

Universidad Autónoma de Querétaro  
Facultad de Psicología

**“Significaciones de las necesidades de salud de las mujeres”**  
*(Educación y participación social en salud: logros y obstáculos para la salud de las mujeres)*

Que como parte de los requisitos  
para obtener el grado de maestra en

Psicología Educativa

Presenta:

**Gisela de Jesús Sánchez Díaz de León**

Dirigida por:

**M. en C. Ma. Esther Ortega Zertuche**

Querétaro, Qro. Enero de 2010.



Universidad autónoma de Querétaro

Facultad de Psicología  
Maestría en Psicología Educativa

**“Significaciones de las necesidades de salud de las mujeres”**  
(Educación y participación social en salud: logros y obstáculos para la salud de las mujeres)

**TESIS**

Que como parte de los requisitos  
para obtener el grado de Maestra en Psicología Educativa

**Presenta:**

Gisela de Jesús Sánchez Díaz de León

**Dirigida por:**

M.C. Ma Esther Ortega Zertuche

**Sinodales**

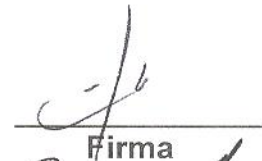
**M.C. Ma Esther Ortega Zertuche**  
Presidente

**Mtro. Rubén García Rangel**  
Secretario

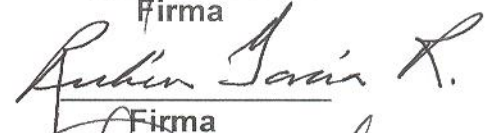
**Mtra. Leticia Guzmán Palacios**  
Vocal

**Dra. Yolanda Correa Castro**  
Suplente

**Dra. Sulima García Falconi**  
Suplente



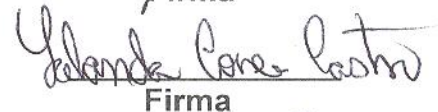
Firma



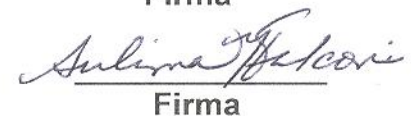
Firma



Firma



Firma



Firma



M. D.H. Jaime Eleazar Rivas Medina  
Director de la Facultad



Dr. Luis Gerardo Hernández Sandoval  
Director de Investigación y Posgrado

**Centro Universitario**  
Querétaro, Qro.  
Febrero 2010  
México

### **Resumen:**

**¿Les sirve a las mujeres participar en grupos de salud?** Es la pregunta que insistentemente nos hacemos quienes impulsamos procesos de educación y participación social en salud con mujeres. La presente tesis sostiene que la participación social sirve a las mujeres, cuando la educación y participación social está orientada a mejorar su condición y situación de vida, es decir, cuando la intervención educativa y de participación tiene perspectiva de género. Este trabajo tiene como referencia una investigación exploratoria realizada entre 1994 y 1996 con mujeres de 10 estados de la República Mexicana, y recupera para ésta tesis la pregunta de cómo significan las mujeres su participación social desde su experiencia de vida. La población de ésta investigación comprendió a 142 mujeres de 10 estados de la república, de medio indígena, urbano y rural, todas de clases subalternas ó populares, que no son representativas más que de los grupos de mujeres con quienes se implementaron programas de educación y participación social. La metodología utilizada es cualitativa: analizando entrevistas, relatos e historias de vida, buscamos reconstruir cómo significan las mujeres su participación social y su salud, en términos de logros y obstáculos. A partir de escuchar sus necesidades, problemas y expectativas, desde sus propias vivencias y representaciones, buscamos articular esta experiencia con otras relaciones que determinan la vida y la salud de las mujeres: pareja, familia, grupos y redes, espacios comunitarios, institucionales, socioeconómicos y culturales. Los resultados muestran que las mujeres que han participado en grupos con perspectiva de género han logrado construir un mayor empoderamiento y mejorado de algún modo sus condiciones de vida y de salud. Aunque también se muestra que en general, las mujeres pobres no han logrado con su participación, revertir las peores condiciones de vida y de falta de recursos para la salud, patentes en nuestro país en las últimas décadas. La tesis cierra con cuestionamientos y propuestas para la participación social en salud, así como aportaciones teórico/metodológicas para el trabajo educativo con mujeres.

**(Palabras clave:** salud de las mujeres, participación social, empoderamiento, perspectiva de género, feminismo, educación para la salud)

## SUMMARY

Is it to their interest for women to participate in health groups? This is the question that we who promote educational processes and the social participation of women in health ask ourselves over and over. This thesis sustains that social participation is beneficial to women when education and social participation are oriented toward improving their conditions and life situations; in other words, when educational intervention and participation have a gender perspective. This work uses as a reference exploratory research carried out between 1994 and 1996 among women from 10 states of the Mexican Republic, which leads us to the question of what social participation means to women from the viewpoint of their life experience. This research had a population of 142 women from 10 Mexican states from the indigenous, urban and rural sectors, all from lower income socio-economic classes, that are only representative of the women among whom educational and social participation programs were implemented. The methodology used was qualitative; interviews and life stories were analyzed in order to ascertain what social participation and health mean to women in terms of achievements and obstacles. By listening to their needs, problems and expectations based on their own experience and representations, we sought to tie this experience to other relationships which determine the life and health of women: the couple, family, groups and networks, and community, institutional, socio-economic and cultural areas. Results show that women who have participated in groups with a gender orientation have achieved greater empowerment and have in some way improved their life and health conditions. However, results also show that, in general, poor women have not achieved through their participation the reversal of their worst living conditions and their lack of funds for health issues, problems patent in our country for the last decades. The thesis concludes with questionings and proposals related to social participation in health, as well as theoretical/methodological contributions for educational work with women.

**(Key words:** Women's health, social participation, empowerment, gender perspective, feminism, education for health)



SECRETARÍA  
ACADÉMICA

**DEDICATORIA:**

A mis hijos: Amaury y Artemio

## **AGRADECIMIENTOS:**

A la Dra. María Esther Ortega Zertuche, mi tutora, que me asesoró no sólo para conformar la estructura teórico-metodológica de este trabajo, sino que con infinita paciencia, leyó mis confusos primeros documentos y me ayudó a encontrarles contexto, sentido y forma. Gracias por todo el apoyo.

A la Dra. Sulima García Falconi, Mtra. Leticia Guzmán Palacios, Dra. Yolanda Correa Castro, Mtro Rubén García Rangel, por su lectura y observaciones.

A Marcela Lagarde, mi maestra y socia de la vida, de quien aprendí la perspectiva teórica feminista. A mis compañeras-os de Salud y Género: Benno de Keijzer, Gerardo Ayala, Emma Reyes, Olivia Aguilar, Raquel Zepeda, Pilar Herrera, Magali Domínguez, Pilar Sáinz, Raúl Morales, Laura Ordóñez, Carmela Flores y demás compañeras y compañeros con quienes he compartido en la práctica las congruencias e incongruencias con la teoría de género, así como más de dos décadas de discusiones y talleres de salud, derechos humanos, equidad e igualdad sustantiva entre mujeres y hombres.

A mis compañeras de la Red de Mujeres: Gloria Sayavedra, Mayela García, Eugenia Flores, Bárbara Cadenas, Azalia Callejas, Ana Isabel Gaytán, Guadalupe Abdó, Rossana Castellanos, Gloria Flores, Ma Trinidad Sánchez, Rosa Isabel Garza, Beatriz González, con quienes compartí el trabajo de investigación: “Ser mujer ¿un riesgo para la salud?” y de quienes recupero para esta tesis, sus observaciones y recomendaciones a mi trabajo sobre participación social.

A las mujeres entrevistadas, así como a las mujeres de quienes he aprendido y compartido talleres de Salud de las Mujeres, por orden de aparición: Rosario Villalobos del PRT, Lupe Meza de Mujeres del Chopo, Lourdes García de Mulas, Alejandrina Cabrera, Jeannette Ulate y Luz Arenas de CEIS, Equipo de Mujeres de PRODUSEP, Magua de CIDHAL, Pilar Muriedas y Ana María Hernández de SIPAM, Mónica del Puerto y Monserrat Salas de REGSAMUNI, Cecilia Loría, Paty Mercado, Lucero González y Maruja González de Milenio Feminista, Gloria Careaga, del PUEG, Ivonne Szasz del Programa de Salud Reproductiva del COLMEX, Mari Carmen Elu, del Comité de Maternidad sin Riesgos, Foro de Mujeres y Políticas de

Población, Paty Nava de SiSSEX, Gabriela Rodríguez de DEMYSEX, y tantas, tantas mujeres que me han enseñado a pensar y a “tallerear”.

A mis múltiples maestras y amigas de quien he aprendido el cuidado, el reconocimiento y apoyo entre mujeres: Angela Valentín, Mónica García, Tere Azuara, Nora Alvarado, Consolación González L, Ginger Drais, Teté Zúñiga, Pilar Herrera, Laura Ordóñez y muchísimas mujeres más, compañeras de la vida en algún momento.

A mi familia de origen, madre, padre, hermanas y hermanos, abuelas y abuelos, de quienes aprendí el amor, el cuidado y la solidaridad. Especialmente gracias a mis hermanas Patricia y Lourdes, que han sido para mi mucho más que hermanas, compañeras vitales.

A mis hijos Amaury, Artemio, mis mayores maestros de la vida. De manera especial, a mi compañero de la vida, Gerardo, que está siempre presente.

## ÍNDICE

	Página
Resumen	
Summary	
Dedicatorias	i
Agradecimientos	ii
Índice	iv
1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y LA SALUD DE LAS MUJERES	3
2.1 Ideas previas de la investigación y preocupaciones personales	3
2.2 Antecedentes teóricos. Estado de la cuestión	8
2.2.1 La salud de las mujeres	9
2.2.2 La educación y participación social de las mujeres	17
3. MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO	28
3.1 Planteamiento del problema	28
3.2 Metodología	31
3.3 Salud de las mujeres y condiciones de vida	36
3.4 Condición y situación de género de las mujeres	46
3.5 Cuerpo vivido	58
3.6 Las relaciones de poder	59
3.7 El poder de dominio	63
3.8 El poder de autoafirmación. El empoderamiento	66
3.9 El malestar de las mujeres	68
4. ¿LES SIRVE A LAS MUJERES LA PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA MEJORAR SU SALUD?	72
4.1 La experiencia de las Mujeres	72
4.2 Mujeres del Estado de México	74
4.3 Mujeres Chichimecas de Guanajuato	78



4.4	Mujeres de Tlaxcala	87
4.5	Mujeres Tzotziles y Tzeltales de Chiapas	94
4.6	Mujeres Mayas de Quintana Roo y Campeche	100
4.7	Mujeres de Querétaro	108
4.8	Mujeres del D.F. y área Metropolitana	112
4.9	Mujeres del área urbana de Jalisco	116
4.10	Mujeres del área rural de Jalisco	120
4.11	Mujeres del área rural de Veracruz	125
4.12	Mujeres del área urbana de Veracruz	130
4.13	Mujeres del área rural de Michoacán	133
4.14	Mujeres Purépechas de Michoacán	134
4.15	A manera de síntesis, logros y obstáculos de la participación para la salud de las mujeres	138
4.16	Reflexión final: ¿Cómo significan las mujeres su participación social? ¿Les sirve a las mujeres la participación social?	140
5.	LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO FEMINISTA	157
5.1	Crítica a las formas dominantes de participación	157
5.2	Propuestas para una participación democrática de las mujeres	161
6.	APORTACIONES TEÓRICO-METODOLÓGICAS PARA EL TRABAJO EDUCATIVO Y LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LAS MUJERES	165
	Bibliografía	170
	Anexos	173

# 1. INTRODUCCIÓN

La educación y la participación social son reconocidas por múltiples instancias gubernamentales y no gubernamentales como el medio por el cual las mujeres pueden empoderarse, conocer y defender sus derechos humanos. Es un reconocimiento que se encuentra manifiesto en plataformas de acción de Conferencias mundiales, principalmente la Conferencia de Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994 y la Conferencia Internacional de la Mujer, realizada en Beijing en 1995. La participación y la educación son mencionadas también en programas nacionales como el Programa Nacional de la Mujer, el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, así como en los objetivos del Instituto nacional de las Mujeres y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Esta tesis intenta dar cuenta de los logros y obstáculos de algunos procesos de participación social en México, en términos de la salud de las mujeres. Buscamos el significado de las necesidades de salud de las mujeres a partir de una perspectiva teórico-metodológica de género: escuchando las necesidades, problemas y soluciones de salud de las mujeres desde sus propias interpretaciones, desde sus propias vivencias y representaciones, tratando de buscar relaciones, articulaciones, determinaciones más amplias de dichos problemas de salud, de acuerdo a la condición y situación de género.

El trabajo consta de cinco partes; la primera plantea las ideas previas de la investigación y las preocupaciones personales desde la práctica educativa en salud de la autora, así como los antecedentes de investigación en el campo de la educación y participación social para la salud. Ya en esta primera parte, es evidente que realizar el análisis de las necesidades de salud desde la perspectiva de género, nos permite ampliar nuestros horizontes, comprender al sujeto de nuestra acción pedagógica, pues parte de reconocer que ser hombre ó ser mujer tiene implicaciones en la salud-enfermedad y muerte, por las diferentes condiciones de vida que determinan a cada uno.

La segunda parte constituye el marco teórico metodológico de la investigación; se plantea el problema, las hipótesis, la metodología y las categorías de análisis: Salud de las mujeres y condiciones de vida, Condición y situación de género de las mujeres, Cuerpo vivido, El malestar de las mujeres, Las relaciones de poder y la salud, El poder de dominio, El poder de autoafirmación y el Empoderamiento.

La tercera parte describe los hallazgos acerca de las significaciones y necesidades de salud y participación social de las mujeres: analizando entrevistas e historias y relatos de vida, se intentó reconstruir cómo significan las mujeres a partir de su viva voz su participación social y su salud, que poderes han podido construir por medio de su participación social. La pregunta orientadora para el análisis fue: ¿Les sirve a las mujeres la participación social? La exposición está ordenada por estados, a partir de la pertenencia de las mujeres a una etnia y al área rural o urbana.

En la cuarta parte se hace un análisis crítico a las nociones y prácticas dominantes de participación social y salud de las mujeres, desde una perspectiva de género feminista y también se hacen propuestas para que la participación social sirva a las mujeres

Finalmente, en la quinta parte, se hace una reflexión acerca de los aprendizajes en el proceso de investigación. Esta tesis plantea que los espacios de educación y participación social con perspectiva de género pueden ser mediaciones, espacios de constitución de las mujeres como sujetos, donde a partir de expresar sus problemas y necesidades de salud, las mujeres van reconociendo y de-construyendo identidades genéricas opresivas.

En estos espacios se reconoce, y de-construye la opresión, pero también se reconocen, se construyen las resistencias, se generan luchas, transgresiones, negativas de las mujeres a ser cuerpos ocupados, definidos, oprimidos por los poderes instituidos.

## **2. ANTECEDENTES DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y LA SALUD DE LAS MUJERES.**

### 2.1 Ideas previas de la investigación y preocupaciones personales.

Los antecedentes de esta investigación se enclavan en preocupaciones personales, pero también sociales, en prácticas sociales, y en reflexiones teóricas. Conjugar todos estos niveles de preocupación fue una tarea compleja, lo decimos desde ahora.

En el campo de la salud de las mujeres parecería haber una división: las investigadoras que hacen estudios de género son unas, las que desarrollan propuestas educativas son otras, las que curan y previenen otras, las que hacen política otras. Cada quien en su campo acotado, que ojalá no fuera separado. Pero lo es. Existe una gran dificultad para articular la investigación con las necesidades sociales, en este caso, las teorías de género, con las prácticas educativas y de participación social en salud.

Es particularmente difícil articular teoría y práctica al realizar análisis de propuestas feministas de educación y participación social, porque dicho análisis parte de lo vivencial, de la experiencia, de lo subjetivo; y no estamos acostumbrados a relacionar lo subjetivo con lo racional. Racionalizar me fué difícil, especialmente cuando me encontraba involucrada subjetivamente al estar inmersa en la práctica.

En las teorías del conocimiento existe una dicotomía razón-sentimiento: articular lo subjetivo con las teorías resulta a veces bastante complicado.

Este es nuestro caso: la experiencia de las mujeres que abordamos aquí, su historia de vida es conmovedora. Articularla con teorías de género no ha sido nada fácil. Quizá sería más fácil analizar estas historias por alguien neutral, alguien que no fuera juez ni parte, que nunca hubiera sido dominador ni dominado, pero...no tenemos ningún extraterrestre a la vista, y la vivencia

de ser mujer puede ser en vez de un obstáculo, una oportunidad de empatizar con las mujeres que nos cuentan sus historias, de que ellas tengan resonancia en nuestra propia subjetividad.

El interés de la investigadora es esencial para abordar cualquier estudio. En mi caso, después de haber terminado la maestría de psicología educativa mi interés estaba orientado hacia la identidad del sujeto en la educación.

Después de haber trabajado durante varios años en la educación popular en salud, con mujeres y hombres de diferentes poblaciones (la mayoría mujeres), una y otra vez me preguntaba por la identidad de ese sujeto, ¿Quién soy yo?, ¿Quién es el otro, la otra, que con insistencia se oculta? Tenía interés de abordar el problema de la identidad del sujeto en la educación.

La oportunidad concreta de abordar el problema fue la presente investigación, que tiene sus antecedentes en la experiencia educativa-organizativa y de investigación de la “Red de Mujeres”, organización conformada por mujeres profesionales de la salud: Médicas, Psicólogas, Antropólogas, que en 10 estados de la República Mexicana llevaron a cabo programas de educación y participación social en salud con mujeres campesinas, indígenas y de colonias suburbanas.

Este grupo de mujeres, esta red, venía de una tradición de educación y participación popular en salud, que retomando las propuestas de educación popular de Paulo Freire, impulsaba procesos educativos con grupos populares de salud, mayoritariamente conformados por mujeres.

La práctica educativa estaba orientada desde un paradigma de la reflexión-acción: se partía de hacer un diagnóstico participativo de los principales de salud de la comunidad y de las mujeres en particular, de reflexionar sobre sus causas sociales, económicas, políticas y culturales, las alternativas de atención y prevención de las propias participantes y la

organización para la búsqueda de soluciones para los problemas de salud más complejos: presiones y negociaciones con instituciones gubernamentales, etc.

Aún cuando en la red participaban algunas mujeres declaradamente feministas, el paradigma de trabajo de la red era la del sujeto popular, oprimido por relaciones de clase, de etnia, paradigma asumido también por las mujeres feministas de la red: todas teníamos la intencionalidad de fortalecer a los movimientos sociales, los movimientos urbano-populares, el movimiento popular de salud, que cuestionaba el modelo médico hegemónico biologicista, racista y clasista y que pugnaba por el reconocimiento del saber popular, la medicina tradicional y la medicina doméstica.

La desigualdad de género, no era abordada con la misma intensidad, ni en la teoría, ni en la práctica. El problema era agudo cuando cuestionábamos la desigualdad entre los hombres y las mujeres al interior de nuestra misma organización. “la perspectiva de género es imperialista, divide a las organizaciones sociales”, sentenciaban los líderes de aquellos tiempos. Y era verdad, la conciencia de las relaciones de género injustas fracturaba “las luchas de clase”, porque esas fracturas no estaban hechas de vacío, estaban rellenas de violencias, de discriminaciones próximas, cercanas y dividían a los hombres y a las mujeres, impidiéndoles luchar juntos por la salud, por el bienestar de todas las mujeres y todos los hombres, porque la diferencia no implicara injusticia.

En 1988, la decisión del inicialmente llamado “Grupo de mujeres de Prodesep”, de profundizar en las desigualdades de género, nos llevó a un proceso de investigación que transformó a las participantes y a los grupos a los que pertenecían, mujeres y grupos transformamos prácticas y visiones del mundo: el poder de interpretar es uno de los más valiosos que podemos tener las mujeres.

La realización de esta investigación fue una necesidad sentida para todas las integrantes de la red. Fue una investigación que se generó a partir

de las necesidades expresadas por las mujeres de La Red en las reuniones de trabajo.

Algunas de las necesidades más importantes de las educadoras populares en salud integrantes de la “Red de Mujeres” fueron las siguientes:

- Necesidad de conocer con mayor profundidad al sujeto (a las mujeres con las que trabajábamos) y las múltiples determinaciones de sus condiciones de vida que influyen en su salud (género, sexualidad, maternidad, identidad, trabajo, violencia, participación social, etc.).

- Necesidad de profundizar en el concepto de salud integral de las mujeres desde una perspectiva de género.

- Necesidad de conocer de qué manera influye nuestro trabajo educativo en la salud y el bienestar de las mujeres.

- Necesidad de identificar prioridades en nuestro trabajo educativo: concepciones teóricas, programas, contenidos y métodos a partir de los problemas y necesidades de salud expresadas por las mismas mujeres.

- Necesidad de explorar logros y obstáculos de los grupos de mujeres a nivel micro para empezar a articular propuestas educativas en salud integral a un nivel macro desde la perspectiva de género.

La investigación fue orientada desde este contexto de las necesidades antes mencionadas y no de otras, nuestra práctica social fue la que determinó la metodología y el marco de referencia.<sup>1</sup>

De esta manera comenzamos a problematizar la salud de las mujeres, sus condiciones de vida, y su participación social, con una pregunta central:

---

<sup>1</sup>Las decisiones metodológicas fueron tomadas en congruencia con la práctica de la educación popular. Paulo Freire considera que la metodología está determinada por la relación dialéctica entre teoría y método, y si la práctica social es la base del conocimiento, es también a partir de la práctica social que se construye la metodología, en una unidad dialéctica, para regresar a la misma práctica y transformarla. Ver: Freire, Paulo., “La importancia de leer y el proceso de liberación”. Edit. Siglo XXI. México 1984

¿Cuales son los logros y obstáculos para la salud de las mujeres en su participación social? ¿Sirve la participación social a la salud de las mujeres?

El enfoque que más nos ayudaba a la comprensión de estos problemas era un enfoque de género, y específicamente, aquel que nos aporta las categorías analíticas de condición y situación de género, porque nos permite ver las condiciones de vida de las mujeres en las diversas situaciones en que viven, y relacionar éstas con su situación de salud.

A la vez, necesitábamos de una teoría de salud que pudiera analizar la totalidad de las condiciones de vida en que viven las mujeres, una teoría de salud que no fuera fragmentadora, esta posibilidad nos la dio la categoría de “salud integral”. El enfoque de salud integral nos permitía ver también “el malestar” de las mujeres, concepto que nos ayuda a comprender los problemas de salud mental de una manera menos biologicista y medicalizadora.



## 2.2 Antecedentes teóricos. Estado de la cuestión.

Nos planteamos en esta tesis, articular la salud de las mujeres con la participación social desde la perspectiva de género. Para tal efecto, rastreamos estudios que han analizado la participación social y la salud de las mujeres, profundizamos en teorías que nos explican la condición de las mujeres y como aporte propio, realizamos un análisis exploratorio de los logros y obstáculos a los que se enfrentan las mujeres al intentar construir su salud mediante la participación social.

Tres temas: La salud, la participación social, y la condición de opresión de las mujeres, vistos como temas y campos de estudio separados, tienen múltiples referentes, han sido vistos desde diferentes disciplinas, diferentes enfoques teóricos y metodológicos. La articulación de estos campos plantea desafíos que nos atrevemos a ensayar en este trabajo, a partir de rodeos, de recorridos de ida y vuelta de lo micro a lo macro, de lo subjetivo a lo social, de la conciencia a la acción social.

### 2.2.1 La salud de las mujeres

Tenemos pocas referencias de estudios que realicen esta articulación: desde la definición de la salud como el estado de bienestar bio-psico-social, se propone ésta articulación entre cuerpo biológico-psique-sociedad, sin embargo, la biomedicina, la psicología y las ciencias sociales y políticas son disciplinas que generalmente se han desarrollado separadas.

La salud si bien ha sido definida por la OMS como “el estado de bienestar bio-psico-social, y no la mera ausencia de enfermedad”, para las mujeres la atención a la salud ha sido definida desde parámetros predominantemente biomédicos, muy poco integradores de lo psicológico y lo social.

El modelo hegemónico de atención a la salud es fundamentalmente biologicista, orientado a la curación y durante muchos años se ha centrado en programas de salud materno-infantil y Planificación Familiar, no prioriza la salud de las mujeres, ve a las mujeres como madres, y en todo caso no considera a las mujeres como sujetos de su propia salud, sino como objetos, como recursos para la salud de los otros.

En el enfoque de salud materno-infantil, las mujeres eran consideradas como un medio y no como un fin cuando el control del embarazo era visto como una forma eficiente de producir bebés más sanos, bien alimentados, con un desarrollo psicomotor normal. El Enfoque de planificación familiar era solo un medio para reducir la natalidad. Todas estas acciones son muy justificadas, sin embargo la atención no estaba centrada en la salud, la sexualidad y las condiciones de vida de las mujeres.

De alguna manera, las mujeres eran contempladas como un medio cuando las acciones de salud reforzaban los estereotipos sociales que imponen a la mujer la tarea múltiple de hacer sexo para el disfrute de su pareja, producir ó no producir hijos para la familia y la sociedad, amamantar y cuidar la salud y el desarrollo de los bebés, es decir, con una existencia para otros y no para sí misma.

En los años noventa surgió el enfoque de Salud Reproductiva, y podríamos decir que un elemento muy fuerte para adoptar este enfoque fue el análisis que se hizo de la muerte materna, que pudiendo ser una muerte evitable, ocurría por una serie de inequidades: por condiciones desfavorables de nutrición, salud y educación en la infancia y la adolescencia de las mujeres, por su asociación con embarazos no deseados y abortos ilegales, por la falta de un ejercicio autónomo, informado y sin riesgos de la sexualidad, por su asociación con violencia conyugal y sobrecarga de trabajo, por falta de acceso a una atención de calidad, etc. En resumen, la muerte materna evidenciaba la estrecha relación entre salud reproductiva y estatus de la mujer (Faúndes, 2003).

Con el enfoque de salud reproductiva, los servicios de salud verían por primera vez la salud específica de las mujeres, tendrían en cuenta que las mujeres son sujetos de su sexualidad, su reproducción y su maternidad, y que se deberían implementar una serie de acciones sociales encaminadas a asegurar la salud reproductiva: la educación sexual de niños y niñas, la reflexión temprana sobre las relaciones de género, la prevención de Infecciones Sexualmente Transmisibles, la contracepción, el apoyo médico, psicológico y social del embarazo, parto y aborto, el apoyo a la lactancia materna y cuidado de los niños, etc.

El enfoque de salud reproductiva, si bien significa un avance en el sentido de mirar la salud de las mujeres en sus procesos reproductivos, carece de la integralidad necesaria para ver la salud de las mujeres, pues relega la sexualidad a un papel subordinado a la reproducción y no pone el énfasis suficiente en las condiciones de vida de las mujeres.

En México es hasta 1995 que se formula el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, que tenía como principales componentes la Planificación Familiar, la Salud Sexual y Reproductiva de las y los adolescentes, la salud perinatal, el riesgo preconcepcional, las Infecciones de transmisión sexual, la prevención y detección de neoplasias del tracto

reproductor de la mujer, el climaterio y la menopausia y la perspectiva de género en la salud reproductiva (SSA, 1995).

El Programa partía de un diagnóstico que contiene datos que sería pertinente analizar con mayor cuidado, pues son datos globales y no revelan las diferencias entre regiones, estados, etnias y clases sociales existentes en México.

Teresita de Barbieri en 1995, señala que el Sistema de Salud Mexicano ha sido muy eficiente en la extensión de la anticoncepción en un lapso de 20 años, y muestra mucho rezago en la atención del embarazo y el parto. Es decir, que para el control de la fecundidad, el Estado Mexicano tiene metas y programas eficientes y éstas no parecen existir para la atención del embarazo y el parto (De Barbieri, 1995).

De intención, el Programa Nacional de Salud Reproductiva se proponía atender esos rezagos, garantizando la atención del embarazo y el parto en las áreas rurales y urbano-marginadas, mediante el subprogramas de Salud Perinatal y Riesgo Preconcepcional, además de seguir atendiendo la Planificación Familiar, la Salud Sexual y Reproductiva de las y los adolescentes, las Infecciones de Transmisión Sexual, La Prevención y Detección de Neoplasias del Tracto Reproductor de la Mujer, el Climaterio y La Menopausia e incorporando la perspectiva de Género en la Salud Reproductiva (SSA, 1995).

Es cierto que el concepto de salud reproductiva incluye el concepto de salud sexual al reconocer que la sexualidad va más allá de la procreación y que incluye el placer sexual, al mismo tiempo que llama a atender que el hecho de la coerción, la violencia y el tráfico sexuales son riesgos para la salud reproductiva de las mujeres y los hombres.

También es cierto que contempla a las mujeres en las diversas etapas de su vida. Sin embargo, la salud de las mujeres sigue estando centrada en la reproducción, sigue fragmentando a las mujeres, además de que relega la

sexualidad a la reproducción, deja fuera la salud mental, y no pone suficiente énfasis en las condiciones de vida de las mujeres.

Otro enfoque es el de Salud Sexual<sup>2</sup>, que significa privilegiar la salud como el estado de bienestar bio-psico-social en el ejercicio de la sexualidad, la vivencia de una sexualidad placentera, sana, sin riesgos, libre de coerción y violencia. No es un enfoque hegemónico en nuestro país, sino de algunos sectores subalternos. Hacen la reflexión de que la sexualidad es un concepto más amplio que el de reproducción. Y que la sexualidad puede ejercerse sin estar en absoluto vinculada con la reproducción.

Algo con lo que parecen coincidir todos los estudiosos y estudiosas de la salud en México, es que la perspectiva de género es indispensable para analizar la salud de las mujeres y los hombres. El Género como un sistema de desigualdad social es recientemente abordado y aunque se reconoce que está articulado a otros sistemas de desigualdades como son la clase social y la etnia, no se ha trabajado suficientemente el peso que cada una de éstas desigualdades tiene en la salud.

Teresita de Barbieri advierte, que es fundamental conocer cómo se articulan la dinámica de la reproducción del capital con las distancias y las jerarquías entre los géneros y las etnias, saber su importancia en la estructuración de las distancias y las jerarquías y las desigualdades sociales en América Latina. Es preciso entender la estructuración y la dinámica de nuestras sociedades: una dominación capitalista cada vez más concentrada y excluyente, sexista y racista (De Barbieri, 1991).

En ese sentido, en los años noventa del siglo pasado, hubo un auge impresionante de los estudios de género en la salud. Algunos relevantes en México fueron los siguientes:

---

<sup>2</sup>La Salud Sexual es un concepto ampliamente consensado en la Plataforma de Acción de la 4a. Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing, aceptado por todas las naciones, incluyendo nuestro país. Por alguna razón, el Gobierno Mexicano y las feministas olvidaron el concepto de Salud Sexual y solamente implementaron la Salud Reproductiva.

Ivonne Szasz (Szasz, 1995), menciona que la salud está muy relacionada con la condición social de la mujer, que si bien está muy determinada por la reproducción, la salud de la mujer es específica en todas las etapas de su vida, y está estrechamente relacionada con la construcción cultural de lo femenino y las condiciones sociales de vida.

Así, las relaciones de género conforman una de las dimensiones sociales más importantes en la salud de la mujer. En estas relaciones, existe inequidad entre hombres y mujeres, que para las mujeres significa menor acceso a recursos, menores grados de autonomía personal, un papel inferior en la familia y la sociedad, menor valoración y retribución social de su trabajo y menor capacidad de decidir, planear y disfrutar su propia vida (Szasz, 1995)

Algunos problemas de salud derivados de la valoración de lo femenino en torno a la maternidad y la vida conyugal son los embarazos y las uniones tempranas, las proles numerosas, los problemas para decidir sobre su fecundidad, su sexualidad, anticoncepción, embarazos, abortos, que significan mayores riesgos para su salud.

Otras condiciones mencionadas por Ivonne Szasz son la sobrecarga de trabajo, la doble ó triple jornada, al llevar sola la crianza de los hijos, la discriminación en el trabajo, la violencia doméstica, el alcoholismo y el abuso sexual, la migración, la medicalización de la reproducción, la falta de acceso a servicios de salud de calidad, etc.

El género interesó también a sociólogos mexicanos como Roberto castro y Mario Bronfmann, quienes hacen una revisión de las aportaciones que el feminismo ha hecho a la sociología médica y resumen que ha sido en tres niveles: a) El feminismo ha cuestionado el concepto de salud-enfermedad, mostrando que existe una morbilidad diferencial para hombres y mujeres: ser mujer es un riesgo para la salud, por la socialización diferente de hombres y mujeres y por las peores condiciones de vida en que viven. b) El feminismo cuestiona de la práctica médica el prevaleciente sexismo, racismo, biologicismo, la reproducción de la subordinación de las mujeres, la negación

que hace en la práctica de la subjetividad y sexualidad. c) El feminismo cuestiona del saber médico el sexismo dentro de la construcción de conocimientos acerca del cuerpo femenino y sus procesos (menstruación, embarazo, parto, menopausia) escindiendo la sexualidad de las mujeres, medicalizando la reproducción, psiquiatrizando o psicologizando el malestar y el conflicto de las mujeres (Castro y Bronfman, 1993).

Por su parte Patricia Ravelo realizó una revisión de los estudios hechos en relación a la salud de las mujeres en México en los años ochentas y principios de los noventas, las principales tendencias de los enfoques y perspectivas de los estudios, y encuentra que no todos están hechos desde una perspectiva de género y las disciplinas que abordan el tema son la antropología, la sociología, la medicina social y la psicología, principalmente (Ravelo, 1995).

Las áreas de la salud de la mujer más estudiadas en México en los noventa resultan ser la salud reproductiva, la salud mental, la sexualidad, la salud ocupacional, la morbilidad y la mortalidad, la mayoría de ellas abordadas desde un enfoque feminista. Ravelo encuentra que se sigue privilegiando el área de salud reproductiva, aunque hay una tendencia por explorar otras áreas en las que existen pocos estudios en México, como en el campo de la salud mental, la sexualidad y la salud laboral. En todas las áreas, encuentra que han sido insuficientemente desarrolladas la producción teórica, la construcción de categorías y conceptos.

Entre los vacíos teóricos, ya en 1995, Patricia Ravelo encuentra las experiencias de las mujeres sanas en cuanto a la producción y reproducción de saberes femeninos sobre la salud, la sistematización del saber médico femenino y de las experiencias de mujeres organizadas en torno a la salud. Si la salud de la mujer es una dimensión muy relacionada con todas las esferas de la vida social, en especial la cultura y la ideología, de donde se extraen los significados de la sexualidad, el cuerpo, la maternidad y los procesos de salud; sería necesario incorporar elementos como la subjetividad, la sexualidad, el

cuerpo y la identidad femeninas en los estudios sobre la salud de las mujeres (Ravelo, 1995).

El enfoque de integralidad, implica ver a las mujeres como personas en toda su integridad bio-psico-social y no sólo como enfermas. Como personas y ciudadanas y por tanto como sujetas de derecho, las mujeres podemos tomar decisiones en torno a nuestra salud, nuestra sexualidad y reproducción. Esta capacidad de decidir, tiene que ver con el lugar que ocupamos en el mundo: la clase social, la etnia, la religión, la cultura, la familia, el trabajo, el medio ambiente, entre otros, son factores que determinan nuestra salud.

Para las mujeres salud integral implica vivir su cuerpo íntegro, no fragmentado, no violentado, no cosificado. Incluye también el acceso de las mujeres a los recursos más indispensables para vivir y enfrentar el dolor, el malestar y el daño. Implica tener acceso a saberes: al conocimiento del cuerpo, a una información sexual que no sea la visión del silencio, el tabú y el pecado, sino que le permitan vivir una sexualidad sana, placentera, sin riesgos, sin violencia y sin coerción, así como el acceso a servicios de salud cuando así lo amerite.

El enfoque de salud integral explica la salud (el bienestar bio-psico-social) a partir de la totalidad de las condiciones de vida en que viven las mujeres. Así, la condición de género vista desde la integralidad sería el conjunto de condiciones de vida de las mujeres que determinan su estado de salud.

El estado de salud-malestar-enfermedad-atención de las mujeres tiene estrecha relación con las condiciones en que viven cotidianamente su cuerpo. Estas condiciones son materiales y simbólicas, es decir, no son solo las condiciones en que viven su sexualidad, maternidad, trabajo, vivienda, alimentación, participación social, etc., sino también la manera en que éstas condiciones son significadas por ella y por los otros.



Existen evidencias de que la morbimortalidad de las mujeres se relaciona con la posición inferior que ocupan en la mayoría de las sociedades, la discriminación y la violencia de que son objeto, la inequidad en la educación, trabajo, y participación en la toma de decisiones. Es decir, que la naturaleza de los problemas de salud de las mujeres es multicausal. Y que mejorar la salud de las mujeres equivale a una transformación social, es decir, a mejorar la condición y situación de las mujeres en la sociedad y no se restringe solamente a la realización de acciones por parte de los servicios de salud.

La integralidad y la ciudadanía en salud implica que las mujeres tenemos derecho a los servicios de salud, derecho al acceso a información y a involucrarnos en la solución de nuestros problemas. La asistencia integral presupone oferta de servicios que desarrollen acciones globalmente dirigidas a la atención de todas las necesidades de salud de la mujer.

Para eso es necesaria una mirada que no fragmente, que perciba a las mujeres como seres integrales. Se impone así, una reformulación del modelo asistencial vigente.

### 2.2.2 La educación y participación social de las mujeres

Cuando en nuestro trabajo nos propusimos reconocer la salud de las mujeres desde la participación social nos introducimos en un verdadero problema, porque si bien desde las ciencias políticas podría plantearse que la participación social de las mujeres, el ejercicio de ciudadanía serían categorías prioritarias para entrar al análisis del problema, pero las teorías de ciudadanía no dan cuenta del porqué, de los modos en que las mujeres participan, del cómo las mujeres han sido constituidas en su subjetividad desde lo social.

La separación entre ámbito público y ámbito privado, y la asignación genérica de lo público a lo masculino y lo privado a lo femenino, dificulta el análisis de los problemas de salud las mujeres desde el ámbito público, de la ciudadanía. De por sí las mujeres no han sido consideradas ciudadanas hasta recientemente (como un hecho relevante, en México hasta 1953 las mujeres obtuvieron el derecho al voto), entonces el ejercicio pleno de ciudadanía: política, social y económica, lejos está de ser realidad para todas las mujeres del mundo.

La ciudadanía y la participación social son ámbitos considerados públicos y la salud con sus componentes (sexualidad, reproducción, salud mental, salud reproductiva) parecían ser constituidos en el ámbito privado.

El análisis de la salud desde la participación social resultaba muy complicado porque la salud, el bienestar de las mujeres es un concepto que está muy imbricado con el cuerpo, la sexualidad, la historia vivida, la subjetividad de las mujeres. Cuerpo, sexualidad, subjetividad, salud, son inseparables uno del otro. ¿Cómo relacionar el cuerpo, la sexualidad, la subjetividad cautivas con la participación social? Los estudios que encontramos sobre participación social y ciudadanía no nos hablan de la subjetividad, más allá de encontrar como explicación a la subjetividad de las mujeres como límite y control para la participación social plena.

Sin embargo, también encontramos instancias no formales de participación social de las mujeres: grupos de autoayuda, grupos terapéuticos y aún los grupos educativos, donde la subjetividad puede pensarse, reconstruirse, y desde la conciencia cambiar condiciones materiales de vida. Quitar el cuerpo del lugar de la violencia, del desamor, de la servidumbre. Otorgar al cuerpo cuidado, placer, sabiduría. Es la participación social con enfoque feminista.

Las feministas irrumpieron en la política con un pensamiento fundamental: “lo personal es político”, dijeron, y llevaron del ámbito privado al público el malestar, la violencia, el sufrimiento. Después de varias décadas de lucha feminista, la violencia conyugal ha dejado de ser un problema privado ó invisible y ha pasado a ser un delito, un problema público.

No hay entonces tal separación entre lo privado y lo público, ni entre subjetividad y sociedad. Si la subjetividad de las mujeres es construida socialmente, si hemos dicho que el cuerpo de las mujeres es atravesado por múltiples discursos: médicos, religiosos, educativos, etc., los grupos pueden estar permeados por los discursos opresivos, pero también es posible que en el grupo se generen nuevos sentidos, nuevos discursos, nuevos saberes, nuevas rebeldías y solidaridades, conciencia de opresiones y nuevas estrategias de resistencias a los poderes opresores.

Ver entonces la salud de las mujeres desde la participación social, implica articular la salud de las mujeres con la manera en que las mujeres se van relacionando con el mundo, con la manera en que van transformando su condición y situación en el mundo. Y no lo hacen solas, individualmente, y tampoco se da por arte de magia, espontáneamente. Es necesaria una intencionalidad de tejer con otras nuevos saberes, nuevas formas de ser en el mundo. Solo mediante pactos y alianzas con las otras, haciendo con las otras, es posible resistir y construir condiciones objetivas y subjetivas que no sean de opresión, tanto en los espacios micro, como en los espacios sociales más amplios.

La participación social implica que las mujeres son sujetos, personas con derechos humanos y por tanto, ciudadanas que ejercen sus derechos sociales, políticos y económicos. Sin embargo, muchas son las autoras que han cuestionado la concepción de ciudadanía abstracta, genéricamente neutral.

Entre otras, Alejandra Massolo (Massolo,1994), hace un extenso análisis de la participación política y la acción colectiva de las mujeres, recuperando el pensamiento de Susan James quien critica a la noción y práctica de la ciudadanía universal creada por el liberalismo, fundamentada en el principio de que todos los individuos nacen libres e iguales, porque éstas nociones no son ciertas para las mujeres: a pesar de que se supone que tienen derechos formales igual que todas las personas, en la realidad cotidiana la mayoría de las mujeres viven desigualdad, limitación y opresión.

Para las mujeres no existe la ciudadanía independiente, aquella que requiere ciudadanos libres y capaces de ejercer sus derechos civiles, sin amenazas de coerción y violencia física, cuya independencia física, económica y emocional es protegida por un conjunto de derechos y libertades civiles, de manera que tengan una mínima seguridad frente a la coerción, la dependencia y la explotación.

Por el contrario, las mujeres tienen múltiples obstáculos para participar plenamente en la esfera política, carecen de independencia física, están expuestas a violencia física, emocional y sexual, lo que obstaculiza su pleno involucramiento en actividades públicas. Muchas de ellas están sujetas a dependencia económica y emocional, que es un obstáculo para la toma de decisiones políticas. Disponen de menos tiempo libre para dedicarse a las actividades de la vida política (el trabajo doméstico y el cuidado de los hijos son asumidos la mayoría de las veces por mujeres) y si a eso se le agrega el tiempo dedicado al trabajo remunerado, prácticamente no les queda tiempo para participar en la política.

Por otra parte, las actividades hasta hoy significadas como femeninas: la maternidad, la reproducción, el espacio privado y el cuidado de los hijos,

ancianos y enfermos, no son contempladas por la política, caracterizada hasta hoy por ser un espacio masculino, androcéntrico.

Con todas estas dificultades, la realidad empírica es que las mujeres participan en partidos políticos, en organizaciones y movimientos sociales. Las mujeres pobres, la mayoría de las veces para obtener servicios básicos, alimentación, salud, vivienda. En esta participación, su lugar no está en la toma de decisiones, sino en lugares de subordinación.

Soledad González, analizando la participación social en Latinoamérica nos dice que la mayoría de los movimientos de mujeres cuestionan las injusticias de clase, pero no las relaciones de género. La ideología predominante sostiene que la esfera de acción apropiada para las mujeres es la doméstica, y en torno a ésta ideología se genera un fuerte control social (González, 1993).

Pero habría que ver si esta ideología no ha cambiado, si la participación social no es ahora concebida como un deber para muchas mujeres. Si bien los estudios sobre participación de las mujeres han encontrado que las identidades son un límite a la participación, tampoco podemos congelar las identidades, no podemos conceptualizar a lo femenino-masculino como dado y no como identidades y relaciones que se transforman.

La oposición actual masculino-femenina, es una construcción social, no necesaria ó innata. La identidad de muchas mujeres hasta hoy construida en función del espacio privado y en oposición a la participación en el espacio público, considerado masculino, no es natural.

Sotosopra Verdi, nombra ese estar fuera de la participación como exterioridad, y lo define como la sensación de no estar a gusto en los intercambios sociales. Las mujeres se sienten -y son- extrañas a un mundo que no fue construido por ellas y en el cual sólo tienen un papel consultivo, ya que, en la mejor de las hipótesis, ellas ratifican decisiones que no tomaron. La conciencia de este malestar muchas veces llevó a las mujeres a practicar un

tipo de abstencionismo voluntario del poder. Pero al mismo tiempo, la participación es considerada como la condición sine qua non para modificar los pactos sociales, las condiciones materiales de las mujeres, especialmente en los campos del trabajo y la seguridad social (Sotosopra Verdi, 1983)

Alisa del Re (Del Re, 1996), nos dice que desde el feminismo, las prácticas políticas han sido analizadas desde un conjunto de binomios teóricos que permiten entender las dicotomías que limitan la ciudadanía, la participación de las mujeres: 1) naturaleza\cultura), 2) diferencia\igualdad, 3) exterioridad\participación, 4) opresión\explotación, 5) ausencia\presencia (las mujeres están ausentes de la historia oficial, ausentes del mundo político masculino, ausentes de los niveles de decisión y de poder, ausentes en cuanto a individuos sexuados aún cuando estén presentes). Así, la ciudadanía de las mujeres se encuentra entre este binomio excluidas\por constituirse en cuanto a mujeres/sujeto político/agente.

Alisa del Re nos aporta la siguiente reflexión: si durante un tiempo las feministas han practicado el separatismo, partiendo de lo que son, de su propio cuerpo y ser social, con el objetivo de liberarse de las condiciones de desigualdad social impuestas durante siglos, hoy reconocen que ninguna liberación será posible en el plano individual ó sólo para algunas categorías de mujeres. Va en ese sentido la participación que contemple a todas las mujeres, de tal forma que se conviertan en protagonistas no sólo de su historia, sino de la Historia (Del Re, 1996).

Por otra parte, la participación social de las mujeres está íntimamente relacionada al concepto de democracia. Retomando de Bobbio su definición mínima de democracia como el conjunto de reglas (primarias ó fundamentales) que establecen quien está autorizado para tomar decisiones colectivas y bajo que procedimientos, así como su definición de Régimen democrático que se refiere al conjunto de reglas procesales para la toma de decisiones colectivas en el que está prevista y propiciada la más amplia participación posible de los interesados, la participación de las mujeres resulta de la más alta prioridad (Bobbio, 1996).

Así pues, siendo las mujeres la mitad de la población en el mundo, tienen décadas retomando la tarea de incluirse en los procesos de democratización en condiciones de igualdad sustantiva con los hombres, de paridad en la toma de decisiones.

A partir de las conferencias mundiales de Beijing y el Cairo, las principales plataformas de acción de Naciones Unidas firmadas por los gobiernos para mejorar las condiciones de vida de las mujeres en el mundo, motivaron a muchos grupos de mujeres a participar, para ejercer ciudadanía. Cada vez más, las mujeres están menos dispuestas a seguir permitiendo que las políticas públicas que las afectan se formulen sin su participación, entre ellas, se revelan de lo más importantes, las políticas de salud, que definen las normas sobre su sexualidad, su reproducción y su vida.

En nuestro tema, **la educación y la participación social en salud de las mujeres en México** ha venido efectuándose desde tres perspectivas:

**a). La hegemónica**, influenciada por las conceptualizaciones y prácticas del modelo médico Hegemónico. Este modelo se caracteriza por ser biologista, ahistórico, asocial, individualista, mercantilista, racista, clasista (Menéndez, 1988).

Las relaciones de poder se evidencian en la pedagogía médica: “el personal de salud es presentado como autoridad, apoyado por la bata blanca y el medio que rodea el lugar de la exposición, se establece un intercambio de información de manera vertical, arriba el expositor y abajo el público pasivo y receptivo. A pesar del apoyo de algunas técnicas educativas, el fracaso es rotundo, y esto ha hecho pensar que lo que hace falta es investigar aún más en el terreno de la tecnología educativa, reduciendo a su mínima expresión los determinantes sociales, económicos y culturales de la enfermedad” (Ulate, 1986: 12)

Recientemente los estudios feministas han revelado el carácter sexista de este modelo. Durante todos los años 90 y todavía en este siglo, el personal

de salud realizaba cursos de capacitación a mujeres como “Procuradoras de Salud”, asignando exclusivamente a las mujeres el cuidado de la salud de los hijos y de la comunidad, responsabilizándola de la salud de otros y no de ella misma.

Por otra parte los programas de educación para la salud son ejecutados por personal de salud que no tiene una formación pedagógica acorde a los diversos medios culturales en donde va a trabajar, y como la formación en las escuelas es eminentemente biologicista, los trabajadores de la salud desconocen el contexto sociocultural de los sujetos, las significaciones y prácticas que los sujetos hacen de la salud/enfermedad/atención.

La participación en salud desde el modelo hegemónico, es una participación restringida, que impone un papel de objeto a las mujeres. El sistema de salud ubica a las mujeres como las encargadas de asumir las actividades referentes a la salud/enfermedad/atención de toda la familia y la comunidad, es decir son recursos utilizables para la salud (Menéndez ,1993).

**b) La subalterna** ó modelo médico subalterno: desde la subalternidad (intelectuales, organizaciones sociales, grupos populares de salud), han surgido en los últimos 35 años experiencias de educación popular en salud que proponen que los sujetos transforman su realidad y plantean a la participación social en salud como un proceso de transferencia y apropiación de conocimiento y de poder en el campo de la salud.

Este proceso consta al menos de cuatro niveles: a) la apropiación del conocimiento y herramientas de análisis socialmente necesarias por parte de la población para poder prevenir y enfrentar los principales problemas de salud. b) El autocuidado de los problemas más sencillos y la demanda por el acceso a servicios de salud que atiendan bien los problemas más complejos. c) La creciente injerencia popular en la forma en que las instituciones enfrentan dichos problemas. Y d) las posibilidades de mejorar las condiciones de vida y trabajo que originan gran parte de la problemática de salud (Ulate y De Keijzer, 1985)



La participación popular, la revaloración de la medicina tradicional y doméstica no garantiza que el papel de las mujeres sea como sujetos. Zolla y Mellado, investigando la función de la medicina doméstica en el medio rural mexicano, identificaron que a pesar de que las mujeres son las encargadas de la atención a la salud en el ámbito familiar, sus propias enfermedades aparecen relegadas a un lugar de atención notoriamente secundario (Zolla y Mellado, 1995).

No es de extrañar el papel contradictorio que les asignan los servicios de salud gubernamentales y no gubernamentales a las mujeres: por un lado, se recarga sobre ellas la responsabilidad de la salud familiar, pero por otro lado no se les reconoce su importancia como agentes de salud de su familia y su comunidad, con derecho a participar en las definiciones de programas y proyectos de salud que las afectan.

En resumen, aún en las prácticas médicas subalternas, las mujeres siguen siendo consideradas objetos, seres para otros, y no sujetos de su propia salud.

**c) La participación social en salud desde la pedagogía de género:** En la década de los setentas comenzaron a surgir grupos feministas de autoconciencia, en donde se promueve el conocimiento y el autocuidado del cuerpo. Un principio de estos grupos es la horizontalidad, ninguna enseña todo, ninguna ignora todo, se privilegian las experiencias de las propias participantes y abordan los problemas de salud prioritarios para ellas: violencia física, emocional y sexual, aborto, maternidad elegida, sexualidad, etc.

Dora Cardaci, analizando propuestas educativas de grupos autónomos de mujeres, encuentra que éstas superan concepciones educativas individualistas, verticales y autoritarias y en cambio proponen metodologías que democratizan los saberes sobre la salud, que priorizan la experiencia de las mujeres, el auto examen y la auto atención. Estas experiencias tienden a la desmedicalización y contra la fragmentación de la salud de las mujeres,

abordando desde la práctica un concepto de salud integral, que no parcializa la salud en disciplinas, que impulsa la autoconciencia y la organización de las mujeres para la transformación social (Cardaci, 1995)

Las conferencias Mundiales de Cairo (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994) y Beijing (Cuarta Conferencia Internacional sobre la Mujer, 1995), resultaron ser un parte aguas en las concepciones y orientaciones sobre salud de las mujeres y el papel de la educación y participación social para impulsar las transformaciones necesarias.

Uno de los objetivos estratégicos de la reunión de Beijing es fortalecer los programas de prevención que promuevan la salud de la mujer, dando prioridad a los programas de educación formal y no formal que apoyen a la mujer y le permitan adquirir conocimientos, tomar decisiones y asumir responsabilidades sobre su propia salud (Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Mujer en Beijing, 1995).

En el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, se dice que un componente de particular relevancia es la incorporación de la perspectiva de género en todas las actividades de normatividad, educación-comunicación, prestación de servicios, investigación y evaluación en materia de salud reproductiva, tendientes a asegurar relaciones equitativas entre los géneros y con igualdad de oportunidades, para contribuir a la emancipación y defensa de los derechos de las mujeres, particularmente los sexuales y reproductivos (Poder Ejecutivo Federal, SSA, 1995).

Ahora bien, en el caso de las organizaciones no gubernamentales que realizan trabajo de educación para la salud de las mujeres, Cecilia Talamante y Gloria Careaga señalan que en 1993 existían 57 grupos de mujeres en México y que la mitad trabajaba los temas de salud y entre sus actividades principales se encontraban la educación y formación (talleres, cursos, encuentros). La asesoría y la prestación de servicios desempeñaba también un papel importante, así como la conformación de grupos de auto-ayuda que fomentan

los procesos de concientización y de participación de las mujeres en diversos ámbitos de la sociedad.

Sin embargo mencionan que no existen antecedentes de investigación de campo sobre las ONG'S. Consideran necesario que las ONG'S comiencen a manejar la presentación y el manejo abierto de datos, la recuperación del conocimiento acumulado, la sistematización de logros y dificultades que permitirían diseñar estrategias efectivas que respondan a las necesidades y realidades de las mujeres, así como formular propuestas de políticas públicas que contemplen transformaciones en las relaciones entre los géneros (Careaga y Talamante, 1993).

Las investigaciones etnográficas en el campo de la educación se refieren a experiencias dentro de la educación formal en el aula y poco han explorado la educación no formal en salud. En el campo de la salud de las mujeres, en México existe una abundante producción de metodologías y materiales educativos realizados por grupos autónomos de mujeres: La Red de Mujeres de Prodesep, CIDHAL, EMAS, SIPAM, Mujeres del Chopo, Red de Salud de las Mujeres del D.F., Regsamuni, COLEM, Salud y Género, etc.

En estas propuestas, se trabaja con la realidad inmediata de las mujeres y aunque se ha tratado de reflexionar teóricamente que tiene que ver esa realidad inmediata con las relaciones de género, etnia, clase social, no existen construcciones teóricas sólidas que analicen estas articulaciones.

Quizá sea necesario un trabajo de interpretación más consistente, que amplíe las explicaciones de cómo se interrelaciona la vida cotidiana de las mujeres, sus condiciones de vida y de salud, la experiencia en la atención institucional, las políticas públicas, los estereotipos prevalentes, las ideologías y construir referentes teóricos más consistentes que fortalezcan la práctica educativa en salud de las mujeres. En esta investigación nos interesa centrarnos en los significados que los sujetos, las mujeres le dan a su vida, a sus problemas y necesidades en salud, a sus logros y obstáculos para la construcción de su salud a través de la participación social.

Resumiendo: el bienestar bio-psico-social nos habla de componentes biológicos, subjetivos, socioeconómicos y políticos. Desde nuestra perspectiva privilegiamos el componente socioeconómico y político: es necesario hablar de la salud como derecho, y como instancia de participación, porque para lograr el bienestar es necesario que las mujeres adquieran una serie de capacidades, recursos, para tomar decisiones autónomas, asumir responsabilidades y superar necesidades, sea en el ámbito individual ó colectivo, que mejoren sus condiciones de vida y sus condiciones de salud.

Desde la perspectiva feminista, la sexualidad y la reproducción son ámbitos clave de opresión y a la vez de transformación de las condiciones de vida de las mujeres, de tal manera que se interesan por incidir en esos ámbitos, tal como lo expresa Sonia Correa: Nos interesa promover cambios en todas las esferas donde se definen las necesidades reproductivas y sexuales y en los dominios donde se desarrollan relaciones de poder y se producen procesos de subjetivación. Nuestro quehacer está signado por una perspectiva de emancipación, de empoderamiento, de posibilitar el ejercicio de autonomía de las mujeres (Correa 1997).

### 3. MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO

#### 3.1 Planteamiento del problema

Aún cuando en últimas fechas los conceptos de Educación no formal y participación social en salud han sido incorporados en el discurso y el diseño de las políticas de salud, el conocimiento, las necesidades y los objetivos de los sujetos no han sido validados, las experiencias educativas desarrolladas por organizaciones no gubernamentales carecen de legitimidad institucional.

De acuerdo con Menéndez “las mujeres han sido hasta hoy un recurso utilizado por las instituciones del estado” (Menéndez, 1993), de este modo su participación se reduce a ser instrumentos de políticas definidas desde arriba. Así se conjuga un discurso participativo con una práctica elitista, que valida solo los conocimientos y objetivos de los funcionarios, no aquellos de los ciudadanos. Si ser ciudadana implica ejercer el derecho de participar en la comunidad, de intervenir en el debate público de la salud y en las políticas públicas que la afectan, esta ciudadanía aún no tiene lugar.

De manera formal, no existen hasta hoy formas e instancias que aseguren la participación de las mujeres en las políticas, programas y presupuestos de salud. Aunque existen en México desde los años setenta del pasado siglo, experiencias educativas dentro de la educación no formal, que parten del conocimiento médico y las necesidades de salud de las mujeres (estas experiencias se encuentran descritas anteriormente).

Las políticas de salud se definen hoy por la Secretaría de Salud desde la perspectiva médica hegemónica y poca ó ninguna intervención tiene la población y menos las mujeres en definir sus necesidades de salud.

A nivel declarativo, son prioritarios “Los programas de educación formal y no formal que apoyan a la mujer y le permiten adquirir conocimientos, tomar decisiones y asumir responsabilidades sobre su propia salud” (Poder Ejecutivo

Federal, 1995). Siempre y cuando no incluya participar en las decisiones políticas, económicas y culturales que le afectan.

Nos preguntamos entonces, cual es el papel de la educación y la participación social en mejorar integralmente la salud de las mujeres en los años noventa del siglo pasado. ¿De qué manera los procesos de educación y participación social promueven que el sujeto adquiera conocimientos, tome decisiones y asuma responsabilidades sobre su propia salud? ¿Cómo promueven los procesos de educación y participación la solución a las necesidades de las mujeres?

Así pues nos preguntamos: si consideramos que las mujeres son sujetos históricos, que comparten como género la condición de opresión y que viven situaciones diversas (de clase, etnia, etárea, rural, urbana, etc.), que estructuran y determinan objetiva y subjetivamente su ser y su vitalidad. ¿Cómo significan a través de su propio discurso su vida, sus problemas y necesidades de salud? ¿Qué procesos de autonomía y poder sobre sus cuerpos y sus propias vidas han podido construir a partir de su participación social? ¿Cuáles son las consecuencias de la atención o descuido de su cuerpo, su sexualidad, maternidad y placer? y ¿De qué manera la educación no formal, como es la participación social es un medio para que se dé o no esta construcción?

Y finalmente: ¿Sirve la educación y participación social a las mujeres? ¿Cómo influyen los procesos de educación y participación social en la salud de las mujeres? ¿Cómo significan las mujeres su salud y su participación social? ¿Qué problemas y necesidades expresan?

Las hipótesis fueron las siguientes:

l) La participación social sirve a las mujeres, cuando la participación está orientada a mejorar la condición y situación de las mujeres, es decir, cuando esta participación es con perspectiva de género.

2) Los procesos de participación social con perspectiva de género favorecen el empoderamiento de las mujeres que se traduce en mejores condiciones de vida y de salud.

3) Las mujeres significan su salud y su participación social en términos de bienestar y mayores logros que obstáculos, cuando han participado en grupos con perspectiva de género.

### 3.2. Metodología

Abordar la salud de las mujeres desde lo que las mujeres dicen de viva voz, desde su subjetividad, implica realizar un análisis de su discurso y una teoría desde la cual lo realizamos.

Si la salud se expresa en el cuerpo y la subjetividad y si la salud es producto de las condiciones de vida, de las experiencias vitales, deberíamos abordar el análisis del cuerpo vivido (histórico), y no sólo el cuerpo vivo (biológico).

De ahí que además de tener en cuenta las condiciones de vida y de salud del momento presente, era necesario historizar a las mujeres.

De esa manera, la metodología sería partir del análisis de entrevistas que abordaran las condiciones de vida y de salud de cada una de las mujeres. Y para entender cómo se construyeron los hechos de salud, malestar, enfermedad, para entender el momento presente de las mujeres, la influencia de la participación social en la construcción de salud y enfermedad, era pertinente realizar historias de vida.

Cada mujer es única y es semejante a las otras. La historia de vida permite conocer no solo su historia de vida sino ver eventos semejantes en mujeres semejantes. Y nos permite comprobar el planteamiento de que las mujeres no somos naturales sino producto de una historia vivida y ver como en cada una se va construyendo el género.

Así, entendíamos que la salud es producto de la historia de vida de cada mujer.

Sabíamos que la salud de las mujeres ha sido investigada la mayoría de las veces por instituciones que ven a la sociedad desde perspectivas macrosociales, económicas, disciplinarias y muy poco abordan la subjetividad de las mujeres y la totalidad de sus condiciones de vida.



Para nosotras, analizar la salud desde la perspectiva de género implica ver la salud desde las personas mismas. Permite apreciar cómo las personas existimos en la vida cotidiana. Hicimos historias de vida para mostrar cómo se construye la salud, el malestar, ó la enfermedad.

Entendíamos la dificultad de un abordaje cualitativo, que además de tener en cuenta a las mujeres como sujetos, tratara de contemplar la totalidad de sus condiciones de vida.

Sabíamos de las limitaciones de un estudio exploratorio, pero también consideramos que nosotras como sujetos actuantes podíamos abordar las problemáticas a las que nos enfrentábamos en nuestro trabajo cotidiano de educadoras para la salud de las mujeres (las necesidades están planteadas en el primer capítulo) y también sabíamos que no podíamos dar respuestas totales.

Un primer análisis de los entrevistas aplicadas a 142 mujeres, y las historias de vida de 30 mujeres, reveló la necesidad de construir una estructura conceptual más acabada que permitiera entender los datos sobre la Salud/enfermedad/atención, sobre los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, las vivencias de violencia y relaciones familiares, las condiciones de trabajo y de participación social.

Así profundizamos en estudios sobre la condición y situación de género, la salud integral y las condiciones de vida, la violencia, la participación social y las relaciones de poder.

Este último tema, el poder, nos permitió articular las principales dimensiones de las condiciones de vida y la salud de las mujeres. Nuestro marco teórico se amplió con la distinción que hicimos del poder como dominio y del poder como autoafirmación.

El poderío o poder de autoafirmación (también llamado empoderamiento) fue conceptualizado de la siguiente manera:

*Poderío es el proceso individual y colectivo de autoafirmación, en el cual las personas desarrollan su capacidad para tomar decisiones importantes en sus vidas, y para controlar o cambiar su dirección, usando los recursos de su entorno a pesar de la oposición de otras personas o instituciones.*

*Es un proceso dialéctico, histórico, articulado a la condición y situación de las mujeres particulares y pertenecientes a un colectivo*

Este concepto es reconstruido a partir de la propuesta de Gloria Sayavedra y Eugenia Hernández (Sayavedra y Flores, 1997) que además proponen medir el poderío a través de un índice que mide riesgo y protección en cada dimensión de las condiciones de vida de las mujeres:

- los saberes,
- la toma de decisiones,
- el control y cuidado del cuerpo,
- la generación, acceso y control de recursos,
- el nivel de participación social y
- las relaciones afectivas.

Construimos una hipótesis que nos permitía articular las dimensiones de salud antes mencionadas con el poderío. La Hipótesis fue la siguiente:

*Las mujeres con mayor poderío tienen mejores condiciones de salud.*

El objetivo en el análisis de la participación social sería ver el poderío construido por las mujeres mediante su participación social, el mejoramiento de sus condiciones de vida y de salud, sus logros y obstáculos, y cómo estaban relacionados éstos con una participación desde la perspectiva de género.

El marco teórico de la participación social lo construimos a partir de un cuestionamiento a las formas de participación prevalentes y las propuestas de participación desde la perspectiva de género: aquella donde las mujeres somos

sujetos individuales y pertenecientes a grupos, que tienen la capacidad de significar y transformar sus necesidades en mejores condiciones de vida.

El concepto de poderío nos permitió visualizar que la salud es síntesis, es producto de las condiciones de vida, y que es posible que las mujeres construyan poderío y mejoren sus condiciones de vida y su salud mediante la participación social.

La condición y situación de las mujeres es histórica, no es algo inmutable, la violencia física, psicológica y sexual puede ser revertida: la otra cara de la violencia es la integralidad de las mujeres: laboral, afectiva, en la participación, es decir, el cuidado de las mujeres.

El proceso de análisis de la participación social y la salud de las mujeres fue el siguiente:

Primero, elaboré síntesis individuales de las entrevistas y las historias de vida de cada mujer. Después, agrupé a las mujeres por estado, por grupo étnico y por su pertenencia a medio urbano ó rural.

Esta agrupación es congruente con las categorías de condición y situación de las mujeres. Las mujeres comparten condiciones de género semejantes, y viven en condiciones de vida de mayor o menor opresión de acuerdo a su situación de clase, étnica, urbana, rural, etárea.

La situación de un grupo de mujeres es semejante, por tanto, realicé síntesis grupales con las síntesis individuales de las entrevistas y las historias de vida.

La interpretación realizada de estas síntesis es etic, es decir, utilicé saberes, recursos y creatividad aprendidas en otros lugares, tratando de ceñirme a la pregunta de investigación y a las categorías de condición, situación y poderío de las mujeres.

**LIMITACIONES Y DELIMITACIONES:** Se realizaron entrevistas a 142 mujeres, de las cuales a 30 se les hizo historia de vida (que en algunos casos es relato de vida). Su característica común es ser mujeres, de clase subalterna (pobres) y haber participado en organizaciones o grupos impulsados por mujeres de La Red. Sus diferencias: vivir en medio urbano, rural, ó pertenecer a una etnia, vivir en Estados diferentes. Ellas son:

8 mujeres del Edo de México, urbano y rural

7 mujeres de Guanajuato, campesinas chichimecas todas.

6 mujeres de Querétaro, 4 de una colonia popular, dos Ñhañhús (otomíes)

13 mujeres de Tlaxcala, de ámbito urbano y rural

12 mujeres de Chiapas: urbanas, tzeltales, tzotziles y campesinas

8 mujeres de Campeche , todas campesinas mayas

7 mujeres de Quintana Roo, todas campesinas mayas

24 mujeres de Michoacán: 10 mujeres purépechas campesinas y 14 mujeres campesinas

12 mujeres del DF, de colonias populares.

25 mujeres de Jalisco, 14 rurales y 11 urbanas

20 mujeres de Veracruz, 12 rurales y 8 urbanas

Estas mujeres son representativas de los grupos a los que pertenecen. Se buscó entrevistar de cada grupo a mujeres con los siguientes perfiles diferenciales: 1) líderes sociales, 2) participantes activas y 3) usuarias de los servicios que prestara la organización. Casadas, separadas, madres solas, viudas. Sin hijos, con hijos. Con mayor y menor escolaridad. Con mayores y menores recursos.

### 3.3 Salud de las Mujeres y condiciones de vida

La salud es definida por la OMS (Organización Mundial de la Salud), como “el completo estado de bienestar biopsicosocial”, y no la mera ausencia de enfermedad, concepto complejo y hasta utópico, debido a que el bienestar social, el psicológico y el biológico no existen en un mundo caracterizado por la desigualdad y la exclusión de las personas por razones de clase, género y etnia, entre otras.

Si abordamos la desigualdad de género en las relaciones sociales, resulta que las mujeres sufren daños y malestares biológicos, psicológicos y sociales, que tienen que ver con su identidad y con la discriminación social prevalente, que se expresa por medio de políticas sociales, económicas y culturales, que no contemplan la especificidad de los problemas y necesidades de las mujeres.

Por otra parte, el concepto de bienestar biopsicosocial, que está indicando una unidad ó interrelación entre lo biológico, lo psicológico y lo social, no es utilizado para el diagnóstico, planeación y ejecución de programas para el bienestar bio-psico-social, es decir, las propuestas de atención a la salud las siguen haciendo médicos con una visión biologicista, sin integrar lo psicológico y lo social.

Conceptualizar la salud de las mujeres desde una perspectiva de género es aún más complejo y es una tarea que han abordado y continúan construyendo mujeres desde diferentes campos de la salud: Salud mental, salud reproductiva, salud sexual. Tenemos una gran dificultad para conceptualizar una salud integral, que no separe el cuerpo, la mente y la sociedad, que no fragmente el cuerpo en pedacitos, esta es una herencia de el Modelo Médico Hegemónico

La separación, la dicotomía entre ciencias sociales y naturaleza ha traído consecuencias nefastas para la salud y la vida de las mujeres, la manera en que es entendida y atendida está separada, del mismo modo en que están

separadas las disciplinas que la atienden: como si el cuerpo estuviera separado de la mente y éstos separados de la sociedad. Como si lo social, el contexto económico y político por un lado, y los programas de promoción y protección de la salud por otro, estuvieran separados y no tuvieran consecuencias en el cuerpo y la subjetividad de las mujeres.

Desde otra perspectiva, la perspectiva de género, el movimiento feminista se ha propuesto no fragmentar la salud de las mujeres, pero se encuentra con dificultades teóricas. Porque combinar Salud integral, salud reproductiva y salud sexual, derecho a la salud, derechos sexuales, con participación social, es sumamente complejo e impreciso, porque estamos combinando nociones de campos diferentes.

Así expuesto, la tarea teórica a enfrentar es cómo establecer un diálogo entre la naturaleza biologicista médica, el orden instrumental, la teoría legal, lo cual aparece como una tarea muy amplia, de-construir y reconstruir en diferentes campos, y luego cómo articularlos y cómo traducirlos a una alteración en las prácticas y en las representaciones.

La apertura de las ciencias de la salud a las ciencias sociales desde una perspectiva de género es reciente y todavía existen muchos obstáculos para estructurar trabajos no se diga trans-disciplinarios, sino multidisciplinarios en torno a áreas problemáticas a partir de los problemas de salud. Estos obstáculos se encuentran tanto en las ciencias de la salud como en las ciencias sociales.

Hasta hoy, los problemas de salud han sido entendidos y atendidos desde un Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1988, 1990), caracterizado desde las ciencias sociales como biologicista, clasista, racista, sexista, fragmentador: a pesar de su propia definición de salud como “bienestar biopsicosocial”, la subjetividad, la salud mental y lo social están ausentes en las concepciones y prácticas hegemónicas de la salud-enfermedad-atención.

El cuestionamiento al abordaje biologicista de la salud es cada vez más amplio: considerando que la salud es un valor social, compete a todos dar una respuesta integral. Si entendemos la salud como un derecho social, la respuesta a ese derecho público requiere esfuerzos multidisciplinarios, y la intervención de otros actores sociales.

La salud se convierte en un campo con posibilidades de construirse de formas multi, inter y transdisciplinarias. Lo cual se convierte en un gran problema teórico, metodológico y epistemológico. Aún poniéndonos de acuerdo en abordar la salud de las mujeres como un campo problemático donde las disciplinas borran sus fronteras, entramos a un tremendo problema acerca del conocimiento posible:

¿Se trata de sumar ó de articular: a) el conocimiento biologicista (empirista), con b) el conocimiento de alguna teoría psicológica como el psicoanálisis ó la psicología social (funcionalista construccionista, marxista, etc.) y con c) el conocimiento de teorías sociológicas y antropológicas (marxistas, estructuralistas, relativistas, construccionistas, etc.)?

¿O se trata de cuestionar las limitaciones epistemológicas del conocimiento que no permite ver las desigualdades de género?

De acuerdo con teóricas feministas, “La actual racionalidad científica está completamente sesgada genéricamente, dominada por una perspectiva y un modo de pensar masculino. Esto es, todos los conceptos existentes, las categorías y los métodos científicos reflejan primariamente una manera masculina de mirar y entender el mundo y esto es comprensible si pensamos que necesariamente una sociedad sexista produce una ciencia sexista” (Castro y Bronfman, 1993)

La propuesta feminista no es abandonar lo que las diferentes disciplinas han construido, y con ello criterios de verdad, objetividad, racionalidad, sino de clarificar, de re-definir, re-crear, re-construir un conocimiento que rechace dicotomías tales como público/privado, subjetividad/objetividad, racional/emocional, naturaleza/cultura, etc.

Desde luego, esa no es la pretensión de este trabajo, que requeriría esfuerzos enormes de mucha gente y que además quien sabe si sería pertinente. No se trata de sumar disciplinas, sino de abordar un campo problemático, un problema de salud concreto, como pudiera ser el caso de la participación social y la salud de las mujeres.

Lo que se quiere señalar es que en el campo de la salud, uno de los principales obstáculos para abordar el análisis de problemas de salud, es su escisión de las ciencias sociales y su fragmentación en múltiples especialidades, fragmentando también el cuerpo y la salud de las mujeres. Y las dificultades que enfrenta la pretensión de ver la salud desde una perspectiva de integralidad: bio-psico-social.

Un estudioso de las ciencias sociales, Eric Wolf, analizando la fragmentación disciplinaria del conocimiento y sus consecuencias en las limitaciones conceptuales de los fenómenos sociales, se aventura a proponer que en algún punto crítico del pasado escogimos una opción equivocada, que perturba el entendimiento del presente, e identifica ese parte aguas crítico a mediados del siglo XIX, cuando el estudio de la naturaleza y variedades de la especie humana se escindió en especialidades y disciplinas separadas y desiguales.

Eric Wolf señala que esta escisión fue funesta, pues no sólo desembocó en el estudio intensivo y especializado de aspectos particulares de la especie humana, sino que convirtió las razones ideológicas de esa escisión en una justificación de las especializaciones intelectuales.. y (para remediar el estado de cosas)...no basta con volverse multidisciplinario esperando de este modo que una adición de todas las disciplinas nos lleve a una nueva visión. El obstáculo mayor para el desarrollo de una nueva perspectiva radica en el hecho mismo de la especialización en sí (Wolf, 1994).



Esta conexión de hechos ya es reconocida en el análisis actual de la situación de salud de las mujeres: ella no está separada del contexto de las políticas económicas nacionales y éstas de las mundiales.

Las políticas de ajuste estructural han tenido nefastas consecuencias para la salud de las poblaciones más pobres y de las mujeres (las más pobres entre las pobres). Estas políticas en los países de la región Latinoamericana se han traducido en reformas sanitarias que han promovido privatización de los servicios de salud, la reducción de recursos para la promoción y protección de la salud, impactando negativamente la salud y la seguridad social de la población de menores ingresos, con una mayor vulnerabilidad de las mujeres. Junto con dificultar su acceso a la previsión y a una atención de salud de buena calidad, éstas reformas han contribuido a incrementar la carga de trabajo de las mujeres, pues han descargado sobre sus hombros responsabilidades que antes asumía el Estado (Matamala, 1997)

Por ejemplo, la Red de Salud de las Mujeres de Latinoamérica y el Caribe, en una carta que envía el 28 de mayo de 1997 al Banco Mundial para presionarlo a cambiar sus políticas de salud hacia las mujeres, menciona que:

En las Conferencias de El Cairo (1994), Beijing (1995) y en la Cumbre Social de Copenhague (1995) se lograron consensos que reiteraron la necesidad de aplicar voluntad política para erradicar las inequidades de género, proporcionar a las mujeres servicios de salud reproductiva y sexual de buena calidad y asegurar condiciones de empoderamiento de las mujeres respecto de sus vidas y su salud. Sin embargo, gobiernos y organismos financieros internacionales (Banco Mundial, FMI, etc.), pudiendo destinar los fondos suficientes para satisfacer las necesidades de salud de las mujeres y así facilitar el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, a dos años de Beijing, no han cumplido sus compromisos (Alcalá, 1995).

De este modo, no podemos pensar en la salud de las mujeres Mexicanas, sin hacer referencia al contexto mundial de globalización. De nuevo concordamos con Wolf, cuando señala que en el mundo existen procesos múltiples interconectados y que los empeños por descomponer en sus partes a

esta totalidad, que luego no pueden rearmarla, falsean la realidad. Lo anterior no es cierto sólo para el presente sino también en cuanto al pasado. “Si por doquier encontramos conexiones, ¿Por qué nos empeñamos en convertir fenómenos dinámicos e interconectados en cosas estáticas y desconectadas? Parte de eso se debe, probablemente, a la forma en que hemos aprendido nuestra propia historia” (Wolf, 1994:35).

Si el paradigma biologicista de la salud no puede dar cuenta de los problemas de salud, ¿cómo abrir las ciencias de la salud a otros paradigmas que nos permitan ampliar horizontes de comprensión? Las ciencias sociales permiten en su mayor apertura disciplinaria, el análisis de las condiciones de vida y de salud de las mujeres, necesitamos de análisis filosóficos, antropológicos, políticos, sociológicos de la salud y la participación social de las mujeres.

En el aspecto político, las mujeres plantearon en la Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing, con respecto a la salud; que los Estados deberían asegurar las condiciones indispensables para el ejercicio del derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, para lo cual era necesario:

- Asegurar el desarrollo sostenible centrado en las personas y los derechos humanos previstos en la legislación nacional y en los acuerdos internacionales.
- Asegurar un criterio integrado e intersectorial de manera que permita proteger y promover la salud para todos en el desarrollo económico y social, teniendo en cuenta las dimensiones relativas a la salud en las políticas y los presupuestos de todos los sectores, y reconozca la relación que existe entre la población, el medio ambiente, el desarrollo y la erradicación de la pobreza.
- Erradicar la pobreza a fin de lograr las metas de salud, mediante políticas sociales, de desarrollo humano, de educación y de empleo centradas en las personas, que reconozcan que la salud es un factor de desarrollo, sobre la base de un criterio multisectorial que sea sensible a las perspectivas de género, culturales y étnicas.

-Asegurar el acceso universal en igualdad de condiciones a la educación básica de calidad.

-Reconocer que la igualdad y equidad de género y la emancipación de la mujer son esenciales para lograr la seguridad política, social, económica, cultural y ambiental entre todos los pueblos y que no son cuestiones aisladas relativas a la mujer.

- Asegura el acceso universal y en condiciones de igualdad a los servicios de atención primaria de la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, prestando especial atención a las niñas y las mujeres, sin distinción de raza, origen nacional, sexo, idioma, origen étnico, cultura, religión, discapacidad, nivel socioeconómico, identidad indígena, estado civil, familiar o de otra índole.

- Fijar metas y plazos para mejorar la salud de la mujer y planificar, ejecutar, supervisar y evaluar programas basados en evaluaciones sobre las consecuencias en función de género utilizando datos desglosados por sexo, edad y otros criterios.

- Procurar una representación equitativa de hombres y mujeres en todos los sectores y niveles del proceso de formulación y ejecución de políticas tanto en el ámbito nacional como internacional. -Especialmente la participación en el proceso político, el empleo, las actividades que generan ingresos, la educación, la salud y la ciencia y la tecnología - y tomar medidas positivas para promover y aumentar el número de mujeres en todos los niveles del sistema de servicios de salud y de las profesiones de salud, incluida la esfera de la ciencia y la investigación, sobre la base de normas profesionales no discriminatorias para lograr la igualdad lo antes posible.

- Promover la responsabilidad masculina y la asociación en pie de igualdad entre hombres y mujeres, para compartir por igual los derechos y las responsabilidades en todas las esferas de la vida pública y privada, incluidos la

vida de la familia y el comportamiento sexual y reproductivo, mediante leyes, reformas normativas y cambios en las modalidades socio-culturales.

- En la aplicación de todas las políticas y todos los programas, al tiempo que se tienen presentes diversos valores históricos, culturales, éticos y religiosos, asegurar que se ajusten a todos los derechos humanos y libertades fundamentales, incluido el derecho al desarrollo y los derechos humanos de las mujeres y las niñas, y eliminar las barreras que se oponen al pleno goce de esos derechos.

- Asegurar la transparencia, responsabilidad y buena administración en todas las instituciones públicas y privadas e internacionales, en el proceso presupuestario y en la prestación de servicios.

- Definir las metas y políticas de población en función de las necesidades no satisfechas y no imponer cuotas o metas para el conseguimiento de usuarios; eliminar todas las formas de coerción en los programas de planificación de la familia.

- La promoción de los derechos reproductivos para todas las personas debería ser la base fundamental de todas las políticas y todos los programas que reciben apoyo de los gobiernos y la comunidad en la esfera de la salud reproductiva, incluidas la planificación de la familia y la salud sexual.

- Incorporar en los programas de salud un enfoque integral del ciclo vital respecto de las necesidades de salud de las personas.

- Reconocer que la discriminación contra la mujer comienza en las primeras etapas de la vida y por lo tanto debe enfrentarse desde ese momento en adelante.

- A nivel internacional y nacional, especialmente en las instituciones públicas y privadas y el sistema de las naciones unidas, incorporar una perspectiva de género en todas las políticas y todos los programas para analizar sus efectos

sobre los hombres, las mujeres, las niñas y los niños, incluido sobre el nivel socioeconómico y de salud de la mujer (Alcalá, 1995).

El enfoque de Salud de la Conferencia sobre la Mujer en Beijing es muy amplia, toma en cuenta aspectos sociales, económicos y políticos. Relaciona la salud con el género, el medio ambiente y el desarrollo.

El problema es que no se explicita el modelo de desarrollo del que se habla, ni cómo se van a enfrentar las desigualdades entre países centro (antes llamados desarrollados) y países periféricos (antes llamados subdesarrollados). Y concretamente, cómo se plantea la relación centro-periferia.

Todo lo cual nos hace preguntarnos de qué modelo de desarrollo se está hablando. Porque, en el modelo económico actual, de neoliberalismo y globalización, la pobreza se feminiza, son mujeres quienes viven la cara más amarga de la inhumanidad del modelo neoliberal; lo cual fue claro en los diagnósticos que se presentaron en la Cumbre Social de Copenhague y en la Conferencia de Beijing en 1995.

En el ámbito del trabajo, los derechos de los y las trabajadoras se batan en retirada en beneficio de la libertad del empresario, creando condiciones precarias de trabajo, lo cual ha sido bautizado con el nombre de flexibilidad laboral, que es la palabra que disimula la legalización de la inestabilidad, la injusticia salarial, la pérdida de protección social y la ciudadanía.

A este retroceso en los derechos laborales, se suma el hecho de que el mayor ingreso de las mujeres al mercado laboral, no se ha traducido en un reordenamiento de las responsabilidades y tareas del hogar. Las mujeres tienen ahora una triple carga de trabajo: doble jornada más reproducción biológica, en un contexto de pérdida de redes sociales de apoyo sin precedentes. En esta forma el modelo de mercado se superpone y potencia al sistema de sexo/género (Matamala, 1997).

En resumen, el contexto de globalización y políticas neoliberales, de políticas de recortes presupuestales, privatización de los servicios de salud son

determinantes para las condiciones de vida y salud de las mujeres. A la vez que el ámbito de participación social se amplía, con las reformas del Estado, y el impulso a los procesos de democratización en los países Latinoamericanos.

El contexto social, económico y político es determinante de las condiciones de vida de las mujeres. A su vez, las condiciones de vida son determinantes del estado de salud de las mujeres, de su situación vital. Esto plantea límites a las posibilidades de toma de decisiones de las mujeres sobre su propia salud.

### 3.4 Condición y situación de género de las mujeres

¿Qué posibilidades de cambios existían en la década de los noventa, para que las mujeres mejoraran su situación de salud mediante la educación y participación social?

En este capítulo, intentaremos abordar la historicidad del sujeto, entendiendo que es necesario reconocer al sujeto adherido a espacialidades y temporalidades, inserto en cada una de ellas en condiciones estructurales y coyunturales que lo determinan objetiva y subjetivamente.

De esta manera, resulta pertinente recuperar la propuesta de Braudel, en tanto de reconocer la complejidad de los fenómenos en los diferentes niveles históricos: el nivel factual, de los acontecimientos, el nivel coyuntural ó su lugar dentro de un proceso y el nivel estructural, que nos da una idea de los procesos de larga duración, que definen lo que es nuestra existencia dentro de esa historia.

Braudel define las estructuras de larga duración de la siguiente manera: "... Para los historiadores es una arquitectura, un ensamblaje, una realidad que el tiempo tarda enormemente en desgastar en transportar, todas ellas constituyen al mismo tiempo sostenes y límites de los que el hombre y sus experiencias no pueden emanciparse" ( Braudel, 1968:70)

De este modo, nos preguntamos ¿qué estructuras nos permiten explicar la condición de las mujeres en el mundo?

En ese sentido Roberta Hamilton (Hamilton, 1980), aborda la posición de la mujer desde el análisis marxista y el análisis feminista, a partir de hacer un estudio de la estructura histórica e ideológica. Y muestra cómo el capitalismo, si bien no es el origen de la opresión de las mujeres, pues el

patriarcado tiene orígenes más antiguos, sí viene a afectar aún más su situación.

Estas son sus aportaciones: El análisis marxista, ha localizado los orígenes de la subordinación femenina en el desarrollo del excedente de riqueza debido al desarrollo de la producción, es decir, en el fenómeno de la propiedad privada. Este análisis considera la opresión de las mujeres como una situación que surge no de las diferencias biológicas en sí mismas, sino de la adquisición de la propiedad privada que hace posible y necesaria la explotación de dichas diferencias. Cuanto más fundamental llega a ser la función de la propiedad privada, más terreno pierden las mujeres.

Da cuenta del conflicto para adoptar el análisis marxista ó el análisis feminista: si bien el análisis feminista ha sido capaz de dar cuenta de las diferencias existentes en las oportunidades de vida entre los hombres y las mujeres, ha sido deficiente en la tarea de aportar una explicación aceptable en relación con las diferencias existentes entre las propias mujeres. Por otra parte, el análisis marxista ha sido convincente en lo que respecta a la explicación de las diferencias de clase, pero no alcanza a explicar la omnipresencia de las diferencias de status entre hombres y mujeres

Parte de la pregunta: ¿Pueden los dos análisis, marxista y feminista, explicar los cambios ocurridos en la función de la mujer durante un periodo histórico particular? ¿Entran en conflicto, se superponen ó son complementarias? y encuentra que si bien el capitalismo no provocó que las mujeres fueran tratadas como objetos de propiedad, la reclusión a su estrecho escenario doméstico surgió directamente de la separación entre el capital y el trabajo. El desarrollo capitalista implicaba para algunos hombres un mundo nuevo, el mundo de los negocios, de la política, de las profesiones, el comercio, la tierra, las colonias. Mientras que el entorno de la mujer -el hogar- se reducía de tamaño y perdía perspectivas, el universo masculino fue expandiéndose cada vez más.



En su estudio vemos que dentro del sistema feudal hasta el sistema capitalista, la posición de las mujeres ha sido de opresión, su vida ha sido controlada y discriminada. Su contratación implicaba menor salario al de los hombres y su participación en el trabajo doméstico y reproductivo cada vez era más invisibilizado. Esta situación de inferioridad de las mujeres tiene que ver con una ideología sexista anterior a la aparición del capitalismo, sustentada por la iglesia católica y la protestante; esta ideología y práctica sexista fue reconocida con el nombre de Patriarcado, estructura de larga duración anterior al capitalismo.

El análisis histórico del patriarcado lejos está de concluirse, de hecho, aunque es un concepto que forma parte del vocabulario de las ciencias sociales, su significado sigue debatiéndose, así como su capacidad analítica, por ser un concepto que no tiene claro el núcleo del conflicto, sus componentes, su dinámica y desarrollo histórico, las variaciones y los cambios en su estructura y funcionamiento, así como a las adaptaciones que hace a las presiones y demandas de las mujeres.

Rubin propone como categoría de análisis el concepto de Sistema de Sexo-género para dar cuenta del fenómeno de dominación hacia las mujeres: “Un sistema de sexo-género es 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 transformadas”(Rubin, 1997: 37).

Este concepto parte del análisis de la obra de Freud y Levi-Strauss y de la crítica al marxismo clásico en su fracaso para explicar la opresión sexual. El fracaso del marxismo derivaría en que como teoría de la vida social, no está interesado en el sexo, y en cambio los mapas de la realidad social trazados por Freud y Levi-Strauss hay un profundo reconocimiento del lugar de la sexualidad en la sociedad, y de las profundas diferencias entre la experiencia social de los hombres y las mujeres.

De acuerdo a esta propuesta, toda sociedad tiene un sistema de sexo-género específico que es preciso caracterizar para cada periodo histórico. No se trata de que el análisis de género desconozca las determinaciones de clase. El logro de la plena autodeterminación incluyendo la independencia económica tanto de la mujer como de sus hijos requeriría cambios fundamentales en nuestra estructura económica y social.

Como señalábamos anteriormente, el género ha sido conceptualizado por diversas disciplinas: filosofía, historia, sociología antropología, psicología, etc. sin que se haya construido un consenso de lo que género significa. A continuación referimos algunas conceptualizaciones de género que se han elaborado desde diferentes posturas teóricas, para posteriormente dar cuenta de la perspectiva que tomamos en este estudio.

Teresita de Barbieri define a al género de la siguiente manera:

“Los sistemas de género/sexo son los conjuntos de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual-anatómico-fisiológica y que dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción de la especie humana y en general al relacionamiento entre las personas” (de Barbieri, 1991:30)

De Barbieri reconoce que el Género es una forma de desigualdad social articulada a otras formas de desigualdad: de clase social, étnicas, de generación. Articulación insuficientemente estudiada en Latinoamérica, y de vital importancia para comprender la estructuración y la dinámica de nuestras sociedades.

Ivonne Szasz reconstruye un concepto que recoge diversas propuestas:

“Género es una construcción y un sistema social de relaciones, y no únicamente una condición social de las mujeres. El término género designa la construcción y la simbolización cultural de las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres y se refiere a las relaciones entre ambos. Como construcción social, constituye una realidad objetiva y subjetiva que se impone a los individuos y grupos, realidad que ellos a su vez elaboran y reelaboran

continuamente con base en sus experiencias y los significados que provienen del lenguaje, la cultura y las relaciones sociales de las que forma parte” (Ariza y Oliveira, 1996; Rubin, 1986; De Barbieri, 1992; citados por Szasz, 1997).

Para Joan Scott, el género es la primera relación de poder:

- Género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales que se basa en las diferencias que distinguen a los sexos.
- Género es una forma primaria de relaciones significantes de poder.
- Género es el campo primario dentro del cual o por medio del cual se articula el poder.
- Género es el conjunto de saberes sociales (creencias, discursos, instituciones y prácticas) sobre las diferencias entre los sexos.

Género entonces, es una categoría íntimamente ligada a las relaciones sociales, al poder, a los saberes (Scott, 1990). Esta es una conceptualización amplia, que nos gustaría abordar, que no consideramos en el diseño inicial de la investigación.

Así que para los objetivos de este estudio, las categorías de análisis que nos fueron de utilidad fueron las de **Condición** y **Situación** de género.

De las múltiples perspectivas de Género existentes, retomamos la línea planteada por Simone de Beauvoir, Franca Basaglia, Ana María Fernández y Marcela Lagarde; en tanto que todas ellas hacen alusión a las categorías de **condición** y **situación** de las mujeres, para explicar la opresión universal y singular de las mujeres.

Simone de Beauvoir, aborda el análisis de la condición de la mujer en occidente desde la categoría de “lo otro”, que hace referencia al hecho de que la mujer es determinada y diferenciada en relación con el hombre. Si él es lo esencial, el sujeto, el ser trascendente, ella es lo inescencial, el objeto, el ser sin trascendencia. Existen en el mundo otras alteridades: los negros, los judíos, los proletarios, que se plantean como sujetos y cuestionan su opresión a los blancos, los antisemitas, los capitalistas. En el caso de las mujeres, muy pocas

son las que se plantean como sujetos y la mayoría acepta su condición de “otro”. Se llega a ser mujer cuando se es definida como el Otro y cuando se asume como tal.

La condición de Otro de las mujeres, les lleva a una condición de sujeción: ella es lo mejor y lo peor del hombre: ser naturaleza, irracional, sentimiento, carne. Es su sirvienta, su compañera, su público, su confirmación como hombre. Ella es la proyección de lo que el hombre desea y teme, todo lo inescencial, y en tanto que es otro, ella es otro que sí misma. Está confinada a ser la madre, la esposa, la amante, en condición de dependencia, inferioridad e intrascendencia (De Beauvoir, 1981).

Pero nos muestra Beauvoir que:

“no se nace mujer: llega una a serlo. Ningún destino biológico, físico ó económico define la figura que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana, la civilización en conjunto es quien elabora ese producto intermedio entre el macho y el castrado al que se califica como femenino” (De Beauvoir, 1981:13).

Ser mujer es una condición histórica, y esta condición es aprendida y experimentada desde el cuerpo vivido por el ser humano hembra.

Franca Basaglia por su parte, ubica el punto central de la condición de opresión femenina en el cuerpo de las mujeres: la maternidad, la contracepción, el aborto, la sexualidad, el lesbianismo, la violación y el estupro son fenómenos que afectan de tal modo a las mujeres que si no son resueltos, la mujer no es libre de enfrentar lo que concierne a la paridad de los derechos en el trabajo, en el estatus social y en la pertenencia a una clase. (Basaglia, 1983)

Para Franca Basaglia, la condición de las mujeres está en ser considerada “cuerpo-para-otros”: su subjetividad ha sido reducida y aprisionada dentro de una sexualidad para otros, ya sea para entregarse al hombre ó para procrear, impidiéndole así, ser considerada como sujeto histórico-social.

Finalmente, ni su sexualidad, ni su reproducción son verdaderamente suyos, si no son actos autónomos, propios, personales. Su cuerpo no es suyo si no puede tomar decisiones sobre sus propios actos, si no puede existir como fuente de placer ó vitalidad, si no puede expresar sus propios deseos, si debe limitarse a ser objeto de la sexualidad del hombre.

Los dictados para la sexualidad de las mujeres es que deben ser pasivas, receptivas, disponibles y éstos se consideran atributos naturales, característicos del ideal de salud mental.

Como madre, deberá dedicarse a nutrir, comprender, proteger y sostener a otros, viviendo como mujer-cuerpo para otros, como mujer-sustento-para otros, aunque se trate de un cuerpo que nunca le ha pertenecido y de un sustento que nunca recibió.

Desde muy pequeñas, se les enseña a las niñas a cuidar, servir y ser para otros, a ser “madre sin madre” y este hecho es considerado por Basaglia como característica de la condición de las mujeres:

“Las mujeres son niñas sin madre, ya que la madre no ha podido dar a la hija sino la capitulación, la idea del límite que no debe trasponer, amenazada de exclusión y con el riesgo de no ser considerada mujer ó femenina” (Basaglia, 1983:14)

En síntesis, para Basaglia son 3 las características de la condición de la mujer: haber sido consideradas como ser naturaleza, ser cuerpo para otros y ser madre sin madre. Si no se tienen éstas tres características, no se es mujer. Lo que implica una reducción de expectativas, de posibilidades de expresión para el propio cuerpo, para el propio ser mujer, y significan el encierro, la autorrestricción y la desesperanza. Así, pasividad, sumisión y disponibilidad son enfatizadas como símbolos de feminidad.

Ana María Fernández se pregunta igual que Simone de Beauvoir ¿Qué es la mujer? y se responde que la mujer es una ilusión, una ilusión social

compartida y recreada por hombres y mujeres. Es una imagen producida por el entrecruzamiento de diversos mitos del imaginario social, desde el cual hombres y mujeres en cada periodo histórico intentan dar sentido a sus prácticas y discursos. No por ser una ilusión es por ello menos tangible, es una ilusión de tal fuerza y magnitud, que consolida no solo prácticas y discursos, sino que tiene efectos sobre los procesos materiales de la sociedad, produce realidad: la mujer de la ilusión es más real que las mujeres. (Fernández AM, 1994)

Así, la obediencia de las mujeres a las relaciones opresivas está basada en las creencias de lo que “debe ser” una mujer, y lo que debe ser una mujer se encuentra enmarcado en discursos, normas, sistemas de legitimación, y mitos. Los mitos organizan las formas de los lazos sociales, institucionalizan tanto las relaciones materiales como las subjetivas de las personas, ellos delimitan el conjunto de atribuciones, prescripciones y prohibiciones de lo femenino y lo masculino. “Son 3 los mitos muy enlazados entre sí aunque con narrativas particularizadas para cada uno. Son el mito de la mujer madre, el mito de la pasividad erótica femenina y el del amor romántico”( Fernández AM, 1994: 22)

En esta misma línea, Marcela Lagarde plantea que **la condición de la mujer es histórica**: “Está constituida por el conjunto de relaciones de producción, reproducción y por todas las demás relaciones vitales en que están inmersas las mujeres independientemente de su voluntad y su conciencia, y por las formas en que participan en ellas; por las instituciones políticas y jurídicas que las contienen y las norman; y por las concepciones del mundo que las definen y las interpretan” (Lagarde, 1990:66)

Así, la condición de las mujeres en el mundo es la opresión patriarcal, definida por un conjunto de características articuladas: se concibe a las mujeres como seres para otros, hecho que las sitúa en condiciones de dependencia vital, subordinación y discriminación en sus relaciones más cercanas, en el conjunto de la sociedad y en el Estado. la opresión de las

mujeres se sintetiza en su inferiorización frente a lo masculino, constituido en paradigma social y cultural de la humanidad.

Este ser para otros, esta falta de autonomía, va de la mano con 3 características de la condición de las mujeres: la dependencia vital (afectiva, erótica, política, social, económica), la servidumbre voluntaria y la impotencia para sí.

La condición de opresión no es vivida de igual manera por todas las mujeres, de ahí que Lagarde propone la categoría de **Situación** de las mujeres, que se refiere al conjunto de características que tienen las mujeres a partir de su condición genérica, en determinadas circunstancias históricas...la situación de las mujeres expresa las condiciones reales de vida de las mujeres particulares: su clase social, el tipo de trabajo, su definición en relación a la maternidad, conyugalidad, su pertenencia a una etnia, su preferencia erótica, su mayor ó menor edad, sus conocimientos, tradiciones, identidad y visión del mundo, entre otras condiciones de vida.

No podemos hablar de "la mujer", sino de las mujeres, porque la vida de cada mujer es única, singular, cada mujer sintetiza de manera específica la condición y situaciones particulares, y cada mujer hace de su subjetividad una síntesis creativa exclusiva, y de su vida un hecho único, finito, irrepetible.

Son muchas las críticas a la categoría de **condición** de la mujer, (González Montes 93, Moore 91, Lamas 86) porque se le atribuye ser una categoría que generaliza la opresión de las mujeres en todas las sociedades y no permite ver la diversidad de situaciones femeninas, aún dentro de una misma sociedad. Además, se critica que **condición** es una categoría que esencializa a las mujeres y está bien demostrado que ser mujer es una construcción social.

Sin embargo, condición y situación son categorías útiles para nuestro estudio pues la categoría condición nos permite ver eventos comunes a todas

las mujeres entrevistadas y la categoría situación nos permite identificar las especificidades de cada una de ellas.

Por otra parte, el planteamiento de Beauvior, Basaglia y Lagarde es que la categoría condición de género es histórica, las características genéricas, sin bien no son esenciales, sí forman parte de estructuras mentales que se han construido en occidente a lo largo de siglos y milenios, y, como toda estructura, tiende a reproducirse y más bien se transforma muy lentamente.

En nuestro estudio, también retomamos algunas de las características opresivas que de la condición de género se desprenden: mujer como el otro, y como ser para otros, dependiente vital, impotente para sí, servidora voluntaria, mujer madre sin madre, mujer naturaleza.

Es cierto que, sobre todo a partir de la mayor inserción laboral de las mujeres y de la posibilidad que tienen para controlar su fecundidad, la condición de las mujeres ha sufrido transformaciones. También es cierto que en el pasado como en el presente han existido mujeres transgresoras que han actuado con autonomía, sin embargo, estamos de acuerdo con Amelia Varcárcel en que en todas las partes del globo terráqueo, el colectivo completo de las mujeres permanece bajo el poder simbólico y real del colectivo completo de los varones y que mientras siga habiendo mujeres mutiladas, golpeadas, agredidas, excluidas, violentadas, discriminadas por el hecho de ser una mujer, todas las demás mujeres somos afectadas en conjunto (Varcárcel, 1998)

En resumen, planteamos que todas las mujeres en el mundo compartimos la misma **condición** de opresión, mientras exista una mujer que sea discriminada por ser mujer, y que vivimos en **situaciones** diferentes, de mayor ó menor opresión, de acuerdo a la clase social, la etnia, la edad, la escolaridad, la nacionalidad, la preferencia erótica, la participación política, etc.

En términos de salud, la condición de ser para los otros es un riesgo para la salud. Tomando en cuenta que las mujeres viven en situaciones específicas, como son su condición étnica, su pertenencia a una clase social, a



una comunidad urbana o rural, nos preguntamos ¿Qué hechos específicos de su condición y su situación influyen en su salud?

Partimos del supuesto de que la situación vital es específica, el sentido y el significado de su vida, sus problemas, necesidades y alternativas es un hecho singular para cada una de ellas, y a la vez, comparten con otros grupos de mujeres la condición de género.

Las mujeres en nuestra condición de ser para los otros, tendemos a tener menos recursos para nosotras mismas: tiempo, saberes, capacidades para decidir por nosotras mismas, por nuestro cuerpo, nuestra vida, nuestra sexualidad, nuestro placer, nuestra salud, nuestro cuidado.

Entre otros poderes que nos expropian cuerpo, vida y recursos, se encuentran los poderes médicos y las políticas de población. Todas las mujeres estamos sometidas a políticas de intervención en nuestra sexualidad, a políticas de control de nuestra fecundidad.

Hasta hoy las políticas de población, y de planificación familiar nos han tomado como objeto de sus decisiones y no como sujetos que intervenimos en asuntos que nos afectan directamente en nuestros cuerpos y nuestras vidas. Eso es un asunto político.

¿Quién decide qué? Si el cuerpo, la vida, la sexualidad son nuestras y a nosotras afectan las decisiones en materia de salud, planificación familiar, control de la fecundidad, atención al embarazo, parto, aborto, prevención del Cáncer cervico-uterino y de mama, de enfermedades sexualmente transmisibles, etc.

¿Quién puede oponerse al derecho que tenemos para tomar decisiones sobre nuestro cuerpo? Sin embargo, por la condición de género, en términos culturales muchas mujeres están más dispuestas a respetar la norma que a reivindicar su cuerpo, más dispuestas a negarse, a colocarse en condiciones

de riesgo innecesario, como servidoras y objetos de otros. Ser objetos constituye un riesgo permanente para la salud de las mujeres.

La salud de las mujeres es síntesis y expresión de sus condiciones de vida, y las condiciones de vida de las mujeres se encuentran fuertemente determinadas por la manera en que experimentan en su cuerpo su condición y situación de género.

El estudio de la salud-malestar-enfermedad-daño-atención-muerte, debe abarcar dialécticamente la relación sujeto-estructura, es decir: al sujeto estructurado por sistemas sociales y a las instituciones, familia, redes, etc., que realizan su socialización. Y necesitamos conocer como interpretan las mismas mujeres sus procesos de salud-malestar-enfermedad-daño, pero no solo describirla para perpetuarla, sino realizar análisis de-constructivos que nos permitan dejar de perpetuar y transmitir la misma estructura limitante, cuestionar el estatuto de destino natural a la condición femenina, y develar sus fundamentos culturales e históricos.

### 3.5 El cuerpo vivido

Aida Ainsenson realiza una amplia recopilación y análisis de las corrientes filosóficas, psicológicas y científicas que subrayan el papel del cuerpo conciencia, esa imagen amasada con expectativas, temores, deseos, lazos de comunicación con el otro y con el ambiente, integrante de la perspectiva personal (Aisenson, 1981)

Recupera entre otros autores, a Merleau-Ponti: somos conciencias encarnadas. Es gracias al cuerpo como el hombre establece correlación mutua con el mundo, que incluye el vínculo yo-el otro.

Cita también a Mikel Dufrenne: “El sujeto es un ser encarnado. El cuerpo no es únicamente un conjunto de determinaciones objetivas que la ciencia explora, o de órganos que la acción pone al servicio de sus fines, es también esos mismos fines. En tanto que vive y que lo vivo, el cuerpo es poder, no tan solo de hacer sino también de querer y de pensar: voluntad y pensamiento no se hallan en una relación de exterioridad con el cuerpo. Y no sutilizamos el cuerpo al decir esto, no lo trasmutamos en cuerpo psíquico, solo prohibimos que se le reduzca, en tanto que es yo, al ser de un objeto” (Aisenson, 1981:288)

Si no existe un cuerpo biológico aislado, hablaríamos de la existencia del cuerpo vivido, categoría que hace alusión al hecho de que todo cuerpo humano es histórico, y expresa la experiencia vivida al estar inmerso en condiciones histórico-sociales específicas.

Así pues nos preguntaríamos por la experiencia vivida por un cuerpo sexuado femenino. Experiencia que no podremos entender si no tenemos en

cuenta la perspectiva que analiza la condición histórica de opresión de las mujeres: la perspectiva de género, la perspectiva feminista<sup>3</sup>.

### 3.6 Las relaciones de poder

En toda relación social, existe la posibilidad de que alguien mande y alguien obedezca, debido a la creencia compartida por dos en la relación, de que el que manda tiene legitimidad para hacerlo. Ahí donde hay poder, hay dos ó más sujetos en la relación, y uno de ellos siempre ofrece resistencia a la fuerza del otro.<sup>4</sup>

Si para Scott, el género es la primera relación de poder, es histórica y se articula con la clase, la etnia, la orientación sexual y otras, y si además le descompone en varios niveles:

- Género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales que se basa en las diferencias que distinguen a los sexos.
- Género es una forma primaria de relaciones significantes de poder.
- Género es el campo primario dentro del cual o por medio del cual se articula el poder.
- Género es el conjunto de saberes sociales (creencias, discursos, instituciones y prácticas) sobre las diferencias entre los sexos (Scott, 1990).

Género es entonces, una categoría íntimamente ligada a las relaciones sociales, al poder, a los saberes. Al emplear éstos términos, Scott aclara que los ha tomado en el sentido que les da Foucault. SABER, entonces, nos remite a la comprensión sobre relaciones humanas producida por las culturas y las sociedades, el saber es, por tanto, relativo en vez de absoluto, y es objeto de luchas políticas, a la vez que se constituye en uno de los medios por los cuales se construyen las relaciones de poder.

---

<sup>3</sup>En realidad no existe un feminismo, sino múltiples feminismos, insistimos en decir el feminismo por la coincidencia que habría en todos los feminismos en cuanto a la necesidad de mejorar las condiciones de las mujeres.

<sup>4</sup>Elaboración propia de lo comprendido de la propuesta de Max Weber y de Michel Foucault en su Historia de la Sexualidad tomo 1

Los saberes se producen y se comparten a través de determinados tipos de discursos, desde los científicos hasta los narrativos, tanto los relatos literarios como los de la vida cotidiana, pasando por toda la gama de discursos profesionales, más o menos especializados. Es ahí, donde la gente dice, hace y escribe, donde se juegan las batallas que decidirán lo que consideramos verdad, lo que consideramos legítimo, lo que consideramos valioso e importante. Es ahí donde se establecerá quien tiene derecho a tomar determinadas decisiones en la vida social, es decir, quien ostentará cada tipo de poder (Castellanos, 1996).

Los conflictos que se producen en la lucha por el poder, las correlaciones de fuerzas y sus cambios, las tendencias y sus refuerzos, las diversas acciones que se emprenden para mantener o alterar el status quo, en suma, todo lo que compone la paz civil en un sistema político, no es sino la continuación de la guerra, que se torna cotidiana y perenne.

Desde esta perspectiva, en nuestra civilización la guerra es el estado normal de las cosas, aunque los combates no siempre sean cruentos. Por esta razón, el poder rara vez conduce a victorias o derrotas monumentales, o definitivas, sino que se consolida mediante la confrontación a largo plazo entre los adversarios.

Por otra parte, para Foucault el poder opera mediante leyes, aparatos e instituciones que ponen en movimiento relaciones de dominación. Pero ésta dominación no nos remite simplemente al viejo modelo de la subyugación sólida, global, aplastante, que sobre la gran masa del pueblo ejercen una persona o un grupo que centralizan el poder. El poder lo ejercemos todos de múltiples formas en nuestras interrelaciones. El poder circula entre todos nosotros, los dominadores y los dominados, que además podemos serlo de diversas maneras e intercambiando estos roles según el tipo de relación de que se trate.

El poder se ejerce también, mediante una red de discursos y de prácticas sociales. Del poder participan hasta los mismos dominados, quienes

los apuntalan y lo comparten, en la medida que por ejemplo, repiten los dichos, las ideas que justifican su propia dominación.

Esta, entonces, se organiza mediante una estructura de poder cuyas ramificaciones se extienden a todos los niveles de la sociedad. La mejor dominación, la más eficiente, es la que se apoya en miembros del propio grupo subyugado (capataces, mujeres, madres cómplices de su propia dominación).

En esta nueva perspectiva sobre las relaciones de poder, las víctimas tradicionales dejan de parecerse tan sufridas e inocentes, pues empezamos a descubrir su participación en apoyo a los victimarios. En la medida en que los dominados ejercen un poder sobre sus pares, ó cuando aceptan y promueven sus propios roles en las relaciones de poder, ejercen también una auto-dominación, pues contribuyen a la dominación del poder que los subyuga (Castellanos, 1996).

En conclusión, muchas mujeres pueden contribuir a la consolidación del poder opresivo, y no se trata de encontrar culpables, puesto que la culpa es uno de los mecanismos de dominación. Se trata de trascender las viejas explicaciones en términos moralistas para acceder a una concepción de las relaciones de poder que nos acerque a sus mecanismos ocultos, escondidos muchas veces, en los resortes más íntimos de los saberes y los discursos cotidianos.

Por otra parte, los dominados no son sólo actores que contribuyen a agenciar su propia dominación, son también, inevitablemente luchadores que se resisten de múltiples maneras a la subyugación que padecen. Estas resistencias que son en gran parte puestas en juego en el escenario de los saberes y los discursos, no son siempre evidentes, ni aún deliberadas, pero sí alcanzan, mediante un efecto momentáneo ó acumulativo, una cierta eficacia. Las estructuras de poder se reacomodan, es cierto, tratando de asimilar y así de neutralizar cualquier resistencia, pero ese mismo esfuerzo por cooptar o por contrarrestar la oposición implica desplazamientos que tarde ó temprano producen grietas que pueden ir agrandándose.

Para Foucault, entonces, lo discursivo es político, tanto en el ámbito personal, como en la esfera pública.

GENERO Y PODER: Se piensa que hay aspectos de la vida pública, social sobre todo, que nada tienen que ver con el género. Allí donde las mujeres han sido excluidas, aparentemente no existen “relaciones de género opresivas”, y lo único que podemos hacer es luchar contra la resultante limitación de nuestros derechos. Sin embargo, el análisis minucioso de los discursos y las prácticas sociales de esos lugares y niveles de los cuales hemos sido excluidas las mujeres, revela nuestra presencia: simbólicamente, estamos en esos sitios y niveles precisamente por haber sido excluidas. Es por eso que ahí donde el género parece menos relevante, es donde es más pertinente, del mismo modo en que en los lugares donde se excluye a los pobres, ronda muy fuertemente el espectro de la pobreza.

### 3.7 El poder de dominio

El poder, la posibilidad de ocupar en las relaciones sociales un lugar de obediencia, de dominación o de colaboración, está estrechamente ligado a las creencias, a los saberes de quiénes somos y quiénes son los otros, en este caso, el poder en las relaciones de género se sustenta en las creencias acerca de cómo debe comportarse un hombre y una mujer. Estas creencias son construidas socialmente y son introyectadas por cada hombre o mujer concreto a lo largo de su vida en un proceso al que llamamos socialización de género.

Foucault señala que es la subjetividad individual el lugar donde muchas instituciones contemporáneas extienden su dominio en la vida social. “la mente, escribe, es la superficie de inscripción para el poder, cuyo instrumento es la semiología” (Gergen, 96:71).

Así, las mujeres encuentran una de sus determinaciones más importantes dentro de sí mismas, dentro de su subjetividad, lugar donde el poder externo se ha interiorizado en el sujeto individual, el poder como parte constitutiva de la formación social del sujeto. Hablar de las condiciones subjetivas que tienden a una transformación de la realidad social, es hablar del poder que sitiándonos desde nosotras mismas, pasa a ser elaborado y superado y nos permite condiciones internas de autonomía, libertad interior para actuar en el exterior social.

La culpa, uno de los mecanismos más eficaces de la interiorización del poder de dominio. Transgredir los mandamientos, las reglas morales, las normatividades que dictan como hemos de comportarnos, trae consigo miedo, culpa. No cumplir con el deber ser, produce malestar, culpa. La culpa es un instrumento construido en la subjetividad de las personas, un instrumento de poder interiorizado que asegura que la normatividad social se reproduzca. La



culpa es un instrumento de castigo que impide que las personas se desarrollen con autonomía y bienestar, el temor impide la reflexión ética y estética de las responsabilidades que tienen las personas: desde su bienestar a la forma en que han de conducirse en sociedad.

Para la tradición judeo cristiana las mujeres son culpables: del pecado original, de la caída del hombre, de no ser virgen, de menstruar, de ser impura, de desear, de disfrutar, de provocar al hombre, de embarazarse, de parir, de abortar, de no criar buenos hijos, de enfermarse, de no ser querida, de ser violentada, de ser naturaleza, ser irracional, ser cuerpo, en fin, son culpables de vivir. Tienen negada la vida como sujetos, solo pueden redimirse sirviendo, siendo para los otros. Decidir, ser sujeto, ser para sí, es pecado. Negarse a sí misma es virtud. Aceptar la voluntad de Dios, de los padres, del marido, del destino, de la iglesia, es virtud. "hágase en mí tu voluntad"...benditas las mujeres que están con los mandatos del señor....malditas las mujeres y sus frutos cuando el señor no está con ellas, cuando no dijeron "hágase en mí tu voluntad", malditas cuando decidieron con autonomía, sin permiso. Malditas cuando transgreden las normatividades, cuando se ven a sí mismas y no a los otros, cuando se sirven a sí mismas y no a los otros. Los otros son esferas divinas ante las cuales las mujeres deben abandonar su cuerpo, su tiempo, su sexualidad. Ser bendita trae consigo la posibilidad de ser maldita.

Pero el poder no está fijo y no solamente produce sumisión o dominio: no es algo que tenemos todo el tiempo y que podemos guardar en una cajita. Estamos constantemente en movimiento, entrando y saliendo de situaciones y relaciones donde tenemos más o menos poder. En la vida cotidiana, el poder produce y se reproduce de diferentes formas:

El más conocido, el poder de dominio ó SOBRE otros: implica tener control sobre alguien o una situación de una manera negativa, generalmente asociada al uso de la represión, la fuerza, la corrupción, la discriminación y el abuso. Este tipo de poder está tomando algo de alguien más y después usándolo para dominar y para evitar que otros tengan acceso a ganarlo.

También existe el PODER con otros: Es tener poder con base en la fuerza colectiva - tener poder con la gente o los grupos, encontrar un terreno común entre diferentes intereses y construir una meta común que beneficie a todos en la relación. Este tipo de poder multiplica los talentos y conocimientos individuales y está basado en el apoyo, la solidaridad y colaboración.

El poder como capacidad el poder PARA: este tipo de poder se refiere a la habilidad para conformar e influir en la propia vida. Se refiere a tener recursos, ideas, conocimientos, herramientas, dinero y habilidad para convencerse a sí mismo y a otros para hacer algo. Con muchas personas con esta clase de poder creamos el “poder con”.

La fortaleza o poder INTERIOR: se relaciona con el sentimiento de autovalía y autoconocimiento de una persona. Se refiere a la habilidad de una persona para imaginar una mejor vida para él o ella, para tener esperanza y la sensación de que él/ella puede cambiar el mundo, el sentimiento de que tiene derecho como ser humano que es. Implica tener un sentimiento de autoconfianza y el sentimiento de ser valioso por existir (Sánchez y Col, 2007).

### 3.8 El poder de autoafirmación, el empoderamiento

El empoderamiento es un conjunto de procesos por medio de los cuales las mujeres se apropian de recursos, bienes, habilidades, capacidades, espacios y todo aquello que favorezca, enriquezca y potencie su vida. Este fortalecimiento implica tres dimensiones (Sánchez y Col, 2007):

- Individual, se refiere a reconocer los poderes internos, dimensionarlos, expandirlos y vivirlos como recursos propios.
- Empoderamiento en las relaciones cercanas: consiste en desarrollar la habilidad para negociar e influir en el tipo, forma y condiciones en las cuales se da la relación, así como en las decisiones tomadas al interior de ésta.
- Dimensión colectiva, permite ubicar que para que haya empoderamiento individual, tiene que haber empoderamiento de género colectivo y social: cultural, en políticas, programas y presupuestos.

Hablar del empoderamiento de las mujeres implica: reconocer el poder y autoridad de las mujeres para tomar decisiones sobre su propio territorio: su cuerpo, su subjetividad, su sexualidad, su tiempo, su trabajo, sus recursos. Este aspecto del poder es entendido como capacidades para la auto preservación y desarrollo.

Así, el fortalecimiento de poderes de las mujeres implica promover el desarrollo de las siguientes capacidades:

- El auto conocimiento de los poderes vitales, fortalezas y debilidades, talentos, deseos y capacidades.
- La apropiación corporal: contactar con las sensaciones, las emociones y las necesidades del cuerpo.

- Aprendizaje de la asertividad: el poder expresar nuestras necesidades y afectos de manera clara, estableciendo límites y criterios de relacionamiento.
- El desarrollo de la autonomía y autosuficiencia: reconocer y validar logros, recursos y saberes, tener espacio propio, uso priorizado del tiempo, decidir sobre el cuerpo, la salud, la sexualidad, el dinero, los recursos.
- En el ámbito público implica: acciones colectivas para lograr transformaciones sociales y políticas, resolver colectivamente problemas de sobrevivencia básica (necesidades prácticas) y cambio en las relaciones de poder que sustentan la inequidad (necesidades estratégicas).

En ese sentido, podríamos evaluar procesos de Empoderamiento como:

- decisiones autónomas para el cuidado del cuerpo, el bienestar mental, afectivo, sexual y reproductivo.
- el éxito en la gestión para el mayor acceso y control de recursos

### 3.9 El malestar de las mujeres

El malestar de las mujeres es un concepto propuesto por Mabel Burín, en el campo de la salud mental, que cuestiona las concepciones dominantes de salud/enfermedad de las mujeres. Para ella, la salud es un continuum, y una de las formas en que las mujeres manifiestan los trastornos de su vida cotidiana es a través de sus síntomas, como expresión de su malestar.

Así pues, el malestar: no es salud, no es enfermedad, es un estado intermedio, es conflicto y sufrimiento ante una situación vivida, ligado a una situación específica de opresión, donde el reconocimiento de sus orígenes ha sido denegado, es producto de una situación de subordinación social propia de las mujeres.

En este concepto se rechaza el de enfermedad mental, que lleva implícito el juicio y el tratamiento para la adaptación, el equilibrio, sin cuestionar el orden social prevalente. El malestar es visto como punto de cuestionamiento de una mujer a la propia situación vital: social, psíquica y biológica, vivida toda en su persona. (Burín ,1991)

La Mujer para Burín, es un sujeto que se cuestiona su propia condición de mujer. Todas sus manifestaciones, desde sus capacidades más creativas hasta sus síntomas más debilitantes, son otras tantas respuestas que ella ha ido encontrando para sus interrogantes.

El objetivo terapéutico es entonces desbloquear la falsa respuesta que representa el síntoma, para restablecer la pregunta y relanzar el proceso de búsqueda de propuestas más constructivas ante lo que falta, las carencias, el vacío.

La mujer es sujeto de deseo y sujeto de un sufrimiento inherente a su posición social. Ser enfermera es la génesis de las histerias, en tanto el sujeto está acaparado y preocupado por los cuidados del enfermo que se prolongan sin interrupción, obligándolo a sofocar sus propios deseos.

A través de su miseria simbólica la mujer expresa lo insoportable de la realidad de la miseria social. El síntoma revela a un mismo tiempo su sujeción y su rebeldía.

La mujer es quien lleva el fardo más pesado de la prohibición de pensar, el mayor peligro para el futuro de la humanidad. La mujer necesita narcisizarse y pasar de una posición narcisista, en la que el cuerpo, la imagen corporal es lo fundamentalmente investido, al reconocimiento de su propio deseo.

Solo puede asumirse como sujeto en tanto desea, en tanto rompe la captura de su propia imagen, lo que no supone un refuerzo de su narcisismo, sino todo lo contrario: el reconocimiento de lo que le falta, su escisión como sujeto, que es la precondition para enfrentar cualquier búsqueda.

Burín propone ver desde ese concepto, el malestar de las mujeres, los problemas diagnosticados como depresión y psicósomáticas

“Mi salud está bien, según del Dr., pero todo el tiempo estoy cansada”

También propone otro concepto “La tranquilidad recetada” para denunciar que la principal adicción femenina, está fomentada por los médicos, que recetan tranquilizantes a las mujeres cuando no encuentran signos orgánicos de enfermedad.

Pero, nos recuerda Mabel Burín, la salud-enfermedad es un continuum (salud, malestar, enfermedad, daño, muerte) y cuando el malestar no es atendido, éste puede manifestarse como Enfermedad, que es la pérdida de la conciencia de vivir en condiciones perturbadoras, siendo sujeto de un padecimiento individual atribuido a disfunciones biológicas.

Los factores de riesgo para el malestar de las mujeres está fincados principalmente en la construcción social de las mujeres como sujetos, en la subjetividad femenina: Ser mujer es un factor de riesgo para la salud mental.

En seguida, se reconoce que una situación o conjunto de situaciones pueden ofrecen una probabilidad mayor de provocar estados de morbilidad o de enfermedad mental.

Menciona factores diferenciales para la depresión:

Factores provocadores- pérdidas y duelos

Factores de vulnerabilidad- tres o más hijos preescolar

Factores predisponentes- incesto

Factores precipitantes- migración

Factores de protección

Revisando datos epidemiológicos, ella encuentra que el matrimonio se presenta como factor de riesgo para las mujeres y de protección para los hombres. El trabajo de ama de casa- trabajar fuera del hogar especialmente si es trabajo elegido voluntariamente, es un factor de protección.

Encuentra que son factores de riesgo para la depresión y otros malestares:

- La jornada de doble o triple trabajo
- Tener tres o más niños pequeños o en edad preescolar
- La falta de soporte o ayuda de amigos o familiares
- La falta de comunicación íntima y confidencial con la pareja

Acorde al análisis de Burín, el Empoderamiento en la salud mental nos lleva a la necesidad de incluir otras lógicas, una mayor articulación de la razón y la emoción, para afirmar nuestro bienestar o malestar en una situación dada.

Implica también tener una mayor conciencia de lo múltiple y lo diverso, rescatar lo invisible, lo cotidiano, tener tiempo y espacio para sí y no existir sólo para los otros.

La propuesta de que la mujer necesita narcisizarse, lleva implícito el que en todas las intervenciones de educación y participación social, se apoye reconocimiento y apoyo a sus talentos, capacidades, recursos, habilidades

El reconocimiento y apoyo a sus deseos y aspiraciones, saberes, trabajo, apoyar también la formación de grupos de pares, los deportes, la participación social con perspectiva de género, y el hacerse escuchar.



## **4. ¿LES SIRVE A LAS MUJERES LA PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA MEJORAR SU SALUD?**

### *4.1 La experiencia de las mujeres*

Las mujeres viven de un modo parecido y diferente su participación social y su salud: comparten la condición de opresión y viven en situaciones específicas de acuerdo al lugar en que viven, a su edad, escolaridad, estado civil, pertenencia a una etnia, a la historia personal y familiar de violencia, etc.

A partir de las entrevistas y las historias de vida vemos eventos semejantes o parecidos en la vida de las mujeres y en todas ellas vemos diferencias. La vida de cada mujer no es idéntica a la de otra.

Intentaremos decir qué es lo que vimos, sin reducir la experiencia de vida de cada una de ellas, abordaremos en cada grupo de mujeres las situaciones de riesgo comunes que viven en torno a sus condiciones de vida, su participación social y su salud. Nos interesa especialmente el poderío que han podido construir a partir de su participación social.

Como ya hemos dicho, el poderío es una construcción histórica, a partir de hechos en la vida cotidiana, que favorecen el bienestar de las mujeres al mejorar sus condiciones de vida.

El poderío construido por las mujeres entrevistadas es diferente y parecido en cada una de ellas. Por un lado, su historia es diferente a la de las demás y por otro, al ser parte de un grupo, comparten con las demás un contexto social-cultural y una historia de participación social semejante.

De este modo, observamos que en los grupos de mujeres con una historia de participación social orientada a mejorar la salud y las condiciones de vida de las mujeres y con más años de trabajo, el poderío construido es mayor que en los grupos de mujeres que inician procesos de participación social.

También observamos diferencias en el poderío construido en los grupos de mujeres que pertenecen a una etnia ó que viven en una zona rural. La pobreza extrema, la escasa o nula escolaridad, la carencia de servicios básicos y de salud, la vivienda inadecuada, la alimentación precaria, la carencia de fuentes de trabajo y el alcoholismo son situaciones que se dan con mayor frecuencia en zonas rurales y sobre todo indígenas. Estas situaciones específicas influyen también en el poderío que se ha podido construir a partir de la participación social.

Considerando que las mujeres son individuos y a la vez son integrantes de grupos sociales y políticos, abordaremos cuáles son las condiciones y situaciones de vida en las que participan las mujeres de los diferentes grupos de mujeres entrevistadas y el poderío construido a partir de su participación social en dichos grupos, a saber: mujeres del Estado de México, Querétaro, Tlaxcala, Jalisco, Michoacán, D.F. Chiapas, Campeche, Quintana Roo y Veracruz, entre ellas: Otomíes, Chichimecas, Purépechas, Tzeltales, Tzotziles y Mayas.

#### 4.2 Mujeres del Estado de México

Las 8 mujeres entrevistadas provienen de la zona rural y todas participan en algún grupo. Si bien la mayoría menciona que se siente bien con la responsabilidad de su cargo, 2 de ellas sienten su participación como una presión y no se sienten a gusto. Todas son casadas, de edades entre los 23 y 35 años, excepto una mujer de 61 años.

Todas tienen problemas de salud, dicen sentirse mal de todo, cansadas, con problemas económicos y por dificultades en las escuelas de los niños, nerviosas, tristes, aburridas. La mayoría de ellas utiliza la medicina doméstica para atender algunos de sus problemas de salud, solamente dos de ellas acuden a la SSA y una a la medicina privada y a la medicina tradicional.

Existe en todas las mujeres un gran descuido a su salud: Ellas mencionaron entre 5 y 22 problemas de salud, de los cuales la mayoría no son problemas atendidos por ellas mismas o por algún servicio de salud, a pesar de que todas han tenido varios cursos de salud o son promotoras. Un gran logro es el que casi todas se han realizado el Papanicolau, excepto 1 que tiene 61 años. Es analfabeta, se embarazó antes de los 18 años, tuvo embarazos frecuentes no atendidos, y ha sido violentada emocional y sexualmente por su marido.

Para la mayoría de ellas el control de su fecundidad es un área conflictiva: embarazos a edad temprana (6 de 8 mujeres se embarazaron antes de los 18 años), a dos de ellas les hicieron salpingoclasia antes de los 21 años sin consentimiento informado.

Dos de ellas no usan anticonceptivos a pesar de que quieren no tener más hijos: una de ellas quedó embarazada con DIU y luego con salpingoclasia y ahora no tiene confianza en ningún anticonceptivo y otra de ellas no usa porque su pareja está en desacuerdo, ella es por cierto una mujer de 23 años cuyo marido toma alcohol todos los días, ella misma menciona tener 22 problemas de salud y dice sentirse fatal, entre ellas es la que más problemas tiene.

Podríamos decir que el control de la sexualidad y la fecundidad es un prerrequisito para la salud. Cuatro de ellas han abortado sin tener atención especial, 4 de ellas han tenido hijos que no son bien recibidos al nacer, especialmente una mujer fue rechazada al nacer por ser mujer.

Todas realizan trabajo remunerado y valoran su aporte económico, 4 de ellas se sienten con alto reconocimiento de sí mismas y 3 dicen depender económicamente aún cuando no es así.

Tienen una gran sobrecarga de trabajo pues al trabajo remunerado se agrega el trabajo doméstico del cual todas son las únicas responsables, en ningún caso comparten con otros el trabajo doméstico y el cuidado de los hijos. El espacio vital con el que cuentan es reducido, la mayoría cuenta con un cuarto para 3 y 4 personas.

A dos mujeres se les han muerto hijos menores de 5 años. La mayoría ha recibido golpes de parte de su marido (5 mujeres de 8), todas se defienden, menos una que sólo llora y se aguanta. Todas son maltratadas emocionalmente, dos de ellas se desquitan con los hijos. Cinco de ellas han sufrido violación conyugal.

La mayoría menciona problemas de alcoholismo en sus familiares y una de ellas alcoholismo consuetudinario de su marido.

Las mujeres de este grupo han vivido procesos de participación informal de ayuda entre vecinas, que quizá tenga que ver con una tradición comunitaria de participación, varias de ellas provienen de familias otomíes, aún cuando ellas ya no se reconocen como tales. Las mujeres tienen pues una tradición de apoyo en la fiesta, en la enfermedad: "Cuando me necesitan (las vecinas) las ayudo en las fiestas a hacer comida, tortillas, cuando yo necesito ellas me ayudan".

Desde hace 4 años participan en grupos impulsados por ONG y OG: por despensas a bajo precio, cría de animales domésticos, cooperativa de sweters (que no funcionó por falta de mercado y organización), guardería, farmacia, centro comunitario para lo cual han realizado gestiones a instancias gubernamentales y no gubernamentales, faenas, mejoramiento de vivienda, capacitación en salud, violencia y género. Reconocen como beneficios el haber podido disminuir la violencia física, emocional y sexual del marido, ya que en el grupo aprendieron a defenderse, aumentó su autoestima y su capacidad de gestión.

La historia de vida de una mujer del grupo nos revela una historia de violencia que viene desde la infancia y huye de ella formando una pareja y embarazándose en la adolescencia de un hombre que no la acompaña en su embarazo, parto y puerperio, que la golpea, se vuelve a embarazar de él por falta de información acerca de los anticonceptivos y sigue soportando embarazo tras embarazo en medio de la violencia por "proteger a los hijos".

Cuando llega a intentar un aborto por no desear el embarazo, siente culpa hacia el hijo, la última hija le ha impedido seguir participando y ha empeorado su salud, ha tenido varios embarazos no deseados: le falló el DIU, luego la salpingoclasia, no quiere saber nada de anticonceptivos y pretende controlarse con coito interrumpido.

La gran sobrecarga de trabajo (trabajo doméstico y cuidado de los hijos no compartido, trabajo remunerado y participación social sin apoyo), le han traído problemas de salud y un cansancio total: "me siento tan cansada que a veces ya no quiero saber nada de nada".

En ella podemos ver que su estado de salud es también una limitante a su participación y que este malestar tiene que ver con la sobrecarga de trabajo y ser la única responsable del trabajo doméstico y cuidado de los seis hijos. A ello se añade el control del marido que se opone a que salga al grupo pues tiene la idea de que "descuida a los niños" y además ella se la cree y se siente culpable: ambos dan por supuesto que sólo a ella le corresponde el cuidado de

los hijos. Esta creencia la limita, es una creencia social que se vuelve verdadera, su suegra y sus cuñadas también la critican cuando sale de su casa al grupo. Alguna vez ella pensó en abandonar al marido, se sentía apoyada por el grupo, pero en realidad no pudieron obtener recursos del proyecto productivo, tuvo que salir del grupo para buscar trabajo remunerado que solventara los gastos de alimentación y escuela de los hijos.

En el grupo aprendió a negarse a las relaciones sexuales forzadas y este aprendizaje es también motivo de violencia: "él dice que a eso vengo al comité, a que me laven el cerebro y me enseñen esas cosas".

Los logros de la participación son muchos; sin embargo aún es necesario implementar acciones comunitarias y políticas que mejoren efectivamente las condiciones de salud y de vida de las mujeres, quizá insistir en programas de salud dirigidos específicamente hacia las mujeres, con un enfoque de salud integral, que incluye a la salud sexual y reproductiva.

### 4.3. Mujeres Chichimecas de Guanajuato

Se entrevistaron 7 mujeres chichimecas, todas participan en algún grupo, 2 participan en la Organización de Médicos Indígenas como partera y promotora, 4 participan en los grupos de salud y 1 participa en una organización religiosa (con cargo religioso). Sólo 3 de ellas mencionan que se sienten bien con su participación social (dos específicamente con su participación religiosa). La partera y la presidenta de un comité de padres de familia se sienten con sobrecarga de trabajo y presionadas, la promotora y una integrante del comité de salud no se reconocen como parte de un grupo ni reconocen su trabajo, una de ellas trabaja por lo menos todo un día una vez a la semana vacunando, desparasitando, participando en campañas de salud. Esto quiere decir que su trabajo se encuentra enajenado por otros, que es necesario que el trabajo sea reconocido, pagado, valorado por otros y por ella misma.

Todas ellas tienen hijos, aunque sólo 5 son casadas. Dos mujeres solteras tienen hijos: una ha tenido 7 hijos de diferentes padres, al igual que muchas mujeres de su comunidad y otra tiene una hija.

Sus edades van de los 20 a los 46 años. Excepto la mayor, todas son jóvenes y tienen niños pequeños y también son las mujeres que más escolaridad tienen: primaria y secundaria, a la vez son las que tienen mayor capacitación en salud, tienen menos hijos, no tienen un marido violento y tienen solamente una hija. Ellas dicen sentirse bien de salud y aunque mencionan problemas de salud, son las más se atienden y son las que al momento de la entrevista se habían realizado el PAP.

Las mujeres mayores son analfabetas, con más hijos ó con maridos violentos, dicen sentirse mal de salud: sin ánimos, con problemas de violencia por su marido alcohólico, con desesperación, ansia y coraje (la única que no realiza trabajo remunerado), con infecciones genitourinarias y dolor menstrual. Tuvieron entre 11 y 22 malestares de los cuales la mayoría no son atendidos ni por ellas mismas ni por otros, lo que significa un gran descuido a su salud.

Algunos malestares son atendidos: todas utilizan la medicina doméstica para atender algún malestar, 2 de ellas mencionan haber acudido a la SSA, a la farmacia y una a la medicina privada. La partera mencionó 18 malestares, 15 atendidos por ella misma.

Las mujeres chichimecas tienen problemas para controlar su fecundidad, las mujeres de más edad se oponen al uso de anticonceptivos por considerar que es pecado y por la creencia de que las mujeres deben tener los hijos que Dios les dé, además de que creen que los anticonceptivos dañan la salud y producen cáncer (el DIU).

La mayor de ellas, de 46 años, tuvo 16 hijos, de los cuales murieron 12 por enfermedades curables, fue muy violentada por su marido, sus cuñadas y su suegra. Ella se seguía embarazando a pesar de que su marido la golpeaba y la maltrataba, cada que nacía una niña le decía que "para qué quieres tanta perra", frase que da cuenta del odio, sexismo contra las mujeres.

Ella nunca pensó en no tener hijos pues su deber como mujer era "tener los hijos que Dios le mandara" y aceptar que luego se los quitara aunque todavía está padeciendo la muerte de sus 12 hijos pequeños.

Su madre y sus hermanas la animaron a denunciar a su marido, desde entonces él dejó de golpearla y ahora sólo discute pero ella no le hace caso. Si bien su situación mejoró, sus hijas y nietos viven en condiciones de inhumanidad: una de ellas tuvo 7 hijos de diferentes padres, sus hijos no fueron bien recibidos, 4 de ellos murieron antes de los 5 años, a la fecha es forzada a tener relaciones, aún cuando esté enferma.

Uno de sus hijos refiere que cuando en la escuela algún compañero le pregunta si el señor X es su padre, él contesta: "mi padre no es ningún perro, mi padre es Dios", frase que da cuenta por un lado del rechazo y resentimiento hacia un hombre que no es humano y no le dio humanidad, que no asumió su paternidad, no es humano no tener padre, ó ser hijo de un perro o ser hijo de Dios.



La hermana de ella, cuyo padre las despreció al nacer ("para que quieras tanta perra"), también tuvo 4 hijos sola, cuando alguien quiso casarse con ella, dejó a sus 4 hijos con su hermana, porque el nuevo esposo no los quería. Es muy frecuente esta práctica en la comunidad, las mujeres dejan a sus hijos de un padre anterior para tener más hijos del nuevo compañero. Dos de los hijos que se quedaron con la hermana sufrieron desnutrición grave, a los 2 y 3 años de edad, que ameritó su internamiento en el hospital. La hermana que los cuida y alimenta es nombrada madre. Las tres mujeres a las que nos referimos: madre y dos hijas, acudieron a consulta por el mismo problema: infecciones genito-urinarias por infecciones sexualmente transmisibles.

Ser mujer sin control de su sexualidad y su fecundidad es un grave riesgo para contraer infecciones sexualmente transmisibles, además de las condiciones de vida y de salud precarias, éstas mujeres y sus hijas e hijos viven en condiciones de inhumanidad. La maternidad significa para ellas una obligación, un mandato divino, y su ser mujer, una condición inmutable, difícil de cambiar. Viven por y para sus hijos, aunque éstos sean a su vez abandonados o tratados violentamente por su padre y por ellas mismas

Solamente una de ellas llegó a participar en los grupos de salud (una vez al mes durante 6 meses) y ella invitó a su madre y hermana a recibir tratamiento, PAP e información acerca del uso de anticonceptivos, condón y prevención de ITS (Infecciones de Trasmisión sexual).

La promotora de salud, soltera de 20 años con una hija, usa el DIU a escondidas de sus padres, lo cual es vivido con culpa pues dice que es pecado, también se ha hecho el PAP y se ha atendido problemas menstruales. En el caso de ella, ser promotora de salud la ha apoyado a tomar decisiones en torno su cuerpo, su sexualidad y su fecundidad.

Otra mujer de 27 años, con 7 hijos y marido alcohólico consuetudinario tiene graves problemas de salud: violentada, con anemia, desnutrición, utiliza anticonceptivos inyectables mensualmente a escondidas de su esposo, sabe

que la inyección no es lo mejor para ella pero piensa que sería más grave embarazarse, su hijo de 14 años "mantiene" la casa con 50 pesos a la semana y a ella le preocupa no tener ni siquiera para comprar la medicina de su hijo más pequeño, ya ha muerto un hijo por desnutrición y ella aún no se repone del susto y pesar.

La mayoría de ellas tiene riesgos durante su embarazo y parto, lo más frecuente es que se embaracen desde los 13, 14 años, que no lleven control de su embarazo ni sean atendidas por partera o por médico capacitado, pues consideran que un parto debe ser atendido por ellas mismas en su casa y que si se mueren "ya les tocaba". A veces utilizan el servicio de la partera para que atienda al niño: "cuando ya me destripé, viene la partera a cortar el cordón y a que arregle al niño". Esta frase nos indica el poco valor que tiene su salud para ellas mismas. De estas siete mujeres sólo la promotora de salud y la partera tuvieron control prenatal y fueron atendidas durante su parto.

En esta comunidad de 2,500 habitantes, la mortalidad infantil y materna es muy elevada, mueren por lo menos 2 mujeres al año al momento del parto, y estas muertes no suceden solamente por atenderse en su casa solas, sino también porque cuando buscan ayuda médica no la obtienen: el transporte es difícil, no se encuentra con un servicio de salud cerca que pueda atender partos complicados, no tienen recursos para pagar estudios ni atención médica, ni siquiera el servicio de una partera.

Con excepción de la partera que deseaba embarazarse desde hacía varios años y la promotora que recibieron bien a su hija, las hijas de las demás mujeres fueron recibidas con disgusto y a veces con violencia al nacer, pues se considera a las mujeres con menor valor, ya que según el estereotipo los varones son los que "mantienen a la familia", a pesar de que en la realidad las mujeres además de atender el cuidado de los hijos y de la casa, son las responsables únicas de llevar alimento y sustento a los hijos, vendiendo nopales para conseguir diez pesos diarios como máximo.

Sólo dos de ellas no realizan trabajo remunerado, una "porque su marido gana bien (N\$ 150.00 a la semana)" y otra porque se queda a cuidar a siete niños, tres hijos de ella y cuatro de su hermana, además de hacer la comida para su padre y madre que trabaja vendiendo nopales y es la que sostiene económicamente a la casa "me siento bien trabajando porque les compro ropa, zapatos y medicina a mis nietos" (gana entre N\$ 6.00 y N\$ 10.00 diarios).

Las mujeres chichimecas realizan un arduo trabajo por una remuneración muy baja. La mayoría analfabetas, con muchos hijos, sin control de su sexualidad y fecundidad, en condiciones de vivienda y espacio vital precarios (la mayoría vive en un cuarto con piso de tierra sin enjarrar, cocina hecha de piedras sobrepuestas con techo de palma que no protege de la lluvia, el frío o el viento y que no tienen posibilidades de mejorar por sus raquícos o nulos ingresos económicos.

Estas condiciones hacen que exista una gran mortalidad infantil. Solamente las tres mujeres más jóvenes y con mayor escolaridad no tienen historia de hijos muertos. Las otras cuatro han sufrido muertes de sus hijos que aún les causa una gran tristeza y malestar: a una de ellas se le murió un hijo por desnutrición al año y después de tres años todavía se siente "asustada" y con pesar. A dos de ellas se les murieron más de tres hijos menores de cinco años de enfermedades curables y a una de ellas se le murió la mayoría (doce de los dieciséis hijos que tuvo).

Todas, excepto la partera han recibido golpes por parte de su marido, dos de ellas lo abandonaron, una lo denunció y dejó de golpearla, las otras cuatro se defienden golpeándolo a su vez. Cuatro de ellas son maltratadas emocionalmente y responden con huelga de cama, encerrándose o insultándolo, tres de ellas han sufrido violencia sexual de sus maridos y compañeros.

Solamente dos de ellas (la partera y una mujer cuyo marido trabaja), no viven problemas de alcoholismo en su familia. Los hermanos de la promotora son alcohólicos consuetudinarios y provocan una gran cantidad de problemas.

Tres de los maridos de las mujeres entrevistadas son alcohólicos consuetudinarios que no trabajan ni aportan económica y moralmente a la familia, más bien son violentos. El padre de una mujer es alcohólico y en ese estado llegó a regalar a su hija a un desconocido, a lo cual ella se opuso y le provocó un gran enojo y malestar.

Las mujeres chichimecas participan con grandes obstáculos: sus condiciones de vida y de salud son precarias. Desde que nacen son rechazadas por tener menor valor social el ser mujer, sufren violencia durante su infancia, no tienen acceso a educación, vivienda adecuada, alimentación, servicios básicos y de salud, fuentes de trabajo, ni remuneración justa. Existe una historia de participación social propia de la comunidad en fiestas y cargos religiosos y extienden esta participación en la escuela, en los servicios de salud y otros programas gubernamentales.

La partera, mujer que mayor prestigio tiene en la comunidad, ha tenido una historia de violencia a su alrededor y participa con grandes contradicciones, culpas y miedos. Desde pequeña fue formada por su abuela partera que le enseñaba llevándola a atender pacientes y por su madre que la llevaba a cursos de salud del IMSS, SSA, DIF y grupo de monjas.

Un elemento clave para que la partera participe sin límite de tiempo haciendo trabajo gratuito quizá sea la culpa o el dolor de haber perdido a seis hermanos mayores que ella: "murieron de sarampión, tircia, diarrea y desnutrición". Entre sus hermanas muertas encontramos que una de ellas era su gemela y murió a los dos años de sarampión y una hermana mayor que se llamaba igual que ella.

No es habitual que los padres den permiso a las jóvenes a capacitarse, en cambio a ella le dieron todas las oportunidades posibles de capacitación: era una hija deseada. La capacitación al mismo tiempo evitó que se casara a edad temprana: "nunca me llamó la atención los novios, como otras muchachas que a los trece ya se fueron con el novio, yo quería seguir estudiando, enseñarme, ganar dinero".

Los deseos de superación están encaminados a servir a los otros, pues las aspiraciones propias no son válidas: "cuando yo tenía ocho años, deseaba tener quince, porque me imaginaba que todo iba a ser diferente: iba a tener amigos, a trabajar, a tener dinero, yo me desesperaba ver a mis padres como sufrían, quería valerme para ayudarlos a salir adelante".

Aún cuando participaba desde niña, era controlada por sus padres, la llevaban a los cursos de salud pero no la dejaban participar como todas las niñas de la comunidad en las danzas. Ella percibe ese hecho como violencia y expresa su resentimiento pero este sentimiento es inmediatamente ocultado porque causa culpa: "nunca me dejaron salir en las tardes a ensayar con las danzas como todas las niñas...cuando a uno de niño le impiden hacer algo, crece con ese resentimiento, con ese deseo de aprender...pero ahora no les guardo rencor, ellos lo hacían para que no me pasara nada".

Su participación en los saberes y prácticas en la medicina tradicional, por un lado le dan prestigio, saberes y recursos, y por otro lado refuerza la identidad de las mujeres como seres naturaleza, sucias, inferiores: en la adolescencia cuando no menstruaba algún mes sufría preocupación y miedo, pues se considera que la sangre de la menstruación es algo sucio: "mi abuelita me ayudo (le dio plantas y la sobó para que menstruara), me dijo que era peligroso que se me detuviera la regla porque se podría adentro por la frialdad, el aire, lo zancón, por comer agrio y frío". Lo cual quiere decir que las creencias en torno a la menstruación ponen límites a lo que puede y no puede hacer una mujer.

La información que recibió en torno a la menstruación, a los cambios del cuerpo y a las relaciones sexuales fue como algo sucio, que debe ocultarse, que nadie debe saber, que no está permitido hablar, que está prohibido, que está mal hacer, que es pecado.

Sus creencias y la ausencia de información y educación sexual científica hace que la menstruación y los cambios del cuerpo sean vividos con miedo a

podrirse por dentro, a que le salieran pelos por todo el cuerpo, a no tomar decisiones en torno a su cuerpo: cuando su único novio y marido le pide ser su novia, ella no puede contestar ni sí, ni no: "él pensó que era que sí y le pidió permiso a mis padres de sacarme a pasear", comenzó a tener relaciones sexuales, sin decidirlo o desearlo ella misma. Sin conciencia de su deseo, su cuerpo se convierte en objeto del otro en medio de la timidez que le impide decir no: "yo no sabía que contestar, yo sentí una sensación por lo que él provocaba con sus caricias y eso, sentí miedo, me asuste, pensé que el liquido de él era sangre mía la que chorreaba". Aún en condiciones de miedo e indefensión se piensa en los otros: "pensé, ¡qué pena!, ¿cómo me veré caminando (chorreando de sangre)?"

Ser esposa se convierte en algo natural y obligatorio: "al principio me sentía obligada a quererlo, obedecerlo, acariciarlo...ahora aunque él no me diga yo lo acaricio". Ella percibe que nunca ha estado enamorada de él y sólo lo respeta como su marido. La sexualidad es vivida como obligación, el deseo sólo es permitido para tener hijos.

En la sociedad chichimeca existe una gran presión social para que las mujeres tengan hijos, y las mujeres que no logran embarazarse son menospreciadas, si llegan a abortar se les hace sentir culpa, para lo cual hay castigo: "cuando aborté (aborto espontáneo) sentía remordimientos, porque a la mejor no lo deseaba o porque no me cuidé lo suficiente, me sentía culpable, después de eso se me fueron las sensaciones por cinco años (deseos sexuales)".

Se enseña a las mujeres chichimecas que los hijos son la razón de vivir: "tener a mi hija me hizo sentir la felicidad, ahora sí tengo por quién vivir".

Si bien la participación social la hace sentirse presionada y con muchas preocupaciones, también le ha dado recursos: económicos por sus saberes en torno a la atención del embarazo, parto y otros malestares; reconocimiento y prestigio en la comunidad; saberes en torno a la salud, tejido, cocina, corte,

realización de PAP, mejoramiento de su vivienda (enjarrado de paredes, piso y letrina), salir del encierro y no casarse ni embarazarse joven.

Otras mujeres participan para obtener despensas a bajo precio, atención a la enfermedad de sus hijos, cría de animales domésticos y pocas voces para atender su propia salud.

A pesar de que han pasado por la comunidad diversos programas gubernamentales, los apoyos reales han sido mínimos y no dirigidos prioritariamente hacia las mujeres, ni orientados a mejorar sus condiciones de vida estructuralmente. Si situación es grave: más del 90 por ciento de las mujeres mayores de quince años son analfabetas, con embarazos antes de los quince años y gestaciones múltiples que no son cuidadas ni atendidas durante el parto con grave riesgo de muerte materna, sin servicios básicos ni de salud, con vivienda, alimentación y remuneración deficiente, con alcoholismo y violencia.

Quizá otra dificultad de la participación social es que ésta durante años no ha considerado como protagonista a las mujeres, no ha fomentado su organización autónoma y siempre han sido instrumentos de las raquíticas acciones gubernamentales.

#### 4.4 Mujeres de Tlaxcala

Se entrevistaron trece mujeres, siete de ellas no participan en ningún grupo, tres participan con cargos y se sienten bien, dos participan con alto reconocimiento de sí mismas, se sienten apoyadas y según sus propios términos "chingonas".

Todas han recibido algún curso de salud y su participación principal es en torno a proyectos productivos (fábrica de embutidos).

Once son casadas y dos son viudas, de edades entre los 22 y 61 años, cuatro viven en zona urbana y 9 en rural.

Sólo 4 mujeres consideraron que no tenían problemas de salud, entre ellas están las dos mujeres que obtuvieron mayor índice de poderío social y económico de las 142 mujeres a las que se les realizó la entrevista. La mujer con mayor índice de poderío es viuda desde hace ocho años, tiene treinta años y tiene un hijo, vive con su hermana, que es la mujer que ocupa el segundo lugar en poderío, una líder de 40 años de edad que está casada con un hombre de 78 años y que no tiene hijos. Las demás mujeres dicen tener problemas de salud: dolor de cabeza, preocupación por el esposo, se sienten intranquilas, solas y tristes.

Nota: las mujeres con mayor índice de poderío son hermanas, una de ellas es viuda con un hijo y la otra no tiene hijos, está casada con un anciano y es líder.

De las mujeres que mencionan tener problemas de salud, una menciona atender sus problemas de salud en el IMSS, tres en SSA, cuatro con medicina privada, dos con medicina doméstica y cinco de ellas no tienen ningún tipo de atención a sus problemas de salud. Mencionaron entre uno y 22 problemas de salud, la mayoría de los cuales no son atendidos, a excepción de las mujeres con mayor índice de poderío, que tienen entre uno y ocho malestares que atienden con medicina doméstica, privada, SSA y curanderas.



Cinco mujeres nunca se han hecho el PAP, a dos de ellas les realizaron salpingoclasia sin consentimiento informado. Ninguna tiene problemas con el uso de otros anticonceptivos, pues seis utilizan con acuerdo de su pareja y las demás no necesitan ningún método.

Tres de ellas se embarazaron antes de los 18 años, dos mujeres han abortado, una de ellas sin atención. Dos mujeres han tenido riesgos durante su embarazo y parto pues no tuvieron cuidado durante la gestación y parto.

Los hijos de todas han sido bien recibidos, excepto una mujer que dice haber tenido un hijo que fue recibido con indiferencia. Nueve mujeres no realizan trabajos remunerados, una de ellas realiza trabajo remunerado y dice depender de otros aún cuando es el único sostén familiar. Sólo tres de ellas realizan trabajos remunerados valorando su aporte y haciendo énfasis en su persona, dos de ellas tienen el mayor poderío.

Solamente en el caso de las dos mujeres con mayor poderío no realizan trabajo doméstico y comparten el cuidado de un niño. Todas las demás mujeres realizan solas el trabajo doméstico o apoyándose en las hijas. En ningún caso los varones realizan trabajo doméstico.

Tres mujeres viven con escasez de agua, sin embargo no acarrear el agua ellas solas. Nueve de ellas tienen problemas de espacio, dos mujeres disponen de un cuarto para seis personas.

Dos mujeres mencionaron la muerte de un hijo, para una de ellas era el único hijo que tenía.

Las mujeres de este grupo no han aprendido a enfrentar de un modo más estratégico la violencia, pues cinco de ellas son golpeadas por sus maridos y solamente una se defiende o responde con golpes, silencio y enojo, las demás lloran y se aguantan.

La mayoría de ellas son maltratadas emocionalmente por sus maridos (diez de trece mujeres), y tampoco tienen una respuesta estratégica pues la mayoría de ellas llora o se encierra. Solamente una de ellas refiere haber sufrido violación conyugal, una mujer menciona que tiene un marido alcohólico y tres de ellas mencionan alcoholismo eventual en algún otro familiar.

A través de la historia de vida de cuatro mujeres, dos de ellas hermanas con mayor índice de poderío, la historia de una mujer de 23 años y otra de 59 años, podemos observar cómo las condiciones de vida y de salud favorables permiten a las mujeres participar con mayores apoyos y recursos. Las hermanas son líderes que han aprendido desde su infancia a participar, que han contado con apoyo del padre, del esposo y de la hermana, una de ellas es viuda con un hijo, la otra no tiene hijos, tiene un esposo de 78 años que ya no puede trabajar y es ella la que sostiene la casa. Pareciera que las mujeres viudas o que tienen un marido anciano tienen menor riesgo de ser violentadas y mejores condiciones de vida y salud.

Dentro de su contexto estas hermanas son las mujeres que mayor nivel educativo tienen: secundaria y preparatoria. El apoyo de su padre las ha impulsado al liderazgo: su padre las llevaba "a las reuniones del pueblo a donde iban puros hombres, a una de ellas la impulsaba a hacer discursos para recibir a gente importante".

La mujer líder aprendió a organizar a la gente, sin ser aún consciente del papel que estaba jugando, pues muestra sorpresa cuando se da cuenta que es respetada y apreciada por las demás mujeres: "me llevaron a la cárcel por oponérmele a un riquillo y me sacaron las mujeres, entonces me di cuenta que era apreciada y respetada".

A partir de la participación social ha logrado mayor autoestima, reconocimiento, recursos económicos, fuente de trabajo para ella y para otras mujeres que también han logrado la valoración por parte de los maridos y la comunidad.

Cuando existe apoyo del padre, las mujeres se empoderan. El liderazgo es una construcción histórica que se desarrolla desde la infancia y que se facilita cuando existe una historia familiar de participación política.

Sin embargo las líderes rechazan los estereotipos de lo femenino y creen dejar de ser mujeres: a T. (folio 46) nunca le gustaron los juegos de niñas sino de los niños, en la adolescencia los cambios de su cuerpo la hacen sentir "fatal" (es fatal tener cuerpo de mujer), esta sensación se racionaliza con sus clases de biología como "la ley de la vida", siempre ha rechazado hacer trabajo doméstico, tener hijos y marido por lo que busca casarse con un hombre 40 años mayor que ella para "tener mayor libertad y confianza", no se hace el PAP pues nunca ha tenido molestias.

En este grupo, las mujeres han aprendido a gestionar, a trabajar, a sentirse satisfechas de sus logros, hasta saber manejar una camioneta. Aún así asoma la referencia a ser mujer-madre cuando se hacen comparaciones de la maternidad con la participación social: "no me siento frustrada por no tener hijos, la mujer no solo puede ser madre sino realizarse y crecer en lo que más le guste y sentirse chingona".

La historia de su hermana (primer lugar en índice de poderío) nos habla también de que la participación social le a proporcionado recursos: trabajo, autoestima, seguridad, confianza, organización, realización del PAP. El no tener marido, un sólo hijo, y no tener problemas con su fecundidad (no le interesa tener otra pareja después de ocho años de viuda) le evita riesgos reproductivos, violencia y problemas de salud.

Llama la atención en su historia los mismos datos de rechazo a lo femenino: "sentí vergüenza y desesperación al ver que el pecho y las caderas crecen...a veces era necesario golpear a "otras" para que me respetaran...a veces era necesario competir con las mujeres, cuando mis hermanas eran las consentidas o a las que prefieren", estas frases nos hacen referencia a la envidia y al competencia entre mujeres durante su infancia.

Ella eligió y decidió tener pareja, embarazarse y estos hechos los vivió con bienestar y felicidad: "tuve la oportunidad de dar y recibir cariño, placer y cuidado", mataron en un asalto a su marido, días antes de que ella pariera.

Ser esposa y madre da sentido a la vida, cuando su esposo muere, ella se siente sin existencia: "creí sentirme nada, pero mi hijo es mi fuerza y motivo para vivir, seguir adelante, trabajar".

Ser viuda parece ser el estado ideal de una mujer: "no deseo tener relaciones con nadie, sólo quiero estar en paz". Hoy se siente importante, bien, segura, con apoyo de las compañeras y un trabajo satisfactorio y seguro.

Las otras dos historias nos hablan de violencia vivida desde el vientre: una muchacha de veintitrés años, estudiante de preparatoria, es rechazada por ser hija de una "relación prohibida" (su padre es un hombre casado), ha sufrido violencia física, emocional y sexual desde niña, por parte de su madre, padrastro y tío, nunca tuvo una relación de confianza con su madre, y de esta manera un tío tiene relaciones sexuales con ella de los 9 a los 12 años, y deja de tener relaciones con ella cuando se da cuenta que ella empieza a reglar. Ella no dice nada porque tiene miedo que su tío "le diga a su mamá que ella hace cosas malas", pues era así como la amenazaba si ella decía algo.

El adulto explota la culpa de la niña para seguir abusando de ella. La violencia sexual trae graves consecuencias para la salud e integridad de las mujeres: "me volví tímida, triste, enojona, con coraje hacia los hombres, hacia mi madre, hacia mí misma, hacia Dios".

Después del daño sufrido, todavía se piensa en los demás: cuando tuvo su primer novio tenía miedo de que se diera cuenta de que no era virgen, se siente culpable, inferior después de haber sido abusada.

No se puede confiar en nadie, ni aún en el terapeuta: acudió a un psicólogo para tratar sus problemas y mantiene relaciones sexuales con él, se embaraza y aborta con plantas medicinales y dura sangrando 20 días, no

recibe ningún cuidado médico ni es acompañada por el compañero sexual. A pesar de conocer los métodos anticonceptivos no tiene control sobre su cuerpo y su fecundidad, no percibe el riesgo del aborto ni demanda la solidaridad del compañero, no percibe que está en una relación desventajosa en la que no es cuidada, porque no sabe en donde está, ni quién es, es una mujer rota, sin lugar en el mundo y tiene la fantasía de que él sí la quiere. Es dependiente vital de él, afectiva y sexualmente.

Asiste a un grupo de mujeres en donde es considerada como una persona agresiva, con trastornos psicológicos (según la asesora del grupo). En el grupo que participa obtiene afecto y respeto incondicional, sin embargo, no habla de su problema en el grupo, pues considera su problema privado, personal. Participa abordando otras problemáticas de salud y no la propia.

La otra historia nos habla de una mujer de 59 años que ha tenido once embarazos de los cuales sólo cinco hijos viven. En ella podemos observar una violencia física y emocional que se repite en tres generaciones a partir de una madre violentada que se desquita golpeando a las hijas. Esta mujer huye de su casa durante la adolescencia para salir de los problemas de violencia, se casa y repite con el marido la misma historia de violencia que soporta por un gran miedo al abandono: "tuve problemas con mi esposo porque no me podía embarazar, pensaba que mi esposo me iba a dejar por otra". No cumplir el papel asignado de ser madre, es causa de violencia.

Las diferencias entre estas cuatro historias nos hacen ver que la construcción de poderío a partir de la participación social no es un proceso homogéneo, las mujeres que tienen una historia familiar de violencia o que actualmente viven problemas de violencia doméstica, tienen una subjetividad diferente a las mujeres que no han sido violentadas y enfrentan su participación de modo diferente.

Resalta el caso de la joven que vivió violencia sexual en la infancia y que continúa viviendo actualmente violencia, con muchas dificultades para tomar decisiones de cuidado de su cuerpo y su sexualidad.

En el grupo conviven mujeres no violentadas con mujeres que han sido violentadas, 5 de ellas, son golpeadas actualmente y no tienen ninguna estrategia para defenderse, solamente lloran y se aguantan (5 mujeres). En este caso, las mujeres violentadas no adquieren en el grupo recursos para dejar de ser golpeadas.

#### 4.5 Mujeres Tzotziles y Tzeltales de Chiapas

Se realizaron entrevistas a doce mujeres entre 20 y 49 años, cinco tzotziles rurales, tres tzeltales tres de zona rural y una urbana.

Diez son casadas y unidas a un hombre, dos mujeres están solas, una es soltera y una viuda, todas tienen hijos.

Siete no participan en ninguna organización, dos participan con cargo y se sienten bien, una participa con cargo y se siente presionada, dos participan en grupo sin cargo.

Cuatro son parteras, una ha recibido varios cursos de salud, una a recibido algún curso de salud y seis no han recibido ningún curso de salud.

Solo tres mencionaron sentirse bien de salud, las demás refirieron problemas: sienten que se enferman mucho, por pensar mucho, cansadas, preocupadas, mal, con tristeza, sueño, bochornos. Varias de ellas mencionaron repetidamente tristeza y preocupación, una de ellas menciona que nunca ha estado bien y otra de ellas soltera dice que se siente muy bien con nuevo marido.

Todas mencionan entre tres y 17 problemas de salud, algunos de los cuales atienden: diez con medicina doméstica, cuatro en SSA, dos en IMSS, cuatro con medicina privada, una con curandera, y tres con otros medios, la mayoría de sus malestares no son atendidos por ellas mismas ni por otros, lo cual nos habla de un gran descuido hacia la salud.

Seis mujeres se han hecho el PAP, tres de ellas viven en zona urbana y tres en zona rural. Las seis mujeres que nunca se han hecho el PAP viven en zona rural y son tzotziles, cuatro de ellas han tenido embarazos antes de los 18 años y una después de los 35, a dos de ellas les hicieron salpingoclasia antes de los 21 años sin consentimiento informado.

Cuatro mujeres no utilizan métodos anticonceptivos por desacuerdo con la pareja y una de ellas menciona que es pecado (partera de 35 años, tzoltzil, analfabeta).

Cinco mujeres han abortado sin atención médica. Siete mujeres no han tenido cuidado ni atención durante el embarazo y el parto por médico o partera, aún cuando dos de ellas han tenido más de nueve embarazos.

Cuatro mujeres han recibido a sus hijos con rechazo de otros, dos de ellas recibieron rechazo por haber tenido niñas.

Aún cuando todas realizan trabajo remunerado, sólo cinco valoran su aporte y dos se sienten personalmente satisfechas. Siete trabajan y sin embargo dicen depender de otros.

Sólo una mujer comparte el cuidado de los hijos y cuatro comparten el trabajo doméstico con otros, la mayoría realizan solas el trabajo doméstico y el cuidado de los niños. 7 mujeres no tienen agua disponible y a veces tienen que acarrear, 3 de ellas hacen esta tarea solas. Todas, excepto una, tienen un espacio para vivir reducido, 4 de ellas viven en un cuarto con más de 5 personas. 5 mujeres han sufrido la muerte de hijos menores de 5 años, una de ellas de más de dos hijos.

Nueve de ellas, la mayoría de las mujeres, han recibido golpes de su marido: 2 de ellas se separaron de él, 2 responden con golpes, silencio o enojo y 5 son golpeadas y sólo lloran y se aguantan, estas mujeres que no se defienden no participan en ningún grupo.

Solamente una de estas mujeres no es maltratada emocionalmente, la mayoría sí lo es y responden con huelga de cama, cocina ó lléndose. Algunas de ellas (4), responden encerrándose o llorando.

5 mujeres han sufrido violación conyugal.

8 mujeres mencionan alcoholismo eventual de algún miembro de la familia y ninguna tiene un compañero alcohólico.



A partir de la historia de 4 mujeres: 2 tzeltales ladinizadas y dos mujeres de procedencia rural, nos podemos dar cuenta de que la participación social ha influido en mejorar sus condiciones de vida, obteniendo recursos como la capacitación en salud, anticonceptivos, PAP, saberes en cocina y sastrería, reconocimiento y prestigio.

Sin embargo, la historia previa de cada una de ellas nos indica que el poderío construido a partir de la participación social no tiene igual impacto en las mujeres que no han sido violentadas que en las que sí han sido violentadas.

La promotora de salud tiene una historia familiar de apoyo familiar y saberes en salud: su madre le enseñó a curar con remedios caseros y tuvo un padre apoyador. Sin embargo, los saberes de salud no se extienden al conocimiento del cuerpo y la sexualidad: cuando cambió su cuerpo sintió vergüenza, pena y espanto y por este motivo dejó de ir a la escuela (los muchachos se empezaban a fijar en ella).

Al parecer ésta es la conducta que deben mostrar las mujeres, contradictoria a la del padre que celebra el inicio de la menstruación de su hija mandando matar una gallina para que se alimente bien. No existe comunicación con la madre sino con la hermana mayor que le transmite las normas que controlan la conducta de la muchacha: no jugar a la pelota, no salir sola a la calle si no era con una persona mayor.

La participación en misiones de la SEP (cursos de cocina, sastrería e inyecciones) y ser promotora de salud impidieron que se casara joven como su hermana que luego sufrió con el marido. Adquirió además reconocimiento de su barrio cuando fue nombrada responsable del dispensario.

Comienza a participar a partir del "compromiso político" con los pobres (CEBS), ahí conoce a su pareja con la cual comparte intereses de participación social.

Su cuerpo y su sexualidad siempre fue controlada por sus hermanos y posteriormente por su esposo: sus hermanos la jalaban del pelo cuando la llegaban a ver con el novio y por ese miedo, se casa hasta los 40 años. Cuando se casa considera que su papel es cuidar a su marido, complacerlo: "es un gusto tener relaciones, él se siente contento acariciando".

Siente una gran satisfacción poder ejercer el papel de madre de un hijo adoptivo, ha dejado la iglesia, el dispensario para atender al hijo, y solo participa ahora desde el espacio doméstico curando y poniendo inyecciones.

Su familia se oponía a que fuera esposa y madre, ella se siente feliz y satisfecha con su vida al poder serlo y lo prioriza a cualquier actividad de participación social.

La historia de una mujer rural de 29 años, trabajadora doméstica, nos habla de que a pesar de no tener participación social formal, se ha beneficiado del trabajo de una ONG de mujeres pues le aplicaron el DIU, le hicieron el PAP y ha recibido atención médica de calidad.

Es trabajadora doméstica y realiza su trabajo con obstáculos por parte de su esposo alcohólico que la presiona culpabilizándola por trabajar y "abandonar" a los hijos, diciéndole que no es una buena madre. Huérfana de madre, durante su infancia vivió la violencia paterna y se casó joven, sin saber nada acerca del cuerpo ni de la sexualidad.

La historia de una mujer tzeltal ladinizada de 28 años, trabajadora doméstica también, con 2 hijas, abandonada por su marido, nos habla de orfandad y abandono: siendo la 3ª. de 16 hermanos de los cuales murieron 8 de enfermedades curables, vivió su infancia con una sensación de soledad, tristeza y abandono, pues sus padres la dejaban en una casa sola, sin comida a cuidar la casa mientras ellos se iban por días a trabajar a otro lugar.

Expresa una historia de violencia que se repite en 3 generaciones: su madre y su abuela fueron golpeadas por sus maridos, ella también. Vivió su

infancia rechazada y no reconocida por su padre, que la obligaba a trabajar y a entregarle todo el dinero que ganaba como sirvienta, nunca aprendió a ser dueña de sus recursos, ni de ella misma: su padre la vendió a los 14 años a un hombre desconocido que tenía una enfermedad probablemente sexual (tenía el pene hinchado), su padre también vendió a sus hermanas sin que ellas se dieran cuenta.

De ésta manera tiene relaciones sexuales forzadas, es violada por un hombre que ella no eligió, quedó viuda a los dos meses y se casó con un hombre que la golpeó aún cuando tenía 8 meses de embarazo.

La dependencia y la nula autoestima le impiden defenderse y el no defenderse la hace sentirse peor con ella misma "no hice nada cuando me golpeó, me volví tonta...no sé explicar qué pasó, debí haberlo demandado, (pero) creo que no lo demandé porque lo quería".

La dependencia se confunde con amor y así las mujeres soportan agresiones. Ella vivió golpes durante sus embarazos, falta de apoyo en su cesárea, etapa en la que no le dio dinero ni comida, sino más bien la amenazaba con echarla a la calle con su hijo recién nacido:

Él le decía "calla a tu pinche hijo si no te mando a la calle". Hasta que ella devolvió el golpe, él la dejó de golpear. Tiene posteriormente relaciones con otros dos hombres también celosos y violentos, dice no sentir nada por ellos y que ya no puede "dar su corazón" como antes lo hizo. La fantasía de ser amada se pierde y acepta cualquier relación, aunque no sea satisfactoria.

La otra historia nos habla de una promotora de salud, también tzeltal, que participa en una organización de salud, dentro de la cual es golpeada, violada y embarazada por uno de sus líderes, aún estando embarazada, la golpea en el vientre y la obliga a convivir y a servir a otra mujer que duerme en el mismo cuarto. Lo más grave es que ella denuncia su situación y no tiene ningún apoyo social de sus padres, ni de los integrantes de la organización, ni de sus asesores médicos.

Entender por qué participa en una organización en donde se vulnera su integridad es difícil si no conocemos su historia: su educación fue dirigida a adaptarse al completo servilismo, las mujeres mayores le decían que "las mujeres son para que el hombre tenga lavados sus pantalones, tenga su comida" y las enseñan a realizar bien este trabajo con castigo físico. La violencia fue justificada diciéndole que la niña que se enseña a obedecer cuando sea grande no estará sola.

O sea que el abandono es peor que la violencia, según las creencias. En ella es claro como su condición de mujer fue determinada en la relación madre-hija, su madre la encerró en su misma situación: "mi papá quería que estudiara, mi mamá no, porque era mujer y la dejaba sola con el quehacer".

Ella fue raptada y violentada en la adolescencia y por este hecho continuó siendo acosada por otros hombres, porque ya no era virgen, nadie la defendió y ella se sentía impotente para enfrentar las burlas de los hombres de su comunidad, el estudio le ayuda a sentirse segura, orgullosa de sí misma y a desmontar la culpa y la vergüenza: cuando regresó a su pueblo después de haber estudiado, ya no le daba pena mirar de frente: "me mira, lo miro".

No se apropia de su cuerpo entre otras cosas porque siempre hubo silencio alrededor de él. Sus padres nunca la cuidaron ni defendieron de la violencia: cuando un maestro la golpeó, su padre justificó la violencia porque había sido para "aprender". Cuando ella acude con sus padres después de que es violada y golpeada por el líder de salud, su madre le dice: "acéptalo, ya que estás así (embarazada)".

Sin apoyo de nadie, ella tiene que seguir aceptando la violencia y la pérdida de su integridad como parte "natural" de ser mujer. Por otro lado, es difícil participar en una organización de salud que no promueve la integridad de las mujeres.

Estas historias nos muestran que la violencia hacia las mujeres es un aspecto central a tratar en los grupos donde se promueva la participación social de las mujeres.

#### 4.6 Mujeres Mayas de Quintana Roo y Campeche

Se entrevistaron a 15 mujeres mayas, 7 de Quintana Roo y 8 de Campeche, todas excepto una, son casadas, de edades entre 22 y 43 años. todas participan en alguna organización, excepto cuatro mujeres de Campeche. Las mujeres de Campeche no han recibido ningún curso de salud, las de Q.R. han recibido todas talleres de salud, excepto una.

Las mujeres que participan tienen cargo en su organización y se sienten bien con él, excepto una de Campeche que se siente presionada.

4 contestaron que se sentían bien de salud y las demás manifestaron problemas: sin fuerzas, con malestar, lastimada, enojada, descontenta, con problemas económicos y dolores del cuerpo. Todas tienen entre 3 y 16 problemas de salud de los cuales algunos atienden con: 9 en SSA, 8 con MD, 3 con médico particular, 2 con curandera, 1 con farmacia y 2 mujeres no tienen ningún tipo de atención. La mayoría de malestares no reciben atención por ellas mismas o por otros servicios de salud. 8 mujeres nunca se han hecho el PAP (7 de ellas son de Campeche), de las 7 que se han hecho el PAP sólo 1 tiene menos de un año que se lo ha hecho.

La mayoría tiene baja escolaridad: sólo 2 de ellas han cursado secundaria, una primaria, 8 primaria incompleta y 4 son analfabetas.

En torno al control de la fecundidad, 2 de ellas tienen salpingoclasia, a una de lo realizaron después de los 30 años sin consentimiento informado, y a otra tampoco le informaron cuando aún no tenían 21 años.

Todas las mujeres de Quintana Roo utilizan métodos anticonceptivos. Solo una mujer de Quintana Roo menciona utilizar métodos naturales y usarlos en desacuerdo con la familia. 4 mujeres de Campeche no usan métodos anticonceptivos porque su pareja no está de acuerdo.

Tienen graves riesgos reproductivos: La mayoría de mujeres mayores se embarazan a edades tempranas (12 de 15 mujeres se casaron antes e los 18 años), tienen abortos sin atención, 4 de ellas abortos repetidos. Sin atención ni cuidado durante el embarazo y parto, sólo 3 mujeres han sido cuidadas y atendidas por partera o médico. 12 mujeres han tenido entre 5 o más de 10 embarazos y partos no cuidados ni atendidos. La mayoría de estas mujeres (9) manifestaron de algunos de sus hijos, no habían sido bien recibidos, en algunos casos (4 mujeres) existió rechazo de las niñas al nacer.

En el trabajo remunerado hay una diferencia en la percepción entre las mujeres de Q.R. y las de Campeche: todas trabajan pero mientras que las de Campeche valoran su aporte económico haciendo énfasis en la satisfacción personal, las de Q.R. no valoran su aporte pues dicen depender aun cuando sean el único sostén familiar. Esto podría entenderse como mayor enajenación de sus esfuerzos. El trabajo doméstico y cuidado de los hijos es un rol asignado exclusivamente a las mujeres. En el trabajo doméstico, sólo una mujer comparte el cuidado de los niños, las demás asumen solas esta tarea, en 3 casos, otras comparten el trabajo doméstico. En la mayoría de los casos (10) el trabajo es asumido por las mujeres, en el mejor de los casos apoyadas por los hijos.

Las mujeres tienen mayores problemas en el abastecimiento del agua, solamente una de ellas tiene agua en cantidad suficiente, la mayoría (14) tienen que acarrear ya sea por temporadas. 5 de ellas acarrear solas el agua.

Todas las mujeres tienen problemas de vivienda, no cuentan con un espacio vital adecuado, en la mayoría de viviendas (11 de 15) viven más de 6 personas por cuarto, en 5 casos, viven más de 7 personas por cuarto.

Existe una gran mortalidad infantil. La mayoría de estas mujeres mayas (8 de 15), dijo haber sufrido la muerte de un hijo menor de 5 años, a una de ellas se le murieron más de 2 hijos. También existen diferencias con respecto a la violencia física, las mujeres mayas de Q.R no son golpeadas por su marido

actualmente, aunque 2 lo fueron alguna vez, una de ellas abandono a su marido por este hecho.

Siendo más violentadas las mujeres de Campeche, no tienen una estrategia para defenderse. Cinco de las mujeres de Campeche mencionaron haber sido golpeadas por sus maridos, 2 eventualmente y 3 actualmente, a lo cual ellas solo responden llorando y se aguantan.

De igual modo, son violentadas y responden menos estratégicamente las mujeres de Campeche cuando son maltratadas emocionalmente pues sólo lloran, le responden y lo insultan.

Todas las mujeres de Campeche, excepto una, han sufrido violación conyugal. Esta violencia coincide con el alcoholismo de los compañeros, pues en el grupo de mujeres entrevistadas, la mayoría de Campeche conviven con maridos alcohólicos consuetudinarios (5 de 8 mujeres) y en la zona de Q.R. sólo 1 de 7.

La historia de vida de 3 mujeres nos permite comprender que el poderío construido por estas mujeres es un logro impresionante si nos detenemos a ver sus condiciones de vida.

Cuando nos hablan que han logrado aprender a hablar y a defenderse, a salir de su casa, a valorarse a sí mismas, a organizarse, a ser tomadas en cuenta y respetadas en la comunidad, que controlan su fecundidad, se hacen el PAP, abandonan una relación violenta, comparten el trabajo doméstico y el cuidado de los hijos, vemos que son cambios cualitativos de gran alcance, sobre todo si consideramos sus condiciones de vida previas.

La historia de dos mujeres mayas de Quintana Roo nos hablan de estos cambios. Nacieron en medio de familias numerosas, golpeadas por la madre, desertaron de la escuela para ayudar a su mamá en los quehaceres de la casa o porque la madre le impide seguir estudiando porque es mujer y "sólo los hombres comprenden".



Las madres limitan y controlan la sexualidad y el cuerpo de las mujeres: una de ellas se asustó cuando menstruó pues no sabía nada, su madre le dijo que "se cuidara de lo frío y el limón, que no le dijera a sus amigas y que no podía estar con amigos pues podía quedar embarazada". A otra de ellas su madre le dijo que Dios le iba "a mandar su vergüenza para que tuviera vergüenza y que dejar que la agarrara un hombre puede ser la muerte".

Se educa a las niñas para no platicar, no jugar, no andar en casas, guardar silencio en torno al cuerpo, a la menstruación, la sexualidad es reprimida y se provoca vergüenza y temor a través de mitos.

Se enseña que hablar de la sexualidad es una falta de respeto. Ajenas a su cuerpo, llegan a formar una pareja y años después no saben explicar porque se fueron con él. Enfrentan problemas en su salud y sexualidad a causa de la información de la madre: cuando se casa no se deja tocar por su marido ("si te toca un hombre puede ser la muerte") y cuando tiene relaciones sexuales con su marido piensa que se va a morir, le da calentura y mal de orín, hasta que su cuñada y marido la convencen que no se va a morir.

El cuerpo de las mujeres es moldeado, acostumbrado a sentir placer con el otro: "después me acostumbré y me gusta". Aún cuando el dueño de ese cuerpo la golpee, la desprecie por haber tenido una niña "chingada niña nació", la maltrate. Su dependencia es total: sexual, económica, emocional. Cada vez que la maltrata siente que se muere, le dan nervios, no soporta, quisiera dejarlo y no puede porque no tiene dinero, ella se desquita golpeando a los hijos.

Esta mujer participa en el grupo contra una gran presión de su suegra y su marido que están en desacuerdo en que salga de la casa y trabaje con otras mujeres en la cooperativa de puercos, también están en desacuerdo en que ella use anticonceptivos "no estoy loco", dice él, haciendo referencia a que es impensable su participación responsable en la reproducción. Lo que más valora ella de su participación es haber aprendido muchas cosas que no sabía, hacerse el PAP, tiene recursos económicos (proyecto de puercos), lo cual le

ayuda a resolver problemas en su vida. Ella se encuentra en una gran conflicto en su participación, quiere saber más y su marido y suegra la presionan a seguir teniendo hijos, encerrada en casa, por medio de violencia física y emocional. Ella cambió, su familia y su comunidad no cambiaron.

La historia de otra mujer de 25 años nos habla de condiciones de vida desfavorables: haberse embarazado a los 14 años, haber sufrido golpes y maltrato de su marido y su suegra, no tener trabajo bien remunerado, no ser bien atendida por servicios de salud (abortó y no fue atendida por camino mal comunicado, el médico se ausenta frecuentemente y cuando lleva a sus hijos la regaña y le dice que es por descuido).

En su caso, la hermana y la madre la apoyan con el cuidado de los hijos y de esta manera ella puede participar en un grupo y aprender a hablar, defenderse, auto valorarse, sentirse respetada y tomada en cuenta por haber logrado agua, leche, granjas. A partir de la participación social ella se siente más tranquila trabajando, aconseja a su hermanita a estudiar y terminar su secundaria, no casarse joven. Ser madre es una razón para vivir: *"mis hijos son una fuerza para seguir adelante"*.

En estas mujeres mayas, vemos como la organización de las mujeres construye poderío, su participación ha logrado mejoras cualitativas en las condiciones de vida de las mujeres. Aunque aún insuficiente para solucionar problemas como el analfabetismo y la baja escolaridad, la vivienda inadecuada, la carencia de trabajo bien remunerado, los servicios de salud deficientes, el alcoholismo, la pobreza, etc.

Las mujeres mayas de Campeche nos hablan en su historia de problemas similares: violencia en la infancia, educación restringida, silencio en torno al cuerpo y la sexualidad, embarazos a edad temprana, problemas para controlar su fecundidad (creen que los anticonceptivos dañan la salud), problemas económicos para alimentar y curar a sus hijos, alcoholismo del marido y violencia doméstica, trabajo en condiciones insalubres (tejen jipi en una cueva húmeda).

Nos llama la atención que las 3 historias de estas mujeres nos hablan de impotencia: quisiera cambiar cosas en su vida pero no puede (27 años), no puede seguir avanzando pues ya es muy tarde, se siente vieja y que ya terminó todo para ella (35 años) tiene muchos malestares y desea cambiar pero no puede (43 años). Hacen referencia a esta impotencia con respecto a no poder solucionar el problema de alcoholismo de los maridos, a la falta de recursos económicos hasta para conseguir comida, el no poder aprender más cosas. Sin embargo al participar en grupos, estas mujeres mayas han cambiado en su vida el deber ser de las mujeres mayas. El grupo permite afrontar la impotencia para impulsar cambios comunitarios, sociales, políticos

Una mujer típica en la cultura maya es aquella que no se enfrenta a su marido, que acepta su voluntad. Que no se vale por si misma sino que depende de los ingresos del marido para mantenerse ella y sus hijos, que no sale del ámbito de la casa, que no trabaja fuera, que no participa, que no aprende, que nunca dice lo que le molesta y siempre se esconde, que no se interesa por los problemas de la comunidad.

Ellas viven contradicciones profundas, se saben parte de una cultura milenaria, pero la cual no responde ahora a las exigencias que viven. Ser una mujer maya con ideas propias, independiente, valiente, que se enfrenta al marido y autoridades corruptas no es fácil, pues tienen serias limitaciones para participar y mejorar sus condiciones de vida como son al analfabetismo, el monolingüismo, el ser violentadas y tener como pareja a hombres alcohólicos, la pobreza extrema, la carencia de tierra para sembrar, la vivienda en malas condiciones, la falta de servicios, las sobrecargas de trabajo, la alimentación precaria, los embarazos tempranos y frecuentes.

Todas estas situaciones se reflejan en un estado de salud precario, un malestar frecuente es el chik-nak (sensación de opresión, coraje y tristeza) tiene como única salida de resolución golpear a los niños, que aun cuando es aceptado como un remedio, no constituye una estrategia efectiva para erradicar el malestar.

No tienen una estrategia tampoco para erradicar el alcoholismo y la violencia de sus maridos, en el grupo cuando hablan de ello, sólo ríen y se burlan de sus maridos...Es difícil comprender el significado de su risa ¿impotencia? ¿pena? ¿aceptación? ¿violencia hacia sí mismas? ¿es un hecho incomprensible para ellas también? ¿es tan frecuente que ya no se percibe como una tragedia?

Cuando hablan a solas y no en el grupo, refieren que les molesta que su marido tome, les da coraje, tristeza, que no aporten dinero a la casa, que esté ausente y desarraigado de su familia, que ya no tengan derecho de nada, que vivan por vivir y que sus hijos también tomen, que su casa, su vida y sus hijos no pueden cambiar.

Así la participación social viene a ser para ellas un espacio de posibilidad de cambio: al tener un cargo de sienten bien pues de dan cuenta de que se puede aprender, que se puede tener apoyo y de que se es capaz.

Lo que más aprecian son los saberes adquiridos, "el salir de mi casa y participar me ayudo mucho a entender, saber que muchas cosas se pueden hacer". Por su participación son presionada por el marido, las autoridades, la gente, que consideran que las mujeres no deben salir de la casa y si salen son criticadas por revoltosas. Otras aprendieron a hablar español y a hablarle a sus hijos en español.

#### 4.7 Mujeres de Querétaro

Se entrevistaron a cinco mujeres viviendo en una colonia popular organizada a partir de la autoconstrucción de vivienda, todas tienen por lo menos 10 años participando en la organización, dos participan activamente con algún cargo y se siente bien y la otra presionada con su participación.

Sólo dos de ellas dicen sentirse bien de salud, aunque todas mencionan problemas de salud: con falta de ejercicio, insatisfecha, dolor de cabeza, 3 de ellas mencionaron estar mal mentalmente.

Tienen de 6 a 11 malestares, que atienden en IMSS tres de ellas, una con medicina privada. Una de ellas no atiende ninguno de sus malestares. En general, este grupo no tiene prácticas de auto atención y acuden poco a los servicios de salud porque pierden mucho tiempo esperando consulta o porque la calidad del servicio es pésima.

Las dos mujeres con mayor escolaridad, son las que tienen menos problemas de salud. En cuanto a su salud reproductiva, si bien todas usan anticonceptivos, dos de ellas mencionan que les aplicaron el DIU sin su consentimiento informado y a una le hicieron histerectomía sin ser necesario.

Por otro lado, enfrentan riesgos como abortos de repetición (tres mujeres) en dos casos provocados, a pesar de tener conocimientos en torno a la anticoncepción, y de no querer tener más hijos, se han embarazado, aún cuando sus condiciones son difíciles: cuatro de ellas han tenido a sus hijos solas, sin el acompañamiento del compañero durante el embarazo y el parto (dos de ellas son madres solteras, una divorciada y una tiene marido alcohólico).

Dos de ellas han recibido con decepción a sus hijas al nacer por el hecho de ser niñas "tanto trabajo que te costó y luego para que fuera niña"(folio 44), una de ellas tuvo rechazo de su familia por tener un hijo sin estar casada.

Otros riesgos para la salud en las mujeres de este grupo son: dos nunca se han hecho el PAP, tres de ellas son el único sostén familiar, dos de ellas realizan el trabajo doméstico y cuidado de los hijos solas, tres de ellas tienen escases de agua, cuatro de ellas tienen un espacio vital reducido (más de tres personas por cuarto), tres de ellas duermen toda su familia en un cuarto, que para dos de ellas es un cuarto de cartón. Cuatro de ellas han sido golpeadas por sus maridos alguna vez, dos de ellas lo abandonaron por ésta causa, cuatro de ellas son maltratadas emocionalmente por sus compañeros, ninguna de ellas ha sufrido violación conyugal.

Las mujeres de esta colonia comenzaron a participar en una organización social y obtuvieron recursos tan importantes como son territorio propio, vivienda, capacitación en salud, tejido, costura, alfabetización, primaria y secundaria abierta, espacios recreativos, etc. A pesar de que actualmente las instancias de participación son menos formales dentro de la colonia, las mujeres han construido redes de amistad y apoyo.

Consideran como un logro haber obtenido su vivienda, sin embargo las mujeres solas ó más pobres son las personas que no han podido construir una vivienda digna, siguen participando en las movilizaciones políticas más amplias, sin embargo, sus propias necesidades de mejoramiento de vivienda y salud no son parte de acción por parte de ellas.

Los problemas de esterilización sin consentimiento informado, los abortos repetidos, la falta de participación de los varones en la anticoncepción, embarazo, parto, el trabajo doméstico y el cuidado de los hijos, la discriminación de las mujeres al nacer, la violencia física y emocional de los maridos, la vivienda en malas condiciones y los problemas de salud de las mujeres no son aún objeto de movilización, de participación social, pues se considera que son asuntos privados, o no son problemas prioritarios.

Las mujeres en su relación como amigas hablan de la violencia que viven y no son tratadas en grupo por no vulnerar el prestigio de sus compañeros, que en algunos casos son dirigentes sociales. Se considera que

los compañeros están realizando labores políticas importantes que tienden a mejorar el bienestar de otros (las comunidades indígenas, rurales y los pobres organizados).

Este es un interés compartido y por lo tanto se relegan las cuestiones "personales" de violencia, de falta de participación en el espacio doméstico y cuidados de los hijos. Se prioriza el bienestar de los otros al propio bienestar, el ser madre se extiende aquí a las instancias de participación social.

Algunas de ellas tienen al mismo tiempo una imagen devaluada de sí mismas: él es el dirigente, el que participa, el que es útil, seguro de sí mismo, el que sabe y ellas son inseguras, tienen que atender casa e hijos y cuando participan dicen que "solamente ayudan" al compañero.

La historia de M nos habla de dificultades para participar porque las reuniones son en la noche y no quiere dejar a su hijo solo, su participación no significa un apoyo para ella y tiene necesidad de dedicar más tiempo a un trabajo remunerado. por otra parte cuando ha tratado de impulsar algún proyecto, se desanima: "se tiene que pedir permiso a todo mundo, todo mundo tiene que estar de acuerdo, así que hueva".

Estos comentarios nos hablan de que las formas de participación no se adaptan a los horarios de las mujeres, no responden a sus necesidades y se carece o se desalientan las iniciativas de autonomía para impulsar proyectos propios.

En su caso, tiene necesidades como son el tener un trabajo remunerado, el apoyo en la atención de su hijo que tiene problemas de salud, y la atención de su propia salud: se siente culpable por la enfermedad de su hijo, preocupada por la carencia de recursos y trabajo que se adapte a sus necesidades, nunca se ha hecho el PAP, ha tenido 3 abortos provocados, tiene más de 5 años con el DIU y nunca se lo ha revisado, ha tenido relaciones con muchas parejas y no usa condón, dice necesitar apoyo y solidaridad de amigas, evocando a sus amigas durante la adolescencia.

La participación social le permitió construir su casa y sentirse satisfecha de poder hacerlo sola, sin un compañero. También es una satisfacción que en el período en que ella era parte de la mesa directiva, "se logró" la vivienda para más de 200 familias. Dice que en esta etapa trabajó mañana, tarde y noche porque ella creía que por ser una mujer sola, sin familia y sin tantas necesidades como otros solicitantes de vivienda, ella tenía que trabajar más. Se siente desmerecedora y no se apropia totalmente de sus esfuerzos.



#### 4.8 Mujeres del D.F. Y Área Metropolitana

Se entrevistaron 12 mujeres, de edades entre los 15 y los 36 años, 6 casadas ó unidas y 6 solteras (una de ellas viuda). 5 no participan en ningún grupo, las demás participan y dicen sentirse bien con su participación, excepto una que dice sentirse presionada, 4 no han tenido ninguna capacitación en salud, una es promotora y las demás han recibido de 1 a varios cursos de salud.

Solamente 3 dijeron sentirse bien de salud, las demás dijeron tener los siguientes problemas: insegura, cansada, preocupada, deprimida, con una confusión terrible, más o menos, con una situación psicológica difícil. Manifestaron entre 2 y 15 malestares, de los cuales la mayoría (9 mujeres) no son atendidos, solamente 3 mujeres atienden la mayoría de sus problemas y las demás solo algunos principalmente con: medicina privada (7 mujeres), SSA (4 mujeres), Farmacia (2), IMSS (1) y medicina doméstica (3 mujeres).

Las mujeres de éste grupo son también el único grupo en el que todas se han realizado el PAP, lo atribuimos a la reciente campaña de PAP realizada por la Red de mujeres del DF, a una mayor escolaridad y quizá también a que tienen más servicios de salud en la zona urbana.

También en este grupo, son las mujeres que tienen menos problemas en cuanto a la decisión de su fecundidad, pues ninguna de ellas dice sentirse impedida de usar anticonceptivos. Sin embargo, aún se dan casos de aplicación del DIU ó salpingoclasia sin consentimiento informado, como es el caso de 3 mujeres de éste grupo.

A una de ellas le realizaron salpingoclasia antes de los 21 años condicionada para obtener leche gratuita para sus 2 hijos, posteriormente falleció uno de sus hijos y ha sufrido una gran depresión y deseado operarse para volverse a embarazar.

Aún tienen riesgos en cuanto a embarazarse a edad temprana (4 mujeres), de sufrir abortos (4 mujeres), algunos de ellos provocados, sin cuidados durante su embarazo y parto (4 mujeres) y con hijos rechazados al nacer (3)

Como protección podríamos señalar también que la mayoría de las mujeres de éste grupo tiene trabajo remunerado y valora su aporte, así como también la mayoría comparte el trabajo de la casa y el cuidado de los hijos. Como riesgo, que la mitad de ellas tiene un espacio vital reducido, que para dos de ellas significa que en un cuarto duermen más de 7 personas. Si bien algunas mujeres refieren haber sido golpeadas (cuatro mujeres) y una de ellas haber sufrido violación conyugal, la mayoría de ellas responde a la violencia y se defiende. Las mujeres que más se atienden sus problemas de salud y dijeron estar bien son tres solteras y una es viuda.

Contamos con 3 historias de vida de las mujeres de ése grupo: de 32, 35 y 44 años. Ellas nos hablan de lo obtenido a través de la participación social. Una de ellas (32 años), empezó a participar para obtener leche y para otorgársela la condicionaron a realizarse salpingoclasia.

A raíz de que murió uno de sus dos hijos, sufrió depresiones severas, entró a participar a un grupo de salud y obtuvo trabajo en una instancia infantil del cual obtiene satisfacción personal (dice que aunque no le pagaran iría). El grupo la ha apoyado a salir de depresiones severas, a elaborar el duelo de su hijo y dejar de desear operarse para volver a embarazarse, se ha realizado PAP y ha incorporado a su esposo e hijo en el trabajo doméstico (folio 32).

Como otras mujeres, ella tiene una historia de orfandad materna, abandono del padre, violencia familiar que cree solucionar huyendo con un hombre que luego también la violenta. Llega al grupo en un estado de devaluación y dependencia vital: "creo que (a él) le da vergüenza que me vean como soy, muy pobre y fea...es muy celoso, no me puedo arreglar ni tantito porque sospecha de todo el mundo...no salgo a ningún lado, dejé a mis amistades, no me arreglo para que no se enoje"(ibid), también se siente

culpable y deprimida por la muerte de su hijo que se ahogó mientras ella iba a las tortillas.

En el grupo obtiene apoyo para salir de la culpa, el grupo le abre nuevas posibilidades, dejar de ser y hacer lo que su marido diga y con el apoyo de las mujeres hacer frente a las prohibiciones de participar. Empieza a tener recursos para ella misma, cambia la distribución del trabajo doméstico, deja de pensarse solamente como madre, cambia su identidad.

Otra mujer de 35 años (folio 37) es también huérfana de madre, que asumió en su infancia la maternidad de sus hermanos más pequeños, muy violentada por su padre, huye con un hombre también golpeador y posteriormente tiene 3 compañeros más también violentos y drogadictos.

Su madre, ella y su hija mayor repiten a través de 3 generaciones una historia de violencia semejante con hombres drogadictos ó alcohólicos, mantienen relaciones de dependencia erótica y afectiva hacia ellos: la hija de 15 años fue obligada por su novio drogado a tener relaciones sexuales, la golpeó, la vomitó, quedó embarazada y todavía su mayor temor es que él se enoje con ella y la deje.

Durante 3 generaciones estas mujeres crecen en medio de la violencia, el alcoholismo, sin decisiones sobre su cuerpo, su fecundidad, su sexualidad, como seres sin límites, que disculpan la violencia del otro y no reconocen el daño a su integridad. Con una relación madre-hija violenta y ausencia de relaciones de sororidad.

Tiene obstáculos para participar, internos y externos, entre ellos su salud: flujos, dolor de vientre, várices, dolor de cadera, insomnio, angustia, vista disminuida y quiste en seno izquierdo. También menciona dificultades en los grupos de mujeres en los que participa: "poco apoyo de sus compañeras en la cocina, disgusto porque las que se creen dirigentes buscan su beneficio, el grupo no aprovecha su instrucción de aerobics...prefiere apoyar en su organización otros aspectos y no salud, tema en el que se capacitó, porque su

organización no se interesa en cuestiones de salud" No menciona en ninguno de los grupos en los que ha participado relaciones de sororidad.

Sin embargo, menciona beneficios obtenidos a partir de su participación social: desayunos, tortibonos, trabajo remunerado como cocinera e instructora de aerobics, capacitación en salud, realización del PAP.

La historia de M de 44 años, nos habla de un proceso parecido, a pesar de que proviene de un medio sociocultural alto: violencia materna, muerte de una hermana, huida de la casa con otro para escapar de los problemas de violencia, y violencia física y emocional del marido.

Cuando ella decide dejar de ser violentada separándose del marido, se le violenta más: los hijos se niegan a irse con ella, pierde su maternazgo, se le dice a los hijos que su madre (ella), es una prostituta, abandonadora, mala.

Ella resiente durante muchos años el castigo social cuando deja de ser madre. En su participación social ella busca "revaloración, perfeccionamiento intelectual, femenino, profesional y social" (trabaja en un grupo de mujeres contra la violencia)

La historia de éstas tres mujeres nos dicen que la historia personal de violencia es un punto importante a abordar en la participación social, a fin de que las mujeres puedan constituirse como sujetos.

#### 4.9 Mujeres del área urbana de Jalisco

Se entrevistaron 11 mujeres: 7 de edades entre 40 y 60 años y 4 de 29 a 33 años. Cinco de éstas mujeres viven solas: dos viudas, una soltera, una separada de su marido y una con marido migrado a E.U.A.

Sólo dos de ellas no participan en ningún grupo, dos participan con cargo, una se siente bien con su cargo y la otra se siente presionada, la mayoría participan en algún grupo sin cargo. 2 de ellas no han tenido ninguna capacitación en salud, 5 son promotoras de salud.

Cuatro dicen sentirse bien de salud, las demás dicen sentirse: muy mal física y espiritualmente, con dolor de cabeza, nerviosa por la ley 187(se refiere a las ley que afecta a los residentes en E.U.), cansada, con dolor en un ojo, angustiada por temor a estar embarazada.

Es el único grupo que manifiesta atenderse la mayoría de sus malestares con medicina doméstica y sólo dos de ellas mencionan que han acudido a SSA ó a médico particular para atenderse. Podríamos decir que las mujeres de éste grupo tienen un mayor auto cuidado aunque sólo una de ellas se ha realizado PAP hace menos de un año. La mayoría (6) hace más de 3 años que no se lo realiza y 4 de ellas nunca se lo han hecho.

Entre los factores de riesgo que tiene la mayoría de ellas están el descuido durante sus embarazos y partos, la presencia de abortos, hijos no bien recibidos al nacer, algunas carecen de trabajo remunerado (4), realizan el trabajo doméstico solas (4), tienen un espacio vital reducido y tienen problemas de violencia física (4 mujeres), emocional (5) y sexual (3). Las mujeres que mencionan violación conyugal tienen maridos alcohólicos.

Las historias con las que contamos: de una mujer de 33 años (folio 117) y otra 51 años (folio 118), ambas con capacitación de salud, si bien mencionan como un beneficio de la participación la adquisición de saberes, la razón por la

que dicen participar es sentirse bien siendo útil, dando un servicio a la comunidad. El sentido de la participación es para otros.

Se valora también aprender a realizar las labores tradicionales de madre y esposa: cocinar alimentos nutritivos, prevenir y curar enfermedades, sin embargo, estos conocimientos poco o nada se aplican a sí mismas.

En el grupo encontraron por primera vez personas que las valoraban, que las tomaban en cuenta, que las hacían sentir importantes.

Una de ellas encuentra en el grupo apoyo y ayuda para superar la separación física de su marido y reconciliarse con él, así como compartir con él el cuidado de los hijos. Aprendió a ser capaz de hablar y defender sus derechos, a sentirse orgullosa y valorada por su marido. (mejoró su estatus de esposa).

Cuando tuvo problemas legales, no recibió apoyo de su organización, por lo cual dice estar desilusionada.

Otra de ellas, si bien menciona una gran cantidad de saberes obtenidos en la participación social, por lo cual se siente muy contenta, también nos habla de su propia desvalorización e impotencia en la que llega y permanece en el grupo: "tengo cabeza de teflón y no se me pega nada" (folio 118).

Lo que aprende lo pone en práctica en hijos y nietos, aprende para mejorar sus funciones de curadora de otros, no aplica en sí misma sus conocimientos.

Su historia nos permite entender porqué: vivió una infancia de violencia y abandono tanto de su padre como de su madre, aunque sólo guarda resentimiento a la madre, que abandonó a su padre porque la golpeó y ella ha sabido que fue porque su madre le era infiel a su padre, su madre tuvo 3 hijos más con otro padre, y trabajaba al parecer de prostituta, dejando a los niños encerrados.

Ella dice que su madre la odiaba, la golpeaba de forma tan grave, hasta dejarla inconsciente "como si no fuera yo"(ibid) y las razones por las que la golpeaba eran: porque se parecía a su padre, por no hacer bien las tortillas, por decirle que tenía hambre.

Su madre la regaló a una maestra cuando tenía 10 años, para trabajadora doméstica, aprende a realizar trabajo doméstico y al mismo tiempo escucha de la maestra "que la mujer vale mucho, que tiene su dignidad, que debe darse su lugar"(ibid). Cuando se casó tardó dos meses para tener relaciones sexuales con su marido, la abuela del marido le explicó la "ley del matrimonio", para tener hijos.

Fue iniciada por mujeres a ser madre, esposa. Aún sin madre, varias mujeres cumplieron el papel de madre: la tía la abuela, la patrona, etc.

Al empezar a participar en un grupo, se mezclan en ella una diversidad de reflexiones, a veces contradictorias: es bueno aprender a curar a otros y a sí misma. -es bueno aprender que ella puede aprender (valorización y autoestima).-no puede aprender nada (impotencia e inferiorización: "nada se me pega, tengo cabeza de teflón"). Y reflexiones de lo que hubiera podido ser su vida, cree ya no poder cambiarla "hubiera querido tener la oportunidad de haber estudiado, de haberme superado sabiendo hacer algo en la vida, además de cambiar pañales y poner frijoles"(ibid).

Lo que ella no puede hacer, la impotencia para sí, es omnipotencia para los demás; todos sus hijos están estudiando o tienen una profesión. Les habla a sus hijas de métodos anticonceptivos, para "que no vayan ciegas al matrimonio como yo"(ibid). Da por sentado que sus hijas tendrán que casarse y las enseña a cumplir mejor su papel.

Estas historias nos dicen que la participación social se vive desde una historia previa de violencia, inferiorización y que en la participación social

pueden abordarse estos problemas o pueden quedarse latentes e impedir el desarrollo de las mujeres.



#### 4.10 Mujeres del área rural de Jalisco

Ellas son 14 mujeres de edades entre los 42 y 60 años, 4 de ellas de 28 a 33 años. La mayoría (10) casadas y 4 solas (una soltera, 2 viudas y una divorciada).

Todas, excepto una, participan en algún grupo, solo 3 de ellas participan con cargo y se sienten bien con la participación.

Solamente una de ellas dice sentirse bien de salud, las demás dicen que se sienten más o menos, cansadas, tensionadas, nerviosas, porque una hija se fué a trabajar y no ha ido a verla, con mareo, dolor de cabeza, mal con hernia umbilical, sola sin su marido que está en E.U.A., tienen entre 4 y 10 problemas de salud, atendidas la mayoría por ellas mismas con medicina doméstica, 2 atienden algún problema con médico particular, dos con farmacia y una con SSA. Solo L (Folio 66) de 28 años con marido en E.U. y que quiere embarazarse para no perder a su marido, no atiende ninguno de sus problemas de salud.

Podríamos decir que la mayoría tiene prácticas de auto cuidado hacia su salud y no acuden a los servicios de salud, aunque solamente dos de ellas se han hecho el PAP hace menos de un año y la mayoría (ocho) hace más de 3 años que no se lo realiza, cuatro nunca se lo han hecho.

Los riesgos que tiene este grupo de mujeres son: baja escolaridad: cuatro son analfabetas y cinco no terminaron la primaria, embarazos antes de los 18 años (cinco), desatención de sus embarazos y partos (diez), abortos (seis), con una gran mortalidad infantil (a ocho mujeres se les ha muerto por lo menos un hijo menor de 5 años), hijos que no son bien recibidos al nacer(seis bebés, dos de ellas eran mujeres y fueron rechazadas por nacer con sexo femenino). Carecen de trabajo (cuatro) ó son el único sostén familiar (cuatro), realizan el trabajo doméstico y el cuidado de los hijos solas (cuatro), y tienen un espacio vital reducido (siete). La mayoría enfrentan violencia de sus maridos: cinco son golpeadas, diez son maltratadas emocionalmente y tres sufren

violación conyugal, ocho tienen marido alcohólico. Si bien la mayoría se defiende de la violencia y solamente una llora y se aguanta cuando es golpeada, tres de ellas se desquitan del maltrato golpeando a los hijos.

En las historias podemos ver que a mayor tiempo de participación en organizaciones, mayores logros, sin importar su edad.

Dos mujeres de 50 años, tienen una historia reciente de participación social en los grupos de salud y una historia personal de violencia desde la infancia, embarazos tempranos, múltiples y frecuentes, maltrato conyugal. Por tener hijos grandes, disponen de más tiempo para participar, sin embargo esta participación sigue estando dirigida a servir a otros, a costa de descuidar la propia salud.

C. (folio 113), de 58 años, padece cefaleas, dolores osteomusculares, ansiedad y angustia, anemia (tuvo 17 embarazos, 7 de ellos abortos no atendidos, éstas hemorragias podrían ser la causa de su anemia), infecciones urinarias y se siente mal de salud, sin embargo sus esfuerzos siguen dirigidos a que sus hijos estén bien con sus familias.

M (sin folio) tiene dolor de cabeza, cansancio, debilidad, cólicos y hemorragias durante la menstruación, ha tenido miedo y soledad durante sus embarazos y partos, nunca se ha hecho el PAP, tiene várices, conjuntivitis "de tanto llorar"(ibid), dolor de cuerpo en general.

Por sus problemas de salud, su hija la llevó a un psicólogo, y el sacerdote la anima a participar en las CEBS, los grupos de salud y a preparar niños para el catecismo. A partir de que empieza a participar se debaten dentro de ella misma una multitud de discursos: -El que ha construido ella misma acerca de su propia identidad (se siente vieja y fea, le da vergüenza su cuerpo, se siente sola y triste, tiene deseos de convivencia, cariño y compañía), su esposo rechaza su cuerpo y solo la ha utilizado para que le dé de comer y para tener relaciones sexuales, su primera relación sexual con él fue violenta y la hizo sentir triste, sola y con coraje.

Ella se casó sin saber qué ocurría en las relaciones sexuales, su madre sólo le dijo cuando empezó a menstruar "que no se le arrimara a ningún hombre porque después ya no eran señoritas". Ella preguntó más a su madre y su madre se quedó callada. El silencio de su madre la hizo sentir rechazo y vergüenza por su cuerpo y su sexualidad.

-El discurso de su esposo y su suegra, que piensan que la mujer "se hizo para la casa, para servir al hombre y no debe brincarse las trancas" (y si se las brinca, está su esposo para limitarla y controlarla).

-El discurso del sacerdote que le dice que deje de ser un títere de su esposo, y que tiene derechos humanos. Este poder eclesial se convierte en un apoyo para decidir salir de su casa aunque su esposo no quiera: al catecismo, al estudio de la biblia, al grupo de salud.

-El discurso de los servicios de salud, que dicen que hay que planificar la familia.

-La impotencia de ella que la hizo durante mucho tiempo no planificar, no se podía hablar de anticonceptivos pues "era pecado, se condenaban", y finalmente después de tener muchos hijos ligarse por cuestiones de salud a escondidas de su marido.

- Y finalmente su propio deseo de que "las mujeres jóvenes se cuiden para que no les pase lo que a mí"(ibid).

Aún cuando el sentido de la participación sea seguir sirviendo a otros, se percibe un cambio en la vida de éstas mujeres, en un mejoramiento de la calidad de su vida: "desde que empecé a salir de mi casa, se me han quitado las telarañas de los ojos, como que ya veo hasta de más, me siento mucho mejor y ya me animo a hacer cosas que antes que esperanzas, hasta con mi marido, como que ya no me importa tanto que no me haga caso, ahora yo me preparo y aprendo que la vida no nomás es él, que tengo que vivir mi vida sin

estar esperanzada a él o a otra gente...Yo creo que dar un servicio a los niños del catecismo, ayudar a la gente a curarse, ayudar un poco a los demás como la Magdalena ayudó a Jesús y secó sus lágrimas, así yo...tengo razones para vivir". (definitivamente, hay mujeres que se realizan solamente como madres).

L. (folio 66) de 28 años, con dos hijas, toma la participación en el grupo como un medio para olvidar sus problemas, convivir y pasársela a gusto, aprender algo.

Sin embargo, sus preocupaciones parecen ser externas al grupo, ó no son abordadas en el grupo: desea embarazarse otra vez para que su marido que tiene 2 años en E.U. no la abandone como su marido anterior, se siente desesperada por no trabajar porque su marido no la deja (a control remoto le prohíbe trabajar), es rechazada por la familia de él por tener una hija de otro hombre que la abandonó. Ella misma lo dice: le gusta asistir al grupo porque se le olvidan sus problemas, según lo que nos dice, se le olvida su miedo al abandono, su impotencia y desesperación por seguir cautiva de un hombre que hace 2 años que no ve y le impide a larga distancia trabajar y desarrollarse.

No se discute en la participación la ausencia de autonomía de las mujeres, los deseos de embarazarse o lo que hay atrás de esos deseos y que el embarazo no sea solo un medio para retener al marido y no estar sola.

C. (folio 57), de 43 años, con una historia familiar y personal de participación social, pertenece a varias organizaciones: productiva, de salud, religiosas y dice que con su participación ha aprendido a vivir, que el trabajo la alivia. Siente más difícil la vida desde que se divorció pero siente que está mejor sola, que en su organización encontró solidaridad y apoyo inclusive económico con lo cual ha podido seguir adelante (entre otras cosas, el sacerdote de la CEBS es el que le recomienda vaya con un licenciado para que le ayude en lo del divorcio).

A través de la participación social ha logrado: trabajo (siembra en común), capacitación en salud, alivio por el trabajo, defender sus derechos,

alegría, poder separarse cuando el marido la golpea o maltrata, conocimientos, reconocimiento de su comunidad al manejar un botiquín con plantas medicinales, sabe manejar terapia energética. Sin embargo, participa aún con muchos problemas de salud: mareos, dolor de cabeza, estreñimiento, parásitos, dolor de dientes, hemorragias, miedo, angustia, coraje, insatisfacción, problemas con su sexualidad "me quito las ganas de marido con el manejo de energía"(ibid) es decir, reconoce su sexualidad y sus deseos y los reprime, ella misma es su propia guardiana, para no ser una mujer deseante.

Quizá la participación social en el grupo no aborda el centro de opresión de las mujeres: su cuerpo, su deseo, su sexualidad, su autonomía.

#### 4.11 Mujeres del área rural de Veracruz

Se entrevistaron 12 mujeres de 25 a 55 años, 10 casadas, una viuda y una mujer sola. 5 de ellas no participan en ningún grupo, las demás participan con cargo y se sienten bien con su participación, 7 de ellas no han tenido capacitación en salud, 4 son promotoras de salud y una ha recibido varios cursos.

Todas dijeron tener problemas de salud, excepto una que dijo sentirse animada y preocupada, las demás mencionaron problemas como: dolor de cabeza, mareos, mal de tanto pensar, cansancio, desesperación, preocupación, mal por su hija embarazada, mal por problemas económicos, triste, nerviosa. En 6 mujeres se repitió la frase de preocupación.

En este grupo existe un mayor auto cuidado en las mujeres que tienen mayor grado de capacitación en salud y mayor tiempo de participar en algún grupo.

Las 5 mujeres que no participan tienen entre 7 y 18 problemas de salud que no atienden ni ellas ni otros, mientras que las que participan y tienen capacitación en salud tienen entre 6 y 13 problemas de salud, todas utilizan en menor o mayor grado la medicina doméstica, en menor frecuencia (5) dijeron acudir a la SSA y a la medicina privada (3).

Los riesgos que enfrentan son baja escolaridad y analfabetismo, imposición de métodos anticonceptivos (mujeres con salpingoclasia sin consentimiento informado, es el grupo con más casos de salpingoclasia en el país). Otros problemas en el auto cuidado del cuerpo son: embarazos a edad temprana (5), sin cuidado (7), teniendo hijos que no son bien recibidos (en dos casos, por ser mujeres), algunas no se realizan el PAP (7 mujeres), tienen problemas laborales, algunas realizan el trabajo doméstico solas (4), tienen espacio vital reducido (6) y enfrentan una gran violencia: mortalidad infantil hasta más de 2 hijos, violencia física (8), emocional (11) y sexual (5), 5 mujeres

tienen maridos alcohólicos. De las mujeres golpeadas (8), sólo dos no responden estratégicamente, sino que lloran y se aguantan, ellas son mujeres con baja escolaridad, que no han tenido capacitación en salud y una de ellas no participa en ningún grupo.

En el grupo de mujeres rurales de Veracruz es posible ver como las mujeres que participan tienen un mayor poderío que las mujeres que no participan: tienen mayor autoestima, se sienten satisfechas, en palabras de ellas : "me siento contenta, siento que vale la pena" (folio 92), como un resumen de todos sus logros: salir del aislamiento, aprender cuestiones de salud (hacerse el PAP, usar plantas medicinales, etc.), aprender a coser, obtener recursos (del molino, de las costuras, de préstamos, de proyectos productivos, vivienda), producir programas de radio, serigrafía, organizar y coordinar asambleas, planear y evaluar el trabajo con mujeres.

A partir de la participación en grupos ha mejorado su relación de pareja, ha disminuido la violencia física, emocional y sexual, han conocido y usado métodos anticonceptivos, comparten el trabajo doméstico y el cuidado de los hijos.

Han logrado mejorar un poco la calidad de sus vidas a pesar de las limitaciones económicas y culturales que tienen, como son baja escolaridad, vivienda en malas condiciones, sin servicios de salud, carencia de fuentes de trabajo, alcoholismo y violencia.

En la historia de 6 mujeres podemos ver una serie de limitaciones que han tenido desde su infancia: violencia física del padre, la madre, los hermanos, la abuela (sólo en dos casos, las mujeres no tenían una madre violenta), casadas con un hombre a temprana edad no porque haya sido una decisión consciente y bien pensada, sino por huir de una familia violenta o en el mejor de los casos "para tener su propia casa" o porque ya dieron su palabra.

En todos los casos, fueron mujeres que se casaron sin un conocimiento previo de su pareja, los encuentros durante el noviazgo se dan en

circunstancias de temor y culpabilidad, la mayoría de éstas mujeres llegaron al matrimonio sin conocimiento de su cuerpo, de su sexualidad, de las relaciones de pareja.

Las primeras relaciones sexuales se realizan con miedo, dolor, preocupación y el sentido de las relaciones sexuales es para la procreación, teniendo una presión social para embarazarse enseguida que se casan: "tardé 4 meses en embarazarme, mis cuñadas me preguntaban que si ya, que si todavía no, que si cuando, que porqué" (Folio 101), con embarazos seguidos.

Algunas han tomado anticonceptivos orales que abandonaron por efectos indeseables como nervios, dolor de cabeza. Ninguna de ellas menciona una sexualidad satisfactoria y sólo se acepta como una forma de mantener el matrimonio: "rara vez he disfrutado de la relación sexual y mejor me ofende, no siento ningún deseo de tener relaciones sexuales, aunque lo hago por tener la fiesta en paz con mi marido " (folio 101).

Algunas de ellas han enfrentado a los estereotipos que dicen que una mujer no debe salir de la casa ni descuidar a los hijos, a la creencia de que si los maridos les dan de comer, las mujeres no tienen porqué salir: el suegro de una de ellas le lleva la comida para que no salga (folio 101), el marido de otra le reclama: "no te falta de comer, para que vas (al grupo)" (folio 92).

Aún participando, permanecen sujetas al marido, se refieren a que su marido "las deja ir" (f 92), negocian sus salidas con su marido dejándoles de hablar, comiendo en silencio.

Varias de ellas son huérfanas de madre, todas violentadas por el padre y después por el marido, hermanos. Expresan con miedo a los pleitos y discusiones, con insomnio, pesadillas, mareos, deseos de llorar, desesperación después de las relaciones sexuales, lo que no pueden decir con palabras: una de ellas se obliga a querer, a perdonar, a ser buena y sufrir por sus hermanos y padre que tanto la golpearon y hasta homicidios han cometido, otra de ellas dice querer mucho a sus suegros a pesar de que su hijo la golpea, la obliga a



tener relaciones sexuales cuando está enferma, rechaza a su última hija y la amenaza con regalarla, no la deja salir sola, no se quiere casar con ella, no se puede curar y piensa que se va a morir, sin embargo no puede aceptar el apoyo que sus suegros le ofrecen para curarse.

M. de 30 años (folio 101), siente desesperación, coraje, tiene pesadillas, insomnio, tristeza: su esposo le impide salir, trabajar, tiene como vigilantes a su suegro y a sus hijos (su esposo la deja salir a ver a su mamá si sale con sus 3 hijos "ellos son tu freno" le dice). Por supuesto, él si tiene derecho de tener otra relación. M desearía no haberse ido con él, poder trabajar, tener otra vida.

R. de 53 años (folio 103), sola durante 33 años, con 3 hijos es líder y tiene mejor situación de salud. Fue educada desde los 6 años a trabajar como obligación y en servidumbre hacia los otros, maltratada y golpeada por padres, a los 8 años intentaron violar a su hermana cuando trabajaban. Ella creció enojada y callada. La decisión de formar pareja no fue bien pensada: "me casé por rivalidad y competencia con otra y para darle gusto a la gente.. para que no siguieran hablando, me casé"(ibid), (presión social para casarse).

Es muy clara al explicar sus sentimientos hacia su esposo y sus hijos: sentía rechazo por su esposo aún cuando era noble, responsable y respetuoso, sólo se sentía bien cuando él se iba, ella lo dejó 3 veces, sentía deseos de matarlo, no lo quería, sentía coraje y odio, le pedía que la dejara y se fuera, él le decía que estaba loca.

Le cuesta ser cariñosa con sus hijas, es más cariñosa con sus nietos (se repite a través de tres generaciones la conflictiva relación madre-hija). Ella reconoce éste hecho y pretende mejorar la relación con sus hijas: "siento que han cambiado mis ideas y el trato con mis hijas, antes pensaba que yo tenía razón en todo, pero he ido aprendiendo poco a poco a través del trabajo en grupos de mujeres".

Al mismo tiempo, ha aprendido a poner límites y a defender sus derechos: "antes yo pensaba que era menos que los demás, que ellos tenían

más derechos que yo, pero ahora me siento capaz de hablar y defender mis derechos".

#### 4.12 Mujeres del área urbana de Veracruz

Se entrevistaron 8 mujeres de la zona urbana de Veracruz, de 24 a 53 años: 4 casadas, 2 viudas, 2 solteras. Todas, excepto una participan en algún grupo, tienen cargo y se sienten bien con él, 2 no tienen ninguna capacitación en salud, 1 tiene alguna y 5 son promotoras de salud.

Todas tienen problemas de salud, se sienten: mal de tanto pensar, mal por su hija embarazada, mencionan entre 4 y 13 problemas de salud, sólo 3 de ellas atienden la mayoría de sus problemas de salud, y solo una de ellas con 4 malestares, no atiende ninguno. La mayoría de ellas (6) atiende con medicina doméstica sus malestares y 4 de ellas acuden también con SSA, 1 a medicina privada.

Riesgos: la mitad de ellas tiene baja escolaridad o es analfabeta, una no utiliza anticonceptivos, 1 embarazada antes de los 18 años, 2 han abortado, 2 no han tenido cuidado durante su embarazo y parto, 2 niñas han sido rechazadas al nacer. Todas se han hecho el PAP, excepto una mujer que hace más de un año que no va. Es el grupo con mayor cantidad de PAP realizados .

La mitad de ellas tiene problemas de trabajo, enfrentan la violencia física, emocional o sexual del marido.

El esfuerzo que han invertido en la participación las mujeres de este grupo es impresionante, con tantas limitaciones como son la baja escolaridad, los embarazos a edad temprana, la violencia y el rechazo desde la infancia, con los hermanos, con la pareja, sin vivienda propia, con trabajo poco remunerado.

A partir de la participación social se han relacionado con otras personas, han obtenido apoyo, autoestima, autovaloración en relaciones de sororidad "nos vamos ayudando entre todas" (folio 97), han obtenido saberes: leer, escribir, capacitación en salud, control de su fecundidad.

Participar les implica realizar esfuerzos adicionales "participando termino cansadísima" (folio 97), pero el hablar con otras personas que tienen otras formas de pensar les ha ayudado a desenvolverse, el grupo las hace cuestionarse su vida: "cómo fue que me arrejunté y tuve hijos sin quererlo" (ibid), el cómo seguían teniendo hijos con un compañero alcohólico que las golpeaba, gritaba, humillaba sin que aportara dinero ni cuidado a sus hijos y soportándolo para que sus hijos tuvieran padre. El papel de madre también las impulsó a participar, a movilizarse para vestir, calzar, alimentar, curar y educar a los hijos.

Participar es para ellas: "ayudar en algo y que me ayuden", poder decir que sirve para algo, sentirse útil.

El poderío se construye. A (folio 111), mujer de 24 años soltera, a pesar de haber sido rechazada y violentada por su padre y luego por su novio, se ha empeñado en mejorar su situación de salud (se siente deprimida y desvalorizada), y su vida separándose de su compañero.

Desde niña se le enseñó a decir no puedo, a desvalorarse: "Las niñas deben ser para ayudar, deben ser buenas, complacer a los demás, estar bien con ellos, reconciliar a la gente" (ibid). Tener conocimiento de los anticonceptivos y aplicarse un DIU acompañada de su novio no la protegió de la violencia que aparecía cada vez que ella quería decidir por sí misma.

Participar en un grupo de mujeres adictas a relaciones destructivas por un lado le ayudó a desligarse de su novio y a reconocer su dependencia afectiva y erótica hacia él, pero también la hizo sentirse mal (una "porquería", según sus propias palabras, una persona enferma y fea por andar con una persona así) En este grupo no vio alternativas de cambio, apoyo ni confianza en sí misma. En cambio participar en un grupo religioso le dio paz, le permitió por una vez en su vida sentirse aceptada.

En ella es muy claro el conflicto con su madre: se siente culpable y cree que su madre no la va a aceptar cuando sepa que transgredió sus valores, que

no fué buena, que traspasó el límite de las normas impuestas por su madre. Aún no se puede separar de ella totalmente.

La historia de A (ibid) nos habla de que si bien en un espacio de participación social como lo es un grupo de mujeres es necesario reconocer la subjetividad de las mujeres como cautivas, también es un hecho doloroso que puede causar la ruptura del grupo si no se cuenta a la vez con actitudes de aceptación, apoyo, alternativas de cambio.

#### 4.13 Mujeres del área rural de Michoacán

Se entrevistaron 14 mujeres, de edades de 20 a 55 años, 12 casadas, y 2 solteras. Todas participan en algún grupo y las que tienen cargo se sienten bien con su participación, 6 de ellas no han tenido ninguna capacitación en salud, la mayoría ha recibido varios cursos de salud.

Sus principales riesgos son: el analfabetismo y la baja escolaridad, solo 3 de ellas han terminado la primaria, los riesgos reproductivos (embarazo a edad temprana, embarazo y parto sin cuidado, hijos que no han sido bien recibidos).

Ninguna de ellas se ha realizado recientemente el PAP. La mayoría (doce) nunca, una hace más de 3 años y una no porque tiene 20 años y es soltera.

No tienen trabajo remunerado la mayoría (nueve), realizan el trabajo doméstico solas y todas tienen escases de agua, espacio vital reducido. 7 de ellas han sido golpeadas por sus maridos, maltratadas y cinco con violación conyugal. Casi la mitad tiene maridos con alcoholismo.

#### 4.14 Mujeres Purépechas de Michoacán

Se entrevistó a 10 mujeres purépechas, todas con hijos, 8 casadas, 1 viuda y una sola de edades entre los 24 y 49 años. Todos participan en un grupo sin cargo, solamente 2 no han recibido ningún curso en salud, los demás han tomado uno o varios cursos de salud.

Las mujeres purépechas entrevistadas tienen baja escolaridad: 5 son analfabetas, una tiene primaria incompleta y 4 primaria completa. Sólo 2 de ellas mencionan problemas con el control de su fecundidad: a uno de ellas no usa ningún tipo de anticonceptivos por desacuerdo con la pareja, 4 de ellas se embarazaron antes de los 18 años, solamente 1 de ellas ha tenido un aborto no atendido, 4 han tenido más de 5 embarazos, algunos de ellos sin cuidado. 5 mujeres han tenido hijos que no han sido bien recibidos, en 2 casos las niñas fueron rechazadas al nacer, por ser niñas. La mayoría de las mujeres purépechas entrevistadas no se ha hecho PAP nunca (8 de 10). La mayoría de estas mujeres trabajan y no valoran su aporte económico.

Solamente 1 de ellas no realiza trabajo remunerado, las demás mujeres que trabajan remuneradamente, sólo una de ellas valora su aporte aunque lo valora en función de servir a la familia.

Las mujeres realizan el trabajo doméstico y el cuidado de los niños solas o apoyadas por las hijas.

Su espacio vital es reducido, en el caso de 5 mujeres viven más de 5 personas en 1 cuarto y en el caso de una más de 7 personas en 1 cuarto. Algunas mujeres se enfrentan a la muerte de 2 o más hijos, en el caso de una mujer de 45 años murieron la mayoría de sus hijos antes de cumplir 5 años.

La violencia doméstica es muy frecuente, solamente 3 mujeres no son golpeadas por su marido, las otras 7 sí. Responden enojadas 03 y 4 de ellas sólo lloran y se aguantan cuando son golpeadas. La mayoría son maltratadas emocionalmente (7 de 10), responden con huelga de cama o cocina,

encerrándose y en 2 casos llorando, respondiéndole, insultándolo. 2 de ellas sufren violación conyugal y 4 mencionan problemas de alcoholismo eventual en familiares y sólo una dice que su marido toma alcohol constantemente.

Para conocer cómo y por qué participan en grupos algunas mujeres, podremos ayudarnos de la historia de E., que es una promotora de salud purépecha, con un hijo, sola, que ha dejado a su marido por golpearla y maltratarla de forma grave. Ser promotora de salud no es ninguna garantía para no ser violentada.

El sentido de la participación social de las mujeres al principio es salir del encierro, distraerse. Los espacios de participación de las mujeres están controlados por el padre. Ellos permiten la participación de sus hijas si tiene relación con hacer el bien a otros, catequizar, alfabetizar, cuidar a otros. (Salió a dar doctrina a los niños de su comunidad).

La participación también es controlada por otros: maestros, asesores, médicos, sacerdotes y muestra a veces contradicciones. Por un lado se induce a la participación y luego se ponen obstáculos y limitaciones. En el caso de E., la invitan a participar con una ONG de salud y luego una médica de la misma ONG le dice que es inadecuada, la rechaza y le dice lo que se tiene que hacer y cómo se tiene que hacer. O sea que la invitan a participar en una posición de subordinación, que en nada le ayuda a su bienestar y la hace sentir inferior, ignorante.

Ella nos dice que lo mejor de su participación era trabajar con compañeros de la misma etnia en herbolaria, que la hacía sentirse satisfecha y aún duda si su decisión de rechazar casarse con un novio de su etnia por capacitarse en salud fue una decisión acertada: "si no me hubiera ido (al curso de capacitación) yo me hubiera casado y sería muy feliz, estoy segura".

También vive una situación de pérdida a partir de su participación social: se siente rechazada por los suyos (purépechas), por cosas que no son vistas como propias de las mujeres, como ganar dinero, tener trabajo, viajar, pasear.



La información acerca del cuerpo otorgada en la secundaria le permitió vivir con alegría su menstruación aunque a la vez siente rechazo: "ya no voy a andar a gusto y cómo voy a andar así". Lo cual quiere decir que la información biológica no basta y que las actitudes hacia el cuerpo y la sexualidad femenina siguen siendo prejuiciadas.

La información previa que las muchachas llevan es que el cuerpo es feo, es pecado, suciedad, por lo cual no se debe hablar. La madre controla la sexualidad de su hija por medio de mensajes confusos: "ya no debes andar con muchachos porque es peligroso".

En los grupos de mujeres se platica sobre el cuerpo, se desaprende y se aprende una nueva identidad, existe mayor libertad de expresión de dudas entre iguales que en la escuela, cuya información es insuficiente para comprender lo que les pasa en su relación con los hombres violentos. La escuela no aborda la sexualidad desde una óptica de género, sociocultural: "sabiendo no puedes hacer nada, si es como no saber nada, con lo que yo sabía fue como si no supiera nada.. el fue muy cruel y no encuentro explicación por qué".

No entiende qué tienen que ver las relaciones sexuales con el maltrato, los golpes, las relaciones forzadas, la falta de consideración a sus sentimientos. En la escuela nunca le hablaron de las diferencias de género, de la inequidad. En el grupo de mujeres, el compartir experiencias disipa la duda de si el negarse a tener relaciones de un modo violento era problema de inadaptación y aprende a confiar en las propias percepciones y necesidades. Aprende a llamar a la violencia sexual y emocional por su nombre y a exigir respeto a su integridad.

Existe una presión social para que las mujeres acepten la violencia por valores de prestigio o dignidad. E. fue raptada, violada y golpeada y se sintió obligada a quedarse con él por temor al qué dirán, para que la gente viera que era digna, que no era abandonada.

Cuando intentó decidir usar anticonceptivos fue violentada "si no sales embarazada es porque tú te sabes cuidar, eres una cualquiera".

Para E, su preparación, su trabajo, el grupo, el apoyo social y familiar (sobre todo el de su madre) fueron recursos que le permitieron escapar de la violencia. Sin embargo, aún hay obstáculos para que E asuma el lograr estar bien por ella misma. Asume el papel de madre: "¿qué pienso hacer de mi vida?...nada, solamente estar al lado de mi hijo, creo que lo que tengo que ver es por él... el tiempo dirá lo que tengo que hacer". Un compaz de espera mientras se decide por la propia vida.

#### 4.15 A manera de síntesis: logros y obstáculos en la participación para la salud de las mujeres

De acuerdo a un orden de mayor a menor cantidad de mujeres afectadas, los **riesgos** más frecuentes para la salud en las 142 mujeres entrevistadas que las investigadoras encontramos fueron los siguientes, que están clasificados por cantidad de veces encontrados, pero no por la significación prioritaria como necesidades para las mujeres entrevistadas:

- espacio vital reducido (101 mujeres),
- violencia emocional (91),
- problemas de salud sin atención (81),
- ausencia de cuidado durante embarazo y parto (80),
- baja escolaridad, primaria incompleta (78),
- violencia física (74),
- realización de trabajo doméstico y cuidado de los hijos sola (63),
- no realización de PAP nunca (59),
- embarazo antes de los 18 años (55),
- escasez de agua (55),
- hijos que no son bien recibidos al nacer, 17 por ser mujeres (53),
- mortalidad infantil (45),
- abortos, algunos sin atención (44),
- violación conyugal (44),
- alcoholismo consuetudinario de marido o algún familiar (43),
- analfabetismo (36),
- sin trabajo remunerado (36),
- PAP hace más de un año (31),
- no uso de anticonceptivos (27),
- único sostén familiar (25),
- DIU o salpingoclasia sin consentimiento informado (24).

A través de la participación social, algunas mujeres han mejorado su vivienda, disminuido la violencia física, emocional y sexual, mejorado la

atención a su salud y realizado PAP, obtenido saberes informales y mayor escolaridad, distribuido el trabajo doméstico y el cuidado de los hijos, mejorado la salud de los hijos, controlado su fecundidad, obtenido trabajo o recursos para trabajar, aumentado su autoestima y salud mental.

El grado de obtención de mejorías en estos rubros, es diferente según los años de trabajo y el grado de apoyo recibido. Las mujeres indígenas y rurales viven situaciones estructurales más difíciles de revertir, para lo cual es necesario impulsar políticas públicas que mejoren su situación de una manera estructural, desde la igualdad jurídica, económica, cultural, con leyes, presupuestos y programas más amplios, que impacten en una mejoría de la calidad de vida y salud de las mujeres.

*4.16 Reflexión final. Cómo significan las mujeres sus necesidades de salud y su participación social. ¿Les sirve a las Mujeres la participación social, desde su propia perspectiva?*

La pregunta en este apartado es si podremos escuchar las necesidades de las mujeres: de las educadoras en salud y de las que participan en grupos y aquí entrevistamos. ¿Estaremos en posibilidades de escuchar desde el propio significado y sentido de las mujeres?, ¿Podremos comprender el significado que tiene para ellas su vida, su salud y participación social?.

La intención está ahí, incluso por encima de nuestro marco teórico e hipótesis. Este apartado es diferente a nuestro cuadro anterior, que cuantifica los riesgos para la salud desde la perspectiva de las investigadoras, ahora se trata de tratar de escuchar lo más significativo, desde la perspectiva de las mujeres. Afirmaré lo que he escuchado y daré algunos datos:

- **Las mujeres entrevistadas participan la mayoría sin ningún apoyo gubernamental o no gubernamental. En la pobreza extrema, el apoyo de la pareja, la familia y el apoyo espiritual son mucho más importantes.**

De 142 mujeres entrevistadas, sólo 23 dijeron tener algún apoyo al participar.

Las mujeres tzotziles y las mayas consideran que su principal apoyo es su marido. Las mujeres chichimecas consideran que su participación es “voluntaria” y por “devoción” (organización religiosa). Algunas mujeres se sienten apoyadas por su mamá y sus hermanas, sobre todo moralmente. Otras expresiones de quien dijo que tenía apoyo para participar fueron: “de nadie”, “de la gente”, “de Dios”.

- **Pocas de ellas se sienten bien o “chingonas” al apoyar a su familia y su comunidad. La mayoría se siente presionada, criticada por su familia y comunidad, con una sobrecarga de trabajo. Siguen**

**participando para sacar adelante a sus familias, con alimentos, mejoramiento de la vivienda. Un obstáculo para su participación es que el trabajo doméstico y el cuidado de los hijos no esté repartido y sólo le toque a ellas.**

Las mujeres se sienten bien al participar y apoyar a sus hijos, su familia, su comunidad, y a veces implica “una gran satisfacción” o sentirse “chingona”, cuando han obtenido logros, son apreciadas y respetadas por la comunidad como líderes.

El sentido de muchas mujeres para participar es para ayudar a sus familias:

“yo me desesperaba y quería ayudar a mis papás”, significa “apoyos para obtener alimentos, mejoramiento de vivienda”, “hacer remedios”

Muchas no se sienten apoyadas y más bien se sienten presionadas por parte de los maridos, la suegra, las cuñadas, los dirigentes y autoridades. La falta de apoyo en palabras, transporte, viáticos o algo que las ayude, disminuye la motivación para participar, sobre todo cuando significa una sobrecarga de trabajo sin ninguna recompensa.

Algunas mujeres son agredidas en la comunidad por participar, les llaman “chismosas”, “que andan de callejeras”, que no tienen quien las mande, “una mujer debe estar amarrada por alguien”, “tus hijos son tu freno, me dice mi marido”.

Algunas mujeres son condicionadas a terminar trabajos en su casa antes de asistir al grupo, lo cual significa a veces “participar con muchos sacrificios”, o de plano no poder ir, cuando el trabajo de la casa y un nuevo trabajo remunerado hacen imposible la participación.

La mayoría son responsables totales del cuidado de los hijos, y del trabajo doméstico, aún cuando muchas de ellas también realizan trabajo remunerado

para mantener a sus hijos. Hay una gran presión de la familia para que se dediquen prioritariamente a su casa y su familia.

- **La participación que usa a las mujeres como recurso de salud se convierte en una obligación que las mujeres cumplen, pero que no aporta nada a su autovaloración y reconocimiento. En general, la participación social, política, religiosa y en salud se dirige a las mujeres para instrumentar planes institucionales, políticos, etcétera.**

En una comunidad Chichimeca, la partera y la presidenta de un comité de padres de familia se sienten con sobrecarga de trabajo y presionadas. La promotora y una integrante del comité de salud, al preguntarles si participan en algún grupo, no se reconocen como parte de un grupo ni reconocen su trabajo, una de ellas trabaja por lo menos todo un día una vez a la semana vacunando, desparasitando, participando en campañas de salud. Esto quiere decir que su trabajo se encuentra enajenado por otros, que es necesario que su trabajo sea reconocido, pagado, valorado por otros y por ella misma.

Encontramos pocos trabajos de participación están orientados a la autonomía de las mujeres, a que las mujeres adquieran poderes: información, reflexión, servicios, que le permitan tomar decisiones autónomas en su cuerpo, su vida y su salud.

Encontramos pocos testimonios en que las mujeres expresen la participación social como un detonante o causa directa de su salud.

- **La participación en organizaciones sociales más amplias no incluye los problemas y necesidades de las mujeres.**

Las mujeres una colonia comenzaron a participar en una organización social y obtuvieron recursos tan importantes como son territorio propio, vivienda, capacitación en salud, tejido, costura, alfabetización, primaria y secundaria abierta, espacios recreativos, etc. A pesar de que actualmente las

instancias de participación son menos formales dentro de la colonia, las mujeres han construido redes de amistad y apoyo.

Consideran como un logro haber obtenido su vivienda, sin embargo las mujeres solas ó más pobres son las personas que no han podido construir una vivienda digna, siguen participando en las movilizaciones políticas más amplias , sin embargo, sus propias necesidades de mejoramiento de vivienda y salud no son parte de acción por parte de ellas.

Los problemas de esterilización sin consentimiento informado, los abortos repetidos, la falta de participación de los varones en la anticoncepción, embarazo, parto, el trabajo doméstico y el cuidado de los hijos, la discriminación de las mujeres al nacer , la violencia física y emocional de los maridos, la vivienda en malas condiciones y los problemas de salud de las mujeres no son aún objeto de movilización, de participación social, pues se considera que son asuntos privados, o no son problemas prioritarios.

Las mujeres en su relación como amigas hablan de la violencia que viven y no son tratadas en grupo por no vulnerar el prestigio de sus compañeros, que en algunos casos son dirigentes sociales. Se considera que los compañeros están realizando labores políticas importantes que tienden a mejorar el bienestar de otros (las comunidades indígenas, rurales y los pobres organizados).

- **Las mujeres de origen indígena han vivido procesos de participación informal de ayuda entre vecinas, que quizá tenga que ver con una tradición comunitaria de participación.**

Aún cuando algunas mujeres ya no se reconocen como indígenas, vimos que varias de ellas provienen de familias otomíes, chichimecas, mayas y en ellas vimos que tienen una tradición de apoyo en la fiesta, en la enfermedad: "Cuando me necesitan (las vecinas) las ayudo en las fiestas a hacer comida, tortillas, cuando yo necesito ellas me ayudan".



- **La participación en un grupo de salud puede ayudar a las mujeres a sentirse mejor, ser un espacio que les permita mejorar su salud, atenderse, hacerse el Papanicolaou, defenderse de la violencia, pero también puede ser otra fuente de malestar, cuando son maltratadas, presionadas, subordinadas y controladas por las y los líderes.**

La participación social en los grupos a veces ayuda a las mujeres a sentirse bien, pues es una red social que funciona en ocasiones como grupo de autoayuda: “me siento con fe” “me gusta aprender a hacer remedios” “por la convivencia” “en el grupo puedo desahogarme” “me distraigo” “me siento útil de poder dar un servicio a la comunidad”.

La participación puede convertirse en otra fuente de malestar, cuando hay “pleitos en el grupo”, les “duele la cabeza” se sienten “angustiada por no poder cumplir con las tareas a que se comprometió”, “una gran responsabilidad y compromiso” o que es “muy absorbente”.

Hay problemas de liderazgo entre mujeres por esa misma falta de reconocimiento entre ellas, hay mucho trabajo gratuito y no reconocido ni valorado, lo que provoca malestar, desilusión y salida del grupo. Las mujeres anhelan que la participación se de con mayor acogimiento, reconocimiento y apoyo.

- **Una primera conclusión es que no les sirve a las mujeres la participación social tanto como la escolaridad.**

En general, las mujeres con mayor grado de escolaridad, tienen mejores condiciones de vida: menor violencia, vivienda con servicios, trabajo bien remunerado, servicios de salud, etc.

- **Es difícil y contradictorio el proceso de empoderamiento de las mujeres a partir de la participación social, en un contexto de pobreza extrema, en un mundo excluyente. El apoyo del padre o de**

## **hombres significativos puede ser importante para la construcción de mujeres líderes desde la infancia.**

Las mujeres más empoderadas de este estudio, son dos hermanas que fueron impulsadas por su padre a participar desde que eran niñas, su padre las llevaba "a las reuniones del pueblo a donde iban puros hombres, a una de ellas la impulsaba a hacer discursos para recibir a gente importante". Con el paso de los años, ella se volvió líder y aprendió a organizar a la gente, sin ser aún consciente del papel que estaba jugando, pues muestra sorpresa cuando se da cuenta que es respetada y apreciada por las demás mujeres: "me llevaron a la cárcel por oponérmele a un riquillo y me sacaron las mujeres, entonces me di cuenta que era apreciada y respetada". A partir de la participación social ha logrando mayor autoestima, reconocimiento, recursos económicos, fuente de trabajo para ella y para otras mujeres que también han logrado la valoración por parte de los maridos y la comunidad.

Esta líder se casó con un hombre mayor que ella, con quien no tuvo hijos "no me siento frustrada por no tener hijos, la mujer no solo puede ser madre sino realizarse y crecer en lo que más le guste y sentirse chingona".

Recordamos que la definición de empoderamiento para este estudio fue: El poderío de las mujeres es un proceso de autoafirmación, en donde las mujeres desarrollan la capacidad de tomar decisiones importantes en sus vidas y para controlar o cambiar en un momento dado su rumbo, a pesar de la oposición de otras personas o instituciones. Es un poder positivo, cuyo sentido no es la dominación de otros, sino la capacidad de afirmar la propia existencia, satisfacer necesidades y conseguir objetivos.

El poderío de cada mujer es un conjunto de relaciones, de poderes múltiples y complicados de afirmación y de dominio, poderes consensados y poderes coercitivos<sup>5</sup>. El índice de poderío de las mujeres se articuló a partir

---

<sup>5</sup> Gramsci, en "Cuadernos de la cárcel", hace referencia a la educación como un espacio de consenso. Podríamos pensar también la atención de la salud como una forma de poder consensada, es decir, damos nuestro consentimiento a las intervenciones médicas. Cuando no damos nuestro consentimiento podríamos hablar de una dictadura o coerción médica y en ese caso hablamos de violencia institucional.

de identificar factores de riesgo y de protección en sus necesidades y ámbitos vitales: la salud, la sexualidad, la maternidad, las relaciones de pareja, el trabajo doméstico, el trabajo remunerado, la participación social, los saberes formales e informales. En resumen, la reproducción y producción biológica y social de la vida.

El poder tiene que ver no solo con el decidir, sino con el uso de los recursos vitales, así como de ocupar, tener un lugar en el mundo: en la familia, la casa, la comunidad. Tener un lugar libre de violencia, implica poder acceder al bienestar y al desarrollo personal y comunitario.

- **Las mujeres con mayor poderío expresan una mejor situación de salud y bienestar que las mujeres con menor poderío, aun cuando siempre mantienen una preocupación por hijos, familia y comunidad.**

La situación de salud fue expresada por mujeres con mayor poderío<sup>6</sup> y participación social de una manera contradictoria: “me siento bien (pero)...preocupada”. Las preocupaciones expresadas fueron en torno a la falta de dinero y al temor a un embarazo propio o de una hija.

Las mujeres con poderío intermedio<sup>7</sup> expresan problemas de salud física, con daños en el cuerpo, no en términos de enfermedad; sino de un estado intermedio entre la salud y la enfermedad: “me siento bien (pero)...más o menos...regular”. Otras dijeron estar “completamente bien y no tener ningún problema”.

Por su parte, las mujeres con menor poderío<sup>8</sup> expresaron un malestar mayor en su estado de salud: “me siento mal...enojada...triste”. “dolor de cabeza, de estómago, menstrual”. Otras dicen “tener el cuerpo lastimado...con dolor constante en todo el cuerpo” y de alguna manera

---

<sup>6</sup> Ocho mujeres, folios 89,92,99,114,62,36,30,35

<sup>7</sup> 8 mujeres, folios 47,46,109,114, 28, 70, 27, 61

<sup>8</sup> 35 mujeres

expresaron también un poder menor en el mismo cuerpo: “me siento sin fuerzas, cansada”.

Inexplicablemente, cuatro de las mujeres con menor poderío y participación social manifestaron sentirse “bien y sin ningún problema de salud”.

- **Las mujeres expresan malestares que la ciencia médica no escucha ni mucho menos comprende. No es que las mujeres no digan su sufrimiento, es que no son escuchadas, ni siquiera por ellas mismas, pues la mayoría de las mujeres entrevistadas tiene un gran descuido hacia su salud, a veces ocasionado por una expectativa de maltrato en los servicios de salud.**

De forma global, los daños y malestares mencionados en orden de frecuencia fueron: tristeza, coraje, angustia, dolor de huesos, susto, insomnio, gastritis, insatisfacción, infecciones vaginales, caída de pelo, parásitos intestinales, pesadillas, várices, violencia sexual, estreñimiento, dolor de cabeza.

Cada mujer manifestó tener un promedio de siete malestares (algunas nombraron tres y otras hasta 23 malestares). El 75% de los malestares expresados no fueron atendidos ni en casa por ellas mismas, ni por médicos particulares, instituciones de salud u otros.

Llama la atención el gran descuido de las mujeres a su salud, algunas porque no tenían acceso a servicios de salud y otras porque preferían no utilizarlo por el mal servicio: “perdían el tiempo” “el servicio era deficiente o en ocasiones había maltrato: no se les daba suficiente información acerca de su enfermedad y tratamiento, no se les explicaban los resultados de los estudios y se les regañaba si preguntaban”.

Tiene congruencia: los servicios de salud desde un enfoque biologicista, no pueden resolver los problemas de violencia y todos los malestares mentales

que de ella se derivan (tristeza, coraje, angustia), tampoco pueden resolver la sobrecarga de trabajo doméstico y el precariamente remunerado.

Con respecto a la salud reproductiva, no tienen una respuesta satisfactoria para las mujeres pues las toman como objetos y no les dan información ni las tratan como ciudadanas con derechos. No están pudiendo reconocer las dificultades de las mujeres en sus condiciones de vida y de trabajo, y no se explican el malestar que viene de su subordinación en todos los espacios. Como no comprenden el malestar de las mujeres, se limitan a tratar los síntomas o le dan una explicación biologicista: “es la menopausia o la menstruación, o las hormonas”.

- **La mayoría de las mujeres entrevistadas ha vivido violencia desde la infancia, a veces desde el momento de nacer. Participar en talleres en donde se habla de la violencia, apoya a las mujeres a defenderse.**

Mencionaron haber sido recibida con violencia por el padre: “para que quieres tanta perra”, violentadas por la madre hasta la inconsciencia “me golpeaba hasta que perdía el sentido”, violadas por parientes y extraños: “de los 9 a los 12 años mi tío abusó de mí, hasta que reglé dejó de abusar, me decía que le iba a decir a mi mamá que yo hacía cosas malas con él”, “mi padre me vendió con un hombre enfermo, que tenía el pene hinchado”, “como ya habían abusado de mí, en el pueblo me miraban mal”. “me fui de mi casa para escapar de la violencia y con mi marido fue peor, me golpeaba en el vientre estando embarazada”. Violentadas en las organizaciones sociales por líderes y por psicólogos.

Los talleres de salud influyen en la respuesta que las mujeres tienen frente a la violencia. Si bien la mayoría de las mujeres dijo haber sido violentada, sin importar su escolaridad y capacitación en salud, las parteras y promotoras de salud, que son las que han asistido a mayor número de talleres, son también las que tiene mayor respuesta frente a la violencia física y emocional, se defienden “demandando”, “con huelga de cama”, etc.”, Ninguna de ellas

admite, como otras sin capacitación, que “sólo llora y se aguanta”. Llama la atención que varias de ella, siete, refieren haber vivido violación conyugal, y que ha sido un hecho recientemente reconocido por las parteras y promotoras de salud, pues existe la creencia de que las relaciones sexuales son un deber conyugal. Algunas promotoras narran que a partir de los talleres de salud, han aprendido a negarse a tener relaciones sexuales forzadas ...”dice que a eso vengo aquí, a aprender cosas”.

- **Cómo significan su participación social, influye en la manera que las mujeres responden a la violencia y la forma en que deciden usar anticonceptivos:**

Las mujeres que participan con un cargo y un alto reconocimiento de sí mismas: “me siento chingona”, no son golpeadas ni violadas en la actualidad, aunque en el pasado hayan sido violentadas, han respondido defendiéndose. Mientras que algunas mujeres que no participan en grupo alguno cuando son violentadas lloran y se aguantan y a veces les pegan a sus hijos para desquitarse.

Las mujeres con mayor valoración y reconocimiento de sí mismas, deciden sobre el uso de anticonceptivos con mayor autonomía<sup>9</sup>, pero hay una mayoría<sup>10</sup> que utiliza anticonceptivos con el desacuerdo de otros o aún a escondidas<sup>11</sup>. Todavía encontramos mujeres que no pueden usar anticonceptivos por desacuerdo con la pareja<sup>12</sup>, aún cuando algunas de ellas participen en algún grupo<sup>13</sup>, la mayoría de ellas son indígenas o viven en zona rural y son analfabetas o tienen baja escolaridad.

Es decir, encontramos experiencias de participación que no le da a las mujeres la posibilidad de la anticoncepción. De ocho mujeres que no usan anticonceptivos, cinco de ellas son indígenas y analfabetas, y no usan

---

<sup>9</sup> Cincuenta y un mujeres

<sup>10</sup> Sesenta y dos mujeres

<sup>11</sup> Cinco mujeres

<sup>12</sup> Veinte mujeres

<sup>13</sup> Diez y seis mujeres

anticonceptivos porque “hacen daño” o “es pecado”. Todas ellas son violentadas.

- **Las mujeres indígenas son las que viven mayor opresión, menor empoderamiento y peores condiciones de salud. Se les mueren más hijos, es mayor el analfabetismo, el abandono de la escuela y menor el cuidado en el embarazo, parto y aborto. El trabajo es muy mal pagado y precario. Su vivienda y servicios básicos inadecuados, además de mayor precariedad en la alimentación. Un problema especial es el alcoholismo. Su salud está relacionada también con la salud de los próximos: hijos enfermos, esposo alcohólico**

Las mujeres que tuvieron un menor índice de poderío, tuvieron una situación peor de salud. Ellas son la mayoría: madres de más de 4 hijos, del medio rural, pertenecientes a una etnia y unidas a un hombre.

Una mujer chichimeca de más de 40 años, nos contó que había tenido 16 hijos y le sobrevivieron cuatro. De esa misma etnia, a la partera se le murieron seis hermanos mayores que ella: "murieron de sarampión, tircia, diarrea y desnutrición". Entre sus hermanas muertas encontramos que una de ellas era su gemela y murió a los dos años de sarampión y una hermana mayor que se llamaba igual que ella.

Las mujeres chichimecas realizan un arduo trabajo por una remuneración muy baja. La mayoría analfabetas, con muchos hijos, sin control de su sexualidad y fecundidad, en condiciones de vivienda y espacio vital precarios (la mayoría vive en un cuarto con piso de tierra sin enjarrar, cocina hecha de piedras sobrepuestas con techo de palma que no protege de la lluvia, el frío o el viento y que no tienen posibilidades de mejorar por sus raquíticos o nulos ingresos económicos.

Estas condiciones hacen que exista una gran mortalidad infantil. Solamente las tres mujeres más jóvenes y con mayor escolaridad no tienen historia de

hijos muertos. Las otras cuatro han sufrido muertes de sus hijos que aún les causa una gran tristeza y malestar: a una de ellas se le murió un hijo por desnutrición al año y después de tres años todavía se siente "asustada" y con pesar. A dos de ellas se les murieron más de tres hijos menores de cinco años de enfermedades curables y a una de ellas se le murió la mayoría (doce de los dieciséis hijos que tuvo).

Todas, excepto la partera han recibido golpes por parte de su marido, dos de ellas lo abandonaron, una lo denunció y dejó de golpearla, las otras cuatro se defienden golpeándolo a su vez. Cuatro de ellas son maltratadas emocionalmente y responden con huelga de cama, encerrándose o insultándolo, tres de ellas han sufrido violencia sexual de sus maridos y compañeros.

Solamente dos de ellas (la partera y una mujer cuyo marido trabaja), no viven problemas de alcoholismo en su familia. Los hermanos de la promotora son alcohólicos consuetudinarios y provocan una gran cantidad de problemas. Tres de los maridos de las mujeres entrevistadas son alcohólicos consuetudinarios que no trabajan ni aportan económica y moralmente a la familia, más bien son violentos. El padre de una mujer es alcohólico y en ese estado llegó a regalar a su hija a un desconocido, a lo cual ella se opuso y le provocó un gran enojo y malestar.

A una mujer maya de 35 años, le causa desesperanza que su esposo tome y su vida no pueda cambiar: "siento que mi vida ya no tiene sentido".

- **La violencia sexual en la infancia desintegra, desvaloriza, daña la autoestima de las mujeres, y esa violencia puede continuar repitiéndose en la vida adulta. En los espacios de participación social, existen profesionales de la salud y organizaciones de salud, que no respetan la integridad de las mujeres:**

Una joven de veintitrés años, ha sufrido violencia física, emocional y sexual desde niña, por parte de su madre, padrastro y tío, nunca tuvo una relación de



confianza con su madre, y de esta manera un tío tiene relaciones sexuales con ella de los 9 a los 12 años, y deja de tener relaciones con ella cuando se da cuenta que ella empieza a reglar. Ella no dice nada porque tiene miedo que su tío "le diga a su mamá que ella hace cosas malas", pues era así como la amenazaba si ella decía algo.

La violencia sexual trajo graves consecuencias para su salud e integridad: "me volví tímida, triste, enojona, con coraje hacia los hombres, hacia mi madre, hacia mí misma, hacia Dios". Cuando tuvo su primer novio tenía miedo de que se diera cuenta de que no era virgen, se siente culpable, inferior después de haber sido abusada.

Acudió a un psicólogo para tratar sus problemas y mantiene relaciones sexuales con él, se embaraza y aborta con plantas medicinales y dura sangrando 20 días, no recibe ningún cuidado médico ni es acompañada por el compañero sexual. A pesar de conocer los métodos anticonceptivos no tiene control sobre su cuerpo y su fecundidad, no percibe el riesgo del aborto ni demanda la solidaridad del compañero, no percibe que está en una relación desventajosa en la que no es cuidada. Asiste a un grupo de mujeres en donde es considerada como una persona agresiva, con trastornos psicológicos (según la asesora del grupo). En el grupo que participa obtiene afecto y respeto incondicional, sin embargo, no habla de su problema en el grupo, pues considera su problema privado, personal. Participa abordando otras problemáticas de salud y no la propia.

Una joven, promotora de salud tzeltal, participa en una organización de salud, dentro de la cual es golpeada, violada y embarazada por uno de sus líderes, aún estando embarazada, la golpea en el vientre y la obliga a convivir y a servir a otra mujer que duerme en el mismo cuarto. Lo más grave es que ella denuncia su situación y no tiene ningún apoyo social de sus padres, ni de los integrantes de la organización, ni de sus asesores médicos. Su educación fue dirigida a adaptarse al completo servilismo, las mujeres mayores le decían que "las mujeres son para que el hombre tenga lavados sus pantalones, tenga su comida" y las enseñan a realizar bien este trabajo con castigo físico. La

violencia fue justificada diciéndole que la niña que se enseña a obedecer cuando sea grande no estará sola. Su madre la encerró en su misma situación: "mi papá quería que estudiara, mi mamá no, porque era mujer y la dejaba sola con el quehacer".

Ella fue raptada y violentada en la adolescencia y por este hecho continuó siendo acosada por otros hombres, porque ya no era virgen, nadie la defendió y ella se sentía impotente para enfrentar las burlas de los hombres de su comunidad, el estudio le ayuda a sentirse segura, orgullosa de sí misma y a desmontar la culpa y la vergüenza: cuando regresó a su pueblo después de haber estudiado, ya no le daba pena mirar de frente: "me mira, lo miro".

Sus padres nunca la cuidaron ni defendieron de la violencia: cuando un maestro la golpeó, su padre justificó la violencia porque había sido para "aprender". Cuando ella acude con sus padres después de que es violada y golpeada por el líder de salud, su madre le dice: "acéptalo, ya que estás así (embarazada)". Sin apoyo de nadie, ella tiene que seguir aceptando la violencia y la pérdida de su integridad como parte "natural" de ser mujer.

- **Después de leer la experiencia de las mujeres, de haber escuchado todos los ámbitos de opresión, me doy cuenta que efectivamente las mujeres entrevistadas tienen poco acceso y control de recursos y poder de decisión a veces ni sobre su propio cuerpo. ¿Qué ha permitido la sobrevivencia de las mujeres? ¿Cómo sobrevivieron nuestras abuelas y seguimos sobreviviendo nosotras?**

Las mujeres no son dueñas de su tierra, de su vivienda, de su cuerpo, su tiempo. Dicen que el principal motivo para vivir son sus hijas-hijos, sus nietos. Se sienten responsables de los otros, cuidan la vida de los otros, con las otras: hijas y madres, hermanas, amigas y vecinas. Los alimentan, los lavan, los asean, los cuidan: hijos, sobrinos, maridos, padres. Hay en la maternidad un exceso en el dar, el darse, el servir, muchas veces sin correspondencia.

Dan en exceso y no necesariamente esperan ser recompensadas. Por sus hijos son capaces de quedarse en una relación en donde son violentadas. Sus preocupaciones están en torno a sus hijos y sus maridos: si tienen o no trabajo, si son alcohólicos, si van bien o no en la escuela. Olvidándose muchas veces de su propio auto cuidado.

Cuáles son sus deseos: el baile, ganar dinero, estudiar, ser reconocida. Sus motivos de bienestar: estrenar marido, proyectos.

Su agradecimiento: a otras mujeres, verdaderamente son las mujeres quienes socializan a otras, dan un orden simbólico, cambios posibles. Realización del PAP: las mujeres que han participado en cursos de salud, la mayoría se ha realizado el PAP<sup>14</sup>

### **¿Qué hemos logrado las mujeres que promovemos la educación popular en salud?**

Hemos incidido en el cuidado a la salud de las mujeres, en impulsar su autonomía en la sexualidad y la reproducción, así como la repartición del trabajo doméstico. Sin embargo no hemos incidido en políticas de igualdad, desarrollo, salud, trabajo. No éramos un grupo que incidiera en políticas públicas, no nos planteábamos la interlocución como ciudadanas ante los gobiernos. Pudimos haber construido una estrategia nacional de cómo lograr transformaciones en las estructuras económicas, jurídicas, culturales para cambiar la condición de subordinación de las mujeres por la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres.

El cambio en las subjetividades de las mujeres, educadoras populares y talleristas, se enfrenta a un medio hostil en las relaciones familiares, comunitarias, laborales, políticas, en donde la norma es la subordinación “natural” de las mujeres, y no la autonomía. Fuimos durante muchos años (y seguimos siendo) marginales de los espacios donde se toman las decisiones que nos afectan.

---

<sup>14</sup> 78% de las mujeres mayores de 25 años

Vimos la intromisión del estado en el vientre de las mujeres, 22 mujeres a las que se les hizo salpingoclasia o se les aplicó un dispositivo intrauterino sin su consentimiento, y por otro lado la falta de acceso a servicios de salud y anticoncepción. La subordinación de las mujeres mantenida con violencia conyugal, familiar, comunitaria, educativa, institucional, jurídica, política, económica.

Un aspecto muy importante es la invisibilización del trabajo reproductivo y de cuidado. Parir, amamantar, alimentar, limpiar casa y ropa, cuidar niños, ancianos y enfermos, curarlos, son actividades que no son valoradas y por el contrario el Estado sigue recargando todo este trabajo sólo en las mujeres en sus programas de salud y educación. Este trabajo reproductivo sigue siendo una segunda jornada que se agrega al trabajo precario al que las mujeres han tenido que ingresar por la crisis económica de ya 3 décadas.

La promoción del empoderamiento, la salud y los derechos de las mujeres pobres resulta una actividad contracorriente sin los cambios estructurales necesarios: redistribución de la riqueza, igualdad jurídica, laboral, educativa, política, vida libre de violencia y discriminación, etc.

Como grupo de educadoras populares en salud, nos encontrábamos al final de los 90's con los resultados de una investigación de cómo influían las condiciones de vida en la salud de las mujeres, y nos planteamos socializarla a las organizaciones sociales en que participábamos, con los grupos feministas, en la academia, con los partidos de izquierda. No tuvimos éxito, estábamos muy desgastadas, con conflictos personales entre nosotras y sin financiamiento. Alcanzamos a publicar un libro y un cuaderno metodológico.

Y además, no tuvimos mucho éxito en la difusión de nuestra investigación, era un tema difícil de defender en medio de un movimiento social desarticulado: éramos organizaciones sociales sin perspectiva de género y con fuertes represiones por parte de gobierno. Algunas feministas académicas no entendían nuestra propuesta tan "activista", feministas históricas no quisieron compartir sus conexiones con la Secretaría de Salud,

o sus financiamientos internacionales, enfocados a la promoción de los derechos reproductivos, cuando nosotras hablábamos de salud integral y condiciones de vida.

Elaboramos un proyecto de gestión con diferentes instituciones gubernamentales y lo propusimos a la FORD y otras financiadoras, obviamente no fuimos financiables, porque hablábamos de cambiar las desigualdades de las mujeres pobres y principalmente indígenas, el reto era enorme. La Red se dispersó por falta de recursos y cada quien siguió por su lado.

Varias mujeres que participamos en esa Red, somos ahora integrantes de la Red Nacional de Investigadoras por la Vida y la Libertad de las Mujeres, impulsora a nivel nacional de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y ahora de la armonización en cada Estado de las leyes que garanticen los Derechos Humanos de las Mujeres.

## **5. LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO FEMINISTA.**

### *5.1. Crítica a las formas dominantes de participación social de las mujeres*

En el campo de la participación social en salud, retomamos del feminismo, las aportaciones que ha hecho al cuestionar la concepción de salud-enfermedad hegemónica, como una construcción social producto del prevalente orden patriarcal que oculta el origen de los malestares de las mujeres a través de la medicalización y la fragmentación, que oculta la condición de subordinación y recrea estructuras de dominación de expropiación del cuerpo y la sexualidad de las mujeres.

El feminismo cuestiona el concepto de salud-enfermedad, mostrando que existe una morbilidad diferencial para hombres y mujeres: ser mujer es un riesgo para la salud, por la socialización diferente de hombres y mujeres y por las peores condiciones de vida en que viven las mujeres.

El feminismo cuestiona de la práctica médica el prevaleciente sexismo, racismo, biologicismo, la reproducción de la subordinación de las mujeres, la negación que hace en la práctica de la subjetividad, sexualidad y derechos reproductivos de las mujeres.

El feminismo cuestiona del saber médico el sexismo dentro de la construcción de conocimientos acerca del cuerpo femenino y sus procesos (menstruación, embarazo, parto, menopausia), escindiendo la sexualidad de las mujeres, medicalizando la reproducción, psiquiatrizando el malestar y el conflicto de las mujeres.

Las implicaciones que estos planteamientos tienen en la participación social en salud de las mujeres podríamos abordarlos como cuestionamientos a la participación tradicional y propuestas para una participación con pleno ejercicio de derechos ciudadanos, así pues, cuestionamos:

1.-Ser objetos. generalmente, hasta hoy, los programas de salud han estado orientados a que las mujeres sean medios para lograr la salud de sus hijos, sus familias y sus comunidades: los programas de salud materno-infantil se orientan a que las mujeres produzcan bebés y niños sanos, que sean medio para reducir la natalidad y las enfermedades sexualmente transmisibles, disminuyan la mortalidad infantil a partir de la lactancia materna, hagan sexo para que disfrute su pareja, cuide la salud y el desarrollo de los niños. Es decir, los programas de salud adjudican a las mujeres el cuidado de los otros y no de su propia salud, reproducen la identidad de las mujeres como madre-esposas, naturalizan la asignación del espacio doméstico y crianza de los hijos a partir de su papel en la reproducción biológica. En resumen, cuestionamos el que los programas de salud, (así sean llevados a cabo con metodología participativa) reproduzcan el papel de objetos de las mujeres y no de sujetos iguales al hombre.

2.-Cuestionamos la invisibilización del trabajo, el conocimiento, la participación de las mujeres en la salud. La mayoría de los padecimientos se curan en casa y las mujeres son las encargadas de la salud familiar, en una extensión de su papel de cuidadoras, también son muchas veces las responsables de la salud comunitarias. El sistema médico, no reconoce, valora ni recompensa el trabajo y conocimiento de las mujeres en el cuidado de la salud. (propia, familiar y comunitaria).

3.-Por otra parte, cuestionamos el que se sigan asignando los cuidados de la salud familiar y comunitaria a las mujeres y que se les pida que lo hagan desde la subordinación y desde una visión masculina, sin tomar en cuenta sus tiempos, sus formas, su historia, su subjetividad; a las mujeres, se les puede hacer esperar horas enteras, pues su tiempo no vale, deben parir en la forma que se les dice y no en la que ellas necesitan o saben, las vivencias y las interpretaciones de las mujeres no cuentan, su sexualidad y su afectividad son pasados por alto. Cuestionamos la subordinación de las mujeres en la participación social en salud.

4.-Cuestionamos la metodología vertical, autoritaria de la participación social en salud, que reproducen la desigualdad, una persona sabe todo, las otras nada.

5.-Cuestionamos la imagen de "la mujer", ahistórica, la identidad de las mujeres como dada y no como dándose, la reproducción de esta identidad en los espacios de participación.

6.-Cuestionamos el ocultamiento en las instancias de participación social de la subordinación, discriminación, violencia hacia las mujeres, al separar y dividir la vida de las mujeres en espacio privado y personal del público. entonces el problema de una compañera violentada pasa a ser un problema personal y no político.

7.-Cuestionamos los espacios de participación social que se constituyen como una dádiva y no como un derecho, como un ejercicio de ciudadanía.

8.-Cuestionamos la participación social que planea, desarrolla y evalúa programas de salud, tomando a las mujeres como ejecutoras, servidoras, expropiándoles con trabajo voluntario, mal pagado, invisible y gratuito.

9.-Cuestionamos la discriminación que se da en los espacios de participación social en salud a las mujeres diferentes: por su etnicidad, por su edad, por su preferencia sexual, por su clase social.

10.-Cuestionamos la participación social en salud donde las mujeres no tienen derecho a representarse ellas mismas y a otras mujeres, ni puedan tener incidencia en las políticas públicas que las están afectando, la participación social que no construye en la vida privada y pública la democracia entre los géneros y al interior de los géneros.

11.-Cuestionamos los espacios de participación social en salud que no sólo no fomentan la adquisición de poder y autonomía de las mujeres que mejoren su salud y su vida, sino que aún más, impiden y combaten la autonomía de estas,



impiden espacios de participación propios de las mujeres, la expresión de sus necesidades y derechos.

## 5.2. Propuestas para la participación social de las mujeres

1.-Las mujeres somos sujetos. Que en los espacios de participación social se privilegien las interpretaciones, vivencias y necesidades relacionadas con la salud-enfermedad y atención de las propias mujeres.

2.-La salud es un derecho, las mujeres como sujetos de derecho ejercen su ciudadanía en el ámbito de la salud, apropiándose de poder sobre su cuerpo y su vida. Tienen derecho participación comunitaria en espacios de salud y en la formulación de propuestas de cambios en políticas públicas, tienen también la capacidad de intervenir en el debate público, de actuar en los espacios de decisión en salud, de interactuar en el ámbito gubernamental y otros espacios de la sociedad civil.

3.-Privilegiamos un concepto de salud integral de las mujeres, que amplía la mirada restringida a la salud materno-infantil (que ve a la mujer sólo madre y como medio para la salud de los otros) por una salud sexual y reproductiva; que incorpore la subjetividad de las mujeres, su ciudadanía y participación social, las condiciones ambientales, de trabajo y su historia, que se apropie de conocimientos en salud y de la experiencia del propio cuerpo incluida su sexualidad y fertilidad.

4.-La participación social en salud desde la perspectiva de género toma en cuenta la historia, la vida cotidiana y la subjetividad de las mujeres, promueve su estima y su dignidad, fomenta el conocimiento y el ejercicio de sus derechos, su organización y su autonomía.

5.-Considerando que las mujeres siempre han tejido redes de autoayuda con otras mujeres, ampliamos el concepto de participación social de las mujeres, que no se restringe a la participación y a la política definida como tal por una mirada androcéntrica. (de participación pública, que a veces no responde a las necesidades de las mujeres).

6.-Reconocemos que partimos de identidades históricamente construidas para otros, que existe un poder que sitiándonos desde nosotras mismas impide una transformación de nuestra condición genérica y en los espacios de participación creados por mujeres, puede este poder ser elaborado y superado para permitirnos condiciones internas de autonomía, de libertad interior para actuar en el exterior.

Es el propio cuerpo personal el lugar donde se debaten las contradicciones entre lo tradicional y lo moderno, la sociedad no es externa a las mujeres sino interna, de tal modo que es en la subjetividad de las mujeres, en torno a su cuerpo, su tiempo y su espacio donde el poder sobre las mujeres se constituye. Y es en el cuerpo también donde se genera poder sobre la propia vida, la propia sexualidad y la salud, así como el acceso a los recursos necesarios.

7.-Si bien la participación social no es un detonante, causa directa de los cambios en la identidad de las mujeres y la construcción de poderío tiene parámetro histórico, construido a partir de la adquisición de pequeños poderes en la vida cotidiana, es posible construir en los grupos feministas, nuevas formas, actitudes y hábitos diferentes que permitan que las mujeres transformemos las relaciones políticas en que vivimos. Es posible construir poderes de autoafirmación, que nos constituyan a las mujeres como seres humanas con dignidad e integridad, como ciudadanas capaces de ejercer nuestros derechos civiles, políticos, sexuales, reproductivos, económicos, sociales y culturales. Acceder a los recursos materiales y simbólicos, implica desconstruir la subjetividad opresiva que nos constituye, superando la dependencia vital, la impotencia para sí y la servidumbre voluntaria (Lagarde)

8.-"La identidad es dialéctica, cambia, el sujeto se modifica así mismo y modifica a su mundo en un constante juego dialéctico", sin embargo, las mujeres no tienen derecho de intervenir en el mundo, ni siquiera para decidir sobre el uso de sus cuerpos preservando su propia integridad y su desarrollo personal y su vida para sí.

9.-Las decisiones sobre los cuerpos genéricos femeninos son, por tanto, tomados por otros a través de restricciones, dogmas, mandatos, prohibiciones, controles y tabúes. Por las mujeres decide la sociedad a través de las instituciones y las personas con poderío y legitimidad para hacerlo. Los espacios públicos son asignados a los hombres, ellos tiene a su cargo el sentido de la vida, el control de los sistemas económicos y sociales, tiene el poderío de decidir sobre las condiciones de vida, de bienestar o malestar de millones de personas.

10.-La política es todavía el conjunto de pactos patriarcales y sus consecuencias. Pero la política es, también, el esfuerzo de las mujeres por superar el dominio, la enemistad entre ellas, aliarse y dejar de ser pactadas. La desaparición del mundo patriarcal pasa por la transformación de las mujeres interlocutoras, dialogantes, representantes, portavoces, es decir, pactantes. Sólo como pactantes, como sujetos políticos, es posible incidir normativamente y cambiar el sentido de los pactos, de la vida (Lagarde, 1994 ).

Es por eso que en los espacios de participación social en salud, a partir de la reflexión de los problemas y necesidades de las mujeres y la elaboración de propuestas; vamos desarrollando en la práctica un nuevo concepto de ciudadanía, que implica el empoderamiento de las mujeres y el considerarlas como sujetos de derecho con capacidad de decisión, con derecho a representarse a sí misma y representar al propio género.

11.-Retomamos las propuestas para una nueva pedagogía de género, que recoge propuestas alternativas de las mujeres y algunos hombres de los movimientos y organizaciones social y que incluyen asegurar la salud sexual y reproductiva, eliminar todo tipo de violencia, la pobreza extrema y la pobreza de género, la valoración del trabajo invisible con remuneración al esfuerzo vital realizado.

Incluyen también: la ciudadanía plena con democracia de género, a partir de apoyar las acciones afirmativas para que las mujeres ocupen espacios

de poder. Eso significa que en la mitad de los puestos de asignación en el trabajo, en las aulas y en la política, estén las mujeres.

El desarrollo de políticas públicas a cargo de organismos civiles y gubernamentales, cuyo objetivo sea ir construyendo la democracia de género en todos los ámbitos de la vida social, privada y pública, en el Estado y en la sociedad civil, en la educación, en el trabajo, en los espacios de salud, en la cultura y en la política.

12.-La participación social de las mujeres con el pleno ejercicio de sus derechos como ciudadanas: especialmente sus derechos de salud sexual y reproductiva, sus derechos laborales y sus derechos educativos son pre-requisito para una salud integral.

## **6. APORTACIONES TEÓRICO-METODOLÓGICAS PARA EL TRABAJO EDUCATIVO Y LA PARTICIPACIÓN SOCIAL DE LAS MUJERES.**

El presupuesto que orientó el trabajo educativo y de investigación de La Red, es que las mujeres son sujetos, que definen sus necesidades y van construyendo opciones para dar respuesta a ellas.

Así, las mujeres de La Red construimos en un proceso de 8 años aproximadamente, los principales nudos, problemáticas, interrogantes a los que nos enfrentábamos en nuestro trabajo cotidiano de educación para la salud de las mujeres, hasta llegar a definir la necesidad de involucrarnos en un proyecto de investigación que nos permitiera formarnos y conocer con mayor profundidad a las mujeres con las que trabajábamos.

Entonces llevamos a cabo la investigación “La salud de las mujeres durante su vida reproductiva”<sup>1</sup>, que es un estudio exploratorio conceptual, metodológico y empírico de la salud de mujeres indígenas, campesinas y colonas de 10 estados pertenecientes a grupos impulsados por mujeres de la red.

Las educadoras populares en salud vivimos cambios en las significaciones y prácticas educativas en los grupos de mujeres. Transitamos de una práctica de educación popular en salud con mujeres de clases subalternas a una práctica de investigación de las mismas mujeres desde la perspectiva de género. Esta investigación implicó un cambio en las participantes de los grupos, tanto de las coordinadoras de los grupos como de las mujeres que tomaron un taller, a partir de la investigación, las investigadoras cambiamos concepciones y prácticas, y nuestra identidad como educadoras también ha cambiado.

Estoy hablando de un grupo de mujeres procedentes de varios estados que nos reunimos a reflexionar durante varios años nuestro quehacer en torno a la salud de las mujeres: impulsamos procesos de educación y participación social en salud desde el marco teórico de la Educación Popular en Salud. El

tema de “Mujer y Salud”, para algunos grupos era su campo de acción privilegiado, para otros grupos “Mujer y Salud”, era un tema más entre otros como las enfermedades gastrointestinales ó respiratorias.

Todas vimos desde siempre, que a la invitación que se hacía en las comunidades a hombres y mujeres de capacitarse en salud, las mujeres eran las que respondían: la salud de los hijos, de la familia, de la comunidad, es un campo donde las mujeres son los agentes principales, aunque sean las últimas en prioridad de atención (Zolla 1992)

Parte de la identidad de las mujeres es hacernos cargo de los otros, entre otras cosas, de su salud. Esta identidad de cuidadora es reforzada en todos los espacios sociales y muchas veces reproducida en las organizaciones de salud, gubernamentales y no gubernamentales.

Aquí hay una coincidencia con lo observado en las organizaciones sociales donde participan las mujeres: las mujeres salen del ámbito doméstico a participar en los espacios públicos porque su rol de madre le impulsa a buscar mejores condiciones para su familia: vivienda, alimentación, educación, trabajo, salud, créditos, así las mujeres acuden a capacitarse en los grupos de salud: su motivación es saber cómo curar las enfermedades de sus hijos, como ayudar a la comunidad. Es decir, la mayoría de mujeres que entran a participar en grupos de salud popular tienen como motivación principal adquirir saberes para poder curar a los otros y muy finalmente a sí mismas.

Las educadoras de la red cambiamos el enfoque: no enseñaremos a las mujeres a curar a otros antes que a sí mismas

Las educadoras de La Red transitamos de una práctica pedagógica a otra, los discursos de igualdad y equidad de género permearon, cambiaron la práctica educativa. El sujeto es diferente: antes las mujeres eran objeto de nuestras prácticas educativas, mujeres destinadas a cumplir con su rol de madre cuidadora, responsable de la salud de los otros, los hijos, la familia, la comunidad, entonces viene un discurso feminista que empieza a permear las

prácticas: la mayoría de las participantes en los grupos de salud eran mujeres y resultaba ser que las mejores explicaciones a los problemas de salud de las mujeres eran feministas: los nervios, el malestar, el descuido, la violencia, la desatención a la salud de las mujeres tiene su origen en las condiciones de opresión de las mujeres, en las relaciones de poder basadas en el dominio de las mujeres.

Ahora bien, dentro de la práctica en los grupos que hacían educación popular, existía la concepción de que la causa de las enfermedades era por las deficientes condiciones de vida, entonces; prevenir las enfermedades implicaba luchar por mejores condiciones de vida: vivienda digna, servicios públicos de agua, electrificación, atención a la salud, caminos, etc. Esta visión de clase no se ha perdido, por el contrario, se encuentra más vigente que nunca.

Nuevas problemáticas emergieron: la violencia contra las mujeres, el no poder decidir sobre sus cuerpos, su sexualidad, su fecundidad, y sus vidas, el no tener acceso a tomar decisiones, el no tener información, la dominación ejercida sobre las mujeres, las injusticias en las relaciones sociales de género, son visibilizadas como condiciones de vida oprimientes y enfermantes, sin dejar de visibilizar la opresión de etnia y de clase.

Sigue siendo válido entonces, luchar por mejores condiciones de vida, pero sucede que ahora las injusticias pueden suceder dentro de un mismo grupo social, las relaciones de dominación basadas en el género pueden encontrarse no afuera, en otra clase, sino a veces dentro del mismo grupo social, a veces dentro de las mismas organizaciones no sólo amplias sino de mujeres.

Las condiciones de vida vislumbradas antes del género, eran negociadas con las instituciones estatales, parecían demandas inmediatas: agua, electrificación, alimentación. Ahora resulta más complejo. ¿Quiénes son los interlocutores para mejorar las condiciones de vida de las mujeres, que las mujeres estén libres de discriminación y de violencia, y que tengan igualdad de oportunidades para su desarrollo? Porque si seguimos sosteniendo que las



condiciones de vida, la calidad de vida, determinan la salud de las mujeres, sigue siendo válido el incidir en que el Estado debe garantizar el ejercicio de los derechos humanos básicos, para que las mujeres tengan acceso a una vida con salud (entendida como el completo bienestar biopsicosocial) y libre de violencia.

La Red de Mujeres vivió en 8 años de existencia (1988-1996) transformaciones en varios niveles: a nivel conceptual cambió de una concepción biologicista de la salud a una concepción social y posteriormente a una concepción de salud integral desde la perspectiva de género.

A nivel metodológico transitó de la educación popular a una pedagogía de género. A nivel temático amplió sus estudios a salud mental, violencia, salud sexual, salud reproductiva, y finalmente a salud integral. A nivel organizativo cambió su identidad y sus estrategias: de ser el grupo de "mujer y salud" pasó a ser una Red Autónoma, que define sus objetivos, sus estrategias y sus políticas.

El aprendizaje personal podría ser el siguiente:

*"Entonces sucedió que de ser una mujer que cotidianamente actuaba como pueblo indiferenciado, un sujeto asexuado y agenérico (en el discurso, que no en la vida cotidiana), cuando llegó a un taller a pensar en sus propios problemas y necesidades de salud, y se dio cuenta de las diferencias en el acceso al poder hacer, decir, decidir sobre su propio cuerpo, su vida.*

*¿Qué hace con ello? La vida cotidiana sigue. Regresa a su casa y sigue teniendo que resolver la vida con los hijos, con su compañero-esposo, sus parientes, amigos, vecinos. Parece que nada ha cambiado, ni siquiera la vida cotidiana de los grupos en los que participa: la fuerza de las costumbres domina el trabajo, el grupo de mujeres, la escuela de ella o de sus hijos, el centro de salud, la iglesia, la organización, etc. Sin embargo, como un pequeño hilo, el discurso de los derechos son*

*conceptos legitimados que le permiten situarse como una persona y tal vez hasta como una ciudadana con necesidades y derechos"*

## BIBLIOGRAFIA

### Capítulo II

Faúndez, Aníbal. S/fecha. La necesidad de un enfoque para la Salud reproductiva. Mimeo. Universidad de Campiñas. Brasil.

Faúndez, Aníbal., "El concepto de **salud reproductiva** y sexual"  
[www.plataforma.uchile.cl/fg/semestre1/2003/joven/modulo1/clase5/doc/salud.doc](http://www.plataforma.uchile.cl/fg/semestre1/2003/joven/modulo1/clase5/doc/salud.doc)

Poder Ejecutivo Federal, SSA 1995 "Programa Nacional de Salud Reproductiva y PF", México.

De Barbieri, Teresita y Jiménez, René. 1995 "Fecundidad, Salud Reproductiva y Pobreza en América Latina. El caso Mexicano". FNUAP.

Saffioti, Heleieth, I. B.1992 "Rearticulando Género y Clase Social" en "Uma Questao de Género" camp. "Albertina de Oliveira Costa e Cristina Bruschini" De. Rosa dos tempos. Sao Paulo: Fundação Carlos Chagas.

De Barbieri, Teresita. 1991 "Sobre la Categoría de Género. Una introducción Teórico-Metodológica" en "Direitos Reprodutivos", coordinado por Sandra Aceredo y Verena Stolcke. Editado por Fundação Carlos Chagas /DPE. Sao Paulo,.

Szasz, Ivonne. 1995 "La condición social de la mujer y la salud". En "Las Mujeres y la Salud", compilado por Soledad González, El Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, México.

Castro, Roberto y Bronfman, Mario, 1993 "Teoría Feminista y sociología médica: bases para una discusión", en "Cadernos de Saude Pública", Río de Janeiro. 9 (3): 375-394.

Ravelo, Patricia., "Género y Salud Femenina: una revisión de las investigaciones en México., 1995 en "Las Mujeres y la Salud", compilado por Soledad Gonzalez Montes., El Colegio de México, Programa interdisciplinario de Estudios de la Mujer, México.

Massolo, A. comp. 1994 "Los medios y los modos", Participación política y acción colectiva de las Mujeres. Colegio de México.

González, Soledad. "Hacia una antropología de las relaciones de género en América Latina", 1993 en: "Mujeres y Relaciones de Género en la Antropología Latinoamericana". El Colegio de México.

Sotosopra Verdi, Piú donne che uomini,1983, mencionado en Del Re, Alisa. "Prácticas políticas y binomios teóricos en el feminismo contemporáneo". 1996. SOS CORPO- Género e Cidadanía. Recife, Brasil.

- Del Re, Alisa. 1996 "Prácticas políticas y binomios teóricos en el feminismo contemporáneo". SOS CORPO- Género e Ciudadanía. Recife, Brasil.
- Bobbio, Norberto. 1996 "El Futuro de la democracia" FCE, México,
- Menéndez, Eduardo. 1988 "Modelo Médico Hegemónico. Modelo Alternativo Subordinado. Modelo de Autoatención" Primeras Jornadas de Atención Primaria de la Salud, abril 1987. Fundación Banco Provincia de Buenos Aires, Argentina.
- Menéndez, Eduardo. 1990 Antropología Médica, orientaciones, desigualdades y transacciones, Cuadernos de la Casa Chata. CIESAS. México.
- Menéndez, Eduardo, 1993 "Familia, Participación Social y Proceso Salud/Enfermedad/Atención" en Mercado, FJ., comp. "Familia, Salud y Sociedad", Coedición Universidad de Guadalajara, CIESAS, Instituto de Investigación en Salud Pública y Colegio de México,.
- Ulate Jiménez, Jeannette. 1986 "El trabajo Popular en salud y la Generación de Contrahegemonía". Tesis de Maestría de Medicina Social, UAM Xochimilco, México, p.12.
- Ulate Jiménez, Jeannette y De Keijzer, Benno. 1985 "Sistemas de salud y participación popular, los casos de Nicaragua y México" Nueva Antropología, Vol VII. No 28, México.  
<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/nuant/cont/28/cnt/cnt10.pdf>
- Zolla, Carlos y Mellado, Virginia., 1995 "La función de la medicina doméstica en el medio rural mexicano" en González Montes, Soledad, comp. " Las Mujeres y la Salud", El Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer.
- Cardaci, Dora, 1995 "Pensando como mujeres...Propuestas educativas en salud de los "colectivos" y "redes" de mujeres", En González Montes, Soledad, comp. El Colegio de México, Programa interdisciplinario de Estudios de la Mujer.
- Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Mujer. Beijing, 1995.
- Poder Ejecutivo Federal. 1995 SSA. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000, México.
- Talamante C, Careaga G. y Parada L. 1993 "¿Es la cooperación para la mujeres?" en "Las Mujeres en la pobreza" comp. Salles Vania. Ed.Grupo Interdisciplinario sobre Mujer, Trabajo y Pobreza" (GIMTRAP), México.
- Correa, Sonia 1997 Coloquio de Salud Reproductiva. Mimeo. El Colegio de México.

### Capítulo III

Wolf, Eric. 1994 Europa y la gente sin historia, México, FCE.

Matamala, Marisa 1997 "Modelos, Utopías y Realidades en Salud". 8vo. Encuentro Internacional Mujer y Salud. mimeo. Rio de Janeiro marzo.

Alcalá M.J., 1995 "Compromisos para la salud y los derechos reproductivos de todos". -Family Care Internacional.

Braudel, Ferdinand, 1968 "La historia y las ciencias sociales, Alianza, Madrid, , p 70, 71.

Hamilton Roberta, 1980 "La liberación de la mujer. Patriarcado y paternalismo" Península, México.

Rubin, Gayle. 1997 "El tráfico de mujeres" en Lamas, Marta, comp. "El Género: la construcción cultural de la diferencia sexual" Editado por Coordinación de Humanidades, Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM y Miguel Angel Porrúa, México, pg. 37.

Teresita de Barbieri, 1991 "Sobre la categoría de Género: Una introducción teórico-metodológica" en Azeredo, S y Stolcke, V. "Direitos Reprodutivos". edit. Fundação Carlos Chagas/DPE. Sao Paulo.

Szasz, Ivonne 1997 "Género y Salud. Algunas Reflexiones." IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. Cocoyoc, Mor. México.

Scott, Joan, 1990 "El género: una categoría útil para el análisis histórico", en "Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea", James S. Amelang y Mary Nash (eds.), Edicions Alfons el Magnánim, institució Valenciana d'Estudis y Investigació.

De Beauvoir, Simone, 1981 "El Segundo Sexo", edit. Siglo XX, Argentina.

Basaglia, Franca., Kanoussi, Dora 1983, "Mujer, locura y sociedad", Universidad Autónoma de Puebla, México.

Fernández, Ana María, 1994 "La mujer de la ilusión" Edit. Piados. Argentina.

Lagarde, Marcela. 1990 "Los Cautiverios de las mujeres. madresposas, monjas, putas y locas"., UNAM, México.

Varcárcel, Amelia, 1998 "Feminismo y poder político", en Debate Feminista, AÑO 9, VOL. 17, Abril, México.

Aisenson Kogan, Aida. 1981 "Cuerpo y persona. Filosofía y psicología del cuerpo vivido". F.C.E. México.

Dufrenne, Mikel, 1981 "La notio d' Aapriori" pg.187, citado en Aisenson Kogan, Aida. "Cuerpo y Persona. Filosofía y psicología del cuerpo vivido". F.C.E., México,

Foucault, Michel 1985, "Historia de la sexualidad" 1.-La voluntad de saber. Edit. siglo XXI, México.

Castellanos, Gabriela 1996 "Género, poder y postmodernidad: hacia un feminismo de la solidaridad" en Luna, L. Y Vilanova M. A propósito de género en "Desde las orillas de la política: Género y Poder en América Latina", Universidad de Barcelona.

Sayavedra, Gloria y Flores Eugenia, comp. 1997 "Ser mujer: ¿Un riesgo para la salud?" Editado por Red de Mujeres A.C., México.

Gergen Kennet 1994 y 1996 "La crisis de la representación y la emergencia de la construcción social" y "El constructivismo en tela de juicio" en realidades y Relaciones. Aproximaciones a la construcción social. Barcelona, Paidós.

Sánchez, Gisela y col. 2007 "Trabajando con Mujeres Jóvenes: Empoderamiento, Derechos y Salud" Salud y Género A.C. México.

Burín, Mabel, 1991 "El Malestar de las mujeres. La tranquilidad Recetada". Edit. Paidos, Argentina.

## Capítulo V

Lagarde, Marcela 1994. "Democracia Genérica" REPEM-México, Mujeres para el Diálogo, [http://www.consortio.org.mx/documentos/democracia\\_generica.pdf](http://www.consortio.org.mx/documentos/democracia_generica.pdf)

Sayavedra, Gloria y Flores Eugenia, comp. 1997 "Ser mujer: ¿Un riesgo para la salud?" Editado por Red de Mujeres A.C., México.

Sánchez Gisela 1997 "Participación Social de las mujeres" en "Ser Mujer ¿Un riesgo para la Salud?" Sayavedra y Flores comp. Red de Mujeres México.

## Anexos

### **CURSO DE VIDA DE LAS MUJERES**

#### **Guía de entrevista. Tomando los factores de riesgo acordados para la investigación SALUD**

El recorrido de su estado de salud desde el nacimiento hasta la fecha.

Nacimiento: circunstancias, lactancia, ablactación, enfermedades, vacunas, cuidados, etc.

Niñez, Juventud, madurez

-hasta que edad se es niña o cuando se empieza a ser muchacha

-problemas de salud en cada una de las etapas, accidentes, cuidados, atenciones, complicaciones, problemas que originó, etc.

#### **FECUNDIDAD**

Cómo vivió, que pensó, que sintió en cada uno de los cambios y de las situaciones nuevas que tuvo que enfrentar al crecer y cómo se tenían que vivir

Pubertad y adolescencia

#### **+MENSTRUACIÓN**

- Edad de la primera menstruación
- Cambios en el cuerpo, en la vida
- Que información tenía acerca de la menstruación
- Cuidados durante la menstruación
- Lo permitido y lo prohibido durante la menstruación
- Relaciones con los muchachos
- Lo permitido y lo prohibido en la relación con los muchachos

#### **\*SEXUALIDAD**

- expresión y manifestación de afectos y sentimientos: cómo, con quien, reciprocidad, edad
- información recibida, miedos, temores, expectativas
- casamiento: edad, circunstancias, relación con el marido, obligaciones de esposa, primera relación sexual, en caso de no querer, de si querer, etc.

#### **+EMBARAZOS**

- Número de embarazos, de hijos, de abortos
- El primer embarazo: edad, circunstancias, información, sentimientos, cuidados, enfermedades, relaciones sexuales, costumbres y creencias en torno al embarazo, trato del esposo y los demás, expectativas, problemas, cuidados, acompañamiento.
- Y los siguientes embarazos cómo han sido

#### **+ PARTO Y PUERPERIO**

- Atención, cuidados, lugar, cómo, enfermedades, lactancia
- Sentimientos, problemas, costumbres, creencias, reacción al conocer el sexo del recién nacido por los demás

#### **+LACTANCIA, CRIANZA**

- Dificultades
- Ser mamá
- Gusto, expectativas, problemas
- Expresión de sentimientos disfrutado o sufrido

#### **+ANTICONCEPCIÓN**

- Información de los métodos, qué y quien se la dio
- Opinión
- Métodos que ha usado, dónde y quien se lo aplicó, su esposo está de acuerdo?
- Cambios, problemas, sentimientos al utilizar algún método

#### **+MENOPAUSIA**

- Información sobre la menopausia

#### **TRABAJO DOMESTICO**

#### **+NIÑEZ**

- Desde que edad ayudaba en la casa
- Que trabajos hacía
- Cómo aprendió a trabajar
- Quien le ayudaba
- Si no lo hacía, qué pasaba, y si lo hacía bien que le decían
- Qué quería ser cuando fuera grande
- A qué jugaba de niña, con quien, a qué hora, hasta qué edad

#### **+JUVENTUD**

- A qué edad fue muchacha
- Que trabajos hacía
- Quien le decía lo que tenía que hacer
- De que horas a qué horas trabajaba, quien le ayudaba
- Le exigían, de qué manera

#### **+CUANDO SE CASÓ Y FUE MAMÁ**

- En qué cambió su vida, su trabajo
- El trabajo de la casa cómo se organizaba
- ¿Quién le ayudaba?

#### **+ AL CRECER LOS HIJOS**

- ¿El trabajo cambió? ¿Cómo?
- Cómo se reparte el trabajo
- Cuando ha sido más duro el trabajo de la casa
- Que es lo que más le agrada y menos le gusta
- El trabajo ha cambiado en algo con los servicios de que dispone ¿cuáles?
- ¿A qué horas descansa y cómo?
- Cuando usted se enferma o enfermaba ¿quien hace el trabajo de la casa?
- ¿Alguna vez ha enfermado por hacer algún quehacer como acarrear leña, tortear, ir al monte, etc.?
- ¿Qué pasa cuando no quiere hacer el trabajo de la casa?
- ¿se siente contenta de hacer el trabajo de la casa? ¿le gustaría hacer otras cosas?

#### **+TRABAJO REMUNERADO**

- Desde qué edad comenzó a trabajar. ¿le pagaban?
- Qué trabajo era
- Cuánto, quien le pagó, qué hizo con ese dinero
- En qué ha trabajado para ganar dinero
- ¿cómo se ha sentido?
- DE CASADA
- Qué hace para ganar dinero y ¿en qué lo utiliza?
- ¿Qué piensa su esposo de que gane dinero? ¿y los demás?
- ¿pensaba que al casarse la iban a mantener?
- ¿qué sintió por tener que trabajar?
- ¿Ha tenido alguna enfermedad por el trabajo que realiza?
- ¿le gusta hacer ese trabajo?
- ¿La relación con su esposo ha cambiado porque usted gana dinero?
- ¿Quién aporta más para los gastos de la casa?
- Cuando está haciendo trabajo para ganar dinero ¿su esposo ayuda al trabajo de la casa? O ¿Quién le ayuda?
- ¿cómo combina el trabajo de la casa con lo que hace para ganar dinero?

#### **+ JEFA DE FAMILIA**

- Quién es el jefe o jefa de familia en su casa



- Porqué lo es, desde cuando, ¿los demás están de acuerdo?
- Cuando su esposo se va a trabajar ¿quién es el jefe de familia?
- ¿Ser jefa de familia aumenta el trabajo, la responsabilidad o los derechos?
- ¿le gusta o le gustaría ser jefa de familia?

### **+VIOLENCIA**

#### **NINEZ**

- De niña le gritaban, le pegaban? ¿por qué?
- Recuerda alguna ocasión especial?
- ¿quién le pegaba más?
- ¿Alguna vez la golpearon de más, o buscaron, necesitó ir al médico?
- ¿qué pensaba, qué sentía?
- Hasta cuando la dejaron de golpear

#### **JUVENTUD**

- - si la golpeaban o maltrataban. ¿Por qué? ¿qué pensaba, qué sentía?
- Alguna vez alguien abusó de usted? ¿qué hizo? ¿necesitó ver al médico?
- Pidió ayuda? Se defendió? Se escondió? ¿Le dio coraje?

#### **CASADA**

- Cuando y porqué la maltrató o pegó, ofendió su esposo por primera vez
- Qué hizo usted, qué sintió, qué pensó, se defendió, qué le dijo a su marido
- Desde esa primera vez le pega seguido? ¿por qué?
- Y usted qué hace, se defiende, ha ido cambiando su respuesta?
- Alguna vez ha tratado de platicar y decirle lo que piensa o siente?
- Aparte de su esposo alguien mas la maltrata, ofende o pega, quien porqué, ¿usted cómo se defiende?
- A usted que es lo que le disgusta de su marido y de sus hijos
- Cómo se los dice
- Les pega, les maltrata, les ofende?
- ¿qué piensa de eso?

### **PARTICIPACIÓN SOCIAL**

- Desde qué edad le gusta participar
- Has tenido cargo, qué cargos
- Cómo le ha ido, se siente contenta
- Cuenta con apoyo para hacer esos cargos
- En qué le gustaría participar más
- Le gustaría no participar en nada y quedarse en su casa
- Le ha traído problemas el participar, cuáles y cómo los ha resuelto?
- Ha tenido apoyo para participar, de quién y cuáles?
- Se ha enfermado por participar
- Por su participación ha resultado problemas o creado problemas?
- Ha ayudado a alguien?

### **ALCOHOLISMO**

- ¿se acostumbra que las mujeres tomen? ¿en qué ocasiones?
- ¿se ve mal que las mujeres se emborrachen?
- ¿cuándo fue la primera vez que tomó?
- ¿cada cuanto tiempo se emborracha su marido?
- ¿qué hace usted, qué le dice?
- ¿cómo le afecta que su esposo tome?
- ¿Cuándo se casaron su marido ya tomaba? ¿Qué le decía usted? ¿qué pensaba?
- Piensa que es natural que los hombres tomen?

**CONDICIONES DE VIDA**

- Fue a la escuela, hasta qué año, le ha hecho falta haber ido más tiempo a la escuela en qué la ha necesitado, por qué no pudo seguir estudiando?
- En qué le ha ayudado el tener servicios: agua entubada, molino, luz, escuela, transporte, tiendas, etc.
- En su casa le hace falta algún servicio

**ETNIA**

- El no hablar español que problemas y beneficios le ha traído
- Se ha sentido mal alguna vez por ser mestiza
- Quisiera que sus hijas no fueran indígenas
- Alguna vez le han humillado o tratado mal por no hablar español o usar hipil
- Alguna vez se ha sentido orgullosa de ser mestiza o indígena
- Para que ha necesitado hablar español, que le pasa a las mujeres que no saben español

**LA MUJER Y SU SALUD REPRODUCTIVA**

Red de Mujeres. Prodessep, A.C.

Guía de Entrevista

Folio #

**I.A. CONDICIONES DE SALUD-ENFERMEDAD**

1. ¿Cómo se siente usted de salud (física, mental y espiritualmente)? ¿Siente que tiene problemas?

.....  
.....

2. En el último mes ha tenido alguno de los problemas que le voy a mencionar.

Si tuvo alguno, ¿a dónde acudió para que la curaran o cómo se curó?

DAÑOS A LA SALUD	SE ATENDIÓ	CÓMO
Gripa, anginas, tos		
Tos de más de 15 días		
Tuberculosis		
Gastritis		
Presión alta		
Diabetes, azúcar		
Diarrea, disentería		
Estreñimiento		
Parásitos intestinales		
Dolor de dientes o muelas		
Caída de dientes o muelas		
Accidente casero		
Accidente de trabajo		
Accidente en la calle		

Por violencia intrafamiliar		
Dolores musculares o de huesos, reumas		
Enfermedades de la piel		
Problemas de menstruación		
Flujos e infecciones vaginales		
Mal de orín, sangrado al orinar		
Sangrados vaginales		
Venas saltadas, várices		
Susto		
Empacho		
Daño- malhecho		
Quebradura de cintura		
Tristeza		
Falta de sueño		
Miedo		
Angustia		
Coraje, muina		
Cachán o cashan		
Me winic		
Problemas por tomar mucho		
Caída de pelo		
Pesadillas		
Se siente insatisfecha continuamente		
Tumor (dónde)		
Cáncer (dónde)		
Otro		

**EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO**

3. ¿Está embarazada actualmente?

4. ¿Cuántos embarazos ha tenido?

#	Sexo	Dónde se atendió, quién la atendió	Parto	Cesárea	Aborto
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

5.- De los que nacieron ¿todos viven?.....

6. Si alguno(s) murió (eron): ¿cuál fue la causa?.....

7.- De qué sexo eran.....

9.- ¿Qué edad tenía cuando quedó embarazada por 1ª. Vez?.....

10.- ¿Quién la acompañó en sus embarazos?.....

11.- ¿Tuvo problemas en sus embarazos?.....

12.- ¿tuvo problemas en algún parto?.....

13.- ¿Le quedó algún problema posterior?.....

14.- ¿cómo fueron recibidos los niños y niñas por usted, su esposo y la familia?

.....

.....

15.- ¿Qué le han dicho que se debe hacer cuando una está embarazada, en el momento del parto y después? (creencias sobre embarazo, parto y puerperio)

.....

.....

16.- ¿Qué está prohibido hacer en el embarazo, parto y puerperio?

.....  
.....  
17.- ¿A cuántos de sus hijos les ha dado el pecho? ¿Por cuánto tiempo?.....

**1 C. ANTICONCEPCIÓN**

18. De los siguientes métodos para no tener hijos ¿cuáles conoce? ¿Sabe cómo funcionan?

Dispositivo( )      salpingoplasia o ligadura femenina ( )      vasectomía ( )

Implantes ( )      pastillas ( )      condones( )      diafragma ( )

Inyecciones ( )      calendario o ritmo( )      moco o Billings ( )

Métodos populares....¿cuáles?

19.- Usa algún método para no tener hijos?

.....¿cuál?.....

20.- ¿Dónde se lo aplicaron o proporcionaron?.....

21.- ¿Cuándo se lo aplicaron (después del parto, cesárea, aborto) Fecha?.....

22.- ¿Quién se lo sugirió o aplicó?.....

23.- ¿Le explicaron la manera correcta de usarlo y las reacciones que podría tener?.....

24. ¿Quién lo decidió?.....

25.- Le preguntaron su opinión antes de aplicárselo?.....

26.- Si tiene dispositivo, ¿desde cuándo lo tiene?.....

27.- ¿cada cuándo se lo revisan?.....

28.- ¿Cuándo le hicieron el último papanicolau? último resultado.....

29.- ¿Ha tenido algún problema con el método que está usando? ¿Cuál?.....

30.- ¿cómo se ha sentido desde que usa el método?.....

.....  
.....  
31.- ¿Qué opinan de que usted se controle su esposo, su familia, el sacerdote?.....

.....  
.....  
32.- ¿Antes de este método usó alguna otra cosa? ¿Por cuánto tiempo?.....

33.- ¿Por qué lo dejó?.....

34.- ¿le ha hablado a sus hijas de cómo cuidarse o del uso de los anticonceptivos?.....

35.- si no lo ha hecho, ¿por qué?.....

**1 D. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y TOXICOMANIAS**

36. ¿Cuándo ha recibido golpes o insultos de su esposo que ha hecho?.....

.....  
.....  
37. ¿Le ha pegado de gravedad?.....

38.- ¿Le tiene miedo a alguno de los hombres de la casa? (esposo, tío, hijo, etc).....

39.- ¿Quién le grita más a los niños?.....

40.- ¿Qué hace cuando su marido le dice que está fea o la maltrata?.....

.....  
.....  
41.- ¿Cómo se desquita de lo que le hace?.....

42.- ¿La hace menos?.....

43.- ¿Le obliga a estar con él aunque usted no quiera o esté enferma?.....

44.- ¿La ha golpeado por celos?.....

45.- ¿De qué la cela?.....

46.- ¿Le gusta como la trata su suegra?.....

47.- Algún miembro de la familia, que viva en casa, ¿toma alcohol o droga?.....

¿Quién y con qué frecuencia?.....

48.- La familia de usted ¿Tiene problemas por esa causa?.....

49.- ¿usted toma alcohol con frecuencia?

50.- ¿Cuáles son los problemas que más le preocupan?.....

**II. DATOS GENERALES**

- 51.- Comunidad o colonia en donde vive. Estado.....
- 52.- Nombre.....
- 53.- Edad.....
- 54.- Estado Civil.....
- 55.- Uniones anteriores.....
- 56.- Ocupación.....
- 57.- escolaridad.....
- 58.- sabe leer y escribir.....
- 59.- etnia.....
- 60.- español: sólo lo entiende( ) lo habla( )
- 61.- lugar de origen.....
- 62.- años de residir aquí.....
- 63.- de quién depende económicamente.....
- 64.- Ocupación.....

**III. CONDICIONES ECONOMICAS Y SOCIALES**

65.- Composición de la familia (sólo los que viven en la casa)

Parentesco	Edad	sexo

66.- Qué actividades hace usted dentro de la casa.....  
 .....

67.- Qué actividades hacen dentro de la casa los demás miembros de la familia?.....  
 .....

68.- ¿Quién cuida a los niños?.....

69.- ¿Quién decide cómo educar a los hijos?.....

70.- ¿hace algún trabajo por el que obtenga dinero?.....

71.- ¿En qué trabaja?.....

72.- ¿Qué significa para usted tener trabajo o dinero propio?.....  
 .....

73.- Si los demás miembros de la familia trabajan anote en qué.....

1.....

2.....

3.....

74.- ¿Cuánto ganan y cuánto de eso aportan cada uno de los miembros de la familia por semana? N

Usted.....

conyuge.....hijos.....hijas.....padres.....otros.....

75.- ¿Quién decide cómo se gasta el dinero que entra a la casa?.....

76.- Su esposo o alguno de sus hijos se fue a trabajar a otro lugar?.....

¿a dónde?.....

77.- ¿Cada cuando viene?.....

- 78.- ¿Tiene derecho a algún servicio médico? IMSS ( ) ISSSTE ( ) OTRO Cual?  
 79.- ¿Lo usa? .....Si no lo usa ¿por qué?.....  
 80.- ¿De dónde toma el agua?.....  
 81.- ¿A qué distancia le queda de la casa?.....  
 82.- Si la tiene que acarrear ¿quién y cómo la acarrea?.....  
 83.- ¿Hay alguna temporada del año en que escasee el agua? ¿Cuándo?.....  
 84.- ¿Qué se acostumbra beber en la casa (refrescos, agua embotellada, bebida alcohólica, etc..).....  
 85.- Al baño de la casa ¿le echa agua?..... ¿Por qué?.....  
 86.- ¿Qué hace con la basura?.....  
 87.- Calidad de la vivienda (observación) buena regular mala  
 88.- ¿cuántos cuartos usan para dormir?

**IV PARTICIPACION**

- 89.- ¿Forma parte de algún grupo? ¿De qué tipo?  
 Social.....cultural.....político.....religioso.....productivo.....  
 .....

- 90.- ¿Tiene algún cargo o representación?.....  
 91.- ¿Cuánto tiempo le lleva este cargo?.....  
 92.- ¿Cómo se siente con esa responsabilidad?.....  
 93.- ¿Cuenta con apoyos para ese trabajo?.....

Anexar la capacitación de la persona entrevistada:

- Partera o promotora de salud  
 Ha tomado varios cursos de salud  
 Algún curso de salud  
 Ningún curso de salud

Fecha.....1994

Entrevistó.....