, si la tuvo, no la pudo aplicar.

Las/os jóvenes estudiantes, en particular por su inexperiencia, por su actividad sexual temprana, por el número de parejas sexuales y por la falta de la práctica en el uso del condón, son las/os más expuestas/os a estos problemas.

Esto lleva a pensar que hay necesidad de campañas más eficaces de información para las/os jóvenes, y que es importante trabajar más en el campo de la prevención de la salud, y que si hoy se invierten muchos millones y esfuerzo en educación, se notará una disminución al cabo de muchos años, del número de casos de embarazos precoces, no deseados y ETS.

La realidad es que tal vez no se puede evitar que muchas/os jóvenes tengan relaciones sexuales, pero el que las tengan sin información y orientación adecuadas constituye un riesgo mucho mayor. Y como lo demuestran los estudios de la OMS en los lugares donde se han desarrollado programas de

⁵¹ **Id.**

orientación sexual y de servicios de salud reproductiva para la juventud, no hay pruebas de un incremento en la actividad sexual de las/os jóvenes.

Los programas de educación sexual preventivos deben estar encaminados a considerar de manera integral las relaciones familiares, los valores, la autoestima, la toma de decisiones y la comunicación con la pareja, entre otros factores, para que la vida sexual se desenvuelva libre de los mitos que perjudican el desarrollo de las personas al exponerlas a la propagación del Sida, las enfermedades sexuales y los embarazos no deseados, que enfrentan a las/os adolescentes con las grandes responsabilidades que representan la maternidad y la paternidad para las cuales no están preparadas/os.

Parece ser que aquellas/os que se dedican a la educación sexual formal se resisten a considerar a la sexualidad como una expresión importante y placentera de la naturaleza humana, y que es necesario escuchar cuales son las necesidades, significaciones, experiencias y dificultades de cada persona, para brindarle la información que contribuya como un factor liberador de mitos, prejuicios y estereotipos, que le impiden el goce del placer, afectan la estructura social e influyen en los roles sexuales y en todos los aspectos de la vida de hombres y mujeres.

2.3 La salud reproductiva en la consideración de la salud femenina en México

El antecedente más reciente del concepto “salud reproductiva” se encuentra en los años sesentas con el término de “salud materno-infantil”, el cual se caracterizó por concebir la salud de las mujeres como un medio para alcanzar la salud infantil; se dirigía únicamente a quienes estaban

embarazadas o tenían intenciones abiertas de tener hijos, así como a los niños menores de cinco años, y ofrecía escasos o nulos servicios para las mujeres más allá de la función reproductiva.⁵²

Bajo este concepto se puede afirmar que se ha concebido la salud femenina con base en dos aspectos solamente: para mejorar la salud infantil y, como un factor importante para controlar el crecimiento demográfico; su salud en particular, en otras etapas de la vida, ha sido ignorada.

En 1987, los programas dirigidos a la salud materno infantil pusieron por primera vez énfasis especial en la madre, al lanzar a nivel internacional la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgos, “el objetivo principal de esta iniciativa era reducir la morbilidad materna, es decir, el impacto de los problemas de salud derivados del embarazo, del parto, puerperio y aborto, así como las complicaciones secundarias por el uso de métodos de planificación familiar.”⁵³

Esta iniciativa indudablemente fue un avance para tratar de reducir las tasas de mortalidad materna; sin embargo, aún era parcial pues se enfocaba únicamente a algunos problemas reproductivos, sin aludir a los aspectos de salud que afectan tanto la reproducción como la sexualidad de las mujeres a lo largo de toda su vida.

Algunos años después en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo que tuvo lugar en El Cairo en el año de 1994, se reconoció la salud reproductiva como un elemento de importancia para mejorar la salud y la condición de las mujeres, dando paso a un nuevo concepto de salud reproductiva que fue definida por la OMS como el “estado de completo bienestar físico, mental y social en todos aquellos aspectos relativos a la reproducción. La salud reproductiva implica la capacidad para reproducirse, acceder a un embarazo y parto seguros, llevar el proceso reproductivo

⁵² A. Langer y K. Tolbert, “Presentación”, en *Mujer: Sexualidad y salud Reproductiva en México*, (México, 1996), 10.

⁵³ *Id.*

a buen término, es decir, dar a luz a un niño o niña sanos, que crezca en buenas condiciones; también se refiere a la capacidad de regular la fecundidad sin riesgos y escoger el método más conveniente de manera libre e informada así como tener una vida sexual satisfactoria y libre de enfermedad”.⁵⁴

Este concepto de salud reproductiva tiende todavía a ser parcial, aun cuando se refiere a aspectos importantes que contribuyen a remediar los altos niveles de mortalidad materna, sigue privilegiando la reproducción como el aspecto principal de la sexualidad.

El sexo alude a las diferencias anatómicas que caracterizan a machos y hembras, en cambio la sexualidad es una construcción social más compleja que, si bien tiene como límite el sexo, tiene ejes de integración más importantes como el cuerpo, el erotismo, las relaciones afectivas y el placer.

En la Conferencia Mundial de la Mujer que se llevó a cabo en Beijing en el año de 1995, se abordó la salud reproductiva con una perspectiva de género para reconocer la situación de las mujeres con respecto a la salud reproductiva y la sexualidad en ámbitos que se encuentran interrelacionados con su salud, como son: la educación, la familia, el trabajo y la sociedad y surge la necesidad de un concepto que aborde la salud reproductiva desde una perspectiva tanto reproductiva como placentera.

Se plantea que la salud sexual es el objetivo que debe definir las acciones tanto de la educación sexual como de los servicios de salud, y se reconoce la expresión salud sexual que es complementaria de la salud reproductiva pero privilegia el reconocimiento de que la vida sexual es un valor en sí mismo, independientemente de su vínculo con la reproducción.

⁵⁴ A. Langer y M. Romero, “Diagnóstico en salud reproductiva en México”, en *Reflexiones, Sexualidad, Salud y Reproducción*, No. 3, (México, mayo 1995), 3.

La OMS define la salud sexual como “la integración de aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de la sexualidad, de maneras que definitivamente enriquezcan y estimulen la personalidad, la comunicación y el amor. Toda persona tiene el derecho a recibir información y a considerar la aceptación de las relaciones sexuales tanto con fines placenteros como procreativos”.⁵⁵

Este concepto se refiere al disfrute de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, sin fecundación, para desarrollar la sexualidad en la comunicación, la convivencia, el respeto y el amor entre las personas, que se unen en pareja para amarse y construir su vida con base en intereses y valores comunes.

En México, en el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000, se define a la Salud Reproductiva como “la capacidad de los *individuos* y de las parejas para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y el espaciamiento de sus *hijos*”.⁵⁶

Este programa menciona en uno de sus rubros la incorporación de la perspectiva de género; sin embargo, desde la misma definición se percibe el lenguaje patriarcal cuando se refiere a los *individuos* en lugar de las personas o bien hombres y mujeres, también habla de los *hijos* en lugar de hijas e hijos.

Es de hacer notar que el 90% de las líneas de acción del mencionado programa, van encaminadas a promover estrategias de planificación familiar.

⁵⁵ G. Rodríguez. *et. al.*, **Op. cit.**

⁵⁶ **Diario Oficial de la Federación**, tomo DXVI, No. 10, (México, septiembre 13 1996), 21.

Esto puede deberse a que las políticas de población son dictadas por el Banco Mundial cuyas tendencias neomalthusianas son apoyadas por las políticas gubernamentales sin tomar en cuenta el aspecto humano que se ha visto afectado por las inequidades sociales y económicas existentes.

Estas políticas han tenido un efecto negativo en la salud y el bienestar de las mujeres, ya que además de las metas demográficas, la discriminación, la baja calidad de los servicios, la "relación de poder"⁵⁷ que se establece entre las/os profesionales de la planificación familiar y las/os usuarias/os, la falta de información acerca de cada uno de los métodos anticonceptivos y sus consecuencias, se termina por utilizar a las mujeres como objetos y no sujetos de su proceso reproductivo.

Así pues, la salud reproductiva al ser utilizada para la aplicación de políticas demográficas, en las instituciones de salud se enfoca a promover la anticoncepción con métodos cuya responsabilidad recae, en la mayoría de los casos, sobre las mujeres (especialmente las de bajos recursos), quienes están sujetas al maltrato y a las decisiones de prestadoras/es de servicios que no toman en cuenta sus deseos, sus necesidades, su voluntad, ni sus derechos como personas.

En el Coloquio "Los retos para mejorar la salud de las mujeres en México", la Dra. Uribe de Conasida manifestó que "todas las áreas médicas relacionadas con la sexualidad siempre han sido mal manejadas por el personal de salud. Los servicios de salud que tienen que ver con la sexualidad presentan poca sensibilidad frente a los distintos problemas de quienes asisten a ellos, hay poca capacitación para mantener un buen ambiente de consulta".⁵⁸

⁵⁷ J. Figueroa, "Comportamiento reproductivo y salud: reflexiones a partir de la prestación de servicios", en *Ética y salud reproductiva*, (México, 1996), 297.

⁵⁸ P. Uribe, "Enfermedades de Transmisión sexual y Sida" en *Memoria Coloquio. Los retos para mejorar la salud de las mujeres en México*, (México, 1996), 84.

Esta afirmación confirma que los programas de salud rara vez se ocupan de preparar a las/os prestadoras/es de servicios para el desafío que significa cambiar actitudes en la forma de realizar el trabajo.

Además, al estar la atención totalmente puesta en las políticas demográficas, se olvidan otros aspectos importantes de la salud reproductiva como son: las enfermedades de transmisión sexual, los altos índices de muertes relacionadas con la maternidad o con el aparato reproductor femenino, la desnutrición de las mujeres, el embarazo adolescente, el aborto, la menopausia, la educación sexual y la violencia intrafamiliar de que son víctimas la mayor parte de las mujeres.

El manejo de la fertilidad y las metas demográficas han hecho perder de vista todos estos factores que siguen reproduciendo la inequidad del trato a las mujeres, lo cual afecta de manera importante no sólo su salud reproductiva, sino también su salud integral y, consecuentemente, la de cada miembro de su familia.

Todas las personas tienen el derecho a gozar de salud, y uno de sus aspectos es la salud reproductiva que no se limita únicamente al embarazo y parto, incluye a la sexualidad para que todas las personas sean capaces de tener una vida sexual satisfactoria y segura, y tener también la capacidad para reproducirse y la libertad para decidir si lo hacen o no, cuando y con qué frecuencia.

Para entender lo anterior, se tiene que tomar en cuenta que tanto la sexualidad como la reproducción no son fenómenos únicamente físicos; las decisiones que se toman sobre la vida sexual y reproductiva se ven influenciadas por factores emocionales, psicológicos, sociales y culturales; sin embargo, independientemente de qué decisiones se tomen, todas las personas tienen derecho a obtener el más alto grado de salud sexual y reproductiva.

Pero en lo que toca a las mujeres, existen muchas circunstancias que les impiden obtener un grado aceptable de salud dada su posición de subordinación y discriminación tanto en la educación (63% de analfabetas son mujeres), como en la sociedad y en la familia, y al no ser reconocidas sus necesidades se conforman condiciones de riesgo para contraer enfermedades que incluso las pueden llevar a la muerte antes, durante y después de su vida reproductiva.

A continuación se hace referencia al estado que guardan en la actualidad en México, los principales problemas relacionados con la salud reproductiva de las mujeres como son: la mortalidad materna, la planificación familiar, el aborto, las enfermedades de transmisión sexual y Sida, el cáncer cérvico-uterino y mamario, la menopausia y la violencia intrafamiliar.

2.3.1 Mortalidad materna. (MM)

La mortalidad materna se refiere a la muerte de las mujeres durante el proceso de embarazo, parto y/o puerperio.

El proceso reproductivo la mayoría de las veces es percibido sólo en sus fases terminales y se olvida que la prevención debe ser el primer aspecto en el cual incidir para evitar complicaciones pre y posnatales a las mujeres y a sus hijos.

El sistema de salud, al proporcionar servicios insuficientes, mal distribuidos y de baja calidad, no siempre soluciona los problemas de salud reproductiva de las mujeres, y ha contribuido a altas tasas de mortalidad materna por complicaciones del embarazo, parto y puerperio; 4.5 por cada 10 000 nacimientos registrados (primera causa de muerte para las mujeres en edad fértil entre los 15 y 49

años), que podían evitarse en gran parte si las condiciones de salud y la accesibilidad y calidad de los servicios responsables se mejoraran.⁵⁹

No es posible alcanzar la salud reproductiva como un bienestar integral de las personas en lo que toca a su sexualidad y su reproducción, cuando analizamos las cifras de MM, sus causas y las diferencias que existen entre los distintos grupos sociales.

Las causas de MM más frecuentes son el aborto en un 7.9% y las causas obstétricas directas en un 90.7%, de las cuales la toxemia (24.6%) y las hemorragias (23.1%) completan casi un 50 por ciento.⁶⁰

Las hemorragias pueden tratarse con éxito cuando se cuenta con servicio de banco de sangre y quirófano, y las toxemias también pueden resolverse en una gran proporción, lo cual sugiere que un número importante de muertes ocurre por deficiencias en la atención del embarazo y del parto.⁶¹

En los años de 1979 a 1990, los problemas de parto, en general fueron la principal causa de MM en México, como consecuencia directa de complicaciones que no reciben atención en los servicios de salud; de estas muertes las dos terceras partes sucedieron en municipios de alta o muy alta marginación, y la mitad en localidades rurales dispersas de menos de 2 500 habitantes.

Con respecto al nivel de desarrollo regional, en un estudio se diferenciaron tres regiones y se comparó la MM a lo largo de 15 años: la zona norte se clasificó de baja MM, la zona centro de MM promedio y la zona sur de alta MM.

⁵⁹ A. Langer y M. Romero, "El embarazo, el parto y el puerperio", en **Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México**, Op. cit., 23.

⁶⁰ Id.

⁶¹ *Ibid.*, 25.

Las defunciones registradas entre 1986 y 1991 (véase tabla I) sugieren que la escolaridad tiene relación inversa con las muertes maternas al ubicar un 59% en el grupo de mujeres sin un nivel básico de estudios contra un 41% de las mujeres con preparación mayor al nivel básico.

Acercas de la morbilidad materna son pocos los estudios que se han hecho; sin embargo, existen estudios conservadores que mencionan que por cada muerte materna ocurren 16.5 episodios de enfermedad, y otros estudios estiman que por cada muerte materna ocurren 100 episodios de enfermedad aguda.

TABLA I
Escolaridad de las mujeres víctimas de MM en México entre 1986 y 1991

Escolaridad	Porcentaje
No asistieron a la escuela	26%
No terminaron la primaria	33%
Terminaron la primaria	24%
Terminaron la secundaria o más	17%

FUENTE: A. Lang y M. Romero, "El embarazo, el parto y el puerperio", en *Mujer. Sexualidad y salud reproductiva en México*, (México, 1997), 23.

Aunque no existe una definición de morbilidad materna universalmente aceptada, una de las más completas en la actualidad es la que clasifica los problemas de salud en tres grupos:⁶²

1. Complicaciones agudas, también llamadas causas obstétricas directas entre las que se encuentran las hemorragias, infecciones, toxemias, hipertensión, aborto y parto prematuro.

2. Problemas crónicos, como consecuencia de embarazos y partos frecuentes mal atendidos; entre ellos cabe mencionar: el prolapso uterino, las fistulas, la estenosis, las cicatrices uterinas, la falla renal

⁶² *Ibid.*, 28.

crónica o incontinencia urinaria, las cuales, aunque no se registran de manera rutinaria, suelen afectar la calidad de vida de las mujeres.

3. Enfermedades asociadas o causas obstétricas indirectas como la anemia, la hepatitis, la malaria, la diabetes y la hipertensión.

De estas, la más frecuente es la anemia, que suele exacerbarse con el embarazo y el parto por las carencias de hierro y ácido fólico, ocasionando alteraciones obstétricas por estrechez pélvica a causa de la desnutrición en la infancia; así como una reducción de la capacidad para el trabajo y el ejercicio que afecta la calidad de vida de las mujeres.

Las demoras en la atención a las mujeres a veces son contundentes para que se produzca la MM; estas demoras se dan por 3 causas principalmente:

- ◆ El desconocimiento por parte de las parejas o sus familiares de los signos y síntomas de gravedad en el proceso.
- ◆ Debido a la baja autoestima de las mujeres, esperan que alguien externo decida por ellas para llevarlas al servicio médico, muchas veces el marido es el primer obstáculo para atenderlas, por ignorancia o por machismo.
- ◆ Cuando deciden buscar ayuda, el proceso de búsqueda de atención se dificulta, sobre todo en las zonas rurales donde van de la partera al centro de salud y finalmente al hospital (que pueden encontrarse muy distantes), para encontrar servicios médicos de mala calidad, incapacidad de los médicos, falta de recursos, carencias de equipo y elementos (como banco de sangre y quirófano) que permitan la atención de emergencia.

Por tanto, no es de extrañar las diferencias de MM que existen entre las distintas condiciones sociales; por cada MM en un país desarrollado, se producen hasta 200 MM en los países pobres.

En términos sociales el costo de cada MM es enorme, la pérdida de la vida de una mujer, generalmente joven, repercute también en la familia, aumenta la probabilidad de que las/os niñas/os menores de 5 años y el 50% de las/os recién nacidas/os mueran, las hijas e hijos dejan de estudiar, las niñas pasan a sustituir el trabajo de la madre con la consecuente pérdida de sus derechos como niñas y, en muchas ocasiones, la familia se disuelve.

2.3.2 La planificación familiar (pf)

El éxito de los programas de planificación familiar se mide en México con base únicamente en el número de usuarias/os de métodos anticonceptivos; según un artículo publicado por el Grupo Académico de Apoyo a Programas de Población, ha habido un descenso notable en la cobertura del Programa de Planificación Familiar; en 1995, el Sistema Nacional del Salud contaba con 8 051 751 usuarias/os activas/os de servicios de planificación familiar, mientras que en 1997 la cifra llegó a 5 038 000 usuarias/os. Probablemente como un resultado de la crisis económica del país, la demanda no cubierta de anticonceptivos es enorme, sigue creciendo, y no hay posibilidades de cubrirla en un plazo largo.⁶³

Un estudio reciente de la Organización Panamericana de la Salud reporta que aunque México tiene un buen programa de planificación familiar, existen algunas limitaciones ya que los servicios de planificación familiar del gobierno (Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE), únicamente ofrecen dos métodos anticonceptivos: el dispositivo intrauterino (DIU) y la esterilización quirúrgica; la Secretaría de Salud sostiene que *las usuarias prefieren dichos métodos de toda la gama de anticonceptivos;*

⁶³ C.R.L.P. y G.I.R.E., *Derechos reproductivos de la mujer en México: un reporte sombra*, (México, 1997), 10.

sin embargo, algunas pacientes se han quejado contra el sector público afirmando que después del parto se les aplicó el DIU o se les hizo la esterilización quirúrgica sin su consentimiento, por lo cual muchas organizaciones no gubernamentales (ONG's) señalan que el gobierno mexicano pone más énfasis en las metas demográficas que en las necesidades reales de las mujeres con lo cual viola sus derechos humanos y reproductivos.⁶⁴

Muchas veces se impone a las usuarias determinado método anticonceptivo sin tomar en cuenta su opinión o sus necesidades específicas y la responsabilidad de la anticoncepción recae en la mujer, mientras que el hombre casi nunca participa en el proceso salud-sexualidad-reproducción.

Lo anterior queda confirmado con los resultados de un estudio que se realizó acerca de los métodos anticonceptivos: los hombres en su mayoría (68%), declaran no poseer un conocimiento suficiente de los métodos anticonceptivos; un 60% de ellos rechaza la vasectomía porque "atenta contra su capacidad sexual" y se pronuncian a favor de los métodos que se aplican a la mujer (dispositivo, esterilización femenina y píldoras).⁶⁵

Por otro lado, en el periodo de 1976 a 1987 la anticoncepción entre las mujeres con pareja en edad fértil aumentó 76.6 por ciento⁶⁶, y es conveniente destacar que al final del periodo la distribución de esos métodos se había invertido totalmente a favor de la esterilización quirúrgica que es un método totalmente radical.(véase tabla II)

⁶⁴ *Ibid.*, 6.

⁶⁵ L. Leñero, "Los varones ante la planificación familiar", en *Maternidad sin riesgos en México*, *Op. cit.*, 148.

⁶⁶ A. Cervantes, "De mujeres, médicos y burócratas: políticas de población y derechos humanos en México", en *Ética y salud reproductiva*, *Op. cit.*, 333.

TABLA II

Distribución de métodos anticonceptivos femeninos en México en los años de 1976 y 1987.

Método Anticonceptivo	1976	1987
Pastillas Anticonceptivas	36%	18%
Dispositivo Intrauterino	19%	20%
Esterilización Quirúrgica	9%	36%

FUENTE: A. Cervantes, "De mujeres, médicos y burócratas: políticas de población y derechos humanos en México", en *Ética y salud reproductiva*, (México, 1996), 333.

En 1987, de 2.3 millones de mujeres esterilizadas el 26% nunca recibió información acerca de otros métodos anticonceptivos ni de la irreversibilidad de la cirugía; al 40% nunca se les pidió su autorización por escrito, el 17% recibió una revisión médica deficiente o no recibió ninguna, y para concluir el 79% (4 de cada 5) de ellas fueron intervenidas en una *institución gubernamental*.⁶⁷

Antes del año de 1973, la política demográfica en México era pronatalista, pero en ese año se aprobó una nueva ley de población con el objetivo de disminuir las tasas de fecundidad y el número de nacimientos, además se derogó el artículo que prohibía la propaganda y venta de anticonceptivos, en 1974 se creó el Consejo Nacional de Población (CONAPO) con el objeto de incorporar a la población a los programas de desarrollo, contribuir a su progreso y elevar sus condiciones de vida.⁶⁸

Sin embargo, este organismo y la política demográfica que ha aplicado hasta la fecha, lejos de buscar bajar el número de nacimientos fomentando el trabajo bien remunerado y el ascenso del nivel educacional de las mujeres, como ha sucedido en los países desarrollados, se ha limitado a

⁶⁷ *Ibid.*, 336.

⁶⁸ R. Garza y B. Cárdenas, "Sexualidad y vida reproductiva" en *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud?*, Op. cit., 196.

promover el uso de métodos anticonceptivos que en muchas ocasiones en lugar de ser sugeridos, se imponen.

A pesar de lo anterior, los programas de planificación familiar apoyados por organismos internacionales permitieron un rápido descenso de la fecundidad, sobre todo en el medio urbano (6.34 en 1970 a 3.29 en 1986), en el medio rural fue menos marcado (8.24 en 1970 y 6.19 en 1986).⁶⁹

El uso de métodos anticonceptivos en las mujeres casadas en edad fértil ha tenido un aumento notable entre los años de 1973, una de cada 10 mujeres, y 1992, seis de cada diez mujeres (véase tabla III), cabe mencionar que las regiones con mayor desarrollo socioeconómico presentan niveles más altos (70.1%) que las menos desarrolladas y rurales (44.6%), así también en los grupos de 15 a 19 años se observa un porcentaje menor (36.4%), mientras que en las áreas rurales en el mismo grupo de edad es del 25 por ciento.⁷⁰

TABLA III

Uso de métodos anticonceptivos por las mujeres casadas en edad fértil en México; en los años de 1973, 1976 y 1992

	1973	1976	1992
Porcentaje de mujeres casadas en edad fértil que usaban anticonceptivos.	12%	39%	63.1%

FUENTE: Y. Palma y G. Rivera, "La planificación familiar en México", en *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, (México, 1996), 159.

En una encuesta hecha en la Ciudad de México por la Secretaría de Salud en 1988, el 57.3% de mujeres que alguna vez se embarazaron y el 66.1% de los hombres manifestaron que no desearon

⁶⁹ A. Langer y M. Romero, *Op. cit.*, 14.

⁷⁰ Y. Palma y G. Rivera, "La planificación familiar en México", en *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, *Op. cit.*, 159.

su primer embarazo, el 59.2% de las/os adolescentes no usó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual, las causas expresadas por las que no usaron método alguno fueron el desconocimiento de los mismos, su forma de uso o de dónde obtenerlos (39.4%) y el hecho de que la relación sexual ocurriera sin haber sido planeada (28.9%).⁷¹

En México existen muchos asentamientos humanos dispersos, lo cual ha dificultado el acceso a los servicios de salud y la cobertura de métodos anticonceptivos es mucho menor que en las zonas urbanas, la mortalidad infantil y la fecundidad son considerablemente mayores, en algunas regiones rurales del sureste sólo el 18% de las mujeres usa algún método anticonceptivo y otro 22.5% no conoce ningún método.⁷²

En la región norte del país el 100% de las mujeres declaran conocer algún método para regular su fecundidad, en la región centro sólo el 1% declaró no tener conocimiento sobre métodos anticonceptivos y del total de mujeres entrevistadas de diversas regiones del país, el 4% dijo no conocer método alguno.⁷³

Acerca del proceso de toma de decisión sobre el número de hijos, el 67.7% de las mujeres entrevistadas opinó que el número de hijos debía ser decisión de ambos miembros de la pareja, 14% que la decisión corresponde a los hombres, 10.4% que debe ser decisión de las mujeres y 5.1% declaró que se deben tener “los hijos que Dios mande”, en el sureste del país el 12.1% dió esta respuesta. El 11.4% de las mujeres de las zonas rurales, las de menor escolaridad y las de más alta paridad respondió que los hombres son quienes deben decidir sobre el número de hijos y cuando tener relaciones sexuales.⁷⁴

⁷¹ *Ibid.*, 160.

⁷² *Ibid.*, 162.

⁷³ *Ibid.*, 164.

⁷⁴ *Ibid.*, 166

Además, se dice que un 20% de las mujeres en las zonas rurales cuenta con más de 7 embarazos, a diferencia de las mujeres de las zonas urbanas, y según un estudio de 1993, las mujeres mexicanas pasan un promedio de 18.3 años de sus vidas procreando, el promedio más alto de toda América Latina.⁷⁵

En la Encuesta Nacional de Planificación Familiar del año de 1995, se encontró que el 66.5% de las mujeres en edad fértil que vivían en pareja usaban algún método de planificación familiar, el 43.3% ha recurrido a la esterilización, 15.3% recurre a la píldora y 17.7% al DIU. El uso de métodos anticonceptivos y el mayor intervalo entre los embarazos es más frecuente en las mujeres de mayor nivel de escolaridad y las residentes en zonas urbanas.

De acuerdo con datos arrojados en la encuesta antes mencionada, algunos investigadores han calculado que existe actualmente una demanda insatisfecha de anticonceptivos de un 14.2% de las mujeres con pareja, de las cuales un 31.3% tienen entre 15 y 19 años, 19.2% entre 20 y 24 años, 22.8% de mujeres no cuentan con escolaridad y un 22% vive en áreas rurales.⁷⁶

Los datos anteriores sugieren que existe una necesidad no satisfecha de planificación familiar, debida a múltiples causas entre las cuales se encuentran: una política demográfica inadecuada, el acceso insuficiente a los servicios de planificación familiar (por impedimento de tipo geográfico, económico, cultural, etc.), desconocimiento de cómo utilizar los métodos de planificación familiar, educación sexual deficiente y falla de los métodos anticonceptivos, todo lo cual incide para que exista una proporción muy elevada de embarazos no deseados.

⁷⁵ R. Garza y B. Cadenas, *Op. cit.*, 213.

⁷⁶ C.R.L.P. y G.I.R.E., *Op. cit.*, 10.

2.3.3 Aborto

Muchas mujeres quedan embarazadas sin desearlo porque no tienen información suficiente sobre anticonceptivos, o no los usan por cuestiones culturales o religiosas, otras porque no conocen el funcionamiento de su cuerpo, pero aunque todas las mujeres que no quisieran embarazarse se protegieran con un método anticonceptivo, esto no haría desaparecer la práctica del aborto.

Todos los anticonceptivos existentes pueden fallar, y aunque hay personas para quienes un embarazo no planeado no representa un problema, hay otras para las que sí lo es.

Algunos motivos por los que las mujeres deciden abortar son: cuando son forzadas de manera violenta a tener relaciones sexuales; cuando saben que su hijo tendrá problemas físicos o neurológicos graves; cuando ponen en peligro su salud o su vida si llevan a término el embarazo; por bajos recursos económicos y por tamaño excesivo de la familia.

El aborto, por sus altos índices, ha pasado a ser un problema de salud pública. Se calcula que en México ocurren 4 200 000 embarazos por año, de los cuales sólo llega a término de la gestación el 60%, el resto, es decir 1 700 000 embarazos, se pierden en etapas tempranas, y cálculos conservadores sugieren que la mitad de estas pérdidas son por abortos inducidos y 850 000 son de abortos espontáneos.⁷⁷

En la mayoría de las instituciones, el aborto se ha ubicado entre las primeras 10 causas de consulta por primera vez y de morbilidad hospitalaria, una de cada cuatro defunciones maternas,⁷⁸ y ocupa el tercer lugar como causa de muerte materna en México.⁷⁹

⁷⁷ R. López, "El aborto como problema de salud pública", en *Maternidad sin riesgos en México*, Op. cit., 85-86.

⁷⁸ K. Tolbert, N. Ehrenfeld y M. Lamas, "El aborto en México: un fenómeno escondido en proceso de descubrimiento", en *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, Op. cit., 293.

⁷⁹ R. López, Op. cit., 85-86.

La interrupción del embarazo a través de un aborto no es la manera ideal de evitar reproducirse, pero dado que las circunstancias en las que ese embarazo se desarrollaría serían inaceptables, se acepta esa decisión, a la que se suma la elección de con quién y cómo llevarla a cabo.

En la mayoría de los casos se comienza por un método poco efectivo y se termina con los más agresivos; cuando una mujer decide interrumpir el embarazo, recurre a lo que sea necesario para lograrlo.

Las mujeres que tienen recursos económicos acceden a los métodos más seguros en tanto las mujeres pobres recurren a los más peligrosos. Por lo mismo las consecuencias son muy diferentes para unas y otras. El 54% de las mujeres rurales pobres presentan complicaciones serias y en las mujeres urbanas con recursos económicos esta proporción es mucho menor.⁸⁰

En un estudio reciente se encontró que en una tercera parte de los casos fueron médicos quienes procedieron a la interrupción del embarazo, en el 20% comadronas, y en el 19% de casos las mismas mujeres lo realizaron.⁸¹

La ideología existente, la vergüenza, los sentimientos de culpa y su ilegalidad, hacen que las mujeres oculten un aborto incluso hasta que su salud está seriamente afectada y cuando recurren a atenderse en muchas ocasiones es demasiado tarde.

Cuando el aborto es realizado por una persona debidamente capacitada antes de las primeras 12 semanas, utilizando los procedimientos indicados como son la dilatación y el curetaje o la aspiración intrauterina, el riesgo se reduce al mínimo, pero cuando el aborto es mal practicado, las

⁸⁰ A. Langer, "Aborto", en *Memoria Coloquio. Los retos para mejorar la salud de las mujeres en México, Op. cit.*, 36.

⁸¹ R. López, *Op. cit.*, 86.

complicaciones que se presentan con mayor frecuencia son la hemorragia genital grave, la infección en sus distintos niveles, la coagulación intravascular diseminada, la perforación uterina y daño a estructuras vecinas.⁸²

Entre más tiempo se pase sin recibir atención médica después de un aborto con complicaciones, las consecuencias pueden ser desde pérdida grave de la salud de la mujer que las padece, infertilidad e incluso provocar la muerte.

Es evidente que existe un subregistro y no se conocen datos objetivos sobre la frecuencia del aborto inducido en México; los datos con que se cuentan son obtenidos a través del registro de las mujeres que llegan a los hospitales con complicaciones, pero este no es exacto porque los casos pueden quedar registrados bajo otros rubros que no son el aborto.

El aborto es un problema de salud pública porque su prevalencia refleja las fallas y limitaciones de los programas de planificación familiar; porque el aborto inducido es la causa de distintos problemas serios para la salud física y psicológica de las mujeres y una causa importante de muerte materna y, finalmente porque la atención a las complicaciones de aborto consume una cantidad importante de los recursos de los sistemas de salud.⁸³

Al analizar las muertes por aborto según la edad, se observó que se distribuye a lo largo de todo el ciclo vital de la mujer. Un estudio hecho en Oaxaca demostró que quienes más recurrieron al aborto fueron mujeres de más de 30 años con un número importante de hijos, que ya no pueden enfrentar la situación de tener un hijo más; no se trata de adolescentes que no supieron cómo evitar un embarazo.⁸⁴

⁸² *Ibid.*, 87.

⁸³ A. Langer., *Op. cit.*, 38.

⁸⁴ *Id.*

Por lo tanto, es de suponer que las condiciones de vida precarias son un factor determinante para que las mujeres decidan abortar aún a costa de su vida.⁸⁵ (véase tabla IV)

TABLA IV

Algunas características de las mujeres que abortaron en México en los años de 1968 y 1990.

Características	1968	1990
Edad promedio entre 26 y 40 años	53%	41%
Casadas o en unión libre	65%	53%
Católicas	86%	88%
Condiciones de vida precarias	76%	90%

FUENTE: G.I.R.E., *De mujer a mujer. Enfermeras y trabajadoras sociales ante los derechos reproductivos*, (México, 1997), 30.

La tendencia mundial apunta hacia la despenalización del aborto y a establecer las condiciones sanitarias para que las mujeres que deciden interrumpir sus embarazos lo puedan hacer en condiciones decorosas, y al salir contar con indicaciones claras para usar algún método anticonceptivo.

2.3.4 Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y Sida

Las enfermedades de transmisión sexual constituyen otro problema de salud que se ha generado, tanto por el sistema patriarcal como por las políticas equivocadas en los programas de salud reproductiva que al enfocarse solamente al control de la natalidad, dejan a un lado la responsabilidad de hombres y mujeres sobre su sexualidad y la prevención de ETS.

⁸⁵ G.I.R.E., *De mujer a mujer. Enfermeras y trabajadoras sociales ante los derechos reproductivos*, (México, 1997), 30.

El rol sexual asignado a las mujeres, la falta de comunicación con la pareja, la represión para hablar de sexualidad y la falta de educación sexual, entre otras causas, han favorecido el creciente incremento en el número de casos de ETS y Sida en mujeres y niños.

De esta manera las mujeres contraen múltiples ETS cuyas repercusiones, además de afectarlas a ellas de manera crónica, en muchas ocasiones también afecta a sus hijos como sucede con la sífilis, gonorrea, linfogranuloma venéreo, chancro blando, herpes, papiloma virus y Sida que generan complicaciones asociadas como son: infección pélvica inflamatoria, esterilidad secundaria debido a lesiones tubáricas, daños y malformaciones a los recién nacidos y cáncer cérvico-uterino.⁸⁶

También se ha detectado en los últimos 20 años que enfermedades que antes sólo atacaban el intestino como la amibiasis han pasado a ser consideradas ETS, así también estas enfermedades se han modificado y ahora se encuentran no sólo en los genitales, sino en cavidad oral y algunas como el Sida, difícilmente detectables en una inspección clínica, todo esto como un resultado de los cambios en los estilos de vida de la población.

Debido a la falta de información y educación sexual se considera a las ETS como algo vergonzoso y sucio, que debe ocultarse por su implicación con algo tan íntimo como las relaciones sexuales, y la mayor parte de las mujeres las padecen en silencio o se automedican por el temor a visitar al médico o acudir a alguna institución de salud debido al maltrato y manejo inadecuado que sufren por parte de muchas/os prestadoras/es de servicios.⁸⁷

Esto da origen a que no se tenga un registro ni siquiera aproximado, y en muchas ocasiones las ETS no se detecten sino hasta que están muy avanzadas. La prevención de ETS es muy difícil porque la

⁸⁶ P. Uribe, "Mujer, maternidad y enfermedades de transmisión sexual", en *Maternidad sin riesgos en México*, Op. cit., 92.

⁸⁷ P. Uribe, "Enfermedades de transmisión sexual y Sida", Op. cit., 86.

mayor parte de las veces el tratamiento involucra a la pareja y puede evidenciar la presencia de un tercero, lo cual provoca a su vez resistencias, reinfecciones y complicaciones.⁸⁸

La OMS ha estimado que a nivel mundial se realizan diariamente 100 millones de relaciones sexuales, de las cuales 910 000 terminan en embarazos, 356 000 en ETS y 6 000 en infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). De ésta última la mitad se presenta en mujeres; se ha estimado también que hacia 1990 se utilizaron mundialmente 6 millones de condones pero, para haber prevenido las relaciones riesgosas habrían sido necesarios 13 mil millones en ese mismo año.⁸⁹

Las ETS y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) tienen una estrecha relación ya que algunas ETS producen lesiones ulceradas que facilitan la inoculación del VIH; por tanto mientras exista una alta prevalencia de ETS habrá una alta prevalencia de VIH.⁹⁰

Conforme a cifras oficiales de 1997, en el año 2000 se registrarán en México 90 000 casos de Sida; de este total morirán 67 500 enfermos en ese lapso; sin embargo, considerando el subregistro y el retraso en la notificación de casos, se estima que por cada caso detectado podría haber cuatro personas infectadas sin saberlo, por lo que para el año 2000 la cifra podría rebasar los 360 000 enfermos, de los cuales sobrevivirá sólo una cuarta parte para ese mismo año.⁹¹

En México, las vías del contagio del Sida tienden a la heterosexualización y a la ruralización, la cual se asocia de manera significativa con la migración a Estados Unidos.

⁸⁸ *Id.*

⁸⁹ *Ibid.*, 87.

⁹⁰ *Id.*

⁹¹ G. Castillo, "67 500 morirán de Sida en 3 años: S.S.", *La Jornada*, (México, 7 de abril 1997) 1 y 18.

A nivel nacional la relación hombre-mujer infectados de Sida se mantiene 6:1, pero existen entidades donde la relación es casi 1:1 como en Chiapas o Tlaxcala.⁹²

A la fecha existe la posibilidad de que 4 de cada 10 000 mujeres embarazadas que tienen hijos vivos, estén infectadas por VIH, y tomando en cuenta la tasa de fecundidad actual, se espera que 1 094 mujeres anualmente estarán infectadas y a causa de ello nacerán 330 niñas/os infectadas/os.⁹³

Se han detectado dos patrones polares: uno rural, caracterizado por presentar más casos de mujeres, alta frecuencia de casos transfusionales y de contagio heterosexual, así como periodos de duplicación más cortos. El segundo patrón es urbano y presenta una prevalencia de transmisión homosexual masculina, menos casos por transfusión y periodos más largos de duplicación.⁹⁴

Las circunstancias sociales actuales que favorecen la marginación y discriminación de ciertos grupos, el enfoque biologicista de las enfermedades ignorando sus aspectos psicosociales y los prejuicios existentes alrededor de la sexualidad humana, entre otros, son factores que han contribuido a elevar los riesgos para la adquisición de cualquier enfermedad infectocontagiosa, incluidas las ETS y el Sida, a que existan subregistros que imposibilitan su detección temprana y tratamiento oportuno, con las consecuentes altas cifras de morbimortalidad.

2.3.5 El cáncer cérvico-uterino (CaCu)

El cáncer del cuello uterino y el cáncer de la glándula mamaria son tumores malignos que afectan con mucha frecuencia a las mujeres en México.

⁹² P. Uribe, "Enfermedades de transmisión sexual y Sida", *Op. cit.*, 90.

⁹³ G. Castillo, *Op. cit.*

⁹⁴ P. Uribe, *Op. cit.*

Dado que la evolución de ambos cánceres es lenta, es posible diagnosticarlos de manera temprana y lograr la completa curación con un tratamiento adecuado; sin embargo, la condición de género una vez más afecta la salud de las mujeres que le dan a su salud poca importancia por atender la salud de los demás, acudiendo tardíamente a los servicios de detección de cáncer (en el 55% de los casos las mujeres asisten porque presentan síntomas ginecológicos graves como las hemorragias, asociados al cáncer cérvico-uterino).

Según datos de la Secretaría de Salud, en 1996 murieron 47 000 personas por cáncer, de las cuales el 60% eran mujeres; actualmente existen 75 000 casos confirmados.

El cáncer cérvico-uterino es uno de los principales problemas de salud en las mujeres mexicanas; cada año se estiman entre 4 000 y 4 200 muertes a causa de esta enfermedad, de las cuales el 54% corresponde al grupo de mujeres entre los 20 y 59 años de edad; las tasas de mortalidad han permanecido estables durante los últimos 20 años; México ocupa el primer lugar de muerte en el mundo, una muerte cada dos horas; si se persiste con la misma cobertura actual se calcula que en el año 2000 morirán 6 485 mujeres por cáncer cérvico-uterino.⁹⁵

Si se considera la esperanza de vida de las mujeres en 72 años, esas defunciones significan 57 066 años de vida perdidos en las mujeres de 20 a 59 años.⁹⁶

Desde el año 1974 existe en el país un Programa de Detección Oportuna de Cáncer (DOC) del cuello del útero; su objetivo es asegurar que todas las mujeres con edades comprendidas entre los 20 y 60 años acudan a los servicios de salud para realizarse la técnica de laboratorio conocida como Papanicolaou (Pap) gratuitamente cada año; la cobertura de este programa en el año de 1993, se

⁹⁵ M. Cisneros, "Mortalidad por cáncer en la edad reproductiva", en *Maternidad sin riesgos en México*, Op. cit., 102.

⁹⁶ *Ibid.*, 100.

estimó entre un 13 y 15% de los 15 millones de mujeres entre 15 y 59 años en riesgo de desarrollar CaCu; la OMS señala que una campaña bien estructurada debiera cubrir el 80% de la población.⁹⁷

El programa DOC en México tiene escaso efecto debido, principalmente, a factores asociados con una baja cobertura y mala calidad del servicio; las dos terceras partes de las muestras son mal tomadas y se encontró un 50% de resultados negativos falsos, es decir identificaron una lesión maligna de cada dos.⁹⁸

En el medio rural la desinformación es un problema grave, el 78% de esta población en riesgo no sabe qué es y en qué consiste un Papanicolaou.⁹⁹

En una muestra de mujeres de la Ciudad de México de entre 15 y 49 años de edad, el 65% presentó antecedente de utilización de la prueba del Pap, y en el área rural un 30.2%.¹⁰⁰

El Pap es el examen de una muestra de células o prueba citológica que se obtiene del cuello de la matriz durante una revisión ginecológica; esta prueba debe ser practicada a todas las mujeres que han tenido relaciones sexuales a partir de los 30 ó 35 años, con una periodicidad anual.

En los programas preventivos hay poca eficacia y será difícil disminuir la incidencia del CaCu mientras los programas de salud reproductiva no lleguen oportunamente a todas las mujeres del país, independientemente de su localización geográfica, y se les informe de manera intensiva que los factores de riesgo para el CaCu son: inicio temprano de relaciones sexuales; infecciones genitales, especialmente por virus; múltiples parejas sexuales; deficiente higiene genital de la pareja;

⁹⁷ O. Loera, "Cáncer asesino de mujeres", *Mi ambiente*, No. 127, (México, noviembre 2 1997), 1 y 4.

⁹⁸ M. Hernández, "Cáncer en la mujer" en *Memoria Coloquio. Los retos para mejorar la salud de las mujeres en México*, Op. cit., 20.

⁹⁹ O. Loera, op. cit., 4.

¹⁰⁰ M. Hernández, Op. cit., 21.

multiparidad; edad mayor de 35 años; tabaquismo y dieta pobre en frutas y, que el CaCu se puede prevenir al diagnosticarse en etapas tempranas y puede ser curado totalmente a un costo muy bajo.

Muchas mujeres ignoran que el CaCu al inicio no produce molestias aunque algunas veces se puede experimentar dolor durante las relaciones sexuales, o bien puede haber flujo con o sin sangre, prolongarse el período menstrual, y cuando la enfermedad ha avanzado se presentan dolores al orinar o al defecar, fiebre, cansancio, palidez, pérdida de peso y hemorragias; para que la lesión inicial se convierta en cáncer invasor deben pasar 10 ó 12 años, lo cual hace inconcebible la mortalidad que prevalece en México en las mujeres por este mal.

En un estudio cualitativo de grupos focales las mujeres refieren diversos aspectos que las afectan durante la toma de muestra en un Pap, entre ellos: que es una experiencia que viven solas independientemente de la clase social, que la postura ginecológica implica indefensión y soledad, la experiencia de la toma de muestra resulta vergonzosa, tensionante, el temor es constante en las usuarias; a menor nivel educativo el pudor es mayor y las mujeres ofrecen mayor resistencia a efectuarse la prueba del Papanicolaou.¹⁰¹

Además refirieron que el servicio privado brinda una atención más personalizada, dedica mayor tiempo a la usuaria-cliente para conservarla cautiva, mientras que el servicio institucional presupone una imagen de despersonalización, se funciona con carencias o bien con el material mínimo necesario, no cuentan con espacios que ofrezcan privacidad, amplitud y aislamiento; además, una de las principales barreras para la asistencia a la toma del Pap es el largo tiempo de espera que se requiere en el servicio público (hasta más de seis meses) para recibir los resultados; este hecho lo refirieron como la principal justificación de su inasistencia.¹⁰²

¹⁰¹ Id.

¹⁰² *Ibid.*, 22.

Mientras los servicios de salud no difundan información básica sobre lo que es la prueba del Pap y optimicen su aplicación, se desmitifique con explicaciones sencillas las fantasías negativas en torno a los aspectos sexuales, y se deje de manejar la salud sexual como si fuera un problema íntimo y exclusivo de las mujeres, un secreto que sólo se hace colectivo cuando adquiere el carácter de enfermedad incurable, no se podrá incidir en los altos índices de mortalidad que ocurren actualmente.

2.3.6 El cáncer de mama

En México el cáncer de mama ocasiona un promedio de 2 300 muertes anuales; de estas defunciones el 59% corresponde a mujeres entre 20 y 59 años; si la esperanza de vida de las mujeres es de 72 años, esas defunciones significan 35 652 años de vida perdidos; si se continúa con esta tendencia se calcula que para el año 2000 se producirán 3 210 muertes por esta enfermedad.¹⁰³

Como sucede en el CaCu, la educación para la salud y la educación sexual deficientes no instruyen de manera adecuada a las mujeres para que conozcan los factores de riesgo como son: antecedentes familiares del mismo tipo de cáncer, embarazos a edades maduras, nuliparidad, usos de altas dosis de estrógenos, menstruación temprana y menopausia tardía, dieta abundante en grasas saturadas y calorías, tabaquismo y alcoholismo.¹⁰⁴

Se ha dado poca promoción al autoexamen en el cual es relativamente fácil detectar cualquier cambio en las glándulas mamarias y por otro lado los signos y síntomas que acompañan a esta enfermedad son poco conocidos, entre ellos cabe mencionar: nódulos o crecimientos anormales en la glándula o en el pezón, áreas enrojecidas y calientes en la piel que cubre la tumoración, piel con

¹⁰³ M Cisneros, *Op. cit.*, 100.

¹⁰⁴ S. López, *et. al.*, "Cáncer cervicouterino y mamario en la mujer mexicana", en *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, *Op. cit.*, 329.

aspecto de cáscara de naranja, con poros muy abiertos, nódulos que se ulceran o sangran, alguna lesión ulcerada en la zona de la areola del pezón, y aparición de nódulos que al crecer involucran grasa, piel, músculos del pecho y pueden diseminarse a los ganglios linfáticos de la axila.¹⁰⁵

Las mujeres no conocen de manera precisa los mecanismos de detección temprana, además muy pocas saben que la lactancia tiene un efecto positivo para no desarrollar cáncer de mama.

El cáncer mamario es también llamado “la enfermedad del descuido”, porque es curable cuando se detecta a tiempo, lo cual puede ser a través del autoexamen mamario periódico mensual, el examen médico anual y la mamografía (aún cuando es una prueba muy cara); sin embargo, en la mayoría de los casos cuando se detecta ya está en una fase muy avanzada que lleva a las mujeres a cirugías radicales (mastectomías) o a la muerte.

Ante una mastectomía la calidad de vida de las mujeres sufre un considerable deterioro ya que es común que, su ya de por sí baja autoestima disminuya, sean víctimas de la depresión, sufran en completa desolación su padecimiento y dejen de tener relaciones sexuales con su pareja.

En este padecimiento se repiten los factores socioculturales, tabúes, limitada disponibilidad de servicios médicos y desinformación que afectan de manera importante la salud de las mujeres quienes son educadas para cuidar la salud de los otros y no son consideradas ni por ellas mismas ni por los demás como personas que merezcan cuidado y atención a su salud, y prueba de ello es que el cáncer mamario es perfectamente prevenible pero a pesar de ésto, es la segunda causa de mortalidad en grupos de mujeres mayores de 45 años.

¹⁰⁵ Id.

2.3.7 La menopausia

La menopausia es el período en el que ocurren las últimas menstruaciones en la vida de las mujeres; aún no se conoce cuál es el mecanismo que determina el fin de la vida reproductiva; sin embargo, se ha demostrado que los únicos cambios notables después de la menopausia, son:

- 1.- No se detecta evidencia de función lútea (fase de ciclo menstrual durante la cual madura el óvulo).
- 2.- No se observan alteraciones notables, tanto en la excreción de hormona luteinizante (HL) que actúa sobre la hormona estimulante del foliculo (HEF) para producir la ovulación; como en la HEF que propicia el crecimiento del foliculo ovárico.
- 3.- No se observaron alteraciones importantes en los estrógenos.

Parece ser que la característica de bajos niveles de estrógenos y altos niveles de HEF se produce de manera gradual después de la menopausia.¹⁰⁶

La menopausia y posteriormente el climaterio marcan el final de la etapa reproductiva en las mujeres y se caracterizan por presentar particularidades biológicas que repercuten psicológica, social y culturalmente, ya que aunque la menopausia y el climaterio no son en sí una entidad patológica, se les considera como *enfermedades* argumentando el aumento en la incidencia y prevalencia de ciertos padecimientos crónicos que en realidad pueden presentarse en cualquier etapa de la vida de las personas.

¹⁰⁶ S. Harlow, "Menstruación y transición hacia la menopausia", en **Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México**, Op. cit., 389.

Según los censos de las décadas más recientes se observa que en los últimos 40 años se quintuplicó el número de mujeres mayores de 50 años y según proyecciones del Consejo Nacional de Población (Conapo) para el año 2000, el número de mujeres de esta edad será de 7 079 179 que representarán el 13% de toda la población femenina.¹⁰⁷

En el censo de 1990 se reportó que había alrededor de 6 millones de ancianas/os y se espera que para el año 2020 esta cifra será aproximadamente de 11 millones de personas. En el caso de las mujeres, las que son mayores de 50 años representan el 5% de la población total del país y el 11% de la población de mujeres.¹⁰⁸

Estas cifras responden al alargamiento en la esperanza de vida por un lado y por el otro a los cambios en la estructura demográfica.

La edad promedio en que la mujer mexicana llega a la menopausia es de 45 años, bastante menor que en otras regiones y para otras etnias; en sociedades más desarrolladas el promedio de edad es de 50 a 52 años.

Los factores que influyen en la aparición temprana de la menopausia son: menarquia temprana, tabaquismo, y los factores que la retrasan son la multiparidad y el uso de anticonceptivos hormonales.

Si la esperanza de vida al nacer de las mujeres en México es de 72 años (7 años más que los hombres), ésto quiere decir que alrededor de 25 a 30 años pasarán por esta etapa.

¹⁰⁷ A. Langer y M. Romero. *Op. cit.*, 33.

¹⁰⁸ F. Garrido, "Menopausia", en *Memoria Coloquio. Los retos para mejorar la salud de las mujeres en México: un diálogo entre investigadores/as*, *Op. cit.*, 44.

La terapia de sustitución ha sido ampliamente difundida para curar los síntomas de la menopausia, argumentando que durante la menopausia y el climaterio hay una disminución notable de estrógenos circulantes y los ovarios dejan de cumplir la función que normalmente tenían; sin embargo, esta terapia ha sido muy controvertida, dada la recurrencia en los riesgos de cáncer y otros efectos secundarios y la visión reduccionista de la menopausia que considera a las hormonas como la panacea.¹⁰⁹

Existe controversia sobre si efectivamente se pueden señalar como síntomas inherentes al proceso los bochornos, sequedad de la mucosa, atrofia de epitelios, cambios en la piel, ansiedad, irritabilidad, depresión, porque la severidad de los síntomas de la menopausia es muy variable de una mujer a otra, algunas apenas son concientes de su menopausia, mientras que otras pueden sentirse incapacitadas por sus bochornos. En las mujeres mayas, la prevalencia de estos síntomas es muy baja o casi inexistente, no así en las zonas urbanas, donde aumenta su prevalencia.¹¹⁰

Por tanto, a pesar de no haberse podido establecer con certeza que las causas que explican los síntomas son los cambios hormonales, la industria farmacéutica ha florecido por la indiscriminada administración de estrógenos que las/os médicas/os dan a las mujeres para “curar” los síntomas de la menopausia.

Se dice que los patrones de morbilidad de las/os ancianas/os son sustancialmente distintos a los de poblaciones mas jóvenes, y que la transición demográfica trae aparejada una transición epidemiológica.¹¹¹

¹⁰⁹ N. Oudshoorn, “La mujer hormonal. Creación de un concepto” *Ciencias*, No. 48, (México, oct-dic 1997), 26.

¹¹⁰ F. Garrido, *Op. cit.*, 47.

¹¹¹ *Ibid.*, 44.

Durante el climaterio y la vejez, las principales causas de muerte son el cáncer, en primer lugar, y los problemas cardiovasculares que ocupan el segundo; esta relación se invierte después de los 60 años, etapa en la cual los problemas cardiovasculares triplican a las neoplasias.

Por otro lado al estudiar la morbilidad en edades entre los 45 y 64 años, se encontró que padecimientos crónicos como la diabetes, la osteoporosis y los cánceres ginecológicos se ubican entre los diez primeros lugares de morbilidad hospitalaria.¹¹²

La menopausia y el climaterio no son sólo hechos biológicos, sino que en ellos concurren una serie de factores y eventos que tienen que ver con los roles que las mujeres juegan dentro de la sociedad (abandono o muerte de la pareja y alejamiento de las/os hijas/os del hogar, entre otros) y eso puede provocar diferencias e influir en la evolución de algunas enfermedades.

Es probable que, aunque las mujeres viven siete años más que los hombres, las condiciones en que van a llegar a edades avanzadas parecen ser un reflejo de los aspectos discriminatorios que sufren desde el nacimiento, puesto que la desnutrición y las secuelas de las enfermedades crónicas antes mencionadas les producen discapacidades que junto con la pobreza y la soledad van a afectar su calidad de vida.

2.3.8 La agresión y la violencia de género

La violencia contra las mujeres ha existido en todas las sociedades y en todas las épocas; ésta es una manifestación del poder ejercido por los hombres para subordinarlas socialmente y realizar su

¹¹² A. Langer y M. Romero. *Op. cit.*, 34.

condición masculina patriarcal: actualmente ha ido saliendo del ámbito privado para darse a conocer en el ámbito público, merced a las intervenciones feministas que han pugnado por cambiar las legislaciones vigentes, para que no se permita más la violencia que afecta a muchas mujeres por el hecho de ser mujeres.

La violencia y la agresión, aun cuando no son enfermedades, afectan la salud de muchas mujeres por los trastornos psicológicos que causan y por las lesiones físicas que en ocasiones pueden llegar incluso hasta la muerte.

La violencia “es la fuerza física, psicológica, económica o moral ejercida sobre una persona para obligarla a hacer algo contra su voluntad”¹¹³ y agresión “es acometer a uno para hacerle daño en su integridad o en su independencia, es un acto contrario al derecho de otro”.¹¹⁴

La violencia de género, es la que se ejerce sobre las mujeres, por el hecho de pertenecer al género femenino y es “socialmente tolerada y hasta justificada porque se ejerce sobre personas del sexo femenino”.¹¹⁵

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) define la violencia de género como “todo acto que resulta o puede resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, incluyendo las amenazas de tales actos, la coerción o las privaciones arbitrarias de la libertad, que ocurren tanto en la vida pública como en la privada”¹¹⁶

¹¹³ Diccionario enciclopédico Larousse, (España, 1992), 2472.

¹¹⁴ *Ibid.*, 41.

¹¹⁵ M. García, *et. al.*, “Violencia intrafamiliar. violencia de género”, en *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud?*, Op. cit., 231.

¹¹⁶ *Id.*

En la plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing'95), se consideró que la violencia de género puede tener, entre otras, las siguientes formas:

1. Violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, agresión conyugal, acoso sexual a las niñas en el hogar, violencia relacionada con la dote, violación por el marido, mutilación genital, la violencia ejercida por personas distintas al marido (suegro, cuñados, hermanos, padre, suegra), la violencia relacionada con la explotación y otras prácticas culturales que atentan contra los derechos humanos de las mujeres.

2. Violencia física, sexual y psicológica a nivel de la comunidad en general, que incluye las violaciones por terceros, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales y, en otros ámbitos, el tráfico de mujeres, jóvenes y niñas y la prostitución forzada.

3. Violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra. Asimismo, se señala que la violencia de género impide el logro de los objetivos de igualdad, desarrollo y paz, porque viola, menoscaba e impide el disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales de poco más de la mitad de la especie humana.¹¹⁷

La violencia física se refiere al maltrato a las mujeres, por abuso de la fuerza física masculina; la más común son los golpes con las manos, con objetos, patadas y el uso de armas de todo tipo como cuchillos y pistolas; sin embargo, algunas mujeres a veces son golpeadas, maltratadas o violadas por hombres más pequeños y débiles que ellas, parece ser que la fuerza de ellos y la debilidad de ellas no provienen de sus cuerpos, sino de la fuerza que por su género tienen en la sociedad.

¹¹⁷ *Ibid.*, 233-234.

La violencia sexual o erótica tiene su mejor exponente en la violación que es una relación sexual impuesta por coacción y que constituye un delito, Riquer, Saucedo y Bedolla la definen como “un acto de violencia que supone un asalto generalmente sorpresivo e implica una relación sexual forzosa (intento fallido o logro de la misma), con el uso de la fuerza física para lograr su objetivo, prescindiendo de la voluntad de la persona violada”.¹¹⁸

La violación contra el género femenino se da en todos los ámbitos, incluso en el conyugal, aún cuando ni las víctimas ni los agresores la consideren o la reconozcan así. En México la violación sexual dentro de la pareja no es un delito sancionado por la legislación; en junio de 1997, la Suprema Corte de Justicia de México estableció que la relación sexual entre cónyuges, obtenida mediante violencia, no es un delito sino el “ejercicio indebido de un derecho”.¹¹⁹

La violencia psicológica o emocional es aquella mediante la cual los hombres pretenden demostrar su fuerza sobre las mujeres por medio del uso de la palabra, la voz, las amenazas, las humillaciones y las agresiones verbales, con la finalidad de infundir temor y sentimientos de desvalorización, debilidad física, emocional e intelectual.

Con respecto a la *violencia doméstica*, en el año de 1996 se promulgó en el Distrito Federal la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar que define a la violencia como el “acto de poder u omisión recurrente, intencional y cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia”; los procedimientos a seguir en los casos de violencia son la conciliación y la amigable composición o arbitraje y las

¹¹⁸ F. Riquer, I. Saucedo y P. Bedolla, “Agresión y violencia contra el género femenino: un asunto de salud pública”, en *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, Op. cit., 248.

¹¹⁹ C.R.L.P., G.I.R.E., Op. cit., 26.

sanciones ante el incumplimiento de las resoluciones van de una multa de 30 a 180 días de salario mínimo vigente y el anesto administrativo inconvertible hasta de 36 horas.¹²⁰

Aun cuando la violencia doméstica es un hecho muy frecuente, en muchos de los casos no es denunciada ni se hace pública por ser considerada un asunto privado y vergonzoso; las estadísticas que existen han sido merced al esfuerzo de grupos feministas, ONG's y algunas dependencias de gobierno; aunque muchos de los datos disponibles son resultados de denuncias o casuística, han contribuido a hacer visible este problema social para influir en los ámbitos de la salud, legislativo y judicial para lograr modificaciones en el Código Penal y castigar con mayor rigor los delitos sexuales y de violencia intrafamiliar, así como la creación de Agencias Especializadas del Ministerio Público para la atención de los delitos sexuales y del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) dependiente de la Procuraduría Federal de Justicia y el recientemente creado Programa Nacional contra la Violencia Intrafamiliar 1999-2000, entre otros.¹²¹

El CAVI reportó en su informe sobre 1996, un 89.5% de mujeres y un 10.5% de hombres atendidos como víctimas de maltrato y, en el periodo de 1991-1994, un 86% de las 55 952 personas atendidas fueron mujeres adultas, el 10% niñas y el 4% ancianas y ancianos; en un 86.8% de los casos el responsable de la violencia es hombre (79.8% la pareja de la víctima).¹²²

En otro estudio realizado en Cd. Netzahualcóyotl se reveló que alrededor de 1 de cada 3 mujeres unidas en pareja con edades entre los 15 y los 60 años, afirmó sufrir maltratos serios recurrentes a manos de un familiar.¹²³

¹²⁰ *Ibid.*, 27.

¹²¹ *Id.*

¹²² Programa Nal. contra la violencia intrafamiliar 1999-2000. Esquema de trabajo. (México, 1999), 10-11.

¹²³ *Id.*

El 25.7% de los agresores tenía educación secundaria, el 24.7% primaria y el 20.2% bachillerato, y en un 32% de los casos el agresor había consumido alcohol.¹²⁴

La escolaridad de quienes sufren agresión y piden ayuda es mucho más alta que la del promedio de la población general (véase tabla V). Los agresores en un 74% son asalariados, 9.6% están desempleados y 4.6% trabajan como obreros. Un 57.7% de los casos fue de violencia física, 39.5 psicológica y 2.4% sexual.¹²⁵

TABLA V
Escolaridad de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en México que acudieron al CAVI a pedir ayuda en el año de 1991.

Escolaridad	Porcentaje
No tenían estudios formales	5%
Terminaron la primaria	35%
Terminaron la secundaria o más	60%

FUENTE: F. Riquer, I. Saucedo y O. Bedolla. "Agresión y violencia contra el género femenino", en *Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México*, (México, 1997), 271-272.

En el 99% de los casos de violencia quienes son golpeadas son las mujeres, aunque los hombres también pueden llegar a ser víctimas; con respecto al abuso sexual las víctimas son siempre mujeres de las cuales 51% son casos de incesto y en el 20% de los casos el agresor es el padre o tutor.¹²⁶

La Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF) reportó que de enero a septiembre de 1991 se recibieron 2 595 denuncias por violación, y según se ha calculado, por cada

¹²⁴ *Ibíd.*, 8

¹²⁵ F. Riquer, I. Saucedo y O. Bedolla, *Op. cit.*, 271-272.

¹²⁶ *Id.*

denuncia 10 no se presentan, entonces cada día hay 60 violaciones que no se denuncian. Además un 26% de las mujeres violadas resultan embarazadas.¹²⁷

El Centro de Investigación y Lucha contra la Violencia Doméstica (Cecovid), realizó una encuesta en 1990 con 342 mujeres de Cd. Netzahualcóyotl, Edo. de México, de las cuales más de un tercio admitió haber vivido una relación violenta: 62.2% con su cónyuge actual o su pareja anterior, 16% con su padre y 15.1% con su madre. El 82.8% dijo que la violencia fue verbal y 68.5% de naturaleza física; en el 24.6% de estos casos el agresor utilizó algún tipo de arma -palos, bastones, objetos caseros y armas blancas-, 69% de las mujeres fueron golpeadas en el vientre durante el embarazo y 30% de las víctimas dijeron haber sido forzadas a tener relaciones sexuales con la pareja. El 67% de las mujeres se defendió de la agresión con las manos o con algún arma casera; 21.3% denunció a las autoridades el maltrato y sólo la mitad levantó un acta.¹²⁸

Parece ser que la relativa invisibilidad del problema ha ocasionado que no se le considere un problema serio de salud pública y, por tanto, no se han tomado medidas preventivas ni se ha alertado a la población sobre los factores de riesgo.

Las leyes aún no consideran castigos lo suficientemente severos para los culpables de delitos sexuales y delitos de violencia doméstica; además, el trato que reciben las mujeres que acuden a denunciar es violatorio a sus derechos humanos ya que muchas veces se les imponen obstáculos por parte de hombres y mujeres que ejercen la ley con una visión patriarcal prejuzgando a las víctimas, culpándolas de "provocar" a sus agresores y someténdolas a coacciones para que desistan de sus demandas de justicia.

¹²⁷ C.R.L.P., G.I.R.E., Op. cit., 25.

¹²⁸ F. Riquer, I. Saucedo y P. Bedolla, Op. cit., 259

Los pocos datos con que se cuenta hacen suponer que la violencia contra el género femenino es muy alta, dado que los hombres en la sociedad aprenden a jugar un rol de masculinidad relacionado con la agresividad física que expresan frente a las mujeres por considerarlas físicamente débiles y pasivas; esta violencia de género ha afectado la salud de las mujeres con daños somáticos, psicológicos e incluso la muerte.

CONCLUSIONES

Aunque la medicina y sus concepciones acerca de la enfermedad han evolucionado, actualmente algunas mujeres perciben que en muchas ocasiones la práctica médica está cargada de misoginia y machismo, por la posición de poder que adoptan algunas/os médicas/os.

El panorama que muestra nuestro sistema de salud es preocupante, la calidad deja mucho que desear, la discriminación y el maltrato de que son víctimas muchas mujeres de condición económica precaria, hace que las denuncias de violación a los derechos humanos de las mujeres, por parte del personal de salud, aumenten día con día.

Las instituciones encargadas de promover la salud y sus prestadoras/es de servicios tienen su atención puesta totalmente en las políticas demográficas y al parecer no toman en cuenta otros aspectos importantes de la salud reproductiva como son: los altos índices de muertes relacionadas con la maternidad o con el aparato reproductor femenino, los abortos, los embarazos en adolescentes, las ETS, la desnutrición de las mujeres, la menopausia y la violencia de género de que son víctimas la mayor parte de ellas.

A pesar de que la juventud es la más expuesta a las consecuencias de la falta de información y de servicios, en el Programa de Salud Reproductiva la educación sexual se considera de manera escueta para la población adolescente y en la población infantil no la mencionan.

Las graves omisiones en que han incurrido las autoridades educativas al no considerar desde los primeros años escolares una educación sexual sobre aspectos básicos de la sexualidad, prevención de abuso sexual infantil, uso apropiado de métodos anticonceptivos, carencia de servicios de salud reproductiva para adolescentes o bien discriminación de que son objeto por su edad, sexo y estado civil, desconocimiento y poco respeto a los derechos reproductivos y sexuales, entre otras causas, ha creado como consecuencia problemas de salud reproductiva cada vez mayores.

La salud reproductiva como un bien integral no se puede alcanzar mientras se sigan registrando:

-Cifras tan altas de muertes maternas (4.5 por cada 10 000, primera causa de muerte para las mujeres en edad fértil entre los 15 y 49 años) y de muertes por abortos inducidos en México (una de cada cuatro defunciones maternas) por carecer de atención sanitaria adecuada.

-Una demanda insatisfecha en los programas de planificación familiar.

-Los anticonceptivos sean considerados principalmente para las mujeres.

-Exista alta prevalencia de ETS y Sida.

-México ocupe el primer lugar en morbilidad femenina por CaCu (4 200 muertes anuales)

-La agresión y violencia de género siga afectando la salud de las niñas y las mujeres.

-Se violen los derechos humanos y reproductivos de las mujeres en todos sus aspectos, ya que aunque se tengan considerados en diferentes documentos, en el ámbito de la salud pública en México no siempre son respetados por el personal de salud y por las instituciones, lo cual se convierte en otro factor que perjudica la salud integral femenina.

Para terminar este capítulo se hace referencia a lo que sostiene Lagarde y que refleja fielmente lo que sucede con la salud reproductiva de las mujeres en México: "La cultura procreacionista y las políticas demográficas contienen concepciones y prácticas reducidas a la *salud reproductiva de las mujeres*. Esta orientación contraviene el principio de *salud integral* que abarca la totalidad de la vida. Además la política oficial ligada a la *salud reproductiva* tiene como objetivo, en unos casos, lograr que las mujeres procreen y en otro, por el contrario, impedirles que lo hagan. En ambas opciones la coincidencia es palpable: la mujer es *el objeto médico, demográfico, sanitario*. No es *sujeta*, no protagoniza los hechos relativos a su salud, ni siquiera los incluidos en su *salud reproductiva*"¹²⁹

En el siguiente capítulo se hablará sobre el fundamento y características de los derechos humanos, así como antecedentes de los derechos reproductivos, su aparición y manejo en México.

¹²⁹ M. Lagarde, *Op. cit.*

CAPÍTULO 3

DERECHOS HUMANOS Y DERECHOS REPRODUCTIVOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD EN MÉXICO

La primera parte del presente capítulo se refiere a los derechos humanos, su relación con la ética y la moral, sus orígenes y características, así como las condiciones de los derechos humanos de las mujeres en México.

En la segunda parte se habla sobre los derechos reproductivos, sus antecedentes y definición, así como su observancia en México ilustrando con algunos casos reportados en la bibliografía.

3.1 Fundamento y características de los derechos humanos

La Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (O.N.U.) en el año 1948 aprobó la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la cual, en resumen, proclama el reconocimiento de 28 derechos y 10 deberes como son: igualdad de todo ser humano en la sociedad y ante la ley, no aplicación de torturas, esclavitud, o penas infamantes, derecho a elección de estado de vida, nacionalidad, propiedad, libertad de pensamiento, conciencia, religión y creencia y a manifestarla individual y colectivamente, tanto en público como en privado, reunión y asociación, participación en el gobierno, seguridad social, trabajo, descanso, educación, y participación en el progreso cultural y científico, entre otros.

Los derechos humanos o derechos de las personas, se basan en la dignidad y el valor de la persona humana sin hacer distinción de sexo, idioma y religión; son derechos que se tienen por el sólo

hecho de ser humanos, es decir, son derechos fundamentales que el hombre y la mujer poseen, que les “son inherentes por su propia naturaleza y dignidad, que lejos de nacer de una concesión de la sociedad política, han de ser por ésta consagrados y garantizados”¹³⁰ y son parte fundamental de la ética social.¹³¹

Los derechos humanos guardan una estrecha relación con la ética y con la moral. La ética (del griego *éthos* que significa “uso o carácter”) es la ciencia del estudio de la moralidad (del latín *mos*-*mores* o “costumbres”) y su tarea fundamental consiste en guiar la conducta a fin de determinar cuales opiniones o creencias morales son válidas para garantizar la felicidad individual y el bien común; todo esto fundamentado en la racionalidad.

La moral según Hierro “está constituida por las reglas de comportamiento de una comunidad: es la conducta que se considera deseable que las personas realicen u omitan”¹³² y en caso de no respetar estas reglas, los individuos están sujetos a sanciones que varían en rigor según el daño que causen al bien común.

La ética estudia las relaciones humanas y determina las leyes específicas a las que aquellas deben ajustarse y establece “cuáles opiniones o creencias morales son válidas. Una creencia moral es válida cuando ha probado que cumple la función de garantizar la felicidad individual y la armonía social; también cuando evita el sufrimiento individual y el daño social”.¹³³

¹³⁰ A. Truyol, *Los derechos humanos*, (España, 1984), 11.

¹³¹ G. Bidart, *Teoría general de los derechos humanos*, (México, 1993), 5.

¹³² G. Hierro, *Ética de la libertad*, (México, 1994), 42.

¹³³ *Ibíd.*, 43.

La ética en el campo teórico define lo que es bueno, pero existen muchas teorías éticas y en cada una de ellas varía la concepción de lo bueno: para unas lo bueno es la felicidad o el placer, para otras lo útil, el poder, el deber, etcétera.

La moralidad trata de decir a las personas lo que deben hacer y cómo comportarse en situaciones concretas, sin una racionalidad, utilizando argumentos persuasivos, emotivos y psicológicos, mientras que la ética trata de guiar la conducta para decidir cual es la mejor opción fundamentada en la racionalidad.

La moral está sujeta a cambios según la época, la sociedad y las condiciones en que se da; así también en la sociedad patriarcal existen situaciones donde se da una “doble moral” que es asimétrica y que “se trata de una normatividad distinta: para hombres más laxa, y otra, para mujeres más estricta”.¹³⁴

Esta “doble moral” permite y tolera en los hombres conductas que en las mujeres reprueba y castiga, y por otro lado también fija valores diferentes para cada sexo; por ejemplo, para las mujeres se considera moral la mínima o ninguna actividad sexual antes del matrimonio, mientras que a los hombres les es aplaudida y alentada la actividad sexual antes del matrimonio e inclusive la infidelidad.

Otro concepto que es preciso definir es el de derecho (del latín *directus* “recto, directo”) que puede ser la facultad moral o privilegio debido a la ley, la tradición o a la naturaleza; también se define como el conjunto de preceptos que rigen las relaciones humanas en una comunidad.

¹³⁴ G. Hierro, “La doble moral burguesa mexicana vs. la nueva moral de la igualdad” en *Normas y prácticas morales y cívicas en la vida cotidiana*, (México, 1990), 185.

Derechos humanos son aquellos que tienen todos los miembros del ámbito de universalidad porque nadie puede rehusar el reconocimiento de estos derechos y de las exigencias de dignidad basadas en ellos.

Cualquier hombre o mujer puede, de manera individual, hacer valer estos derechos frente a otros hombres o mujeres y ni estos ni ningún gobierno los pueden violar.

Surgen en teoría en el siglo XVII cuando se efectúa el tránsito de un estado de servidumbre a un estado de ciudadanía, cuando el hombre europeo reacciona en contra de los estados absolutistas y trata de afirmar ciertas pretensiones mínimas que son llamadas derechos humanos.

En 1776, después de la independencia de los Estados Unidos, se formuló la Carta de Derechos de Virginia en donde se afirma que “todo *hombre* tiene el derecho a la vida, a la libertad y a la búsqueda de la felicidad”, derechos de los que derivan el derecho a la resistencia política frente a cualquier gobierno que no los garantice.

En 1789, en Francia se emite la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano por los que se reconoce la propiedad como inviolable y sagrada, el derecho de resistencia a la opresión, seguridad e igualdad jurídica y libertad personal.

En 1917, en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se determina como artículo primero que “todo *individuo* gozará de las garantías individuales las cuales no podrán restringirse ni suspenderse sino en los casos que ella misma establece” y según su artículo catorce “nadie podrá ser privado de la vida, de la libertad o de su propiedad, posesiones y derechos sino mediante juicio seguido ante los tribunales”.

El 26 de junio de 1945 ante las Naciones Unidas se reafirma la fe en los derechos fundamentales del *hombre*, en la dignidad y en el valor de la persona humana, en la igualdad de los derechos de los hombres y mujeres y de las naciones grandes y pequeñas.

Los derechos humanos tienen 3 características:

a) Son universales porque todas las personas tienen estos derechos.

b) Son absolutos porque nadie puede reducirlos justificadamente.

c) Son inalienables porque no es posible que se pierdan, no se puede renunciar a ellos por razones de conciencia.

Los derechos de cada persona están limitados por los derechos de los demás, por la seguridad de todos y por las justas exigencias del bien común, en una sociedad democrática.

Los derechos de las personas cuentan con un fundamento ético indiscutible ya que son una mediación entre la aspiración ética del desarrollo del hombre como fin de la sociedad, y la realización de esa aspiración por medio del derecho.

La ética de los derechos y la ética de las personas delimitan el contorno también ético y filosófico dentro del cual tiene sentido axiológico hablar del hombre y de sus derechos.

La dignidad humana supone el valor básico fundamentador de los derechos humanos que tienden a explicitar y satisfacer las necesidades de las personas en la esfera moral, las personas se conciben como seres de eminente dignidad caracterizados por su razón y por su libertad, “la dignidad fluye de

un derecho humano fundamental para el *hombre*, base y condición de todos los demás: el derecho a ser reconocido siempre como persona humana”.¹³⁵

De la dignidad humana se desprenden todos los derechos en cuanto son necesarios para que el hombre desarrolle su personalidad integralmente.

Los derechos humanos son también considerados como derechos morales, lo cual los convierte en exigencias éticas y nos afirma la idea de su fundamentación ética.

Es importante destacar algunos aspectos importantes de los derechos humanos:

1. Todas y cada una de las personas tienen derechos.
2. Para cada derecho de una persona existe un *deber*^{*} correlativo para con las demás personas.
3. Cada persona debe respetar los derechos de cada una de las otras personas, y no impedirles el libre ejercicio de los mismos.
4. Tomar en consideración que “mis” derechos están ontológicamente a mi disposición, pero también los otros tienen los “suyos”, en suma son derechos de las personas dentro de una sociedad.

Los derechos humanos se caracterizan por ser universales, supratemporales, inalienables, reflejan la realidad de un país, constituyen los límites al poder del Estado y consagran las leyes supremas de los

¹³⁵ L. Legaz, “La Noción jurídica de la persona humana y los derechos del hombre”, *Rev. de estudios políticos*, XXV, (Madrid, 1951), 44.

^{*} **Deber** (sustantivo): obligación moral, legal o social, estar obligada/o a algo por precepto religioso o por ley natural.

pueblos. Se ejercen para proteger la vida, la libertad, la igualdad, la seguridad, la integridad, la dignidad, el medio ambiente y la paz.

Los derechos humanos se refieren a la particularidad, a las personas con necesidades específicas que por el hecho de ser humanas son titulares inalienables de una serie de derechos.

Esto es lo que de *jure* está establecido, pero de *facto* ¿qué sucede? Al respecto existen cuestionamientos acerca del sexismo y androcentrismo que impera en la conceptualización de los derechos humanos; en la Carta de Derechos de Virginia y en la Declaración Francesa de los Derechos del *Hombre* y del *Ciudadano* puede observarse que otorgaron los derechos ahí formulados sólo a los hombres, las mujeres no existían, estaban fuera de su estructuración, no estaban simbolizadas en esa declaración; los derechos humanos han sido tipificados para el sexo masculino, dado que no reflejan las necesidades de las mujeres; una muestra de ello son las luchas que se han dado para que la violencia de género sea considerada violatoria a los derechos humanos de las mujeres y reconocida como un problema de salud pública en todas sus modalidades.

Otro aspecto a cuestionar y que demuestra que aún no se considera a las mujeres como sujetos con acceso igualitario a los derechos humanos, es que en la actualidad los organismos dedicados a atender específicamente los derechos de las mujeres no tienen el mismo peso que otros organismos defensores de derechos humanos; las ONG's dedicadas a asuntos de las mujeres pasan por muchas dificultades para ser escuchadas e incluidas en las discusiones acerca de los derechos humanos y aún no se ha logrado proteger a las mujeres de la discriminación, maltrato, violencia y de un sinfín de violaciones a su dignidad como personas.

Además, los derechos humanos no se encuentran suficientemente difundidos entre la comunidad, no basta la aprobación normativa, sino que es necesario divulgarlos para que las mujeres y los hombres los hagan propios y los ejerzan.

En México se creó en junio de 1990, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y fue elevada a rango constitucional en enero de 1992. La figura de *ombudsman** mexicano está formada por la CNDH y 32 organismos locales de Derechos Humanos. La CNDH actúa como primera instancia en las violaciones cometidas por autoridades o servidores públicos federales, excepto el poder judicial de la Federación y como segunda instancia en las inconformidades acerca de las recomendaciones, acuerdos u omisiones de los organismos locales cuando no se cumplen correctamente las recomendaciones emitidas por ellos mismos.

Innumerables son las violaciones a los derechos humanos de las mujeres y aunque algunas se constituyen en delitos** que pueden ser castigados penalmente, no existen registros estadísticos, sin embargo, muchas ONG's han recabado cifras y testimonios que dan fe de lo que ocurre; entre los problemas más graves que aquejan a las mujeres en México, corresponde mencionar:

⇒ Maltratos físicos y psicológicos.

⇒ Agresiones sexuales intrafamiliares, incesto y asesinato de mujeres en el ámbito doméstico.** (la aparición de este símbolo indica que las violaciones a estos derechos humanos son un delito).

⇒ Hostigamiento sexual, laboral y en los centros educativos.**

⇒ Torturas y violaciones a presas y detenidas.**

⇒ Torturas y violaciones que se les infringen por asociación con el esposo.**

⇒ Sexualidad forzada, prostitución y tráfico de mujeres y niñas.**

⇒ Morbimortalidad materna por aborto clandestino y esterilización forzada.

⇒ Venta de hijas y niñas sometidas a servidumbre.

* En suecia y algunos otros países, persona encargada de controlar el funcionamiento de la administración pública y de la justicia. (Diccionario enciclopédico Larousse, (Barcelona, 1992), v. 6, p. 1763.

- ⇒ Analfabetismo y deserción escolar femenina.
- ⇒ Sexismo en las instancias policiales y en la administración de justicia, sentencias que absuelven a agresores, juzgadores que humillan a las mujeres agredidas.
- ⇒ Desgaste físico y mental por inacabables jornadas de trabajo y daños severos en la salud de las mujeres.
- ⇒ Discriminación y trato desigual en el empleo, condiciones de trabajo peligrosas, contrataciones abusivas, bajo engaño y/o coerción, despidos de trabajadoras, desempleo y subempleo,
- ⇒ Hostilización e intervenciones sobre organizaciones autónomas de mujeres, líderes femeninas asesinadas, mujeres desaparecidas.¹³⁶
- ⇒ Pobreza crítica en la ciudad y en el campo, violencia contra campesinas, agresiones culturales y raciales contra mujeres indígenas.
- ⇒ Despojo de los ingresos y de los bienes de las mujeres. Madres despojadas de sus hijas/os.¹³⁶
- ⇒ Mujeres cayendo en exclusiva con la responsabilidad de la supervivencia de las/os hijas/os.
- ⇒ Vigilantismo social sobre la sexualidad femenina.
- ⇒ Pornografía, publicidad sexista.
- ⇒ Desatención a las demandas de las mujeres organizadas en torno a la supervivencia, desautorización y represión a sus manifestaciones de protesta, exclusión de las mujeres en la toma de decisiones, discriminación en el ejercicio de sus derechos políticos.
- ⇒ Mínima inversión social de los gobiernos con efectos dramáticos sobre la población femenina de menores recursos, extensión del Sida y ETS sobre la población femenina, desnutrición, tuberculosis y epidemias sucesivas, maternidad compulsiva y negación del derecho de información para prevenir embarazos no deseados y el fundamentalismo religioso que niega a las mujeres el derecho a decidir sobre su propio cuerpo, entre otros.¹³⁶

¹³⁶ G. Tamayo, "Derechos humanos de las mujeres" en *Las mujeres y los derechos humanos en América Latina*, (Perú, 1993), 3-4.

Esta lista interminable hace suponer que los derechos humanos de las mujeres aún se encuentran sujetos a una ideología que no les ha permitido incorporarse a todos los ámbitos de la vida nacional, debido, entre otras causas, a que existe incongruencia entre las disposiciones jurídicas y los hechos reales, dada la inacción gubernamental que ha generado que algunas veces las autoridades permitan los abusos y otras veces los propicien.

El trabajo de la CNDH y de los organismos locales no ha podido incidir en los problemas que aquejan a las mujeres, producto de la desigualdad entre hombres y mujeres que sigue permeando la estructura de las instituciones sociales y contribuye a reproducir y perpetuar su situación de desventaja.

3.2 Los derechos reproductivos. Antecedentes.

Los derechos reproductivos fueron reconocidos por primera vez como derechos humanos en 1968 en la Proclamación de Teherán, durante la Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos, y han sido apoyados con fuerza creciente por sucesivos acuerdos y más recientemente, durante la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993 para finalmente ser aprobados en 1994 durante la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo de El Cairo y ratificados en 1995 en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer llevada a cabo en Pekín, China.

Los derechos reproductivos se refieren al derecho de todos los individuos y parejas para decidir libre y responsablemente el número de hijos, el período de tiempo a esperar entre cada hijo, a gozar de salud reproductiva y sexual, así como contar con la información, educación y los medios para lograrlo.

Es importante considerar que los derechos sexuales y reproductivos, van unidos y que a su vez son inseparables de derechos básicos tales como el derecho a la alimentación, a un techo, a la salud, seguridad, educación y por consiguiente vinculados a condiciones sociales, económicas y culturales.

Los derechos sexuales y reproductivos deben garantizar a todos los hombres, mujeres y parejas la decisión libre y responsable con respecto al número y espaciamiento entre cada hijo, a gozar de salud reproductiva y sexual, así como tener acceso a la información, educación y los medios para lograr estos objetivos.

Los derechos reproductivos considerados a la fecha son los siguientes:

- ⇒ El derecho a la información completa sobre sexualidad y reproducción.
- ⇒ La libertad para expresar la sexualidad en condiciones seguras, dignas y placenteras.
- ⇒ Derecho a no sufrir violencia, abuso o coerción sexual o corporal.
- ⇒ Derecho a acceder a un embarazo y parto seguros.
- ⇒ Derecho al consentimiento informado y derecho a la información completa (en un lenguaje claro y fácil de entender) sobre la salud reproductiva y acerca de los beneficios y riesgos de medicamentos, aparatos, tratamientos e intervenciones médicas incluyendo la esterilización.
- ⇒ Aborto seguro y legal.
- ⇒ Derecho a no sufrir discriminación por clase, raza, creencia religiosa, preferencia sexo/afectiva, edad y condición socioeconómica.
- ⇒ Acceso a métodos anticonceptivos seguros y efectivos.
- ⇒ Derecho a calidad y trato humanitario en los servicios de salud.

3.3 Los derechos reproductivos en México

Los derechos humanos, sociales y políticos en nuestro país se encuentran plasmados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En México la primera aproximación a los derechos reproductivos fue hecha en enero de 1975, cuando entró en vigor el art. 4o. constitucional que dice: "El varón y la mujer son iguales ante la ley. Ésta protegerá la organización y desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental".

Posteriormente en septiembre de 1996, se publicó el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000, por el cual se definen los lineamientos a seguir por parte del sector salud en materia de salud reproductiva; las líneas de acción de este programa van encaminadas a promover una cultura demográfica apoyada en estrategias de planificación familiar.

En México, los derechos reproductivos son mencionados profusamente cuando se habla de control natal y en su nombre se cometen atropellos en contra de las mujeres que se convierten en instrumentos para cumplir con políticas poblacionales, perdiendo de vista uno de los objetivos de los derechos reproductivos que es el de mejorar la calidad de vida de las personas.

A pesar de que el sector femenino representa algo más del 50% de la población total del país y que existen un sinnúmero de leyes para proteger a este sector, todavía es blanco de violaciones que obstaculizan el reconocimiento de sus derechos. Pese a la existencia de diversas leyes para

protegerlas, resulta inadmisibile que en esta época sigan infringiéndose sus derechos, colocándolas en condiciones de vulnerabilidad e incluso de indefensión.

En México, aun cuando se cumplió con el lema “pocos hijos para darles más” y de haber dado tanta publicidad al lema conocido por todos “La familia pequeña vive mejor”, se ha visto que la disminución de los integrantes de la familia mexicana en los últimos 20 años no ha significado un mejor nivel de vida, por el contrario, en este período se ha deteriorado notablemente al aumentar día con día la extrema pobreza. Véanse las cifras: en 1988 existían 17 millones de personas extremadamente pobres, para 1992 investigadores de la U.N.A.M. estiman conservadoramente que aumentó a 21 millones.¹³⁷

En el discurso se dice que es prioridad la salud, la alimentación y la educación de la población; sin embargo, en los hechos se ve cómo las políticas neoliberales disminuyen, a pasos agigantados, el presupuesto social para estos rubros.

Según cifras oficiales el 40% de la población está cubierta por el sistema de seguridad social, el 2% por seguros de salud privados, en el área rural sólo el 16.7% de la población tiene acceso al sistema de seguridad social. Los servicios públicos de salud no alcanzan a cubrir a los grupos más vulnerables; entre 1991 y 1993 el porcentaje de mujeres que no tenía acceso a servicios médicos aumentó de 54% a 59%. En 1995 había 130.4 médicos por cada cien mil habitantes.¹³⁸

Mientras esto sucede algunos investigadores afirman que “cobra auge el llamado *complejo médico industrial*: formado por las compañías de seguros médicos y empresas médicas privadas, lo que

¹³⁷ P. Ruiz, “Los derechos humanos de las mujeres y las leyes mexicanas”, en *Maternidad sin riesgos en México*, Op. cit., 57.

¹³⁸ C.R.L.P., G.I.R.E., Op. cit., 4.

subordina el ejercicio de la medicina a una nueva lógica mercantil y de acumulación de capital. El resultado es un panorama preocupante, en el que persisten la inequidad, cobertura incompleta con tendencia al estancamiento, servicios deteriorados con baja capacidad, restricciones financieras y pacientes insatisfechas/os.¹³⁹

Todo esto en el marco de políticas de población, dentro de las cuales subyace un control demográfico disimulado; por tanto, se utiliza la eticidad de los derechos reproductivos para apoyar políticas gubernamentales tendentes a cumplir cabalmente con las líneas establecidas por el Banco Mundial, en lugar de buscar estrategias que disminuyan las inequidades estructurales, sociales y económicas existentes.

A pesar de estar consignados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos los derechos humanos y los derechos reproductivos de las mujeres, en el ámbito de la salud pública en México no siempre son respetados por el personal de salud y por las instituciones, lo cual se convierte en otro factor que contribuye a perjudicar su salud.

Muchas veces cuando acuden a los servicios públicos de salud se van a enfrentar con la incapacidad y la carencia de recursos para atenderlas, aun cuando en los informes oficiales se dice reiteradamente que no hay desabasto y se publican cifras impresionantes de (supuestas) cobertura y atención.

Además se violan los derechos de las usuarias de servicios de salud cuando no se respeta su pudor y no se les pide su autorización para utilizarlas como modelos didácticos en la enseñanza de procedimientos médicos a las/os alumnas/os, cuando no se les informa la identidad de las/os prestadoras/es de servicios, cuando no se respeta su derecho al consentimiento informado y se les

¹³⁹ Id.

colocan dispositivos intrauterinos o se les esteriliza, cuando son agredidas por presentar abortos, cuando se lesiona o mata a sus hijas/os por incapacidad médica y se les practican cesáreas no indicadas, y muchas otras prácticas frecuentes.

En la Coordinación del Programa sobre asuntos de la mujer, el niño y la familia (CPAMNF) de la CNDH, durante 1997 se recibió un total de 339 quejas, de ellas 48% está relacionado con algún tipo de violación en materia de salud.

Edda Alatorre, coordinadora del CPAMNF de la CNDH afirma que “las víctimas presentan quejas cuando: el daño es importante, tienen mayor información, nivel económico o educativo alto que las respalda, o cuando es un familiar (generalmente hombre) el que hace la denuncia. Es evidente que los patrones culturales y educativos que asignan a las mujeres un papel protagónico como procuradoras de la salud de los demás, las excluye de exigir la propia.”¹⁴⁰

El derecho a la protección de la salud existe sólo en el papel; los asuntos médicos en general y particularmente los relacionados con la negligencia médica, en los dos últimos años, han ocupado el primer lugar entre las quejas recibidas por la CNDH.

Ante estas circunstancias, el 3 de junio de 1996 se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CoNaMed) con el objetivo de contribuir a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad de los servicios médicos.

A pesar de la CNDH y de la CoNaMed, el respeto a los derechos reproductivos de las mujeres se ve lesionado por diversas causas que involucran además del sector salud, el sector que se encarga

¹⁴⁰ E. Alatorre, “La salud femenina, un bien enajenado”, *Doble jornada*, No. 133, (México, marzo 2 1998), 15.

de impartir la justicia, el sector gubernamental, el religioso y otras instituciones sociales más que participan en la violación de los derechos reproductivos femeninos.

A continuación se hace un breve análisis de cada uno de los derechos reproductivos y se exponen algunas violaciones de los mismos que suceden cotidianamente y que se encuentran reportadas en la bibliografía.

En lo que se refiere a *el derecho a la información completa sobre sexualidad y reproducción*, éste no es ejercido por las mujeres debido a que, en México no existe un programa oficial de educación sexual, amplia y responsable desde los primeros años de la infancia, y la que reciben a cambio es inconsistente e ineficaz.

Una de las muchas consecuencias de lo anterior es la muerte por cáncer femenino que ataca a muchas mujeres jóvenes porque no tienen educación sexual e inician sus relaciones sexuales con un total desconocimiento de que la multiparidad y la falta de higiene entre hombres y mujeres propicia una especie de transmisión sexual, ya que el CaCu puede ser considerado también como enfermedad de transmisión sexual, como el Sida, porque puede desarrollarse a partir del virus del papiloma humano cuando se encuentra en el pene de los hombres.

Las acciones de información masiva emprendidas por el gobierno se han limitado a promover la planificación familiar en algunos grupos rezagados de las zonas rurales y urbanas marginadas, con la finalidad de retrasar el nacimiento del primer hijo, espaciar los nacimientos y limitar la fecundidad, pero las medidas preventivas para evitar la transmisión de cualquier ETS, que juegan un papel importante en la proliferación del Sida, no se han abordado de manera que la información llegue a todos los ámbitos del país.

El *derecho a la libertad para expresar la sexualidad en condiciones seguras, dignas y placenteras*, se ve afectado por muchas causas, entre ellas se puede considerar la “doble moral” que dificulta que las/os jóvenes asuman abiertamente sus intenciones sexuales; en el caso de las mujeres son educadas para reprimir, controlar e incluso, no sentir, mientras que a los hombres se les permite el ejercicio y expresión de su sexualidad y al final, hombres y mujeres tienen que ejercer juntos la sexualidad.

Estas actitudes de “doble moral” por un lado, toleran y facilitan las relaciones prematrimoniales en los hombres, mientras que las condenan y prohíben en las mujeres, se da un valor muy alto a la virginidad y se considera que son los hombres quienes deben tomar las decisiones con respecto al ejercicio de la sexualidad.¹⁴¹

La sexualidad de las jóvenes mexicanas parece estar muy ligada a la reproducción y al miedo al embarazo, el placer no se contempla y se considera patrimonio exclusivo de los hombres; la relación sexual en las mujeres es un acto más bien de sumisión a los deseos de su pareja que a sus propios deseos y no se atreven a pedir el “sexo protegido” por el temor a ser consideradas prostitutas.

A la fecha, en México no existen hoteles seguros y baratos para que las/os jóvenes puedan ejercer su sexualidad con seguridad; a falta de recursos económicos los lugares que escogen para ejercerla las/os exponen a asaltos, violaciones y abusos por parte de los “guardianes del orden”, además la baja autoestima, la desigualdad, la sensación de sumisión y la clandestinidad que se les transmite con respecto al sexo, las avergüenza e impide tomar las precauciones para evitar embarazos no deseados y ETS.

¹⁴¹ L. Atkin, N. Ehrenfeld y S. Pick, “Sexualidad y fecundidad adolescente”, en **Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México**, Op. cit., 44.

En la actualidad los riesgos de la vida sexual son muchos y aumentan si no existen las condiciones que permitan ejercer el derecho a expresar la sexualidad en condiciones seguras, dignas y placenteras.

La violencia de género a la que se hizo referencia en el capítulo anterior es un ejemplo de cómo es afectado *el derecho de las mujeres a no sufrir violencia, abuso o coerción sexual o corporal*, por ahora se hace alusión al hostigamiento sexual de que también son víctimas muchas de ellas.

El hostigamiento sexual es otra de las formas de violencia de género ejercida sobre las mujeres, hasta hace poco era invisible, su reconocimiento como un problema social es reciente, y se define como “una imposición no deseada de requerimientos sexuales en el contexto de una relación desigual de poder, éste último derivado de la posibilidad de dar beneficios e imponer privaciones, además de la carencia de reciprocidad en quien recibe los acercamientos sexuales”; en enero de 1991 se tipificó como delito contra la libertad y el desarrollo psicosexual normal y se incluyó en el Código Penal.¹⁴²

El hostigamiento sexual puede ser la primera forma de agresión producto de la dominación masculina y también puede dar paso al maltrato, abuso sexual, violación y ciclos de violencia cuyas consecuencias físicas y psíquicas afectan a las mujeres, ya que además de las lesiones corporales les ocasiona un estado de estrés permanente, y se lesiona su derecho a no sufrir coerción física y sexual.

¹⁴² F. Riquer, I. Saucedo y P. Bedolla, **Op. cit.**, 276.

Masters, Johnson y Kolodny¹⁴³ describieron en 1987 algunos *mitos* que pretenden justificar toda esta violencia contra las mujeres, éstos son:

1. *Las mujeres desean en secreto ser violadas y gozan cuando tal cosa les sucede. En otros términos, las mujeres incitan a sus violadores y son, por lo tanto culpables.*
2. *Las mujeres que se resisten no pueden ser violadas.*
3. *Las mujeres formulan falsas acusaciones de violación; son seres vengativos que usan la sexualidad para fines diversos.*
4. *Las mujeres provocan el maltrato y los golpes; los merecen por desobedecer o no cumplir sus obligaciones o responsabilidades.*
5. *Las mujeres usan su cuerpo y su capacidad de seducción para obtener otros beneficios en las relaciones laborales y en el ámbito educativo.*

Estos *mitos* y algunas de las muchas causas expuestas anteriormente, contribuyen de manera definitiva a la violencia de género que las mujeres sufren en los diferentes ámbitos todo lo cual repercute en su salud reproductiva e integral.

El *derecho a acceder a un embarazo y parto seguros* se refiere a la capacidad de las personas y de los sistemas de salud para llevar a buen término el proceso reproductivo y que las mujeres puedan dar a luz a una niña o niño sano/o.

En los países desarrollados, prácticamente todas las mujeres reciben atención prenatal, y dan a luz bajo supervisión de personal especializado que cuenta con todos los recursos para atender cualquier emergencia, lo cual hace que las muertes maternas sean raras, pero en México, aun cuando las

¹⁴³ *Ibid.*, 254.

muerres maternas han disminuído, este decremento en la mortalidad no ha beneficiado a todos los grupos de población, debido al rezago tan grande que presentan algunas localidades.¹⁴⁴

Estas muertes son el resultado de un conjunto de problemas sociales, económicos, biológicos y logísticos de los servicios de salud y ocurren por la falta de acceso a los beneficios de la medicina moderna y por una aplicación deficiente de los conocimientos y tecnologías disponibles en el manejo del embarazo, del parto o del puerperio.

Si la desaparición de un adulto en edad reproductiva tiene siempre efectos negativos en la vida familiar, en los casos de las mujeres estos efectos se acumulan por la multiplicidad de funciones que realizan.

Las mujeres de grupos sociales pobres o marginados enfrentan en suma los riesgos derivados de sus condiciones deficientes de salud, de las circunstancias sociales y culturales que rodean sus existencias y de un sistema de salud que no provee en cantidad ni calidad los servicios que necesitan.¹⁴⁵

Sobre la calidad de la atención, indudablemente la formación técnica de un médico asegura un tratamiento más eficiente en situaciones de emergencia; no obstante, la calidad de su atención depende también de los conocimientos y la experiencia que posee, así como de los recursos materiales con que cuenta la institución donde se realice el parto, otros componentes, como el trato personal y el intercambio de información entre la/el médica/o y la paciente, suelen ser muy deficientes y son elementos esenciales de la calidad de la atención.

¹⁴⁴ A. Langer y M. Romero, "El embarazo, el parto y el puerperio", en *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, Op. cit., 20.

¹⁴⁵ Id.

Ningún programa de planificación familiar ha evitado hasta hoy la morbilidad materna, porque éstos se han limitado a cumplir metas demográficas, descuidando la tarea de informar y formar a las mujeres en el cuidado de su salud.

Otro derecho a analizar es *el consentimiento informado y derecho a la información completa (en un lenguaje claro y fácil de entender) sobre la salud reproductiva* y acerca de los beneficios y riesgos de medicamentos, aparatos, tratamientos e intervenciones médicas incluyendo la esterilización.

El consentimiento informado es la decisión voluntaria de las usuarias o usuarios para que se realice algún procedimiento médico o algún tratamiento específico y debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Otorgar a las/os usuarias/os información completa acerca de los riesgos y beneficios, actuales y potenciales de los procedimientos y tratamientos médicos propuestos.
- Proporcionar la información de manera comprensible con un lenguaje claro y accesible, así como verificar que haya sido comprendida.
- Obtener el consentimiento de manera voluntaria y sin presiones.
- Asegurar la autonomía de las personas sin restricciones, sobre todo en las personas con condiciones sociales desfavorables.¹⁴⁶

¹⁴⁶ H. Reyes, "Reflexiones acerca del consentimiento informado en el otorgamiento de los servicios de salud", *Fem*, No. 166 (México, octubre 1997), 54-55.

En México el consentimiento informado se ha llevado a la discusión académica recientemente, pero en la práctica clínica con frecuencia no se cumple por el desconocimiento por parte de las/os pacientes de sus derechos y por la falta de preparación del personal de salud en el conocimiento de estos principios.

Cuando las mujeres solicitan un servicio de salud no saben cómo pedir calidad en la atención, creen que se les hace un favor y no que están ejerciendo un derecho; se enfrentan a la insensibilidad, maltrato, falta de calidez, premura, despotismo, engaño, subestimación, regaño, negligencia, discriminación y otras actitudes por parte de algunas/os prestadoras/es del servicio.

Existen reportes de muchos casos en los cuales se ha violado éste y muchos otros derechos humanos y reproductivos de mujeres en nuestro país, como ejemplo se mencionan algunos casos documentados.

En las distintas localidades del país se anuncian con orgullo las cifras de las mujeres adscritas a los programas de planificación familiar, muchas han sido esterilizadas quirúrgicamente, pero un buen número de estas salpingoclasias se realizan sin seguimiento médico y la mayoría de ellas se asocian con la atención de partos normales, cesáreas o abortos, lo cual hace sospechar que en una buena parte de los casos las mujeres aceptaron la intervención en condiciones difíciles y seguramente sin información suficiente.

Según Francisco Alarcón, director de Planificación Familiar y Salud Reproductiva del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), "las tendencias demográficas neomalthusianas de la primera mitad de este siglo, sólo se preocuparon por la tasa de natalidad, cómo equilibrarla y cómo controlarla. En 1983, aseguró, en México se aplicó el enfoque de riesgo reproductivo para la planificación familiar que incluyó la tesis de atender la salud materna. Antes de esos años una

indicación equivocada, puso en riesgo los programas de planificación familiar del IMSS, se mandató a los cirujanos hacer la salpingoclasia en cada vientre abierto. Según las estadísticas de la época más de un millón 200 mil mujeres fueron esterilizadas, muchas sin saberlo.”¹⁴⁷

Un caso concreto acerca de estas declaraciones se presentó en el *Tribunal para la Defensa de los Derechos Reproductivos** y se refiere a una paciente que en el año de 1991 fue atendida en el IMSS en el octavo mes de un embarazo gemelar en el cual ambos gemelos fallecieron en el vientre por lo cual se le tuvo que inducir una expulsión; posteriormente cuando salió del hospital se percató de una pequeña herida debajo del ombligo que ella pensó había sido parte del tratamiento. Tres años después cuando decidió tener otro hijo y al ver que no se embarazaba, acudió a una médica que le realizó una histerosalpingografía percatándose de que le habían practicado ligadura de trompas sin su consentimiento, ella y su compañero profundamente afectados e indignados levantaron una demanda contra el IMSS y quienes resulten reponsables.¹⁴⁸

Otra paciente presentó su testimonio ante el mismo Tribunal y cuenta que asistió a la consulta de control prenatal a la Clínica de Gineco-Obstetricia de la Unidad Médica Tlatelolco, en la última consulta el médico le preguntó si quería hacerse la salpingoclasia y ella no aceptó, el médico la presionó para que aceptara la esterilización argumentando su edad (39 años) e incluso le propuso la colocación del dispositivo intrauterino (DIU), a lo que ella también se negó. Después de su parto por cesárea y durante su estancia en el hospital se sintió constantemente hostigada y regañada por los médicos que la calificaron de “irresponsable”; por la hoja de alta que le dieron; ella estaba segura de que no le habían colocado el DIU; sin embargo, al llegar a su casa, cuando se estaba bañando

¹⁴⁷ S. Lovera, “Mueren 500 mujeres al año por causas de la maternidad”, *La Jornada*, (México, 8 de marzo 1997), 17.

* Un acto simbólico organizado en Mayo de 1996 por la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal, en el que se presentaron testimonios de mujeres ante organizaciones civiles y académicas, autoridades de salud, partidos políticos, legisladores y medios de comunicación.

¹⁴⁸ C.R.L.P., G.I.R.E., Op. cit.,13.

percibió los hilos del dispositivo; indignada acudió con su médico familiar quien dudó de su capacidad para reconocer la presencia del DIU y le dijo “usted no sabe y en su hoja de alta aparece que no se lo pusieron”; actualmente la paciente está llevando a cabo un proceso legal de denuncia.¹⁴⁹

Muchas de las mujeres esterilizadas afirman no haber sido informadas sobre el carácter irreversible de la operación, ni sobre otras opciones anticonceptivas, así también dicen no haber firmado el formato de consentimiento para la intervención.¹⁵⁰

Estos datos muestran cómo es violado de manera flagrante, el derecho de las mujeres al consentimiento informado, por algunas/os médicas/os que parecen desconocer los derechos reproductivos o bien, si los conocen no fueron preparadas/os para respetarlos.

Por lo que respecta al *derecho a un aborto seguro y legal*, en México el aborto es ilegal; las leyes castigan a las mujeres que abortan y a quienes les practican dicho procedimiento; las sanciones varían de seis meses a cinco años y en la mayoría de los estados se consideran como causas atenuantes para las mujeres que abortan: *que no tengan mala fama, que hayan logrado ocultar su embarazo y que éste sea fruto de una unión legítima*

En 29 estados y en el Distrito Federal se consideran motivos de no punibilidad: cuando el embarazo es el resultado de una violación, cuando corre peligro la vida de la madre o en el caso de aborto culposo o por imprudencia (accidental), en 9 estados por razones eugenésicas (malformaciones del feto).

¹⁴⁹ *Ibid.*, 29.

¹⁵⁰ *Ibid.*, 13.

En el estado de Chiapas en el año de 1990 se propuso que el aborto no fuera penalizado *cuando obedece a causas económicas graves y justificadas, siempre y cuando la mujer tenga al menos tres hijos*¹⁵¹; sin embargo, al darse a conocer públicamente la aprobación de la despenalización, hubo tales presiones por parte del sector religioso y por el grupo Provida, que finalmente el Partido Revolucionario Institucional (PRI) recomendó que la aprobación de la reforma a la ley contra el aborto se derivara a la Comisión Nacional de Derechos Humanos, quien a su vez respondió que no estaba dentro de su competencia; después de esto se guardó silencio.

Los argumentos que esgrime la alta jerarquía católica y los grupos religiosos como Provida, en contra del aborto, giran alrededor de la defensa de la vida, pero no defienden la vida de las mujeres que desean interrumpir un embarazo no deseado, la vida de las mujeres pobres que son quienes realmente son las afectadas al verse expuestas a morir por abortos mal practicados, y la pérdida de madres insustituibles para los hijos que les sobreviven.

Lagarde al referirse al aborto declaró que “a fin de siglo y de milenio el aborto no ha sido secularizado y gira en la órbita religiosa de lo prohibido; su práctica en la clandestinidad está ausente de los programas oficiales y, a pesar de constituir un problema nacional, la atención a las mujeres que interrumpen su embarazo no está integrada ni jurídica ni prácticamente como derecho de salud.”¹⁵²

Las mujeres que abortan son juzgadas con dureza por algunos sectores de la sociedad y por algunos prestadores de los servicios de salud, quienes la mayoría de las veces les dan un trato hostil en los momentos en los que ellas necesitan más ayuda y no muestran respeto, ni tolerancia hacia las mujeres que viven la tragedia y las complicaciones por abortos mal practicados.

¹⁵¹ *Ibid.*, 10.

¹⁵² M. Lagarde. *Op. cit.*, 27.

Comparativamente con otras pacientes, existen diferencias en la atención que reciben las mujeres que han abortado; el cambio de actitud ocurre desde el momento en que se evidencia que se trata de un aborto inducido. En un estudio que se realizó en el año de 1993 con médicos de distintos hospitales del Distrito Federal, algunos de los médicos entrevistados opinaron que esta actitud se debe a que existe “prejuicio en relación a estas pacientes”. En cambio, las enfermeras opinaron que esta diferencia de trato es porque “los médicos reprimen a las mujeres”.¹⁵³

Cuando se ofrece orientación a las hospitalizadas para prevención futura, exactamente la mitad de los doctores lo hace a partir de la valoración de que el aborto es un acto criminal y su intervención se da desde esa óptica, “para que no se vuelva a repetir”, para que sepan, según lo explicó un médico: “lo reprochable de su conducta”; o porque según dijo otro “hay que hacer que no vuelvan a cometer el pecado cometido”.

Poco menos de la otra mitad dijo “para prevenir que el acto se repita”, pero sin mayor carga de tipo condenatorio, argumentando sobre todo razones médicas o porque consideran que “es necesario que las pacientes sepan que no tienen que hacer ésto por las complicaciones que pueden ocurrir”. Sólo cuatro contestaron que tenían interés en las pacientes y dos argumentaron razones de humanidad.

Las razones expresadas por aquellos doctores que prefieren no conversar con las pacientes son: “que tienen muy poco tiempo por el número de pacientes asignadas, porque consideran que no les corresponde a los médicos y/o porque no les interesa”. Cuatro de ellos consideran que “la gente no entiende”, entonces “de qué sirve hablar”, y otros señalan que “las pacientes con aborto no son

¹⁵³ G.I.R.E., Op. cit., 34-35.

prioridad como para gastar tiempo con ellas”.¹⁵⁴ Estas últimas razones son graves, ya que es fácil imaginar el trato que reciben las mujeres por parte de estos médicos.

El movimiento feminista internacional y nacional sigue pugnando por la defensa del derecho de las mujeres a interrumpir un embarazo no deseado y el derecho a controlar su propio cuerpo, derechos que sólo pueden ser efectivos cuando se despenalice el aborto y se ofrezca a las mujeres condiciones de salud dignas y seguras para que dejen de arriesgar su vida, pero se enfrenta a una lucha desigual con los organismos ultraderechistas, partidos políticos y con el clero.

Al respecto Villoro dice: “Calificar o no de *crimen* al aborto es competencia de la conciencia individual. Si no existen criterios universalmente aceptados en esta materia, ¿cuál alternativa es mejor? Penalizar el aborto implica conceder al Estado el privilegio exclusivo de decidir sobre un asunto de moral y atentar contra los derechos de las mujeres para imponerles su criterio. Despenalizar el aborto no implica justificarlo, menos fomentarlo. Implica sólo respetar la autonomía de cada ciudadana/o para decidir sobre su vida, respetar tanto a quien juzga que el aborto es un crimen como a quien juzga lo contrario. En un caso tan controvertido ¿cuál es la actitud más razonable?. Hay que luchar por lograr cambios sociales acordes con una aspiración común: la reducción del sufrimiento humano. Un aspecto crucial es no imponer un criterio moral, sino establecer condiciones que permitan informar a la mujer y a su pareja en la toma de su decisión.”¹⁵⁵

La postura y cuestionamientos de Villoro respecto al aborto apoyan los argumentos que esgrimen las feministas, con una clara alusión de la intervención del Estado en asuntos tan privados como la decisión personal de las mujeres y sus parejas.

¹⁵⁴ *Id.*

¹⁵⁵ *Ibid.*, 29.

Con respecto al *derecho a no sufrir discriminación por sexo, clase, raza, creencia religiosa, preferencia sexual/afectiva, edad y condición socioeconómica*, en 1979 la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas aprobó la Declaración sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés), la cual entró en vigor el 3 de septiembre de 1981, firmada y ratificada por México.

Esta Declaración consigna que a pesar de los progresos realizados en materia de igualdad de derechos, continúa existiendo considerable discriminación en contra de la mujer y la cual se refiere a toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural, civil o en cualquier otra esfera.¹⁵⁶

Sin embargo, a pesar de que el artículo 4o. constitucional consigna esta igualdad, existe incongruencia entre la Constitución y algunas leyes obsoletas de los Códigos Civil y Penal.

El Código Civil en uno de sus párrafos consigna “se estableció que la mujer pudiera sin necesidad de autorización marital, servir un empleo, ejercer una profesión o industria, o dedicarse al comercio, con tal de que no descuidara la dirección y los trabajos del hogar”¹⁵⁷; este párrafo contribuye de manera tendenciosa a reforzar los papeles tradicionales asignados a hombres y mujeres y a legitimar la “doble jornada”, ya que las mujeres aunque trabajen remuneradamente y tengan ayuda doméstica, siguen siendo las responsables del trabajo doméstico.

¹⁵⁶ S. Tapia, *Principales Declaraciones y Tratados Internacionales de Derechos Humanos Ratificados por México*, (México, 1999), 47.

¹⁵⁷ P. Ruiz “Los derechos humanos de las mujeres y las leyes mexicanas”, en *Maternidad sin riesgos en México*, Op. cit., 55.

Otro artículo con tendencias discriminatorias hacia el género femenino, es el que se refiere a la investigación de la paternidad de los hijos nacidos fuera del matrimonio, en el que se establecen cuatro situaciones que pueden apoyar un juicio de esta índole y que son:

-En los casos de violación, rapto o estupro.

-Cuando el hijo se encuentre en posesión de estado de hijo del presunto padre.

-Cuando el hijo sea concebido durante la convivencia de la madre bajo el mismo techo del presunto padre.

-Cuando el hijo tenga a su favor un principio de prueba contra el pretendido padre.

Considerando que las madres solteras, en su mayoría llegan a serlo a través de la seducción, esa situación no se menciona, "subyace la idea de que cualquier mujer que tenga relaciones sexuales fuera del matrimonio es indecente y por lo tanto no merece el respaldo de la sociedad".¹⁵⁸

Con este tipo de consideraciones se lesionan los derechos de las madres solteras o las concubinas, se las discrimina y se considera a las mujeres como dignas de sospecha y capaces de perjudicar a los hombres sólo por gusto.

En el campo laboral existen leyes que establecen, el derecho a un trabajo digno y socialmente útil, la protección especial a la maternidad, salario igual para trabajo igual; sin embargo, en la práctica estos derechos de las mujeres también son violados.

¹⁵⁸ *Ibíd.*, 58.

A este respecto existen violaciones patronales contra los derechos de las trabajadoras de diversos gremios: las trabajadoras domésticas, bancarias, obreras, trabajadoras de las maquiladoras, de instituciones gubernamentales como el Sistema de Transporte Colectivo (Metro), delegaciones políticas, centros de desarrollo infantil, Procuraduría General del Distrito Federal, etcétera.¹⁵⁹

Estas violaciones van desde la exigencia de certificados de no embarazo, hostigamiento, chantaje sexual, maltrato, bajos salarios, jornadas extensas, condiciones de insalubridad y de riesgo incluso durante el embarazo.

Las grandes y pequeñas empresas han considerado benéfica la contratación de mano de obra femenina ya que dada su condición de género se explota su docilidad, habilidad manual, resistencia a las jornadas pesadas de trabajo, menor salario por igual trabajo, y más facilidad para ubicarlas como trabajadoras informales de tiempo parcial o trabajo en sus domicilios sin derecho a seguridad social ni prestaciones.

En un estudio sobre la situación de las trabajadoras mexicanas de la maquila (compañías procesadoras de exportaciones) *Human Rights Watch* reportó el tipo de discriminación que viven las obreras en la iniciativa privada en nuestro país. Como condición para darles empleo se les exige el certificado de no embarazo expedido por compañías contratadas por la propia empresa, se les niega el trabajo si están embarazadas, los entrevistadores intentan averiguar datos íntimos como si son sexualmente activas o qué tipo de anticonceptivos usan, si se embarazan cuando ya obtuvieron el trabajo, se les reasignan trabajos físicamente más difíciles y se les maltrata para presionarlas a que renuncien.¹⁶⁰

¹⁵⁹ C.R.L.P., G.I.R.E., Op. cit., 33.

¹⁶⁰ Id.

El trabajo a destajo en maquiladoras ubicadas en Tijuana es pésimamente pagado y sujeto a jornadas de trabajo de 9 a 14 hrs., sin seguridad ni higiene industrial y contaminación de la maquila que está causando nacimientos de niños afectados desde bajo peso hasta anencefalia.¹⁶¹

A pesar de que las mujeres se han incorporado masivamente al mercado de trabajo a edades más tempranas que los hombres, no tienen acceso a las prestaciones que marca la ley como el derecho a vivienda, salud, jubilación y seguros de desempleo, enfermedad e invalidez. En el campo las mujeres campesinas no tienen derecho a la tierra, por lo que migran a las grandes ciudades en donde se limitan sus posibilidades por la insuficiente preparación e ingresan al trabajo doméstico en el que se les exigen jornadas entre 12 y 14 horas, con un salario inferior al salario mínimo y sin ninguna clase de prestaciones.

Todo esto muestra una vez más a la incongruencia entre el discurso y los hechos ya que en México son usuales este tipo de violaciones a las disposiciones que reglamentan la jornada, el salario, el ascenso escalafonario y la capacitación en amplios sectores de trabajadoras como los sectores de las maquiladoras, costureras, trabajadoras a domicilio, etcétera; esta inseguridad jurídica y discriminación en contra de las mujeres es mayor en cuanto menor es su condición económica y social.

En lo que respecta al derecho de acceso a métodos anticonceptivos seguros y efectivos, la Ley General de Salud establece que los servicios de planificación familiar tienen carácter prioritario dentro de la prestación general de los servicios de salud, y el Subprograma de planificación familiar tiene como objetivos: fortalecer y ampliar la cobertura y calidad de la información, educación, y ampliar las acciones de diversificación de métodos anticonceptivos modernos (hormonales orales,

¹⁶¹ L. González y G. Cárdenas, *Op. cit.*, 47.

inyectables y subdérmicos, los dispositivos intrauterinos, la esterilización, la vasectomía, los métodos de barrera y los espermicidas).

No obstante lo afirmado en la Ley General de Salud, las tres instituciones de salud pública encargadas de los servicios de planificación familiar únicamente ofrecen dos métodos, el DIU y la esterilización quirúrgica, que en muchos casos, como los expuestos anteriormente, son aplicados a las mujeres sin su consentimiento.¹⁶²

La desigualdad y la discriminación hacia las mujeres en los servicios de salud reproductiva se hace patente también en las contraindicaciones para efectuar las esterilizaciones quirúrgicas y que para ellas se refieren solamente a factores de tipo biológico u obstétrico; sin embargo, para los hombres las contraindicaciones son únicamente de tipo psicológico al considerar que “la vasectomía está contraindicada en aquellos sujetos cuya decisión sea dudosa, inmaduros biológica y psicológicamente, con temor a posibles efectos de la operación sobre su estado de salud o su posible pérdida de virilidad”¹⁶³, y en el caso de las mujeres se ignoran las secuelas psicológicas que puedan acarrearles dichas intervenciones.

La integración de los hombres al proceso de las decisiones reproductivas y al mayor uso de métodos masculinos no se ha llevado a cabo, lo cual puede deberse tanto a la falta de información y de educación sexual, como a factores de orden cultural, religioso, de salud, que fomentan la idea de que el peso de la regulación de la fecundidad debe recaer principalmente en las mujeres.

Las campañas en favor del control de la natalidad no han podido influir para terminar con los mitos acerca de los anticonceptivos; las mujeres de zonas urbanas y rurales tienen la creencia de que los

¹⁶² C.R.L.P., G.I.R.E., Op. cit., 6.

¹⁶³ *Ibid.*, 13.

anticonceptivos son dañinos para la salud y prefieren usar métodos naturales como el ritmo y el coito interrumpido que tienen una alta probabilidad de riesgo de embarazo no deseado y cuando deciden utilizar algún método hormonal o el DIU, después de algún tiempo lo interrumpen.¹⁶⁴

A pesar de los informes oficiales, el alcance de sus resultados no llega de manera uniforme a todos los grupos de la población.

Las campañas de planificación familiar no han podido cumplir sus metas debido, entre otras causas, a la falta de preparación de las/os prestadoras/es de servicios, a la desinformación de las/os usuarias/os y a la crisis económica por la que atraviesa el país, y por lo tanto la demanda no cubierta de anticonceptivos es enorme.¹⁶⁵

Otros obstáculos que influyen en el comportamiento reproductivo de las mujeres son los obstáculos religiosos, morales y culturales e ideológicos que incrementan el monto de la población desprotegida y no contemplada en las cifras oficiales.

En nuestro país también se fomenta la discriminación por edad que afecta a las/os adolescentes en sus derechos humanos y reproductivos dado que no se les permite obtener los servicios de salud reproductiva a edades tempranas de manera plena, se les limita el acceso a una educación sexual informada y a los métodos y servicios de anticoncepción que les permitan ejercer su sexualidad libre y responsablemente.

La mayoría de las y los jóvenes enfrentan los riesgos implícitos en las relaciones sexuales con escasa información sobre salud sexual y reproductiva y un limitado acceso a métodos y servicios de

¹⁶⁴ *id.*

¹⁶⁵ *Ibid.*, 10.

anticoncepción, lo cual nos demuestra que los derechos reproductivos de las mujeres adolescentes, en este rubro, tampoco se cumplen cabalmente como lo indica el discurso y los informes gubernamentales.

Con respecto *al derecho a calidad y trato humanitario en los servicios de salud*, el derecho a la salud incluido en el artículo cuarto constitucional a partir de 1983, tiene que ver con la cobertura y el acceso de las/os ciudadanas/os a los servicios del ramo, pero no habla de la calidad de la atención prestada. Los derechos de las/os pacientes quedan en acuerdos informales, en políticas hospitalarias y en el criterio ético de las/os prestadoras/es de servicios.

Aunque el maltrato a las mujeres proviene tanto de hombres como de mujeres, las concepciones implícitas en las prácticas médicas y en los modelos de atención tienden a considerar a las mujeres como menores de edad se les infantiliza, se les da acceso a los servicios principalmente en función de otros, el cuerpo de las mujeres ha beneficiado a la industria farmacéutica, a los hospitales, a los médicos y al Estado, pero ninguno de ellos ha beneficiado la salud de las mujeres.

En los servicios de salud pública la relación médica/o-paciente es fuente de descontento, muchas enfermas deben aceptar, les guste o no, que los trate quien sea y la/el facultativa/o debe tratar a todos los enfermos asignados a su turno, aun cuando la relación entre número y calidad sea inversa. Este tipo de relación a destajo no permite cultivar relaciones humanas duraderas, eficaces y estrechas, más bien las degradan, por más bien intencionadas/os que sean las/os médicas/os; la falta de recursos en ese sector desde hace más de una década es muy alta y ha contribuido también al deterioro de los servicios.

Obviamente la calidad de la atención a las mujeres de las zonas marginadas empeora junto con su condición social y económica; se usan sus carencias económicas para vulnerar aún más sus

derechos humanos, un ejemplo de ésto es lo sucedido en la sierra de Zongolica, Veracruz, faja de terreno muy pobre donde la mayoría de sus habitantes no cuentan con agua potable, luz eléctrica y drenaje; viven del cultivo de maíz y de la venta de madera. El IMSS a través de Unidades Médicas Rurales ofrecía despensas o dinero en efectivo (\$300.00) a las mujeres que se dejaran colocar el DIU.¹⁶⁶

Estas acciones están directamente relacionadas con rasgos inhumanos y antidemocráticos en la aplicación de todos los programas de salud reproductiva que en aras de una malentendida política demográfica violan flagrantemente los derechos humanos y reproductivos de las mujeres.

Lagarde hace referencia a la concepción patriarcal de la salud reproductiva y confirma algunos de los aspectos antes mencionados con las siguientes declaraciones: “La intervención médica y la acción de políticas en torno a la sexualidad aparecen como un conjunto de prácticas autoritarias cuyo objetivo es reducir la natalidad y la fecundidad a través de métodos dañinos para las mujeres, y cuyas secuelas no son valoradas. Los cuerpos de las mujeres han sido modernizados de manera contrastante a través de salpingoclasias, cesáreas innecesarias, embarazos, partos y puerperios mal atendidos, y abortos criminalmente desatendidos. Los derechos conquistados socialmente, al practicarse cargados de desvalorización, menosprecio y hostilidad hacia las mujeres, producen mutilaciones excesivas.”¹⁶⁷

¹⁶⁶ L. Lagunes, “La miseria como elemento de negociación para vulnerar derechos humanos”, **Doble Jornada**, (México, 6 de octubre 1997), 9.

¹⁶⁷ M. Lagarde, *Op. cit.*, 27.

CONCLUSIONES

En México los derechos humanos son ampliamente aludidos en el discurso; sin embargo, la observancia de los mismos, en la mayoría de las ocasiones, es relegada cuando se trata de conveniencia política y económica.

Al parecer, el derecho a la protección de la salud existe sólo en el papel, muchas mujeres, al no conocer sus derechos reproductivos, no tienen idea de cómo solicitar una atención de calidad, perciben la atención a su salud como un favor, y son víctimas del maltrato, negligencia y abuso en las instituciones de salud. La Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Mujer de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos reportó que las quejas por negligencia médica ocupan un porcentaje muy alto, de las cuales la mayoría son en contra del IMSS.

Además del sector salud, varios son los sectores involucrados en la violación de los derechos reproductivos de las mujeres, entre ellos es posible mencionar: el sector que se encarga de impartir la justicia, el sector gubernamental, el religioso y el patronal, entre otros.

Existen pocos registros estadísticos de las innumerables violaciones a los derechos humanos de las mujeres; sin embargo, muchas ONG's han recabado cifras y testimonios que dan fe de lo que ocurre.

De los nueve derechos reproductivos a que se hizo referencia en este capítulo, en todos y cada uno de ellos existieron violaciones e irregularidades; todo ello se debe, entre otras causas, a que los derechos humanos no se encuentran suficientemente difundidos entre la comunidad, no basta la aprobación normativa, sino que es necesario divulgarlos para que las mujeres y los hombres los hagan propios, los ejerzan y exijan su cumplimiento por parte de cualquier instancia involucrada.

El siguiente capítulo se trata sobre algunos de los problemas que dificultan que las mujeres alcancen su salud integral en México.

CAPÍTULO 4

ALGUNOS PROBLEMAS QUE DIFICULTAN QUE LAS MUJERES ALCANCEN SU SALUD INTEGRAL EN MÉXICO

Los problemas que han dificultado que las mujeres alcancen su salud integral en México, se encuentran presentes en todos los ámbitos donde ellas se desenvuelven: familiar, escolar, laboral, jurídico, político, social y, desde luego, el ámbito de la salud.

En este capítulo se tratan algunos de los problemas que se relacionan con dichos ámbitos, entre ellos, los bajos niveles educativos, tipo de educación sexista que se imparte en México, desnutrición, baja autoestima femenina, “doble jornada” y discriminación laboral, entre otros.

Aunque es frecuente que haya problemas que comparten muchas mujeres, éstos se agravan cuando la condición social es inferior, por lo tanto, se considera necesario destacar algunos problemas que afectan en particular a las mujeres semiurbanas y rurales.

Como se ha visto, las condiciones de salud de las mujeres y los hombres están determinadas por diversos factores como son: características biológicas, condiciones económicas, estatus social, disponibilidad, acceso y calidad de los servicios de salud, educación, así como también la construcción cultural alrededor del género y la salud.

Por su condición social, económica y de género, muchas mujeres desde la infancia se enfrentan a grandes desventajas que se agravan en tanto más bajo es su nivel educativo y social.

La configuración de la mayoría de las familias en México supone una primaria asimetría de roles sexuales masculino-femenino, que contiene los supuestos de las diferencias entre hombres y mujeres y que se lee como jerarquía de superioridad masculina.

Aunque los problemas que afectan la salud integral de las mujeres son muchos, el tipo de educación que se ha impartido a las mexicanas es, a mi juicio, uno de los principales; esto puede ser porque en el ámbito formal y no formal se les transmite desde la infancia una educación que en lugar de permitirles mejorar su calidad de vida, "tiende a ser una instancia más de domesticación que sigue inscribiendo a las mujeres en México al sitio que el poder masculino ha elegido para ellas: el reino de lo doméstico (de "domus" casa)".¹⁶⁸

Esto que menciona Hierro en su libro "De la domesticación a la educación de las mexicanas", lo podemos confirmar cuando en la educación formal, aunque se pretende dar un trato igualitario, la diferenciación entre niñas y niños se manifiesta con actitudes de preferencia hacia ellos, de hecho existe una división sexual del trabajo escolar, hay actividades que son asignadas sólo a las niñas como la limpieza y arreglo de espacios escolares; a los niños por su parte se les asignan actividades en las que desarrollen su fuerza, competencia y agresividad.

En los libros se les transmiten imágenes estereotipadas de hombres y mujeres; las ilustraciones fomentan la división sexual del trabajo; la presencia de las mujeres en la historia es muy escasa (casi ignorada), los aspectos de educación para la salud y educación sexual casi no se abordan y predomina un lenguaje sexista.

A las niñas se les educa pensando en tener una hija o hijo y como objeto "propiedad de"; se les encamina a cubrir las expectativas del trabajo doméstico e intelectual en el mejor de los casos.

¹⁶⁸ G. Hierro, *De la domesticación a la educación de las mexicanas*, (México, 1993), 14.

Pero además del tipo de educación que se imparte, los bajos niveles educativos tienen relación directa con el desempeño en su vida futura, en particular sobre la mortalidad neonatal, infantil y en general sobre la esperanza y calidad de vida de ellas mismas y su familia, ya que a menor educación es mayor el desconocimiento de normas elementales de higiene, nutrición y fomento de la salud, además sin una educación adecuada sólo tienen acceso a trabajos mal remunerados, y por tanto, difícilmente logran su independencia económica

Al parecer, en nuestro país, muchas/os de las/os madres y padres con recursos limitados invierten más en sus hijos que en sus hijas desde el nacimiento, dando por resultado que las niñas en el ámbito familiar no tienen las mismas oportunidades de instrucción y educación que sus hermanos, ya que es muy común que se muestre de manera significativa la preferencia hacia los hijos cuando hay que decidir quien permanece en la escuela, por considerar que ellos serán el sostén de una familia, casi no se les asignan tareas domésticas y perciben el espacio de la casa como un lugar para el ocio y el descanso.

A las niñas, en cambio, se les orienta al trabajo doméstico, si van a la escuela tienen que cumplir con sus tareas escolares y cuidar a las/os hermanas/os menores, cocinar, planchar, limpiar y en general compartir las labores domésticas con la madre, o asumirlas casi totalmente cuando ella trabaja, y con el argumento de que las niñas “serán mantenidas por el futuro esposo” en muchas ocasiones se les retira de la escuela cuando la familia considera que su educación ya es suficiente para cumplir con el rol asignado para ellas.

Otro problema por mencionar es el que se refiere a la desnutrición que afecta de manera importante la salud de muchas mujeres y tiene su origen en las primeras etapas de la infancia, persistiendo hasta la madurez, debido a la discriminación genérica y a la distribución desigual de recursos y alimentos dentro de la familia.

La alimentación de algunas mujeres dentro de la casa es muy deficiente, comen mejor los hombres y los niños, y por último las niñas y las mujeres; esta precaria alimentación precipita el deterioro de su salud desde la infancia y afecta su calidad de vida futura; además, este trato diferencial propicia que la autoestima de las niñas y futuras mujeres se vea disminuida afectando su desempeño dentro y fuera del hogar.

También el entorno social tiende a producirles inseguridad al subvalorar sus capacidades e imponerles limitaciones y obstáculos que no les han permitido un desarrollo con perspectivas más amplias que las tradicionales y actúan en detrimento sobre su autoestima.

Una autoestima baja, al hacer que la persona se perciba como incapaz y poco importante, puede ser un obstáculo para una buena calidad de vida, un freno para el logro personal, puede generar dificultad para asumir riesgos por miedo al fracaso, para enfrentar las demandas que plantea la vida, disminuir la capacidad creativa, interferir en las relaciones interpersonales y producir sentimientos de ansiedad y enojo.¹⁶⁹

A pesar de que el trabajo remunerado trae consigo un aumento en el nivel de ingresos y probablemente ayuda a elevar la autoestima de las mujeres, en algunas de ellas estos logros se ven afectados por las jornadas de trabajo doméstico y laboral tan extensas, por el marco de informalidad y las condiciones de desventaja con que lo realizan y que también se constituyen como factores de riesgo para la salud de ellas.

Muchos empresarios exigen el comprobante de no embarazo a las mujeres y discriminan a las madres solteras por los prejuicios que tienen contra la incapacidad por maternidad y los permisos

¹⁶⁹ L. Alcalay y N. Milicic, "Autoestima y autoconcepto de mujer: algunas reflexiones sobre la realización del rol sexual", *Educación para el autocuidado de la salud*, v. VIII, no. 2, (Chile, junio 1991), 6.

para cuidar a las/os niños enfermas/os, lo cual les impide ejercer su derecho a un trabajo que les permita sobrevivir.

Todo el peso del cuidado de las/os hijas/os se descarga en las mujeres, lo cual es otro elemento que provoca tensión en ellas, ya que mientras trabajan es constante la preocupación por tener que dejar a sus hijas e hijos, lo cual les genera también sentimientos de culpa.

En las zonas metropolitanas las madres trabajadoras enfrentan serias dificultades al no contar con opciones suficientes cercanas o bien dentro de las empresas en donde trabajan, que proporcionen a sus hijas/os alimentación, cuidado y educación; las que existen actualmente son insuficientes, ubicadas lejos de los centros de trabajo y rígidas en cuanto a horarios y reglamentos.

Por lo anterior, muchas mujeres prefieren trabajos que puedan realizar dentro del hogar, que les permitan mantener el cuidado de las/os hijas/os y de la casa, por lo que es muy frecuente que se desempeñen en labores informales como el pequeño comercio, producción agropecuaria, la maquila a domicilio o en talleres clandestinos.¹⁷⁰

Aunque cuenten con un grado de escolaridad alto, las posibilidades de algunas mujeres para desarrollar plenamente todas sus capacidades, se ven limitadas por los roles que se esperan de ellas; se les prepara para servir, lo que influye significativamente sobre sus opciones laborales y profesionales dado que, cuando se desempeñan fuera del ámbito doméstico, muchas lo hacen en trabajos considerados femeninos y subordinados como por ejemplo: maestras, enfermeras, secretarías, costureras, cocineras, empleadas de limpieza o cualquier otro empleo que tenga relación con las tareas del hogar.

¹⁷⁰ M. Márquez, C. Talamante y M. Garduño, "La salud-enfermedad de las maestras: una experiencia participativa", en *Género y salud femenina*. (México, 1995), 261.

En muchas ocasiones, el trabajo remunerado y la llamada “doble jornada” (trabajo doméstico), hace que las mujeres tengan que prolongar sus horas de trabajo restando tiempo al descanso, al sueño y al reposo que aunado al estrés cotidiano, disminuye su energía vital que se manifiesta en forma de algunos malestares como la irritabilidad, dificultad para concentrarse, cambios de humor, trastornos gastrointestinales, síndromes dolorosos y trastornos de la sexualidad, entre otros, que son síntomas de la fatiga crónica que padecen.¹⁷¹

Las mujeres del medio urbano han obtenido algunas ventajas como la oportunidad de estudiar y trabajar; sin embargo, continúa habiendo una gran discriminación, si no directa por lo menos encubierta, pues son muy pocas las mujeres, en comparación con los hombres, que acceden a puestos de mando y de decisión política.

Frecuentemente, se enfrentan con una segregación ocupacional dado que se les limita socialmente la entrada a puestos considerados *masculinos*, aun estando más y mejor preparadas reciben un menor reconocimiento al trabajo femenino con los consecuentes menores salarios (diferente salario para trabajo igual).

También se van a enfrentar con el llamado “techo de cristal” que según Burín es “aquella situación laboral por la cual las mujeres encuentran una superficie invisible ubicada como plano superior, más allá de la cual no pueden traspasar. Su carácter de invisibilidad está dado por el hecho de que no obedece a criterios establecidos ni a normas o leyes impuestas de manera clara y objetiva, sino a un conjunto de expectativas, actitudes y valoraciones latentes que se ponen en evidencia cuando las mujeres pretenden ocupar posiciones de poder, de acción, de decisión, etcétera.”¹⁷²

¹⁷¹ A. Gaytán, “Trabajo visible e invisible de las mujeres”, en *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud?*, Op. cit., 285.

¹⁷² M. Burín, “Subjetividad femenina y salud mental”, en *Género y salud femenina*, Op. cit., 93.

Por lo que respecta a las mujeres del medio rural y semiurbano, éstas se encuentran en una situación social muy precaria, mal alimentadas, maltratadas psicológica y físicamente, envejecidas prematuramente y sin esperanza, sin independencia económica, social ni familiar, en riesgo de sufrir enfermedades infecciosas y crónicas como la tuberculosis, arteriosclerosis, la hipertensión, la osteoporosis, la depresión y el estrés, entre otras.¹⁷³

La deficiente alimentación ocasiona menarquia tardía y una vez que ésta inicia se van a enfrentar a una “maternidad descontrolada” porque en el medio rural no existe un control de la natalidad continuo y efectivo, por lo que las mujeres se embarazan y tienen hijos cada 18 meses, si no ocurre un aborto; además, muchas de ellas tardan algunos años o quizá no vuelven a vivir un periodo menstrual durante su vida pues el mismo esfuerzo de embarazos, partos y lactancia, combinados con la alimentación deficiente, crean una situación tan adversa para ellas que precipita su deterioro.¹⁷⁴

Al parecer, las condiciones de vida de las mujeres rurales, aunadas al inicio de la reproducción a edades tempranas y a los intervalos intergenésicos cortos, conforman un perfil reproductivo de alto riesgo. En consecuencia, los perfiles de morbimortalidad que aún subsisten en nuestro país en el área rural para la población femenina se asemejan a los que prevalecían en el siglo XIX en los países industrializados, como lo muestran las elevadas tasas de mortalidad materna: 2.6 por 10,000 nacidos vivos registrados en el área urbana y 10.6 por 10,000 en el área rural, y se considera que existe una subestimación del 40% de la cifra real.¹⁷⁵

¹⁷³ M. de Chávez, “La mujer sobreviviente”, *Ibid.*, 143.

¹⁷⁴ *Ibid.*, 140.

¹⁷⁵ J. Mejía, “Modelo alternativo de atención a la salud de la mujer rural”, *Ibid.*, 70.

Se las induce a una lactancia obligatoria que se prolonga hasta más de un año, y que contribuye a padecimientos diversos, entre los que se encuentra el dolor de espalda, cansancio y estrés por tener que compartir esta función con muchas otras actividades como ir por la leña, acarrear el agua, preparar la comida, limpiar la casa, atender al mando y a los otros hijos.

Las formas impuestas de vida, su cultura, sus modos de vida precarios y sus opresivas condiciones de vida, son un peso vital que atenta contra su salud y junto con su opresión genérica las pone en un estado permanente de riesgo que las predispone a enfermedades, achaques, peligros, mutilaciones, dolencias y pesares.

La identificación de las mujeres con el arquetipo de “madre” hace que su valoración se base, en muchos casos, sólo en la maternidad y dentro del ámbito social se ven presionadas hacia el embarazo y la unión temprana con una pareja con el fin de constituir una familia, ideal cultural patriarcal, sin tener un adecuado control de su fecundidad.

En ocasiones, el rechazo de los compañeros sexuales a la utilización de un método contraceptivo es uno de los obstáculos más comunes que las mujeres tienen que enfrentar cuando desean tomar una decisión sobre su vida reproductiva, debido a que las relaciones de género socialmente construidas las obligan a complacer sexualmente a su esposo o pareja independientemente de sus propios deseos y de ahí surgen los riesgos de embarazarse o adquirir enfermedades de transmisión sexual por contagios contraídos por una pareja infiel y promiscua.

Otro factor que contribuye a la represión del erotismo y la iniciativa sexual femenina es la interpretación de la religión cristiana que identifica al sexo como pecaminoso, necesario sólo como obligación matrimonial para los fines de la procreación y de la satisfacción masculina, que prohíbe

la interrupción del embarazo y el uso de métodos artificiales para el control de la natalidad y prevención de ETS.

Si la exclusión y la marginación social de las mujeres se constituyen como agentes deteriorantes de la salud femenina, la visión patriarcal de muchas instituciones médicas también contribuye de manera importante a ello al tratarlas como menores de edad e inferiores, como ignorantes de los procesos que las afectan, no tomar en cuenta sus decisiones y necesidades vitales, utilizarlas como objetos médicos de los que sólo importa su capacidad reproductiva. Los procedimientos anticonceptivos los orientan hacia ellas, por lo que la mayoría de las mujeres son quienes deben asumir los efectos secundarios de la anticoncepción tanto medicamentosa como quirúrgica, ya que la vasectomía y el uso de preservativos como medios de control natal masculino, aún siendo menos costosos, más sencillos y sin consecuencias, se practican en muy pocas ocasiones.

Todas estas desventajas producto de la desigualdad social intergeneracional así como una mal entendida o nula educación sexual, las exponen desde la adolescencia a ETS, embarazos riesgosos, y en ocasiones no deseados, por el ejercicio de una sexualidad que depende poco o casi nada de su albedrío ni en cuanto a ejercicio del placer propio, ni en cuanto a las consecuencias.

Por otra parte, en México, cuando una mujer decide interrumpir un embarazo no deseado, se enfrenta no sólo a las leyes, sino también a las normas médicas, sociales, religiosas y familiares así como a las secuelas psicoafectivas y a los riesgos que, para su vida, implican los abortos clandestinos. Todo esto forma una cadena que muchas mujeres (en particular las de bajos recursos), tienen que arrastrar solas y desprotegidas debido a su condición genérica de sometimiento y desvalorización.

La discusión acerca de la interrupción voluntaria del embarazo que está sancionada en los artículos 329 al 334 del Código Penal, es una incongruencia, ya que si por un lado el artículo cuarto constitucional señala que “toda persona tiene el derecho a decidir de manera libre y responsable sobre el número y espaciamiento de sus hijos”, por otro lado se lesionan los derechos humanos de las mujeres al no respetar ni respaldar su libre decisión en cuanto a la maternidad voluntaria, exponiéndolas a abortos clandestinos que ponen en peligro su vida.

La práctica ilegal de abortos inducidos que es la dominante, tiene importantes complicaciones y riesgos para la salud de las mujeres, por las secuelas que puede generar como son: laceraciones, desgares del cuello del útero, hemorragias internas, aborto séptico, perforación uterina, esterilidad y muerte.

Como se mencionó en el capítulo 2, las complicaciones (totalmente previsibles) que se presentan en torno al aborto sumadas a las del embarazo, parto y puerperio, son la causa de alta mortalidad materna entre las mujeres en edad productiva.¹⁷⁶

A estas cifras de mortalidad materna se suman las correspondientes a los tumores malignos, otra de las principales causas de mortalidad en las mujeres del grupo de 15 a 64 años, ya que a pesar de que el CaCu y cáncer de mama pueden ser prevenidos y tratados médicamente, dejan secuelas, dolor y muerte.

Otro problema que afecta la salud de muchas mujeres, y que fue abordado en el capítulo 2, es la agresión y violencia de género de que son objeto durante su vida cotidiana dentro y fuera del hogar, y que se manifiesta como violencia doméstica, violación, hostigamiento sexual, discriminación y todas las formas de maltrato físico y psicológico posibles; aun cuando las estadísticas con que se

¹⁷⁶ Secretaría de Salud, “Estadísticas vitales 1991”, (México).

cuenta no son oficiales, se sabe que este tipo de violencia es muy alta; en un 90% se da en la esfera intrafamiliar, con la tolerancia por parte de las autoridades que también contribuyen al maltrato por sus concepciones patriarcales de la justicia, todo lo cual afecta en gran proporción la salud femenina física y mental.

En el campo de la salud mental de las mujeres, estudiosas feministas encontraron que las expectativas sociales acerca de los roles que no pueden ser totalmente cumplidos por las mujeres o que no se satisfacen plenamente, se materializan e invisibilizan como malestares mentales; la cultura patriarcal asigna a las mujeres la idea de que serán más saludables psíquicamente mientras puedan sostener un estado de armonía y de equilibrio emocional no sólo de sí mismas sino del resto de las personas con quienes conviven; el fracaso en el desempeño de este rol conduce a las mujeres a estados depresivos; las situaciones que pueden considerarse potencialmente depresógenas son: el desempeño de algunos roles de género femeninos, en particular el rol de ama de casa, el de esposa en el vínculo conyugal tradicional, el rol materno, la pérdida de poder afectivo en las mujeres formadas para ejercer la maternidad tradicional, el *ser para otros*, la falta de poder económico, la falta de poder de las *reinas del hogar*, todo lo que signifique una pérdida de las áreas de poder de las mujeres.¹⁷⁷

Se han descrito verdaderos cuadros clínicos, asociados a esta pérdida, estados depresivos caracterizados como: *depresión posparto*, *neurosis del ama de casa*, *síndrome del nido vacío*, *depresión de mujeres de mediana edad*, etcétera, todos ellos como expresión de una puesta en crisis del sentido que habían otorgado en su vida a la centralidad de los roles de madre, esposa y ama de casa. Se considera que los estados depresivos son los modos paradigmáticos de expresar el malestar de las mujeres de este fin de siglo en contra de la formas de opresión a su modo de vida como, el ejercicio de la violencia de género, la violencia visible o invisible sobre las relaciones de pareja, su

¹⁷⁷ M. Burin, Op. cit., 95.

expresión en las relaciones de poder de la conyugalidad, en las problemáticas de la dependencia económica de las mujeres, en el ejercicio del poder patriarcal en las prácticas médicas y en la prescripción abusiva de fármacos a las mujeres, todas ellas se detentan como condiciones de vida enfermantes.

Datos recientes de la OMS sostienen que el riesgo de sufrir depresión en mujeres es de dos a tres veces más alto que en los hombres.¹⁷⁸

En el caso de la depresión de las mujeres, la hostilidad resultante que debiera dirigirse hacia afuera en respuesta a una pérdida, se vuelve contra ellas mismas, en lugar de la agresión surge la depresión.

El síndrome depresivo se caracteriza por un cambio afectivo anormal y persistente, en el que predominan sentimientos de inutilidad, culpabilidad, impotencia, desesperanza, ansiedad, tendencia al llanto, pérdida de interés y una cierta incapacidad para cumplir con las actividades cotidianas. Se acompaña de ciertos rasgos psicossomáticos como inapetencia o exceso de apetito, variaciones de peso (obesidad o delgadez extrema), disminución del deseo sexual, sueño perturbado (insomnio o hipersomnia).

Algunas/os médicas/os representantes del modelo médico tradicional sostienen la hipótesis de que los estados depresivos que padecen mayoritariamente las mujeres, tienen relación directa con el funcionamiento hormonal, se atribuye a las hormonas un rol causal en algunas reacciones emotivas, tales como la tristeza, la agresividad, los cambios de humor y afirman que hay una mayor frecuencia de fenómenos depresivos en el momento en el que ocurren en las mujeres cambios hormonales importantes. Esta hipótesis no ha sido demostrada, dado que no hay una mayor

¹⁷⁸ *Ibid.*, 94.

depresión durante la pubertad antes de la menarquía, ni durante la menopausia, y especialmente no hay pruebas convincentes de una relación entre las variaciones hormonales y las del humor.¹⁷⁹

Muchas/os médicas/os no analizan las condiciones de vida de las mujeres (el trabajo de ama de casa, las dobles y triples jornadas, la violencia de género, las problemáticas del rol maternal, las referidas al envejecimiento), que constituyen factores estresantes y depresógenos; aparentemente no les interesa encontrar nuevas alternativas terapéuticas para las mujeres que las/os consultan, y si presentan una marcada actitud discriminatoria en su trato al limitarse a prescribirles psicofármacos y hormonas, fomentando un vasto mercado de consumo para los laboratorios que los producen.¹⁸⁰

Más que buscar las causas que originan los síntomas, ofrecen una droga que rápidamente los acalle; por lo tanto, y a causa de todos estos fármacos que se han administrado a las mujeres, éstas se constituyen como grupo de riesgo en el abuso de tranquilizantes y hormonas y quedan con profundos sentimientos de insatisfacción al percibir que los fármacos no les proporcionan solución alguna a sus problemas cuyo principal origen se encuentra en su condición de género.

Parece ser que el sistema médico no ha podido solucionar los problemas derivados de las condiciones de vida de las mujeres, aun cuando éstos se expresen como trastornos de la salud, y los médicos en lugar de resolverlos caen en muchas ocasiones, en graves yatrogenias (enfermedades provocadas por el personal médico) que contribuyen a perpetuarlos.

A la fecha casi todo el gremio médico, no aborda la salud femenina de manera integral involucrando las esferas que inciden en cada etapa de la vida de las mujeres como son, entre otras, las afectivas, las físicas y los factores sociales.

¹⁷⁹ *Ibid.*, 95.

¹⁸⁰ *Ibid.*, 103.

El hecho de que las mujeres vivan más que los hombres no significa que la calidad de vida de éstas sea mejor. Ellas son quienes cuidan la salud de los otros y de la familia, ellas enferman más, dan muy poca importancia a su salud, no son sujetos de su propia salud por su condición de estar al servicio de otros, muchas no conocen sus derechos y por tanto no los exigen.

Todos los síntomas de ansiedad, tristeza, tensión, enojo y depresión que expresan las mujeres como una silenciosa protesta hacia sus condiciones de vida, han obtenido el estatus de enfermedad sin tomar en cuenta su complejidad y orientar la búsqueda de las soluciones con una perspectiva de género.

CONCLUSIONES

Algunos de los principales problemas que, a mi juicio, afectan la salud integral de las mujeres en México (los bajos niveles educativos, la educación sexista, la desnutrición, la baja autoestima, la “doble jornada”, la segregación ocupacional y la agresión y violencia de género, entre otros) tienen un origen común, la *discriminación genérica* que sufren las mujeres y que subyace en todos los ámbitos en que se desenvuelven.

La discriminación en el hogar, en la educación, laboral, jurídica, médica y política, persiste a pesar de algunos intentos, y las mujeres sufren desigualdad, falta de libertades, de oportunidades y de poder, en resumen falta de autonomía.

Resulta paradójico pero la discriminación de género es fomentada y reproducida por muchas mujeres que son las principales socializadoras de niñas y niños, con quienes repiten el esquema con que ellas mismas fueron educadas; aquí cabría preguntarse, si en muchos casos esta *educación* no

es en realidad sino una *domesticación* dirigida a aceptar el papel de “sexo débil”, “propiedad de” asignado para ellas.

Aun cuando es diferente vivir en la ciudad o en alguna comunidad rural, ser niña, adulta, o estar viviendo el climaterio, pertenecer o no a una etnia, vivir o no en la pobreza extrema, ser analfabeta o profesionista y tener muchos hijos o no tenerlos, algunos de los aspectos arriba mencionados son coincidentes en la vida de la mayoría de las mujeres.

Sin embargo, las mujeres pobres, rurales y semiurbanas, sufren mayores grados de pobreza, marginación, opresión y un mayor deterioro de su salud integral, por problemas de salud vinculados con carencias nutricionales, cargas de trabajo, un perfil reproductivo de alto riesgo (por el inicio de la reproducción a edades tempranas y a los intervalos intergenésicos cortos), opresivas condiciones de vida, su cultura, sus modos de vida precarios que son un peso vital que atenta contra su salud y junto con su opresión genérica las pone en un estado permanente de riesgo.

En el discurso se dice que es prioridad la salud, la alimentación y la educación de la población; sin embargo, en los hechos vemos como las políticas neoliberales disminuyen, a pasos agigantados, el presupuesto social para estos rubros, incrementando la incapacidad estatal para proteger y brindar salud óptima a sus ciudadanas y ciudadanos.

En el siguiente capítulo se plantea una propuesta de educación que considere la integración de diversos aspectos, entre ellos, la perspectiva de género y la educación para la salud con un enfoque integral.

CAPÍTULO 5

Hacia una educación para la salud integral con respeto a los derechos humanos de las mujeres en México

En este capítulo se plantea una propuesta de educación con perspectiva de género que, a mi juicio, puede ayudar a mejorar la condición social y de salud de las mujeres.

Esta propuesta aborda, entre otros, algunos aspectos referentes al reconocimiento del valor de los aportes femeninos a la familia y a la sociedad, haciendo énfasis en las características deseables para lograr una educación para la salud integral cuyo componente importante, desde luego, es la educación sexual.

5.1 Propuesta de educación con perspectiva de género.

La salud integral de las mujeres sufre un deterioro específico en nuestro país, en gran medida ocasionado por la pobreza y la desigualdad de género, lo cual, a mi juicio, tiene soluciones que si se aplican, pueden ayudar a remediar un problema que ha colocado a las mujeres, junto con las niñas, como uno de los grupos más vulnerables en el aspecto de la salud de la sociedad mexicana.

La discriminación que sufren las mujeres en todos los ámbitos donde intervienen puede disminuirse si se construye una educación con perspectiva de género que reconozca lo valioso del papel social que ellas desempeñan.

Una educación en el sentido en que la define Hierro (ver cap. 1 pag. 11) como “la adquisición y transmisión de contenidos de conocimiento y actitudes valiosas con una perspectiva no inerte para la

realización de una finalidad valiosa: un tipo de persona y un tipo de sociedad deseables (personas libres en una sociedad justa)".¹⁸¹

Así pues, los conocimientos que se adquirieran deben ser vitales, utilizarse y combinarse con nuevas ideas, y poder aplicarse en la vida para mejorar la existencia, para formar personas valiosas y libres dentro de una sociedad justa, pero ¿de qué manera se puede lograr?

Difícil es contestar esta pregunta; sin embargo, debe empezarse por alguna parte, la escuela, después de la familia, puede ser un espacio privilegiado para formar, desde muy pequeñas/os a las niñas y a los niños de una manera diferente fomentando su autoestima y mejores relaciones humanas, como seres iguales y autónomos capaces de participar en la construcción de una sociedad más equitativa y justa en donde no exista discriminación de género ni de ningún otro tipo.

Para ello se precisa, entre otras cosas, sensibilizar a las autoridades y a la comunidad educativa del sistema formal, para que se trabaje en un proyecto de educación de calidad que incorpore la perspectiva de género y que ayude al crecimiento, la equidad y la democracia.

Esto a través de un cambio curricular en los programas de estudio y en los textos escolares para que se elimine el sesgo sexista que reflejan, así como sensibilizar y capacitar en la perspectiva de género a las/os educadoras/es en todos los niveles para que modifiquen conductas tendentes a promover la división sexual del trabajo y a diferenciar el trato según el sexo, ya que esto aumenta las desigualdades entre los hombres y las mujeres, refuerza las tendencias discriminatorias y afecta la autoestima de las niñas.

¹⁸¹ G. Hierro, *Naturaleza y fines de la educación superior.*, Op. cit., 11.

Algunos puntos que, pueden ser considerados para la construcción de una educación con perspectiva de género son:

- Partir de un nuevo paradigma en el que lo masculino no sea hegemónico; eliminar la referencia del hombre como término genérico para designar las relaciones del ser humano con el universo, con la salud, la educación y con todos los progresos logrados a través de la historia por el género humano. Aplicar criterios de igualdad, tomar en consideración los valores y aportes tanto de mujeres como de hombres a la sociedad tratandolas/os como personas dignas que valen por sus cualidades y calidades humanas y no por el sexo al que pertenecen. Fomentar en las niñas la participación activa, tanto en los juegos como en las demás actividades, para que dejen atrás actitudes de debilidad, pasividad y dependencia; aprender que su valoración personal debe basarse en otros aspectos más significativos y permanentes que la maternidad, el trabajo doméstico, el agrandar y servir a otros y la apariencia corporal.
- Considerar que las mujeres, al igual que los hombres, no son grupos homogéneos, presentan múltiples diferencias que es necesario tener en cuenta en la planeación de una nueva educación que sea acorde con sus ciclos vitales, con sus necesidades, y que fomente la idea de que el trabajo doméstico y la educación de las/os hijas/os son funciones a compartir entre mujeres y hombres.

Esto puede colaborar para que los hombres pierdan el miedo a problematizar las definiciones tradicionales de masculinidad y femineidad, y disfrutar de los beneficios de compartir en condiciones de equidad todos los ámbitos sociales, incluyendo las responsabilidades por las actividades domésticas y la crianza de las/os hijas/os, para valorar el afecto, en lugar de adoptar una

postura distanciada en relación con el cuidado de sus descendientes, dejando la responsabilidad a las madres, quienes de esa manera ven coartadas sus posibilidades de desarrollo profesional.

Ello con la finalidad de erradicar el machismo que ha afectado a lo largo de la historia, las relaciones mujeres-hombres al impedir que se establezcan entre ellas y ellos relaciones equitativas y simétricas al establecer una situación de dominio y privilegio de los hombres sobre las mujeres en lo económico, lo jurídico, lo político y lo cultural, basada en los mitos de su superioridad masculina en las áreas biológica, intelectual y emocional.

- Para todas aquellas personas involucradas con la educación a todos los niveles, realizar acciones de formación y capacitación docente en la temática de la igualdad, orientadas hacia el logro de actitudes y prácticas no discriminatorias en el proceso de enseñanza-aprendizaje y en la orientación profesional.
- Incorporar a la educación contenidos que reflejen integralmente las problemáticas actuales de las mujeres en materia de salud, y capacitar recursos humanos en este campo.
- Incluir como un contenido imprescindible de todos los programas y en todos los niveles educativos, la enseñanza de una educación para la salud con un enfoque integral que considere a la educación sexual como un contenido esencial desde los primeros años escolares y promueva en las alumnas y alumnos la igualdad, la solidaridad y el compañerismo entre los géneros, así como el autocuidado de la salud y un conocimiento profundo de sus derechos humanos.

Con respecto a este último punto que se refiere a la educación para la salud y a la educación sexual, es importante destacar de manera individual algunas características que podrían tomarse en cuenta para cada una de ellas.

5.2 Propuesta de educación para la salud integral.

La salud integral, se refiere al estado de bienestar físico, mental y social de las mujeres y de los hombres, en todas las etapas y esferas de su vida en un marco de equidad. Tener un pleno conocimiento y disfrute de sus derechos humanos y reproductivos, para no ser víctimas de ningún tipo de segregación ni maltrato y contar con la información necesaria para preservar la salud en todos sus aspectos. Compartir mujeres y hombres, por igual, el trabajo dentro y fuera de casa y el cuidado de las hijas e hijos, regular su fecundidad de manera libre, informada y sin riesgos, tener una vida sexual satisfactoria y placentera, libre de enfermedad y al tomar la decisión reproductiva, no ser objeto de discriminación laboral, social o médica, para acceder a un embarazo y parto seguros, dar a luz a una niña o niño sana/o, que crezcan en buenas condiciones, así como el respeto y apoyo, con servicios de salud de calidad, a la autodeterminación por parte de las mujeres de disponer de su cuerpo y sus productos en el caso de embarazos no deseados. Este concepto de salud integral abarca cada una de las etapas cronológicas de las personas y la totalidad de la vida en sus aspectos biológicos, psicológicos, familiares, escolares, laborales y sociales.

El concepto de salud integral al referirse, a la totalidad de la vida, considera a la sexualidad como una de las partes más preciadas y al mismo tiempo más vulnerables, así como uno de los aspectos de la naturaleza humana más cercano a un concepto fundamental: la libertad. El conocimiento sobre la propia sexualidad nos conduce a la libertad de elegir, de ver y de hacer, de pensar, de desear, de sentir, de creer, de formar parte de una sociedad de seres libres.

Por tanto, la educación para la salud con un enfoque integral puede concebirse como un proceso educativo permanente del ser humano dirigido a formar conductas o a producir cambios conductuales que incidan en la promoción de una salud integral y en la prevención de cualquier enfermedad, tanto física como mental. Es preciso que la educación para la salud comprenda todos

los ámbitos de la vida humana, sexual, familiar, escolar, laboral y social. Todo ésto con la finalidad de ser mejores personas, mejorar nuestra calidad de vida y nuestro entorno.

Para lograrlo es deseable que la educación para la salud integral tenga las siguientes características:

- Promover el autocuidado* y enseñar a las personas, conocimientos y destrezas para cuidar su salud, prevenir y detectar precozmente las enfermedades, limitarlas cuando existan y recuperar o rehabilitar la salud integral. Las capacidades de autocuidado se refieren a adquirir la capacidad de optar por estilos de vida saludables.
- Impartir una educación nutricional para que se conozcan los grupos de alimentos con alto valor nutritivo que cubren las necesidades nutricionales individuales y familiares.
- Fomentar la capacidad de autoeducación para entender que somos capaces no sólo de prevenir sino de sanar física, mental y emocionalmente, así como desarrollamos, aceptamos y queremos como mujeres y como hombres; por tanto la educación para la salud no termina con la escuela, es una educación permanente que se refiere a la posibilidad que tiene toda persona de incorporar a lo largo de su vida ciertos aprendizajes que le son necesarios para su sobrevivencia y en particular para su pleno desarrollo.

Al tener la capacidad de autoeducación será posible formar grupos de reflexión y de autoayuda con perspectiva de género que promuevan acciones afirmativas que permitan abrir espacios para

* El autocuidado es definido como todas aquellas acciones que las personas ejecutan deliberadamente por libre decisión con el fin de mantener la vida, la salud y el bienestar, las cuales en situación de normalidad pueden ser realizadas en forma autónoma, constituyéndose en conductas relativamente permanentes que configuran un estilo de vida saludable (Lange, *et. al.*, 1989, p. 10)

mujeres con el fin de que no sigan descuidando su salud y se termine con la discriminación, opresión y abandono a que se les ha condenado.

Si se promueve un trato no discriminatorio en la sociedad, se tomarán en cuenta las necesidades específicas de las mujeres, las diferentes etapas de su vida, así como el fomentar el logro de una práctica médica que establezca relaciones más horizontales y de mayor respeto entre las/os profesionales de la salud y las mujeres que hacen uso de sus servicios.

- Estimular cambios conductuales en las mujeres, que las ayuden a reconocer sus deberes y derechos relacionados con la salud y denunciar cualquier acto que impida el disfrute del derecho a la salud.
- La educación sexual ocupa un lugar primordial dentro de la educación para la salud y es necesario que sea impartida como una asignatura más del currículum; desde los primeros años escolares hasta el nivel superior y de posgrado; de manera paulatina, constante y científica.

5.3 Propuesta de educación sexual.

Si bien es cierto que la sexualidad es un asunto íntimo y privado, la educación sexual debe basarse en los avances científicos, sin cargas valorativas sobre los temas otorgándoles su justa dimensión para que se logren fomentar actitudes, habilidades y conocimientos que prevengan el abuso y violencia sexual en cualquier etapa de la vida, las ETS y el Sida, los embarazos no deseados, todo esto en el marco de valores fundamentales como el respeto mutuo, la solidaridad, los sentimientos, la no violencia, para hacer de la sexualidad un lugar donde sea posible encontrarnos y sentirnos

integralmente como personas con derecho al placer, libres de temor gracias al conocimiento y ejercicio de nuestros derechos sexuales y reproductivos.

Esta educación sexual no tendrá sólo la finalidad de brindar información fisiológica y anatómica vinculada con la reproducción, es necesario que se planifique con una perspectiva de género para identificar las necesidades de niñas y niños, adolescentes, jóvenes y adultas/os cuyas necesidades e inquietudes son diferentes, plantear una nueva concepción de relaciones afectivas e interpersonales, prestar plena atención a las relaciones de género mutuamente respetuosas para que se fomente la autoestima de las mujeres y de los hombres, lo cual influirá positivamente en el cuidado de su propia salud sexual y la de sus hijas e hijos.

La sexualidad es determinante en la vida de las mujeres y de los hombres y es preciso dotarlas/os de una educación sexual que las/os estimule a fomentar cambios conductuales que les permitan tener una vida sexual satisfactoria e informada para decidir tener o no tener hijas/os y cuando sean deseadas/os, que éstas/os gocen de buena salud física y mental, que sepan proteger su entorno natural y cultural, con la aceptación de que ambos géneros deben compartir los mismos derechos y obligaciones en el ámbito social y familiar.

Entre las características que pueden considerarse en una educación sexual con perspectiva de género se encuentran las siguientes:

- Integrar aspectos masculinos y femeninos de amor, sexualidad y anticoncepción que ayuden a mujeres y hombres a sentirse seguras/os en una relación sexual, alentándoles de este modo a asumir su responsabilidad activa en el uso de la anticoncepción para bien de ambos miembros de la pareja.

- Dar a conocer y enseñar a exigir el respeto a todos y cada uno de sus derechos reproductivos.
- Tratar de que sean grupos mixtos de ambos sexos, siempre con énfasis en la perspectiva de género y contar con servicios y consejería especiales para ambos sexos.
- Discutir sobre aspectos que se han considerado tabú como es la masturbación, que no tiene efectos negativos para su salud y fertilidad; las preferencias sexuales distintas a la heterosexualidad y, por lo que respecta a la pornografía, hacerlos conscientes de los roles sexuales estereotipados y la explotación de la industria pornográfica, entre otras cosas.
- Hacer énfasis para que los hombres comprendan lo referente al aborto y su realidad en la vida de las mujeres, así como el sentido de responsabilidad de los hombres para prevenir embarazos no deseados y abordar el derecho al aborto como el derecho de las mujeres a elegir su maternidad y hacerlo en condiciones que no pongan en peligro su vida, el bienestar de ellas mismas, sus familias y sus comunidades.
- Establecer que las mujeres y los hombres tienen derecho a la información y deben tener seguridad y confianza de que en el momento en que decidan acercarse a una médica/o, o a una clínica, se les provea de una orientación que abarque la variedad de métodos, la eficacia de cada uno, su modo de empleo y las contraindicaciones y/o efectos secundarios; de esta forma se podrá terminar con los remedios caseros que pueden llevar a la muerte o a estados de salud delicados que afectan su calidad de vida y se erradicará el margen de error que induce a algunas mujeres a perder la vida o arriesgar su salud, por no conocer las opciones que existen.

Mientras más informadas/os estén, van a tener una mejor y más responsable vida sexual y reproductiva y la decisión sobre un aborto se basará en la propia conciencia.

- La educación sexual como parte de la educación para la salud integral debe ser apoyada con servicios educativos y médicos para todas y todos desde la infancia hasta la muerte y tener especificidad en cada etapa de la vida de todas las personas.

Durante la *infancia* dotarlas/os de información que les permita protegerse del abuso sexual infantil, haciéndolas/os conocer sus derechos y cómo actuar en caso de peligro, con quién acudir y explicarles lo valioso que es que sean respetadas/os como personas, así como fomentar su autoestima para defenderse del abuso de poder de algunos adultos.

En la etapa de la *adolescencia*, fortalecer los esfuerzos para prevenir el embarazo en las/os adolescentes por medio de programas de educación sexual y salud reproductiva que ofrezcan mensajes congruentes y positivos acerca de la sexualidad de las y los adolescentes, el embarazo, la maternidad, la paternidad, el aborto, las enfermedades de transmisión sexual, la adopción y crianza de niños; que se apoyen en los medios masivos de comunicación dirigidos tanto a las poblaciones cautivas como a las y los adolescentes de las zonas rurales, grupos indígenas y poblaciones que no utilizan los servicios públicos de salud.

Transmitirles todo el conocimiento que existe acerca de las medidas preventivas que deben asumirse para evitar la transmisión de cualquier ETS como son: la abstinencia, la fidelidad mutua, la disminución del número de parejas sexuales, prácticas del “sexo protegido”, que incluye el uso del condón.

Además de lo anterior también es importante abordar el papel de los adolescentes varones en sus relaciones con las adolescentes y promover en ellos un cambio de actitud con respecto a la sexualidad, los valores fundamentales de no violencia, respeto mutuo, solidaridad y sentimientos para que puedan encarar su sexualidad de manera positiva y responsable; ésto puede lograrse entre otras cosas, por medio de cursos especiales de salud reproductiva en las escuelas, programas sociales y comunitarios que les proporcionen información detallada y práctica acerca del uso y obtención de métodos anticonceptivos.

Durante la *etapa reproductiva* propiamente dicha, las propuestas van dirigidas hacia la planificación familiar que puede abordarse desde una perspectiva de género para que contribuya a mejorar la condición femenina en nuestra sociedad y permita que las mujeres se adueñen de su cuerpo y de su proceso reproductivo y ejerzan control sobre él. Además, es necesario el desarrollo de una metodología de control natal para la población masculina, así como promover también el uso del preservativo, para prevenir ETS.

También es preciso hacer énfasis en la prevención de cáncer mamario y CaCu, por medio del autoexamen mamario y del estudio periódico del Papanicolaou, a partir de la etapa reproductiva y durante toda su vida futura.

Hacer del conocimiento de las/os jóvenes y adultas/os que existen organismos como el Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias (CORIAC) en los cuales se revisa el papel de los hombres dentro de las relaciones íntimas y en la vida familiar y se promueven conductas tendentes a cambiar el trato a las mujeres evitando el abuso emocional, la violencia en contra de ellas y de sus hijas e hijos, tratarlas como personas, compartir con ellas la toma de decisiones importantes, el ingreso familiar y apoyarlas en su desarrollo como personas productivas.

En la etapa de la *menopausia* y el *climaterio* establecer un programa para promover el autocuidado dirigido a las mujeres maduras, que incluya el fomento de conductas saludables como una dieta rica en calcio para lograr una densidad ósea adecuada, no fumar, una vida sexual sin riesgos de adquirir ETS, así como apoyo psicológico que ayude a las mujeres a recuperar o afirmar su propia identidad, autoestima, confianza, autoaceptación que se ven afectadas en esta etapa por la pérdida de algunas capacidades físicas como la gestación, juventud y la belleza que se consideran tradicionalmente como uno de los valores femeninos más importantes.

CONCLUSIONES

La escuela es un ámbito donde las niñas y los niños tienen los primeros contactos sociales, si se logra introducir un proyecto de educación de calidad que incorpore la perspectiva de género y que ayude al crecimiento, la equidad y la democracia, puede lograrse que se formen de una manera diferente fomentando su autoestima y como seres iguales y autónomos capaces de participar en la construcción de una sociedad más equitativa y justa.

El proceso educativo debe reforzar primordialmente la autoestima y contribuir a que las niñas dejen atrás actitudes de vulnerabilidad y aprendan que su valoración personal no se basa en la apariencia, la maternidad y el servicio a los demás.

Además de ayudar a fortalecer la capacidad para la resolución de problemas de salud, desarrollar habilidades para prevenirlos, hacer que sean reconocidas sus necesidades, por medio de la enseñanza de una educación para la salud con un enfoque integral que abarque todos los ámbitos de la vida humana, el sexual, familiar, escolar, laboral y social y que considere a la educación sexual como un contenido esencial desde los primeros años escolares.

Para ello es indispensable un conocimiento profundo de sus derechos humanos y reproductivos y enseñarles a exigir el respeto de todos y cada uno de ellos.

Las propuestas no terminan, pueden seguir enriqueciéndose, pero hay mucho trabajo por delante para lograr hacerlas operativas, todo ello se encamina hacia un objetivo principal, lograr una educación para la salud integral de las mujeres (con una perspectiva de género), respetuosa de sus derechos humanos y reproductivos; tal vez parezca idealista, pero algunos cambios se empiezan a percibir, van saliendo a la luz las voces de muchas mujeres, cuyos derechos humanos son violados y han dado lugar a la creación de instancias para apoyarles en sus reclamos.

CAPÍTULO 6

CONCLUSIONES

Con base en la investigación realizada puede afirmarse que:

1. La construcción social del género ha propiciado que las características biológicas de las mujeres sean un factor que las afecta a lo largo de su vida, lo que ha influido para que el trato diferenciado en el hogar, en la escuela, en el trabajo, en el ámbito de la salud y en la sociedad, contribuya a que se perpetúen las condiciones de inequidad para el género femenino.

Tanto en la socialización temprana como en la educación formal en general, a los hombres se les educa con mayor libertad que a ellas. En ellos se afirman rasgos como la fuerza, la rebeldía, la agresividad y la autoridad -entre otros- asignándoseles el ámbito extradoméstico, el cultural, el económico y el productivo, mientras que a las mujeres se les fomentan actitudes estereotipadas de fragilidad, vulnerabilidad y, en muchas ocasiones, de sumisión; asignándoseles el ámbito de la interioridad doméstica y un destino maternal como responsables del cuidado de todos los miembros de su familia.

Este tipo de domesticación ha hecho que muchas mujeres tengan una baja autoestima y sean particularmente vulnerables al abuso, debido a que carecen de una formación encaminada a proporcionarles elementos que les permitan conocer y defender sus derechos para enfrentar con mayores recursos su vida, así como construir relaciones de pareja más sanas.

Como consecuencia de ello, las relaciones intergeneracionales, en muchos casos, siguen siendo de inequidad para las mujeres y, en la mayoría de los ámbitos donde ellas se desenvuelven, existen barreras que limitan el ejercicio de sus derechos.

En el plano internacional existen pactos y convenciones a favor de las mujeres, de los cuales nuestro gobierno ha sido partícipe y los ha firmado, pero éstos no se han reflejado en programas y líneas de gobierno, en instituciones ni en leyes que contribuyan a la protección de los derechos de las mujeres.

2. Hasta la fecha, algunas políticas gubernamentales y educativas no han modificado sustancialmente su sesgo sexista y patriarcal, pues a pesar de los programas, la educación que se imparte en muchos casos tiene tendencias sexistas como modeladora de hombres y mujeres que reproducen la “doble moral sexual” y las relaciones de poder y de verticalidad de la familia tradicional.

En los planes de estudio de educación formal básica, media y superior, la educación para la salud y la educación sexual siguen programas que pueden ser mejorados. Por otro lado, en el sistema de salud, la educación para la salud se imparte a través de acciones educativas aisladas, en algunos medios de divulgación y por medio de instructivos que, en muchas ocasiones, no alcanzan el impacto que se desea.

En lo que respecta a la salud reproductiva de las mujeres en México, su deterioro obedece, entre otras causas, a la discriminación de género y la frecuente falta de acceso a servicios de atención a la salud de buena calidad a lo cual se suma que la observancia de los derechos reproductivos se encuentra en las manos de instituciones que se limitan a promover programas de planificación familiar, con una fuerte tendencia a la anticoncepción femenina. Hasta la fecha, algunas mujeres -especialmente las de bajos recursos- han sido consideradas como instrumentos para la aplicación de

políticas demográficas, violentando sus derechos reproductivos y dejando de lado los graves problemas de mortalidad femenina, a causa de afecciones derivadas del mal manejo de su salud reproductiva.

3. Los derechos reproductivos y la salud reproductiva son mencionados profusamente cuando se habla de control natal y políticas demográficas, pero no se les ha dado un enfoque en función del mejoramiento de la calidad de vida de cada mujer y cada hombre, brindándoles apoyo para que ejerzan una sexualidad plena, informada y placentera.

4. Los servicios de salud: tanto públicos como privados, se administran reflejando fielmente la ideología de la sociedad en la que se insertan, ya que además de la desigualdad y la discriminación hacia las mujeres, las reformas al sistema de salud y educativo no han favorecido los niveles de vida ni siquiera en el ámbito sanitario de los sectores más desprotegidos, como es el caso de la población indígena.

5. El objetivo fundamental de la propuesta que se plantea, es propiciar que las mujeres superen, en gran medida, los problemas que se han detectado que afectan su salud integral. En ese sentido se requiere que tengan acceso a un proceso educativo sin sesgos sexistas que las ayude a incrementar todas sus capacidades y que contemple una educación para la salud que contribuya al desarrollo de aptitudes que favorezcan el autocuidado y la autoeducación que, a su vez, influyan en el mejoramiento de la salud integral individual y colectiva.

Es posible que cuando se planee cuidadosamente una educación con perspectiva de género, las mujeres podrán ir ganando el espacio necesario para alcanzar condiciones de vida saludables en los distintos medios donde se desenvuelvan, adquiriendo el reconocimiento social que les acredite mayor poder de decisión.

Finalmente, cuando las mujeres conozcan suficientemente los derechos humanos, entre los cuales se encuentran los reproductivos, estarán en posibilidad de ejercerlos para evitar la discriminación, a fin de defender su derecho a ser tratadas como seres humanos en condiciones de equidad, es decir, superar los prejuicios patriarcales y el abuso de poder, a formar una familia sana en la cual la tolerancia, la comunicación intrafamiliar, el respeto y el equilibrio, permitan establecer patrones nuevos de relación padre-madre-hijos-hijas que promuevan un trato de igualdad entre los niños y las niñas, lo cual propiciará que en ambos casos disfruten de las mismas oportunidades afectivas, de educación, de nutrición y de acceso a la salud, que fomenten su autoestima, todo lo cual contribuirá, de manera positiva, al logro de su salud integral, preocupación de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

Se consultó material impreso de diversas fuentes tales como: el Grupo Interdisciplinario de Reproducción Elegida (GIRE), el Programa Universitario de Estudios de Género de la U.N.A.M.(PUEG), el departamento de Educación y Salud de la UAM-Xochimilco, Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina, AC. (CIDHAL), Católicas por el Derecho a Decidir, Asociación Mexicana contra la violencia hacia las mujeres (COVAC), Secretaría de Salud así como diversas revistas y periódicos, todos ellos relacionados con la salud, la educación, la educación para la salud y los derechos humanos y reproductivos de las mujeres en México.

Además, con la finalidad de conocer la forma en que se imparte la educación para la salud en los programas de educación básica en México, se revisaron los planes de estudio, programas y libros escolares de educación básica y se realizaron diversas entrevistas a directoras y profesoras de escuelas primarias y secundarias.

Adrián Cuevas J., María et al. "Educación y género: algunas consideraciones básicas", en Guadalupe Hernández et al. Educación y Género. la.ed, México, UNAM-ENEP Iztacala, 1991, pp. 43-51.

Alatorre Rico, Javier et al. "Mujer y salud", en GIMTRAP. Las mujeres en la pobreza, 1a. ed, México, El Colegio de México, 1993, pp. 217-241.

Alatorre Winter, Edda. "La Salud femenina, un bien enajenado", Doble Jornada, No. 133, 2 de marzo de 1998, (México), p. 15.

Alcalay, Lidia y Neva Milicic. "Autoestima y autoconcepto de mujer: Algunas reflexiones sobre la realización del rol sexual", Educación para el autocuidado en salud. No. 2, Junio de 1991, (Chile), pp. 6-9.

Amorós, Célia. Feminismo: igualdad y diferencia. 1a. ed, México, UNAM-PUEG-Coordinación de Humanidades, 1994.

Andreas Guha, Anton. Moral sexual y represión social. 1a. ed, España Gráficas Instar, 1977, pp. 104-145.

Arab-Ogly, E. et al. Teoría de la Población. Ensayo de Investigación Marxista. Trad. por M. Kuznetsov, 2a. ed, U.R.S.S., Editorial Progreso, 1978, pp. 293-352.

Arana, Marcos. "Transición demográfica y opciones reproductivas", en **Género y salud femenina**. Coords. Sara Elena Pérez-Gil Romo et al., 1a. ed., México, CIESAS-Universidad de Guadalajara-Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", 1995, pp. 35-40.

Arango, Ma. Clara "La mujer madura: realidad, aprendizajes y perspectivas" en **Estudios de Género**. Comp. Graciela Hierro, 1a. ed., México, Torres y Asociados, 1995, pp. 65-82.

Arango Panesso, Yolanda. "Autocuidado: una toma de decisión de la mujer frente a la salud", en **Discurso, Género y Mujer**. Comp. G. Castellanos et al., Colombia, Facultad de Humanidades y Centro de estudios de género, mujer y sociedad, 1992, pp. 227-247.

Arrollo, Ana María. "Despenalizar el aborto disminuirá la mortandad materna: CIDHAL" en **El Regional del Sur**, (México), 29 de Mayo de 1993, p. A6.

Arroyo, Pedro. "Nutrición y salud reproductiva", en **Maternidad sin riesgos en México**. Comp. Ma. del Carmen Elu y Ana Langer, 1a. ed., México, IMES, 1994, pp. 63-68.

ASOCIACIÓN MEXICANA CONTRA LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, A.C. "Estudio de penetración y opinión pública sobre la violencia intrafamiliar, auspiciado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas", *Fem*, No. 156, marzo de 1996, (México), pp. 34-39.

Aikin, Lucille C.; Noemi Ehrenfeld y Susan Pick. "Sexualidad y fecundidad adolescente", en **Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México**. Ana Langer y Kathryn Tolbert, editoras, 1a. ed., México, Edamex y The Population Council, Inc., 1996, pp. 39-84.

Barbieri de, Teresita. "Género y Políticas de Población. Una Reflexión", en **Políticas de Población en Centroamérica, el Caribe y México**. Raúl Benítez y Eva Ramírez, México, UNAM, pp. 277-294.

Beauvoir de, Simone. **El Segundo Sexo**. 5a. ed., México, Siglo Veinte, T.1, Los hechos y los mitos. 1994.

—, **El Segundo Sexo**. 1a. ed., 6a. reimp., México, Siglo Veinte, T. 2, La experiencia vivida. 1995.

Bidart Campos, Germán J. **Teoría General de los Derechos Humanos**. 1a. ed., 2a. reimp., México, U.N.A.M. Instituto de Investigaciones Jurídicas, 1993.

Bonder, Gloria. "Premisas básicas que orientan el Programa Nacional de Igualdad de oportunidades para la Mujer", en **Fundamentos jurídicos, sociales y culturales de la igualdad de oportunidades**

para la mujer. Trabajo presentado en el Foro Educativo Federal Estrategias para la Igualdad de Oportunidades de la Mujer, Ministerio de Cultura y Educación, Argentina, 1992, pp. 41-46.

Brito, Alejandro. "Educación sexual en las escuelas, efectiva medida de prevención", *Letras*, No. 3, Octubre 1996, (México), p.11.

Brito de Martí, Esperanza. "Programa de Reforma del Sector Salud", *Fem*, No. 157, Abril 1996, (México), pp. 26-28.

Buggs, Alejandra y Esther Casanova, "¿Quién dijo que todo está perdido?". *Fem*, No. 166, Enero 1997, (México), pp. 24-25.

Burín, Mabel. "Subjetividad femenina y salud mental", en *Género y salud femenina*. Coords. Sara Elena Pérez-Gil Romo, Juan Carlos Ramírez Rodríguez y Patricia Ravelo Blancas, 1a. ed., México, CIESAS, Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", 1995, pp. 81-107.

Cardaci, Dora. "Conocimientos y prácticas en salud materno-infantil", en *Memorias. Salud de la Mujer*. 2a. ed., México, UAM-Xochimilco, 1988, pp. 29-34.

—. "Educación nutricional: mujeres culpabilizando a mujeres", *Mujeres y Medicina*, No. 4, septiembre 1990, México, UAM-Xochimilco, pp. 15-24.

—. "Formación de recursos humanos en promoción de la salud y educación para la salud. El caso de México", Trabajo a ser publicado en el libro: *Formación en Promoción de la Salud y Educación para la salud*. OPS/Universidad de Puerto Rico, 1997, pp. 1-21.

Castellanos Saavedra, Laura. "Ellas decidieron no tener hijos", *Doble Jornada*, No. 112, 6 de Mayo de 1996, (México), p. 5.

—. "Silencioso avance del cáncer cervico-uterino", *Doble Jornada*, No. 120, 3 de Febrero de 1997, (México), p. 11.

Castillo García, Gustavo. "67,500 morirán de sida en 3 años: Ssa", *La Jornada*, 7 de Abril de 1997, (México), pp. 1 y 18.

Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP) y Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). **Derechos Reproductivos de la Mujer en México: Un reporte Sombra**. México, 1997.

Cervantes Carson, Alejandro. "De mujeres, médicos y burócratas: políticas de población y derechos humanos en México", en *Ética y salud reproductiva*. comp. Gloria Careaga et al. 1a. ed., México, UNAM-PUEG-PUIS y Miguel Angel Porrúa, 1996, pp. 317-343.

Cisneros de Cárdenas, Ma. Teresa. "Mortalidad por cáncer en la edad reproductiva", en *Maternidad sin riesgos en México*. comp. Ma. del Carmen Elu y Ana Langer. 1a. ed., México, IMES, 1994, pp. 99-105.

Conway, Jill K. et al. "El concepto de género", en *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. Comp. Marta Lamas, 1a. ed., México, UNAM, PUEG y Miguel Angel Porrúa Grupo Editorial, 1996, pp. 21-36.

Charles, Mercedes. "Reproduciendo la Discriminación de Género", *Fem*, No. 174, Septiembre 1997, (México), pp. 19-20.

Chávez de, Miriam M. "La Mujer sobreviviente", en *Género y salud femenina*. Coords. Sara Elena Pérez-Gil Romo, Juan Carlos Ramírez Rodríguez y Patricia Ravelo Blancas. 1a. ed., México, CIESAS-Universidad de Guadalajara-Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", 1995, pp. 137-144.

Diario oficial de la Federación, *Órgano del gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos*, Tomo DXVI, No. 10, 13 de septiembre de 1996. pp. 20-43.

Diccionario de Medicina Oceano Mosby. España, Oceano, 1994.

Diccionario Enciclopédico Larousse. España, Planeta Internacional, 1992, 8 v.

Dieterlen Stuck, Paulette. *Sobre los derechos humanos*. 1a. ed., México. U.N.A.M., 1985.

Duarte Sánchez, Patricia. "Violencia y salud de la mujer: consecuencias emocionales del maltrato hacia las mujeres dentro del hogar", en *Maternidad sin riesgos en México*. Comp. Ma. del Carmen Elu y Ana Langer, 1a. ed., México, IMES, 1994, pp. 69-84.

Düring, Ingemar. *Aristóteles. Exposición e interpretación de su pensamiento*. Trad. y edic. Bernabé Navarro, 2a. ed. corr., México, UNAM-Instituto de Investigaciones Filosóficas, 1990.

Durkheim, Emilio. *Educación y Sociología*. 2a. ed. corr., Colombia, Linotipo, 1979.

Eibenschutz, Catalina; Dora Cardaci y Deyanira González de León. "Reflexiones sobre mujer y salud", *Mujeres y Medicina*, No. 2, México, UAM-Xochimilco-CONACYT, 1987, pp. 31-42.

Fernández Poncela, Anna M. "La discriminación de las niñas de hoy, la subordinación de las mujeres del mañana", *Fem*, No. 157, Abril 1996, (México), pp. 4-7.

Figueroa Perea, Juan Guillermo. "Aproximación al estudio de los Derechos Reproductivos", *Reflexiones, Sexualidad, Salud y Reproducción*. No.8, El Colegio de México, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, Octubre de 1995, México.

—. "Comportamiento reproductivo y salud: reflexiones a partir de la prestación de servicios", en *Ética y salud reproductiva*. Comp. Gloria Careaga et al., 1a. ed., México, UNAM-PUEG-PUIS y Miguel Ángel Porrúa, 1996, pp. 289-312.

—. "Derechos Reproductivos y el espacio de las instituciones de salud: algunos apuntes sobre la experiencia mexicana", trabajo presentado como parte de un proyecto de investigación y acción sobre derechos reproductivos (grupo mexicano), México, 1994.

—. "Una aproximación al entorno de los derechos reproductivos a través de un enfoque de conflictos", Trabajo presentado en el Seminario "La mujer y los derechos humanos" organizado por el PIEM- Colegio de México, (México), 1992.

Figueroa R, Mabelle y Jeannette Ulate J. "Guía metodológica para la elaboración de material educativo en salud con enfoque de género", en *Participación social y educación para la salud*. Memorias del I taller subregional latinoamericano. Comp. Mariano García Viveros y Ma. Teresa Cerqueira, México, OPS, OMS, SS, 1993, pp. 298-410.

Flores Hernández, Eugenia y Gloria Sayavedra Herrerías. "Algunas reflexiones teóricas", en *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud?*. Comp. Gloria Sayavedra y Eugenia Flores, 1a. ed., México, Red de Mujeres, A.C, 1993, pp. 59-91.

Fondo Nacional de Población. *Los derechos de la mujer*. México, 1975, pp. 6-42.

Forlerer, Lilia. "El papel de la educación en la igualdad de oportunidades", en **Fundamentos jurídicos, sociales y culturales de la igualdad de oportunidades para la mujer**. Trabajo presentado en el Foro Educativo Federal Estrategias para la Igualdad de Oportunidades de la Mujer, Ministerio de Cultura y Educación, Consejo Coordinador de Políticas Públicas para la Mujer, UNICEF-Argentina, 1992, pp. 68-71.

Forlerer, Lilia y María Costa. "Antecedentes del Programa Nacional", en **Fundamentos jurídicos, sociales y culturales de la igualdad de oportunidades para la mujer**. Trabajo presentado en el Foro Educativo Federal Estrategias para la Igualdad de Oportunidades de la Mujer, Ministerio de Cultura y Educación, Consejo Coordinador de Políticas Públicas para la Mujer, UNICEF-Argentina, 1992, pp. 9-10.

Franzoni, Josefina. "Responsabilidad reproductiva y calidad de vida", en **Nuevas Estrategias para abordar el tema de los derechos reproductivos**. 1a. ed., México, GIRE, 1995, pp. 55-61

FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA PLANEACIÓN FAMILIAR, A. C. (MEXFAM). **Perspectiva hacia el siglo XXI. La nueva cultura de la salud sexual**. México, 1995.

Fuentes, Mario. "Introducción", en **La perspectiva de género: una herramienta para construir equidad entre mujeres y hombres**. 1a. ed., México, Unicef-DIF, 1997, pp. 5-6.

García Matilla, Agustín. "Los medios para la comunicación educativa", en **La educación para los medios de comunicación. Antología**. 1a. ed., México, Universidad Pedagógica Nacional, 1996, pp. 47-76.

García Ramírez, Mayela et al. "Violencia intrafamiliar, violencia de género", en **Ser mujer: ¿un riesgo para la salud?**. Comp. Gloria Sayavedra y Eugenia Flores, 1a. ed., México, Red de Mujeres, A.C., 1997, pp. 229-260.

Garrido, Francisco. "Menopausia", en **Memoria Coloquio. Los retos para mejorar la salud de las mujeres en México: un diálogo entre investigadores/as y ONG's**. comp. Centro de Investigaciones en Salud Poblacional del INSP y Grupo de información en reproducción elegida (GIRE), México, 1996, pp. 44-51.

Garza Caligaris, Rosa y Bárbara Cadenas Gordillo. "Sexualidad y vida reproductiva", en **Ser mujer: ¿un riesgo para la salud?**. Comp. Gloria Sayavedra y Eugenia Flores, 1a. ed., México, Red de Mujeres, A.C., 1997, pp. 181-225

Gaytán, Hernández Ana Isabel. "Trabajo visible e invisible de las mujeres" en *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud?*. Comp. Gloria Sayavedra y Eugenia Flores, 1a. ed., México, Red de Mujeres, A.C., pp. 261-293.

Gomez, de Rubí María. "Género, igualdad y diferencia", *Fem*, No. 154, enero 1996, (México), pp. 4-9.

González, Lucero y Guadalupe Cárdenas. "Situación actual de los Derechos Humanos de las Mujeres en México" en *Las mujeres y los derechos humanos en América Latina*. Perú, Red entre Mujeres, 1993, pp. 42-50.

Granillo Velázquez, Lilia. "¿Por qué hablar de las mujeres en la construcción de las identidades nacionales?" Primera parte, *Fem*, No. 155, febrero de 1996, (México), pp. 4-6.

—. "¿Por qué hablar de las mujeres en la construcción de las identidades nacionales?" Segunda parte, *Fem*, No. 156, marzo 1996, (México), pp. 4-7.

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE.). *De mujer a mujer. Enfermeras y trabajadoras sociales ante los derechos reproductivos*. México, 1997.

Hamel, Patricia, Verónica Gazmuri y Neva Milicic. "Embarazo en adolescentes: Un análisis desde la perspectiva de género", *Educación para el autocuidado en salud*. V. VIII, No. 2, junio de 1991, (Chile), pp. 26-29.

Harlow, Siobán D. "Menstruación y transición hacia la menopausia" en *Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México*. Ana Langer y Kathryn Tolbert, editoras, 1a. ed., México, Edamex y The Population Council, 1996, pp. 377-405.

Hernández Ávila, Mauricio. "Cáncer en la mujer", en *Memoria Coloquio. Los retos para mejorar la salud de las mujeres en México: un diálogo entre investigadores/as y ONG's*. Comp. Centro de Investigaciones en Salud Poblacional del INSP y Grupo de información en reproducción elegida (GIRE), México, pp. 17-26.

Hernández Carballido, Elvira. "La trayectoria del concepto género", *Fem*. No. 156, marzo 1996, (México), pp. 11-12.

Hernandez Sampieri, Roberto et al. *Metodología de la investigación*. 1a. ed., México, McGraw Hill, 1994.

Hierro, Graciela. *De la domesticación a la educación de las mexicanas*. 3a. ed., México, Torres asociados, 1993.

—. *El feminismo es un humanismo*. Ensayos. México, Centro de Investigación y Docencia en Humanidades del Estado de Morelos-Nuestro Tiempo, 1996, México.

—. *Ética de la Libertad*. 4a. ed., México, Torres Asociados, 1993.

—. *Ética y feminismo*. 1a. ed., México, UNAM-Coordinación de Humanidades, 1985.

—. “Ética y sexualidad” en *Antología de la sexualidad humana*. T. I, 1a. ed., México, CONAPO-Miguel Angel Porrúa, 1994, pp. 219-234.

—. “Género, poder y feminismo”, *Supercuerdas*, No. 8, (México), 1997, pp. 5-10.

—. *La enseñanza de la Ética*. México, U.N.A.M. Cuadernos del Seminario de Pedagogía Universitaria, México, 1996.

—. “La doble moral burguesa mexicana vs. la nueva moral de la igualdad”, en *Normas y prácticas morales y cívicas en la vida cotidiana*. Coord. Juan Manuel Ramírez Sáiz, 1a. ed., México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Humanidades, U.N.A.M. y Miguel Angel Porrúa, 1990.

—. “Los derechos humanos de las mujeres”, *Rev. de la Universidad de México*, enero-febrero 1994, No. 516-517, pp. 5-7.

—. *Naturaleza y fines de la educación superior*. 3a. ed., México, UNAM-Coordinación de Humanidades, 1994, 3a. ed.

—. “Presentación”, en *Estudios de Género*. Comp. Graciela Hierro, 1a. ed., México, Torres Asociados, 1995, pp. 7-10.

Lagarde, Marcela. “Presentación”, en *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud?.* Comp. Gloria Sayavedra y Eugenia Flores, 1a. ed., México, Red de Mujeres, A.C., 1997, pp. 15-31.

Lagunes, Lucía. “La miseria, elemento de negociación para vulnerar derechos humanos”, *Doble Jornada*, 6 de octubre de 1997, (México), p. 9.

Lamas, Marta. "La antropología feminista y la categoría género", en **El género: la construcción cultural de la diferencia sexual**. Comp. Marta Lamas, 1a. ed., México, UNAM-Coordinación de Humanidades-PUPEG-Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial, 1997, pp. 97-125.

—. "¿Qué se requiere para la defensa de los derechos reproductivos?" en **Nuevas estrategias para abordar el tema de los derechos reproductivos**. México, GIRE, 1995, pp. 5-21.

Lange, Ilta et. al. "Atención de salud con énfasis en autocuidado", **EPAS**, V. VI, No. 4. (Chile), 1989, pp. 10-15.

Langer, Ana. "Aborto", en **Memoria Coloquio. Los retos para mejorar la salud de las mujeres en México: un diálogo entre investigadores(as) y ONG's**. Comp. Centro de Investigaciones en Salud Poblacional del INSP y Grupo de información en reproducción elegida (GIRE), México, 1996, pp. 32-43.

Langer, Ana y Mariana. Romero. "Diagnóstico en Salud Reproductiva en México", **Reflexiones, Sexualidad, Salud y Reproducción**. El Colegio de México, Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, No.3, mayo de 1995.

—. "El embarazo, el parto y el puerperio", en **Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México**. Ana Langer y Kathryn Tolbert, editoras, 1a. ed., México, Edamex y The Population Council, 1996, pp. 13-37.

Langer, Ana; Bernardo Hernández y Rafael. Lozano. "La morbimortalidad materna en México: niveles y causas", en **Maternidad sin riesgos en México**. comp. Ma. del Carmen Elu y Ana Langer, 1a. ed., México, IMES, 1994, pp. 23-29.

Langer, Ana y Kathryn Tolbert. "Presentación", en **Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México**. Ana Langer y Kathryn Tolbert, editoras, 1a. ed., México, Edamex y The Population Council, 1996, pp. 9-12.

Legaz y Lacambra, Luis. "La noción jurídica de la persona humana y los derechos del hombre", **Revista de Estudios Políticos**, XXV, (Madrid), 1951.

Leñero Otero, Luis. "Los varones ante la planificación familiar", en **Maternidad sin riesgos en México**. Comp. Ma. del Carmen Elu y Ana Langer, 1a. ed., México, IMES, 1994, pp. 141-151.

Lever, Elsa. "Anticoncepción postcoito", **Fem**, No. 154, enero 1996, (México), p. 26-27.

Loera Luna, Oscar. "Cáncer asesino de mujeres", *Mi Ambiente*, No. 127, noviembre 2 de 1997, (México), pp. 1-4.

Lopez Carrillo, Sonia et. al. "Cáncer cervicouterino y mamario en la mujer mexicana", en *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*. Ana Langer y Kathryn Tolbert, editoras, 1a. ed., México, Edamex y The Population Council, Inc., 1996, pp. 317-341

López Díaz, Pedro. *Aborto delito o derecho*. 1a. ed., México, Vertiente Editorial, 1995.

López García, Raúl. "El aborto como problema de salud pública", en *Maternidad sin riesgos en México*. Comp. Ma. del Carmen Elu y Ana Langer. 1a. ed., México, IMES, 1994, pp. 85-90.

López, Sonia. "Desarrollar un concepto de educación sexual responsable y ético, meta del diplomado en la F.P.", en *Gaceta UNAM*, 21 de abril de 1997, (México), p. 13.

—. "Incorrecto, considerar que la disminución del número de hijos propicia el ahorro", en *Gaceta UNAM*, 31 de octubre de 1996, (México), pp. 12-13.

Lovera, Sara. "Mueren 500 mujeres al año por causas de la maternidad", *La Jornada*, 21 de febrero de 1993, (México), p. 17.

Lozano, Rafael; Bernardo Hernández y Ana Langer. "Factores sociales y económicos de la mortalidad materna en México", en *Maternidad sin riesgos en México*. Comp. Ma. del Carmen Elu y Ana Langer, 1a. ed., México, IMES, 1994, pp. 43-52.

Mariscal, Angeles. "En tres años 300 mujeres de Chiapas han sido ultrajadas", *La Jornada*, 8 de marzo de 1997, (México), p. 16.

Márquez, Margarita; Cecilia Talamante y Ma. de los Ángeles Garduño. "La Salud-enfermedad de las maestras: una experiencia participativa", en *Género y salud femenina*. Coords. Sara Elena Pérez-Gil Romo, Juan Carlos Ramírez Rodríguez y Patricia Ravelo Blancas, 1a. ed., México, CIESAS-Universidad de Guadalajara-Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", 1995, pp. 259-270.

Martí, María José. "Características del Instituto de la Mujer (España)", en *Fundamentos jurídicos, sociales y culturales de la igualdad de oportunidades para la mujer*. Trabajo presentado en el Foro Educativo Federal Estrategias para la Igualdad de Oportunidades de la Mujer, Ministerio de

Cultura y Educación, Consejo Coordinador de Políticas Públicas para la Mujer, UNICEF, Argentina, 1992, pp. 27-29.

Mejía Marengo, Juana de los Ángeles et al. "Modelo alternativo de atención a la salud de la mujer rural", en *Género y salud femenina*. Coords. Sara Elena Pérez-Gil Romo, Juan Carlos Ramírez Rodríguez y Patricia Ravelo Blancas. 1a. ed., México, CIESAS-Universidad de Guadalajara-Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", 1995, pp. 69-78.

Mertus, Julie. *Nuestros Derechos Humanos. Manual de Educación en Derechos Humanos de la Mujer*. E.U.A., Comité Organizador de la Década para la Educación en Derechos Humanos, 1995.

Oudshoorn, Nelly. "La mujer hormonal. Creación de un concepto", *Ciencias*, No. 48, octubre-diciembre 1997, (México), pp. 20-26.

Palma, Yolanda y Gabriela Rivera. "La planificación familiar en México", en *Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México*. Ana Langer y Kathryn Tolbert, editoras, 1a. ed., México, Edamex y The Population Council, 1996, pp. 153-177.

Pérez Luño, Antonio E. *Derechos Humanos. Estado de derecho y Constitución*. 1a. ed., Madrid, Tecnos, 1984.

Piussi, Ana María. "Estrellas, planetas, galaxias, infinito", en *Diótima. Traer al mundo el mundo*. Presentación y traducción de María Milagros Rivera Garretas, 1a. ed., España, Icaria, 1996, pp. 147-158.

—. "La Pedagogía de la diferencia sexual: nuevas perspectivas en Italia", *Jornadas de Educación "Pedagogía de la Diferencia"*, abril de 1991, Madrid.

PROGRAMA NACIONAL CONTRA LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR 1999-2000. Esquema de Trabajo Interdisciplinario e Interinstitucional. Enero de 1999, México.

Raczynska, Agnieszka y Benjamín Sotelo. "Los derechos humanos; un derecho de la mujer", *Fem*, No. 155, febrero 1996, (México), p. 32-33.

Ramírez Rodríguez, Juan Carlos et. al. "Género: Un espacio para la creatividad en salud", *Taller sobre género y salud. (memoria)*. Programa mujer, salud y desarrollo. OPS/OMS y Universidad de Guadalajara, México, 1995.

Ravelo, Patricia. "Género y salud femenina: una revisión de las investigaciones en México", en *Las mujeres y la salud*. Comp. Soledad González Montes, 1a. ed., México, PIEM- El Colegio de México, 1995, pp. 199-258.

Razo, Úrsula y Pedro Gerardo Rodríguez. "Tras el milenio", *Doble Jornada*, No. 133, 2 de marzo de 1998, (México), p. 5.

Reyes Camón, Esperanza. "El abuso sexual; acto, omisión o costumbre", *Fem*, No. 157, abril 1996, (México), pp. 12-15

Reyes Zapata, Hilda. "Reflexiones acerca del consentimiento informado en el otorgamiento de los servicios de salud", *Fem*. No. 166, octubre 1997, (México), pp. 54-55.

Riquer, Florinda, Irma Saucedo y Patricia Bedolla. "Agresión y violencia contra el género femenino: un asunto de salud pública", en *Mujer: Sexualidad y Salud Reproductiva en México*. Ana Langer y Kathryn Tolbert, editoras, 1a. ed., México, Edamex y The Population Council, 1996, pp. 247-287.

Rodríguez, Gabriela. "De la maternidad a la vida sexual sin riesgo", en *Maternidad sin riesgos en México*. Comp. Ma. del Carmen Elu y Ana Langer, 1a. ed., México, IMES, 1996, pp. 131-139.

Rodríguez, Gabriela et al. "Educación para la sexualidad y la salud reproductiva. en *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*. Ana Langer y Kathryn Tolbert editoras, 1a. ed., México, Edamex y The Population Council Inc., 1996, pp. 343-376.

Roffiel, Rosa Ma. "Nuestra salud ¿se vive o se sufre?", *Doble Jornada*, No. 112, 6 de mayo de 1996, México, pp. 7.

Rosen, George. "¿Qué es la medicina social?", *Salud Problema*, verano 1985, UAM-Xochimilco, (México), pp. 11-25.

Rubin, Gayle. "El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo", en *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Comp. Marta Lamas, 1a. ed., México, UNAM- Coordinación de Humanidades- PUEG-Miguel Angel Porrúa Grupo Editorial, 1996, pp. 35-96.

Ruiz Anchondo, Patricia. "Los derechos humanos de las mujeres y las leyes mexicanas", en *Maternidad sin riesgos en México*. Comp. Ma. del Carmen Elu y Ana Langer, 1a. ed., México, IMES, 1994, pp. 53-60.

San Martín, Hernán. *Salud y enfermedad*. 4a. ed., México, La prensa médica mexicana, 1981.

Sánchez Díaz, Gisela; Eugenia Flores Hernández y Ma. Trinidad Sánchez Castillo. "Participación social" en *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud?*. Comp. Gloria Sayavedra y Eugenia Flores, 1a. ed., México, Red de Mujeres, A.C., 1997, pp. 295-356.

Sayavedra Herrerías, Gloria. "Género, poderío y salud", en *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud?*. Comp. Gloria Sayavedra y Eugenia Flores, 1a. ed., México, Red de Mujeres, A.C., 1997, pp. 93-138.

Sayavedra Herrerías, Gloria y Eugenia Flores Hernández. "El enfermar de las mujeres", en *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud?*. Comp. Gloria Sayavedra y Eugenia Flores, 1a. ed., México, Red de Mujeres, A.C., 1997, pp. 139-179.

Scott, Joan W. "El género: una categoría útil para el análisis histórico", en *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Comp. Lamas, Marta. Coed. UNAM Coordinación de Humanidades. PUEG. Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial. México. p. 265-302.

Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. *La investigación social en planificación familiar en México*. Tomo I y II, México, 1995.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). *La perspectiva de género: una herramienta para construir equidad entre mujeres y hombres*. México, Unicef-DIF, 1997.

Szasz, Ivonne. "Alternativas teóricas y metodológicas para el estudio de la condición de la mujer y la salud materno infantil", en *La Condición de la mujer en el espacio de salud*. Comp. Juan Guillermo Figueroa, México, Dirección General de Planificación Familiar- Secretaría de Salud, 1994.

—. "La condición social de la mujer y la salud", en *Las mujeres y la salud*. Comp. Soledad González, 1a. ed., México, PIEM-El Colegio de México, 1994. pp. 9-25.

Tamayo, Giulia. "Derechos Humanos de las Mujeres/Reportaje desde América Latina y El Caribe", en **Las Mujeres y los Derechos Humanos en América Latina**, Perú, Red entre Mujeres, 1993, pp. 3-12.

Tapia Hernández, Silverio (Compilador). "Principales Declaraciones y Tratados Internacionales de Derechos Humanos ratificados por México". México, Comisión Nacional de Derechos Humanos, 1999.

Tolbert, Kathryn; Noemi Ehrenfeld y Marta. "El aborto en México: un fenómeno escondido en proceso de descubrimiento", en **Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México**. Ana Langer y Kathryn Tolbert, editoras., 1a. ed., México, Edamex y The Population Council, Inc., 1996, pp. 289-315.

Trujol y Serra, Antonio. **Los Derechos Humanos**. 3a. ed., 1a. reimp., España, Tecnos, 1984.

Uribe Zúñiga, Patricia. "Enfermedades de transmisión sexual y Sida", en **Memoria Coloquio. Los retos para mejorar la salud de las mujeres en México: un diálogo entre investigadores/as y ONG's**. Comp. Centro de Investigaciones en Salud Poblacional del INSP y Grupo de información en reproducción elegida (GIRE), México, 1996, pp. 84-94.

—. "Mujer, maternidad y enfermedades de transmisión sexual", en **Maternidad sin riesgos en México**. Comp. Ma. del Carmen Elu y Ana Langer, 1a. ed., México, IMES, 1994, pp. 91-98.

Valle del, Sonia. "Tribunal para la defensa de los derechos reproductivos: comienza el juicio", **Doble Jornada**, No. 112, lunes 6 de mayo de 1996, (México), p. 6.

—. "Educación sexual en las escuelas, nuevo botín conservador", **Doble Jornada**. No. 115, lunes 2 de septiembre de 1996, (México), pp. 6-7.

WHITBECK, Caroline. "Theories of sex difference", en **Women and Philosophy, toward a Theory of liberation**. Editado por Carol C. Gould y Marx W. Wartofsky, Nueva York, G.P. Putnam's Sons, 1976, (fotocopia), pp. 54-79.

—. **Una realidad diferente: la ontología feminista**. Trad. Laura Gutiérrez, 1976, (fotocopia).

WHITEHEAD, Alfred N. **Los fines de la educación y otros ensayos**. 3a. ed., Argentina, Paidós, 1965.