



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ACATLÁN**

**DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS
DE LAS MUJERES INDÍGENAS. ESTUDIO DE CASO:
MUJERES INDÍGENAS DE LA SIERRA NORTE DE PUEBLA,
MUNICIPIO CUETZALAN DEL PROGRESO**

TESIS Y EXAMEN PROFESIONAL
PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIATURA

PRESENTA
CIRENIA PENELOPE CELESTINO ORTEGA

ASESORA: SILVIA GONZÁLEZ QUINTERO

PAPIME PE301411 "DERECHOS HUMANOS Y CONSTRUCCIÓN DE CIUDADANÍA"
ABRIL, 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

In teteoinan in teteoitah, Tloque nahuahque Ipalnemohuani

A la luz blanca, plumaje bello de la serpiente sagrada

A mamá

A papá

A Andrea, Berenice, Dulce y Mayte

A ti, compañero

A las mujeres, a las indígenas, a las que deciden, desde su lugar en el mundo,

de qué forma son y serán talleres de ideas, de sueños y revoluciones.

A CIMAC

Por sus pasos fuertes, vivos, libres y valientes...

Por el brillo del sol que nos recuerda hacia donde caminar...

Por el baile nocturno del mar y al tierra, y la huella amorosa del fuego en nuestras vidas.

Sororalmente...

Índice

Introducción.....	4
1. ¿Por qué hablar de derechos sexuales y reproductivos como un tema de derechos humanos?.....	20
1.1 Compromiso de México con la salud sexual y reproductiva de las mujeres	22
1.2 Origen de la violación a los derechos humanos de las mujeres.....	25
1.3 Derechos humanos: una lucha interminable.....	31
1.4 Sexualidad y ciudadanía.....	35
1.5 ¿Cómo estamos hoy? Situación actual de las mujeres indígenas.....	39
1.6 La Mortalidad Materna es feminicidio.....	41
1.7 Pobreza y salud sexual y reproductiva.....	45
2. Marco normativo: reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres.....	49
2.1 Avances y retrocesos.....	57
2.2 Reconocimiento de la pluralidad.....	62
2.3 Fundamentos de los derechos sexuales y reproductivos.....	63
2.4 NOM 046 e Interrupción Legal de Embarazo.....	72
3. Derecho a la salud.....	81
3.1 Sistema de salud en torno a los derechos sexuales y reproductivos.....	89
3.2 Factores de cambio de la salud y salud sexual y reproductiva.....	92
3.3 Adolescentes, anticoncepción y aborto.....	102
3.4 Violencia feminicida y mortalidad materna.....	106
3.5 Otras muertes violentas con razón de género.....	116
4. Concepción indígena de la sexualidad.....	122
4.1 ¿Cómo ubicamos a la sexualidad en el contexto indígena?.....	123
4.2 Virginidad y abstinencia sexual.....	125
4.3 Matrimonio o mujeres como botín de guerra.....	129
4.4 Castigo de las diosas.....	136
4.5 Frío-calor.....	143
4.6 La menstruación.....	146
4.7 Reproducción.....	149
4.8 La división sexual del trabajo.....	152

5. Estudio de caso: Mujeres indígenas del municipio.....	155
5.1 Cuetzalan del Progreso en la Sierra Norte de Puebla.....	164
5.2 Atención a la salud materna.....	167
5.3 Parteras y traductoras.....	172
5.4 El papel de la sociedad civil.....	177
5.5 La organización entre mujeres.....	181
6. Propuesta para la cobertura periodística de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas.....	184
6.1 Periodistas.....	188
6.2 Mensajes.....	191
6.3 La perspectiva de género y el proceso de producción de noticias.....	192
6.4 Las fuentes dan legitimidad.....	196
6.5 Lenguaje no sexista.....	199
6.6 Ética periodística.....	201
Conclusiones.....	206
Glosario.....	215
Índice de gráficos.....	219
Fuentes.....	220

Introducción

El clima de violencia generalizado en el país se refleja en el periodismo y en la amplia cobertura que los medios de comunicación nacionales, estatales, locales y de alcance internacional hacen de temas como el narcotráfico, la violencia, la coyuntura política para la elección presidencial de 2012, los grandes acontecimientos internacionales, los incidentes laborales y los desastres naturales, por mencionar algunos, que dejan pocos espacios para el tratamiento de temas de salud y menos aún, de salud sexual y reproductiva, relegando estos contenidos únicamente a las fechas emblemáticas o designadas culturalmente a los “temas de mujeres”.

La violencia en los medios de comunicación se ha convertido en un “show” mediático que observa cuidadosamente a las mujeres cuando éstas son víctimas o bien, cuando son las espectaculares villanas, sin embargo, la realidad en los medios de comunicación no atiende a los contextos específicos de cada hecho violento ni de cada mujer violentada.

En el caso de la cobertura a la salud, las y los profesionales de la comunicación retoman las informaciones de las instancias oficiales y se mantienen al margen de la declaración, de la cifra o de la fecha, mirando la salud de las mujeres como un sujeto aislado de la dinámica diaria del país, de su entidad federativa o comunidad.

Por lo anterior, este trabajo de investigación considera importante incluir en el trabajo diario, en el día a día de quienes nos dedicamos a la comunicación, una mirada política-filosófica con perspectiva de género que permita visibilizar los elementos que colocan en una condición de vulnerabilidad a las mujeres, particularmente a las indígenas.

Quizá fue a partir del movimiento organizado y armado indígena de 1994 en Chiapas cuando comenzamos a escuchar sobre la condición de vida de las comunidades indígenas y en voz de la comandante Esther, en La Caravana de la dignidad indígena en 2001, la condición de género, etnia y de clase que limitan la vida de las mujeres indígenas en particular: “...Nosotras las mujeres sufrimos tres veces más uno por ser mujer, dos por ser indígena, tres por ser pobre”, y alertaba de una situación que no ha cambiado desde tiempos prehispánicos: para poder sobrevivir una mujer tiene que trabajar desde niña y de grande ayudar su compañero, trabaja más duro para la atención de la familia de forma

obligada porque si no moriríamos de hambre ante la carestía de medicina, alimentos, ropa y medicina que la poca producción no paga.

En su llegada al zócalo capitalino, la indígena declaró la carencia de atención de salud y su sentido mediático: "...las mujeres mueren por partos, ven sus hijos morir en sus brazos por falta de atención médica porque en los pueblos indígenas no hay centro de salud y si hay no recibimos trato ingenuo como persona, ponen la medicina un rato y un doctor cuando llega un funcionario del gobierno y llegan los medios de comunicación para dar una imagen (de) que hay atención de salud en los pueblos indígenas y así manipulan la información."

Y al grito de ¡Nunca más un México sin las mujeres! La comandante Esther llamaba la unión, a lo que hoy la antropóloga Marcela Lagarde y De los Ríos nombra sororidad: la organización de mujeres como una apuesta al ejercicio de ciudadanía, de visibilidad, de acceso a la vida pública y su derecho a tomar decisiones sobre ella, sobre su cuerpo y sobre su entorno.

A pesar de los esfuerzos promocionados por el gobierno federal para acabar con el rezago en las comunidades más pobres del país y alcanzar la cobertura total de salud, al finalizar 2011, la Comisión Nacional de Derechos Humanos repitió las palabras de Esther: las mujeres indígenas se encuentran en mayor riesgo de vulnerabilidad por la triple discriminación de que pueden ser objeto: vivir en condiciones de marginación, por su género y por su origen étnico.

Desde la marginación, el género y la etnia, las mujeres necesitan una habitación propia (WOOLF, 2008, p. 81), su cuerpo podría serlo. Como veremos a lo largo de esta investigación, el cuerpo es el primer lugar en que fueron violentadas las mujeres y a través del cual se ejerce poder sobre ellas.

La forma en que las mujeres conocen y reconocen su cuerpo y ejercen su sexualidad, está limitada también por la carga de género que culturalmente se le ha designado. Así, como lo menciona Juan Guillermo Figueroa Perea (1997, p. 105) en Algunas reflexiones sobre la representación social de la sexualidad femenina, el cuerpo de las mujeres se reconoce en función de los otros: sea en el ámbito familiar, en torno al abrazo o por su

función materna, es decir, que el cuerpo de las mujeres se comprende primero, como propiedad de los padres, luego por su capacidad de procrear y finalmente, como al servicio de alguien más.

Marcela Lagarde argumenta:

“...el cuerpo de la mujer incluye todas las extensiones que se le atribuyen: la casa o un territorio en cuanto se considera corporalmente determinada, la obligación social del trabajo y el espacio doméstico para las mujeres. El cuerpo de la mujer incluye también los cuerpos y las vidas de los hijos y de los cónyuges, las instituciones jurídicas y políticas y las concepciones mitológicas, filosóficas e ideológicas que le dan nombre, que le atribuyen funciones, prohíben o asignan obligaciones, sancionan y castigan. El cuerpo histórico de las mujeres está formado por el cuerpo de las mujeres y por todos aquellos que las ocupan. Así, a lo largo del ciclo de vida y no solo en el embarazo o durante el coito, sino permanente, el cuerpo femenino está ocupado.”(LAGARDE, 1993, p. 212)

Es importante señalar que intentaré hacer una interpretación de los derechos sexuales y reproductivos desde la misma concepción del cuerpo en el marco de la cosmovisión indígena náhuatl bajo el entendido de que cada grupo social en la época determinada en que se encuentra tiene una construcción específica, permitida o restringida, sobre los conceptos que intervienen en sus relaciones sociales, es decir que, para el caso que pretendo investigar, la concepción que las mujeres indígenas nahuas tienen sobre su sexualidad influye en cómo asisten, aceptan y/o rechazan el servicio médico y las prácticas de salud de forma particular, a diferencia de las mujeres de otro grupo étnico.

En su texto *El cuerpo y la sexualidad de las mujeres nauzontecas*, Martha Patricia Castañeda Salgado (compilación GONZÁLEZ, 1997) define la sexualidad en tanto fenómeno cultural, supone la consideración de por lo menos tres condicionantes primordiales: el género, la clase social y el grupo étnico, que a su vez, caminan en tres niveles: la base biológica, las relaciones sociales y la ideologización.

La base biológica de la sexualidad es el cuerpo, fuente creadora de símbolos y centro articulador de los mismos, se convierten en blanco de concepciones que tratan de

explicarlo de acuerdo con la racionalidad de la sociedad en la cual existe. A propósito Alfredo López Austin (2008, p. 7) explica que las concepciones que se forman acerca del cuerpo humano son meollos receptores, ordenadores y proyectores de las esferas físicas y sociales que los envuelven, razón por la cual es pertinente el estudio de la ideología indígena en torno a la sexualidad.

La toma de decisiones es un ámbito en el que históricamente las mujeres no han tenido acceso, las decisiones sobre su reproducción y sexualidad, por ser ellas las protagonistas del problema, son las que más controversia han causado.

A partir de noviembre de 2008 y hasta 2010, el gobierno federal, encabezado por el presidente Felipe Calderón Hinojosa, y los gobiernos de 18 entidades federativas, aprobaron las modificaciones a las Constituciones estatales en las cuales se protege a la vida desde el momento de la concepción hasta la muerte natural, siendo únicamente el Distrito Federal el que permite la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) hasta las 12 semanas de gestación.

Las modificaciones a la ley en 18 entidades son una muestra de las múltiples ocasiones en las que las mujeres no han tenido voz en las leyes que definen los derechos sobre sus cuerpos y, en este marco, resulta doblemente perjudicada la población indígena que, al no contar con la cobertura de los servicios de salud, la infraestructura y los instrumentos quirúrgicos necesarios y personal médico calificado, sigue poniendo en riesgo su vida desde el momento de nacer y, especialmente en la etapa reproductiva porque vincula la educación sexual, el acceso a métodos de anticoncepción, mortalidad y morbilidad materna, situaciones en las que mayor número de mujeres están arriesgando su salud y, en muchas ocasiones, perdiendo la vida.

En México, la salud reproductiva fue adoptada como prioridad en la atención de la salud desde 1995, con la creación del Programa Nacional de Planificación Familiar y Salud Reproductiva 1995-2000. A partir del 2001 las políticas en planificación familiar y salud sexual responden a los lineamientos establecidos en el Programa Nacional de Salud (2001-2006) y están contenidas en el Programa de Acción: Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud y en Programa Nacional de Salud 2007-2012 que, entre otras cosas, recoge el derecho a la información, el respeto los derechos sexuales y reproductivos y el

derecho a los servicios de calidad, y tiene por objetivo brindar información y servicios de calidad en salud reproductiva para que la población mexicana disfrute de una vida sexual, reproductiva y post-reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos.

De esta forma, los derechos sexuales y reproductivos se desprenden de los derechos humanos y están reconocidos en leyes nacionales como la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Norma Oficial Mexicana NOM 190-SSA 1-1999 Presentación de Servicios de Salud, Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (2003), Ley General de Población, Ley General de Salud, Norma Oficial Mexicana de Planificación Familiar, Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y el Recién Nacido; los Códigos de Procedimientos Civiles y las Leyes Estatales de Salud, Ley general de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007), Norma Oficial Mexicana NOM 046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres, entre otros.

Entre los tratados internacionales que recogen este derecho están: Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), I Conferencia Mundial sobre la Mujer (1975), Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (adhesión en 1981), Pacto Internacional de Derechos Políticos y Civiles (adhesión, 1981), Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés, ratificada en 1981), Convención sobre los Derechos del Niño (ratificada en 1990), Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem do Pará, 1994), IV Conferencia Internacional sobre la Mujer (Beijing, 1995), los Objetivos de Desarrollo de Milenio (ODM, 200) y el Protocolo Facultativo de la CEDAW (2002).

En este contexto, los derechos humanos fundamentales incluyen a la salud, la salud reproductiva y la planificación familiar, así como, al matrimonio y a fundar una familia, a decidir el número e intervalo de hijos y a estar libre de asalto y explotación sexual, se elevaron a derechos humanos con la modificación a la Constitución mexicana en 2011, equiparando los derechos sexuales y reproductivos a derechos como el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad que deberán ser protegidos por el Estado.

A partir de la declaración de Valencia en 1997, se definió a la sexualidad como una parte integral de la personalidad de todo ser humano que depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

La salud sexual se entiende como el resultado del reconocimiento y respeto de los derechos sexuales que incluyen: el derecho a la libertad sexual, a la autonomía, a la integridad sexual y a la seguridad corporal, a la vida privada en el terreno de la sexualidad, a la equidad sexual, al placer sexual, a la expresión sexual emocional, a la libre asociación sexual, a la educación sexual integral, a la atención de la salud sexual, a la información basada en el conocimiento científico y a la toma de decisiones reproductivas libres y responsables.

En México, los derechos reproductivos están consagrados en el Artículo 4º de la Constitución Mexicana: "Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos", es decir, que son un derecho humano.

A la par de los derechos humanos reconocidos internacionalmente, encontramos la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas en los que se reconoce que los indígenas tienen derecho, como pueblos o como personas, al disfrute pleno de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidos por la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de Derechos Humanos y la normativa internacional de los derechos humanos y en su artículo 7 afirma: "Las personas indígenas tienen derecho a la vida, la integridad física y mental, la libertad y la seguridad de la persona."

En cuanto al tema de salud se refiere, en su artículo 24 establece que "Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud." y que "Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental..."

A pesar de las ratificaciones y reconocimientos, la realidad parece estar muy alejada del marco del derecho y muchos de los problemas de salud reproductiva en México se encuentran estrechamente ligados a las desigualdades socioeconómicas que existen entre las mujeres mexicanas, la falta de pertinencia cultural e interculturalidad su atención dentro de los servicios, los centros y programas e instituciones de salud.

Hasta 2005, México albergó una población indígena de 10 millones 103 mil 571, de los cuales 4 millones 959 mil 484 son hombres y 5 millones 144 mil 087 son mujeres. Particularmente, el estado de Puebla, hasta el año 2000, alberga un 10 por ciento de la población indígena nacional con 921 mil 655 habitantes, de los 492 mil 417 son mujeres. En ambos casos, más de 50 por ciento de mujeres.

De acuerdo con un estudio realizado por el Programa de Naciones Unidas para la Población y Desarrollo (PNUD) México es uno de los tres países de la región con mayor número de gente que vive en pobreza extrema, reflejada en el acceso y la calidad de los servicios de salud.

Entre las mujeres indígenas embarazadas, al menos 20 por ciento de los partos no son atendidos por personal médico capacitado, tres veces más que en otros grupos sociales, al igual que la mortalidad infantil es 50 por ciento más alta entre la población indígena que en el resto de la población.

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en México se violentan más que cualquier otro: entre cuatro y seis mujeres de cada 100 han sido víctimas de violación alguna vez en su vida, 65 por ciento en su etapa adolescente. Se estima que la edad promedio de la primera relación sexual es de entre 15 y 17 años de edad, cuando únicamente 40 de cada 100 adolescentes usa algún método anticonceptivo, por tanto, este sector tiene 3.6 más probabilidades de tener un embarazo no deseado.

Entre las leyes que protegen la vida y la salud de las mujeres en el estado de Puebla están la Ley para el Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Puebla (octubre, 2007) y la Ley para la Igualdad entre Mujeres y Hombres del estado de Puebla (agosto, 2008).

En cuanto a atención a la salud, el estado de Puebla ocupó en 2009, el cuarto lugar entre los estados con mayor número de defunciones por causas maternas con 78 casos, igual a 70.1 de Razón de Muerte Materna (RMM) por arriba de la media nacional que se ubica en 62.2, sólo después de estados como México, Veracruz y Jalisco, reflejo de serios incrementos en embarazos adolescentes, infecciones de transmisión sexual, poca cobertura de métodos anticonceptivos y en general, un retroceso en los derechos sexuales y reproductivos y salud sexual femenina.

En 2009, según datos de Comunicación e Información de la Mujer A.C (CIMAC), 24.5 por ciento de las adolescentes en Puebla de entre 15 y 19 años de edad estaban casadas o vivían en unión libre. Para 2006, 3.8 por ciento de las adolescentes inició su vida sexual antes de cumplir 15 años de edad y 53 por ciento de las adolescentes de 12 años o más con vida sexual han estado embarazadas por lo menos una vez. En este mismo año se registraron 122 mil 200 nacimientos, de los cuales 73 por ciento fueron de mujeres de entre 15 y 29 años de edad.

En lo que respecta al cuidado, 82 por ciento de las adolescentes poblanas de entre 12 y 19 años de edad conoce algún método anticonceptivo; y 73.4 por ciento conoce las pastillas anticonceptivas como el principal método para evitar un embarazo, seguido del preservativo.

A pesar de los altos índices de embarazo adolescente, acentuados por la poca cobertura de servicios y la mínima difusión y distribución de métodos de anticoncepción, el 12 de marzo de 2009, el Congreso poblano aprobó la reforma al artículo 26 de la Constitución estatal, que protege la vida desde la concepción hasta la muerte natural y penaliza el aborto en la entidad, criminalizando así a las mujeres que deciden no continuar un embarazo salvo en las excepciones que la ley permite. Sin embargo, penalizado o no, las mujeres siguen recurriendo al aborto como una forma para salir de un estado en el cual no decidieron estar, sea por violación o porque simplemente no lo tenían planeado, poniendo así su vida en riesgo a pesar de que, a nivel federal la NOM 046 obliga a los gobiernos de los estados a promover la salud sexual y a ofrecer la ILE y efectuarla, si la mujer así lo decide de manera informada y segura.

En este marco de derechos, es indispensable visibilizar el panorama general de la situación de vulnerabilidad de los derechos sexuales y reproductivos y colocarlos como un problema de derechos humanos para reconocer la responsabilidad del Estado en el cumplimiento o violación de los mismos. Asimismo, reconocer el papel de las organizaciones de la sociedad civil como un elemento importante en la denuncia de las violaciones a tales derechos.

Es necesario entonces, visibilizar la acción de las organizaciones de mujeres no gubernamentales que vigilan, dan seguimiento y denuncian las violaciones de estos derechos, entre las cuales están: Kinal Anzetik A.C, Salud Integral para la Mujer (Sipam), Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (CPMSM), IPAS México, el Observatorio de Violencia Contra las Mujeres de la Sierra Norte de Puebla, entre otras.

Como periodista e integrante de una organización que promueve el reconocimiento de los derechos de las mujeres a través del ejercicio periodístico considero que es fundamental reconocernos como defensoras de derechos humanos porque a través de nuestros espacios en los medios de comunicación es donde podemos visibilizar la problemática actual en torno a los derechos sexuales y reproductivos, demandar, divulgar, difundir y colocar los temas que involucran a las mujeres y sus demandas sociales como una problemática social y de derechos humanos. Defendemos el derecho humano a la comunicación y a la libre expresión, en defensa de una sociedad democrática, equitativa, justa e incluyente.

Es el periodismo la mejor forma de hacer frente y colocar en la mirada del auditorio el reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres y hacer énfasis en su importancia para el reconocimiento de sus necesidades informativas, de los mismos derechos sexuales y reproductivos y de la construcción de su ciudadanía.

Hipótesis

1. Los medios de comunicación y los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas necesitan una visión de derechos humanos con perspectiva de género y pertinencia cultural.
2. Las estructuras de poder patriarcales y la cosmovisión indígena machista histórica y cultural perpetúan la marginación de las mujeres, situación que repercute en la atención a su salud sexual y reproductiva.
3. La atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas de la Sierra Norte de Puebla del municipio de Cuetzalan del Progreso carecen de una visión intercultural.
4. Los medios de comunicación no atienden a la población indígena ni visibilizan la condición social, de etnia y de género de las mujeres indígenas ni de su salud sexual y reproductiva.
5. La organización entre mujeres ha permitido el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres indígenas y su puntual y pertinente atención a su salud sexual y reproductiva.

Objetivos

Generales

1. Conocer el estado actual de acceso a servicios de salud de las mujeres indígenas de la Sierra Norte de Puebla.
2. Brindar un panorama general de las condiciones de salud de las mujeres indígenas de la Sierra Norte de Puebla.

Particulares

1. Conocer el nivel de acceso de las mujeres indígenas de la Sierra Norte de Puebla en los Servicios de Salud en relación con su cultura.
2. Detectar las carencias en el sistema de salud para el acceso pleno de los mismos de las mujeres indígenas y explicarlas en relación con su cultura

3. Analizar el acceso a la salud pública como un derecho humano de las mujeres en la Sierra Norte de Puebla.
4. Desarrollar una propuesta para el seguimiento periodístico del cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas.

Específicos

1. Analizar el papel de las organizaciones no gubernamentales en el acceso y promoción de los servicios de salud.
2. Analizar el papel de los medios de comunicación en el seguimiento del cumplimiento efectivo de los derechos sexuales y reproductivos en la región.
3. Rescatar experiencias particulares de mujeres indígenas en relación a los servicios de salud que reciben las mujeres indígenas de la sierra norte de Puebla.
4. Evidenciar las causas de mujeres que no reciben un adecuado servicio de salud.
5. Dar elementos para la evaluación del acceso a la salud pública y el respeto a los derechos humanos, en particular los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas.
6. Dar elementos para el seguimiento periodístico del acceso a la salud pública y el respeto a los derechos humanos, en particular los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas.

Metodología

Para la presente investigación utilizaré algunos conceptos definidos internacionalmente por el derecho y su significación en el contexto mexicano, además de retomar la teoría de género de Marcela Lagarde y De los Ríos y Daniel Cazés como base del reconocimiento de la sexualidad y del cuerpo de las mujeres como un primer terreno de ejercicio de poder indispensable para la investigación social.

También profundizaré en los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos de las mujeres desde un marco normativo que nos permita comprender su significación internacional y los compromisos de México en el tema para entrar a una mirada de salud

pública que coloque la sexualidad femenina como un problema social con un origen en la responsabilidad institucional del ejercicio de derechos.

Empezaré por definir la ciudadanía como marco desde el cual deben atenderse los derechos sexuales y reproductivos en el contexto de los derechos humanos. Sánchez Olvera (SÁNCHEZ, 2009, p. 28) identifica a la ciudadanía moderna a partir del siglo XVIII y afirma que: "...la ciudadanía es la posición de derechos y la responsabilidad de deberes, es la pertenencia a una comunidad política determinada -el Estado-, y la posibilidad de contribuir a la vida pública de esa comunidad a través de la participación. La ciudadanía es entonces la conjunción de tres elementos que la constituyen: posesión de derechos y responsabilidades, pertenencia a una nación y participación social."

Para la presente investigación utilizaremos la definición de Stoller la cual entiende al género como un término que designa a los fenómenos psicológicos, así como el sexo (femenino o masculino) o referirse a la femineidad y masculinidad sin referirse a los rasgos fisiológicos o anatómicos de las personas (STOLLER, 1968, p. 187).

Desde este marco, la perspectiva de género nos permite entender la complejidad de los procesos de construcción de ciudadanía y ejercicio de derechos desde las construcciones sociales a partir de los sexos. El género es una construcción sociocultural, desde la teoría del género. Abarca los planteamientos teóricos, metodológicos, filosóficos, éticos y políticos necesarios para comprender el complejo de relaciones de poder que determinan la desigualdad entre mujeres y hombres, la condición de subordinación, dependencia y discriminación en que viven ellas y la condición de preponderancia paradigmática y a la vez enajenante de ellos. (CAZÉS, 2000, p. 2-7)

El teórico de la perspectiva de género Daniel Cazés expone cómo a finales de la década de 1960, primero en la psicología y luego en el conjunto de las ciencias sociales, se aceptó que el sexo es una referencia biológica sobre la que se construye la desigualdad social entre mujeres y hombres, debido a las cargas sociales y culturales, se recurre al género para designar las construcciones sociales sobre las relaciones entre los sexos.

En la investigación social, entender las diferencias de sexo y las construcciones de género amplía el entendimiento de los procesos de poderío y empoderamiento ejercidos históricamente.

Un elemento vital en la investigación periodística y en la comunicación, es el lenguaje a partir del cual designamos valores a las acciones, hechos, testimonios y personas. Las palabras tienen género, no sexo, mientras que los seres vivos tienen sexo, no género. (VARELA, 2008, p. 8).

Algunos conceptos clave para esta tesis son: derechos humanos, ciudadanía, cosmovisión, cultura, derecho a la autonomía, derecho a la integridad y derecho a la seguridad corporal, derecho a la decisión, derecho a la información, derecho a la comunicación, derechos reproductivos, derechos sexuales, discriminación, empoderamiento, ética, género, muerte materna, aborto, perspectiva de género, salud, salud reproductiva, salud sexual, sexo, sexualidad y vulnerabilidad, que se explicarán ampliamente en el glosario.

La presente investigación está dividida metodológicamente en dos partes: una recolección documental y entrevistas a profundidad.

La recolección documental incluye material bibliográfico, hemerográfico, así como informes y documentos oficiales de las instancias de gobierno que atienden a la población, a las mujeres, a las mujeres indígenas y el sector salud y violencia contra las mujeres, como son el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Comisión Nacional de Población, Fondo Mundial de Población de Naciones Unidas, Instituto Nacional Indigenista, Instituto Nacional de las Mujeres, Secretaría de Salud y las reglamentación nacional e internacional en materia de derechos humanos.

También consulté las fuentes no oficiales o informes, estudios, boletines y análisis de las organizaciones no gubernamentales como el Observatorio de Mortalidad Materna, Ipas México, Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, Kinal Antzetik, Grupo de Información en Reproducción Elegida, Salud Integral para la Mujer, Observatorio de Violencia de Género de Puebla, Espacio Espiral, El Rostro de la Mortalidad Materna en

México de Comunicación e Información de la Mujer A.C, y la Asociación Mexicana por el Derecho a la Información, entre otras.

Las entrevistas a profundidad me permitieron tener mayor comprensión del tema, aunque no toda la información proporcionada por las entrevistadas es publicable. Las entrevistas fueron sobre temas generales como feminismo, violencia contra las mujeres, salud materna de las mujeres indígenas con expertas y expertos en salud pública, en género, en violencia y en filosofía indígena náhuatl, y con integrantes de las organizaciones que hacen el seguimiento del tema desde el lado no gubernamental.

Algunas entrevistadas fueron: Marcela Lagarde y de los Ríos, antropóloga y teórica feminista, Lina Rosa Berrio Palomo, especialista en salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas, entre otras vía electrónica.

Una herramienta importante fueron los espacios digitales de las organizaciones civiles como: el centro de documentación de la página Cima Noticias, la página web de la Universidad Nacional sobre Medicina Tradicional Mexicana y El Rostro de la Mortalidad Materna en México. Cabe destacar que ésta última desarrolla foros virtuales sobre distintos temas en torno a la maternidad en México, espacio de valioso aporte para esta investigación.

En 2010 visité Cuetzalan del Progreso en la Sierra Norte del Estado de Puebla, parte de la investigación en campo, para recoger los testimonios directos de las mujeres en edad reproductiva y sus experiencias en la atención de su salud. Así como entrevistas con las organizaciones que trabajan en esta zona particularmente marginada y el personal médico de la región, resultado de esto es la entrevista con Gabriela Cano Azcárraga directora del Espacio Espiral, especialista en atención y trabajo con mujeres indígenas de la zona.

Basta decir que, la investigación de campo realizada en 2010 permitió realizar entrevistas con mujeres indígenas nahuas, entre ellas, una partera, una promotora de salud, dos especialistas y la madre de una mujer muerta pocas horas después de su parto. El resto de la investigación es documental con entrevistas presenciales, virtuales y telefónicas con expertas en salud sexual y reproductiva en el período de julio a noviembre de 2011.

En suma, esta tesis recoge un panorama general de la situación en que las mujeres indígenas ejercen sus derechos sexuales y reproductivos en un marco de derechos humanos, con una mirada tolerante a la cultura ancestral específica de la zona y pertinente a la condición histórica de género y de etnia de las mujeres indígenas, es decir, con perspectiva de género e intercultural.

El capítulo 1 ofrece un panorama general de la problemática de la violencia contra las mujeres reflejada en el ejercicio de su reproducción y sexualidad, la lucha del movimiento de mujeres por alcanzar la ciudadanía y, desde ahí, cómo explicamos la mortalidad materna como un problema social que sigue afectando a las mujeres más pobres que quedan desprotegidas ante la carencia de programas de salud y políticas públicas incluyentes, accesibles y de calidad.

El capítulo 2, recoge el largo camino del reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres en el marco normativo nacional e internacional. Hago una recopilación de las declaraciones, conferencias y tratados en los que el Estado mexicano se ha comprometido a promover y respetar los derechos humanos de las mujeres a nivel internacional y los pasos que hemos logrado en el territorio nacional en materia de acceso a una vida libre de violencia y de respeto a nuestra sexualidad y reproducción, el derecho a decidir, el reconocimiento a la pluralidad y los fundamentos jurídicos de los derechos sexuales y reproductivos en México.

Reconocer la salud sexual y reproductiva como un hoyo negro en la salud pública es el objetivo del capítulo 3 en el que caracterizo los servicios de salud y brindo herramientas para evaluarlo desde la atención que reciben las mujeres indígenas en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Analizo algunos factores de cambio de la salud a lo largo de los años como la transición epidemiológica y demográfica, las alternativas ante un embarazo no deseado como la anticoncepción y el aborto, la violencia institucional traducida en mortalidad y morbilidad materna y otras muertes violentas por razón de género como el Cáncer Cérvico-uterino y de Mama y la feminización del VIH.

El capítulo 4 recoge la cosmovisión indígena de la sexualidad y del cuerpo femenino a partir del cual se elaboran las construcciones de género. Conceptos como la virginidad, la abstinencia, la maternidad, la poligamia y la menstruación se explican desde la

concepción del binomio frío-calor que rige desde la época prehispánica la atención a la salud de las mujeres indígenas. Así paso a la importancia de las parteras, promotoras de salud y traductoras en una visión intercultural contemporánea que en el capítulo 5, donde analizo la situación específica de las mujeres indígenas de la Sierra Norte de Puebla del municipio Cuetzalan del Progreso, recobra importancia porque son la base de la atención cultural pertinente. En esta región la organización de mujeres ha jugado un papel protagónico en la atención y en el ejercicio de derechos.

En el capítulo 6 propongo un decálogo como un apoyo para la cobertura periodística de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígena, basado en la teoría de género, con un lenguaje no sexista y que atienda a visibilizar en los medios de comunicación la condición histórica de género y de etnia en los medios de comunicación a fin de promover un periodismo social ético, incluyente, plural y que contribuya a erradicar la violencia contra las mujeres en los medios de comunicación y en todas las esferas de la vida.

1. “¿Por qué hablar de derechos sexuales y derechos reproductivos como un tema de derechos humanos?”

Es la esperanza
que me da el amor
eterno, férreo, sutil
de permanecer quieta
callada, valiente, avanzando...
Y continúo
(CHACÓN Flora, 2011)

Elizabeth Rojas Echeagaray falleció el 30 de noviembre de 2009 en San Isidro Zautla en el estado de Puebla a los 24 años, tenía 27 semanas de embarazo y, ante la demora en su atención, murió. El diagnóstico médico fue preclampsia.

Esta muerte materna es sólo un ejemplo de la violación a los derechos humanos de las mujeres en el ejercicio de su maternidad. Para la población indígena es una situación de doble, triple y, a veces, cuádruple vulnerabilidad: por ser mujeres, por ser indígenas, por ser pobres, y a veces, por ser adolescentes¹.

De aquí la importancia de reconocer el ejercicio pleno de su sexualidad y el derecho a su reproducción, lo que nos lleva a aclarar los matices y las complicaciones en el ejercicio de éstos derechos, por su condición de género, de edad y de etnia.

Un proceso muy largo e interminable es el que se ha propuesto definir y reconocer el derecho a la salud, y a los derechos sexuales y reproductivos en particular, como derechos humanos.

El Alto Comisionado de para los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) define los derechos humanos como “derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición.”

¹ La organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia entre los 15 y 24 años, de 10 a 14 años adolescencia temprana, años la juventud, 15 a 4 años adolescencia temprana y adolescencia tardía de 15 a 19 años.

La ONU también explica que “el derecho internacional de los derechos humanos establece las obligaciones que tienen los gobiernos de tomar medidas en determinadas situaciones, o de abstenerse de actuar de determinada forma en otras, a fin de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de los individuos o grupos”, además establece que los derechos humanos son universales, inalienables, interdependientes, indivisibles, iguales y no discriminatorios.

Al respecto, la maestra en derechos humanos Lucía Montiel Romero (2011) explica que la salud de toda persona tiene una fuerte vinculación con la vida y con la posibilidad de ejecutar las funciones propias del ser humano, que se traducen en el desarrollo real y efectivo de la vida humana en su totalidad. “La salud materializa ciertas condiciones que hacen posible el ejercicio de la libertad. En este sentido la salud debe ser protegida porque le da al ser humano las posibilidades de buscar un desarrollo sin límites físicos.”

Reconocer la salud como un derecho fundamental asegura que el objeto y fin de este derecho se garanticen y protejan, y que las obligaciones que adquieren los Estados respecto a este derecho no pueden ser consideradas como bienes transitorios susceptibles a ser removidos de acuerdo a las nuevas políticas económicas, razón por la cual, la salud debe estar protegida contra las relaciones de poder que impidan su plena realización.

Según la misma organización internacional, los grupos sociales que se ubican en mayor riesgo de ser violentados en su derecho a la salud son por su condición de edad, género, condición social económica o física, las mujeres, las y los niños y la población indígena. Por ello, la muerte materna es reflejo de las profundas desigualdades y vulneraciones del derecho a la salud, a la reproducción y a la sexualidad que enfrentan las mujeres en el mundo, en particular las mujeres indígenas.

1.1 Compromiso de México con la salud sexual y reproductiva de las mujeres²

En 1994, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo realizada en El Cairo, se definió la salud reproductiva como:

“...un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.”³

En México, los derechos reproductivos están consagrados en el Artículo 4º de la Constitución Mexicana, el cual establece que "Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos", es decir, que son una garantía individual.

La salud reproductiva fue adoptada por el Estado mexicano como prioridad en la atención de la salud desde 1995, con la creación del Programa Nacional de Planificación Familiar y Salud Reproductiva 1995-2000 y a partir del 2001 las políticas en planificación familiar y salud sexual responden a los lineamientos establecidos en el Programa Nacional de Salud (2001-2006) y están contenidas en el Programa de Acción: Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud⁴ que, entre otras cosas, recoge el derecho a la información, el

² En el capítulo 2 profundizaré en el marco legal, tratados, convenciones y legislación en el que se sustentan los derechos sexuales y reproductivos, por lo que aquí solo intento dar una guía para la lectura de la investigación.

³ Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), párrafo 7.2, retomado en la IV Conferencia Internacional sobre la Mujer (Beijing, 1995).

⁴ Programa de Acción: Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, 2001

respeto a los derechos sexuales y reproductivos y tiene por objetivo brindar información y servicios de calidad en salud reproductiva para que las y los mexicanos disfruten de una vida sexual, reproductiva y post-reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos.

A partir de la declaración de Valencia en 1997⁵, se definió a la sexualidad como una parte integral de la personalidad de todo ser humano que depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

En este contexto, los derechos humanos fundamentales incluyen la salud, la salud reproductiva y la planificación familiar, así como, al matrimonio y a fundar una familia, a decidir el número e intervalo de hijos y a estar libre de asalto y explotación sexual, equiparando los derechos sexuales y reproductivos a derechos como el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad.

De esta forma, los derechos sexuales y reproductivos se desprenden de los derechos humanos y están reconocidos en leyes nacionales y pactos internacionales firmados y ratificados por México.

Es necesario resaltar que los derechos sexuales y los derechos reproductivos están estrechamente vinculados, sin embargo implican distintas responsabilidades, obligaciones y libertades.

En la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer de 1995 se estableció que los derechos sexuales incluyen el derecho de la persona a tener control y a decidir libremente sobre los asuntos relacionados con su sexualidad, sin sufrir coacción, discriminación ni violencia. Incluyen el derecho a la información, el derecho a la dignidad, a la privacidad y a la integridad física, mental y moral al realizar una elección sexual; y el derecho al más alto nivel de salud sexual.

La salud sexual se entiende como el resultado del reconocimiento y respeto de los derechos sexuales que incluyen: el derecho a la libertad sexual, a la autonomía, a la

⁵ Declaración del 13 Congreso Mundial de Sexología, 1997 Valencia, España, aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, el 26 de Agosto de 1999 en Hong Kong.

integridad sexual y a la seguridad corporal, a la vida privada en el terreno de la sexualidad, a la equidad y al placer sexual, a la expresión sexual emocional, a la libre asociación sexual, a la educación sexual integral, a la atención de la salud sexual, a la información basada en el conocimiento científico y a la toma de decisiones reproductivas libres y responsables.

A la par de los derechos humanos reconocidos internacionalmente, encontramos la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas⁶ en la que se reconoce que *los*⁷ indígenas tienen derecho, como pueblos o como personas, al disfrute pleno de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidos por la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de Derechos Humanos.

La Normativa Internacional de los Derechos Humanos y en su artículo 7 afirma: “Las personas indígenas tienen derecho a la vida, la integridad física y mental, la libertad y la seguridad de la persona.”

En cuanto al tema de salud se refiere, la misma Declaración en su artículo 24 establece que “Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud” y que “Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental...”

En este marco de derechos, es indispensable visibilizar el panorama general de la situación de vulnerabilidad de los derechos sexuales y reproductivos y colocarlos como un problema de derechos humanos para reconocer la responsabilidad del Estado en el cumplimiento o violación de los mismos.

⁶ Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, México, 2009. México estuvo presente desde su preparación a partir de 1985.

⁷ Las cursivas resaltan el masculino genérico, más adelante retomado, para explicar la invisibilidad de las mujeres en el lenguaje.

1.3 Origen de la violación a los derechos humanos de las mujeres

Diversas teóricas feministas han abundado en la importancia de realizar análisis desde el punto de vista de las diferencias genéricas, las diferencias que no son producto de la naturaleza sino de los roles sociales atribuidos a hombres y mujeres bajo una estructura social que ha ponderado los derechos de los hombres sobre los de las mujeres.

Se trata de construcciones normativas y universales de las cuales se han derivado desigualdades en derechos y oportunidades en los distintos ámbitos y espacios en que las mujeres se desenvuelven, viven y conviven.

La antropóloga y teórica feminista Marcela Lagarde y De los Ríos afirma que las mujeres viven situaciones que condicionan su forma de vida, la vida cotidiana y su identidad, estas condiciones pueden variar según el género, la edad, la etnia a la que pertenecen, la condición política y cultural en que se desarrollan, es decir, que la condición humana se construye desde su cuerpo.

Las restricciones culturales que enfrentan las mujeres en el ejercicio de su sexualidad influyen en todos los aspectos de su vida. Así el control de su cuerpo, de su sexualidad y de su maternidad implican el control sobre su vida, sus derechos y su muerte, convirtiéndose así el control del cuerpo en el claro ejemplo de las relaciones de poder que la mantienen restringida de sus derechos humanos. (TAMBIAH, 1995, p. 58)

La organización social del comportamiento sexual femenino, junto con el comportamiento reproductivo, son áreas de enfrentamientos intensos y reflejo de los extraordinarios desafíos a los que las niñas y mujeres deben hacer frente en sus esfuerzos por realizar su deseo sexual, en tanto personas y miembros de la comunidad.

Con frecuencia los intentos de las mujeres por afirmar su autonomía sexual chocan con la oposición de la familia, la sociedad y el Estado, que tratan de controlarla. La dirección y el resultado de estos enfrentamientos son influenciados por la relación material que existe entre hombres y mujeres; muchas veces se trata de una relación en la que las niñas y las mujeres dependen materialmente de los hombres.

La teórica feminista Alda Facio (2008) refiere que la atribución de características, comportamientos y roles dicotómicos a cada uno de los sexos es un problema de discriminación contra las mujeres porque los derechos de las mujeres gozan de menor a ningún valor.

Pero el problema es más serio aún: las características, comportamientos y roles que cada sociedad atribuye a los hombres, son las mismas que se le asignan al género humano, de esta manera lo masculino se convierte en el modelo de lo humano. Esto dificulta la eliminación de la discriminación contra las mujeres porque ya no se trata solamente de eliminar estereotipos y cambiar roles, sino que es necesario re-conceptualizar al ser humano.

Marcela Lagarde y De los Ríos (1992) señala que “esta condición histórica es el conjunto de circunstancias, cualidades y características esenciales que definen a la mujer como ser (genérico)” y determinan su situación vital como el resultado de lo que cada mujer va siendo en el tiempo y el espacio más el cruce de las condiciones que la determinan.

Los estigmas asignados a las mujeres son negativos en la medida en que las acciones limitan el actuar de las mujeres, Lagarde explica que “es opresiva la condición genérica por la definición de las mujeres como seres carentes, capaces de renuncia, cuya actitud básica consiste en ser capaces de todo para consumir su entrega a los otros e incapaces para autonomizarse de ellos”.

Las mujeres mismas están involucradas en la lucha por el control de su sexualidad como sujetos, determinando activamente el comportamiento sexual (de conformidad o no con las normas socialmente aceptables), o como objetos de programas represivos de la sociedad o del Estado.

Si bien el estatus de clase y factores étnicos, religiosos, de identidad cultural, edad y ciudadanía, entre otros, afectan profundamente las opciones disponibles para que las niñas y las mujeres expresen y experimenten su sexualidad, Tambiah (1995) sostiene que el temor a la sexualidad femenina produce intentos de contener, distorsionar y/o suprimir el deseo sexual femenino autónomo mediante variados grados de coacción, incluyendo la violencia.

La domesticación es un medio importante para contener la sexualidad femenina y un proceso en el que la familia cumple un rol clave, la enseñanza de los roles desde la infancia constituye la base de la reproducción de los roles asignados a las mujeres.

Para Facio, la regulación de la sexualidad femenina obedece a la necesidad que tienen los hombres de tener certeza sobre la paternidad biológica, para controlar la reproducción humana. “A pesar de que es en el cuerpo de las mujeres donde se realiza esta importante función, el derecho pretende pasar por universal una necesidad que es de los varones y que además repercute en la restricción del ejercicio de autonomía sexual y reproductiva de las mujeres. Es el caso de la prohibición del aborto...”

Enseñar a una mujer que su cuerpo es de otro, que no debe tocarlo o que debe responder únicamente a la satisfacción de otros es un proceso largo que se inicia en la infancia y lucha por mantener en la ignorancia a la mujer “en la creencia de que cuanto menos sepa será menos probable que explore su sexualidad y que pueda comprometer su virginidad”⁸.

Al mismo tiempo, sin embargo, se espera de las mujeres que desarrollen una actitud sana y conocedora hacia la maternidad. Algunas veces esa ignorancia forzada puede extenderse hasta distorsiones fisiológicas extremas, como la circuncisión femenina, cuya intención es enmudecer cualquier posibilidad de curiosidad y expresión sexual.

Aunque las niñas son particularmente vulnerables a las restricciones impuestas al desarrollo de su sexualidad, las adultas enfrentan una serie de elecciones y desafíos en relación con el ejercicio de una elección responsable y autónoma sobre su actividad sexual. El respeto otorgado a las mujeres socialmente, por lo general es definido por su comportamiento sexual, real o imaginario. Aunque los hombres también pueden ser señalados por su comportamiento sexual, las repercusiones sociales del mismo no son idénticas.

La percepción de la sexualidad femenina como un problema y los intentos de la sociedad por controlarla también se reflejan y son influenciadas por procesos que obligan a la mujer

⁸ En el capítulo 4 explicaré la importancia de la “virginidad” para la cosmovisión indígena, así como la sexualidad.

a intercambiar sus capacidades para el placer sexual (y la maternidad) por el sustento material brindado por el hombre, sin importar la forma en que ella desee en realidad expresar su sexualidad.

Las niñas y mujeres jóvenes son frecuentemente desalentadas de continuar su educación o de capacitarse en habilidades para el trabajo porque sus familias y comunidades creen que casarse y tener hijos –hechos asumidos como inevitables – convierte la educación en algo ajeno a su realidad.

La subordinación de las mujeres, como lo refiere Facio, tiene como uno de sus objetivos el *disciplinamiento* y control de los cuerpos, ya que son éstos, en última instancia, los que nos dan singularidad en el mundo.

En el caso de las mujeres, el *disciplinamiento* ha sido ejercido por los hombres y las instituciones que ellos han creado, la medicina, el derecho, la religión, con el fin de controlar la sexualidad y la capacidad reproductiva de las mujeres, expresión de la diferencia sexual. Lagarde explica que la mayoría de las mujeres ha sido especializada en sexualidad procreadora y el resto en la sexualidad erótica, pero ambas son para los otros, no para ellas.

Como lo refiere el doctor en derecho constitucional Miguel Carbonell Sánchez, la falta de respeto a los derechos reproductivos lleva a las mujeres a buscar otras salidas según su condición social.

“La carencia y el olvido muestra cómo esta sutil ignorancia del contexto vuelve a las mujeres de Latinoamérica vulnerables, desde aquellas que tienen recursos y buscan una técnica de reproducción asistida, sometiéndolas a una cantidad de estimulaciones hormonales y procedimientos médicos evitables para proteger a los embriones, o aquellas que acuden a un diagnóstico prenatal para construir una familia sana y cuando el feto tiene graves problemas genéticos son libradas a la suerte de abortos ilegales y, por lo general, inseguros; hasta aquellas que quieren evitar un embarazo “impuesto” o que debido a una mala atención de su salud reproductiva, quedan luego infértiles. Si bien cabe destacar que la situación es mucho más difícil y acuciante para las mujeres que carecen de los recursos

básicos para cuidar su salud, como se ha podido observar, aquellas mujeres en una situación más favorable también son afectadas.” (compilación de CRUZ, Derechos de las mujeres..., 2010, p. 39)

Las relaciones desiguales entre hombres y mujeres han afectado e impactado directamente la vida privada y pública de las mujeres y han generado tipos de violencia visibles pero naturalizadas en la sociedad, necesarias para entender y explicar la realidad.

La violencia en general cometida contra las mujeres ha sido históricamente, uno de los retos a erradicar para muchos países del mundo, estas construcciones han permitido que las mujeres sean “cosificadas”, tomadas en cuenta como adornos por lo que sus cuerpos han sido igualmente considerados como pertenecientes a “otros” y en este sentido su sexualidad también es violentada constantemente y en distintos niveles.

La cosificación del cuerpo de las mujeres se hace visible en el trato como objeto, incapaces de tener razón, voluntad, conciencia, autonomía y, en consecuencia, derechos. Las mujeres entonces, dice Lagarde, somos vistas de en dos lugares: en la naturaleza como animales sin evolución, por lo que reclamar la ciudadanía te convierte en una mujer desnaturalizada; y como objetos, es decir, inanimada, sin historia, aunque simbólicamente siga existiendo el estereotipo de la virtud propia del género femenino.

De este modo, las prácticas más irracionales cometidas contra mujeres en distintas sociedades, clases sociales y económicas y territorios con diferentes tradiciones usos y costumbres, encuentran sustento y justificación en las construcciones sociales.

El género es una de las referencias recurrentes a través de las cuales el poder político ha sido concebido, legitimado y criticado. Pedro Morales Aché en Los derechos reproductivos desde la perspectiva constitucional (compilación de CRUZ Parcero, 2010, p. 147) sostiene que los ámbitos de la sexualidad y de la reproducción humana históricamente han sido los escenarios de la vida social en donde se ha potenciado la violencia en contra de las mujeres, y por ello es evidente la importancia que tiene para la teoría de género y sus vinculaciones con el derecho, el análisis de la regulación jurídica sobre la sexualidad y la reproducción.

El teórico de la perspectiva de género Daniel Cazés (1998) expone cómo a finales de la década de 1960, primero en la psicología y luego en el conjunto de las ciencias sociales, se aceptó que el sexo es una referencia biológica sobre la que se construye la desigualdad social entre mujeres y hombres, debido a las cargas sociales y culturales, se recurre al género para designar las construcciones sociales sobre las relaciones entre los sexos.

El género influye en la forma en que las mujeres conocen y reconocen su cuerpo y ejercen su sexualidad. Así el cuerpo de las mujeres se reconoce en función de los otros: sea en el ámbito familiar, en torno al embarazo o por su función materna (FIGUEROA, 2001), es decir, que el cuerpo de las mujeres se comprende primero, como propiedad de los padres, luego por su capacidad de procrear y finalmente, como al servicio de alguien más.

Es importante señalar que la concepción del cuerpo humano y del cuerpo femenino en particular varía según cada cultura y momento histórico. Así es posible entender la subjetividad del cuerpo femenino del presente urbano con el indígena, de igual manera el simbolismo del cuerpo para la población indígena contemporánea y para las y los antiguos nahuas. López Austin sostiene que:

“La preocupación por el funcionamiento de este complejo mecanismo que constituye al hombre y junto a ella esta siempre presente necesidad de un sistema ideológico que explique la constitución y el desarrollo de los procesos vitales. No puede ser de otra manera, si el cuerpo humano es el núcleo y vínculo general de nuestro cosmos, centro de nuestras percepciones, generador de nuestro pensamiento, principio de nuestra acción, y rector, beneficiario y víctima de nuestras pasiones” (LÓPEZ Austin, 2008 p. 7)

Martha Patricia Castañeda Salgado en su estudio *El cuerpo y la sexualidad de las mujeres nauzontecas* (GÓNZALEZ Montes, 1997)⁹ define la sexualidad en tanto fenómeno cultural supone la consideración de por lo menos tres condicionantes

⁹ Estudio sobre el cuerpo y la maternidad realizado por la profesora e investigadora de la carrera de Antropología social de la Universidad Autónoma de Puebla, en la cabecera municipal de Nauzontla, ubicada en la Sierra Norte de Puebla, base de la tesis *Mujeres, cuerpo y maternidad en Nauzontla Puebla, UAP* (1987).

primordiales: el género, la clase social y el grupo étnico, que a su vez, caminan en tres niveles: la base biológica, las relaciones sociales y la ideologización.

Desde este panorama, la salud sexual femenina merece una atención especial a partir de la cosmovisión¹⁰ nahua de la que se desprende bajo el entendido de que cada grupo social en la época determinada en que se encuentra tiene una construcción particular y específica, permitida o restringida, sobre los conceptos que intervienen en sus relaciones sociales, es decir que, la concepción que las mujeres indígenas nahuas tienen sobre su sexualidad influye en cómo asisten, aceptan y/o rechazan el servicio médico y las prácticas de salud de forma particular y específica, a diferencia de las mujeres de otro grupo étnico o no étnico.

La base biológica de la sexualidad es el cuerpo, fuente creadora de símbolos y centro articulador de los mismos, se convierten en blanco de concepciones que tratan de explicarlo de acuerdo con la racionalidad de la sociedad en la cual existe. Las concepciones que se forman acerca del cuerpo humano son meollos receptores, ordenadores y proyectores de las esferas físicas y sociales que los envuelven, razón por la cual es pertinente el estudio de la ideología indígena en torno a la sexualidad. (LÓPEZ Austin, 2008)

1.4 Derechos humanos de las mujeres: una lucha interminable

A propósito de la ausencia de las mujeres en la legislación, Aida Facio refiere que:

“Conceptualmente, las diferencias entre los sexos no implican desigualdad legal. Es posible concebir a mujeres y hombres como legalmente iguales en su diferencia mutua. Pero ese no ha sido el caso, al menos en los últimos 5 o 6 mil años. Desde el punto de vista histórico, las diferencias entre los sexos y la

¹⁰ Entiéndase como el conjunto articulado de sistemas ideológicos relacionados entre sí en forma relativamente congruente con el que un individuo o grupo social, en un momento histórico, pretende aprehender el universo. López Austin, 2008...(dedicaré un capítulo a una interpretación del cuerpo y la sexualidad de las mujeres indígenas nahuas de Puebla)

desigualdad legal están estrechamente ligadas. ¿Por qué? Porque la diferencia mutua entre hombres y mujeres se concibió como la diferencia de las mujeres con respecto a los hombres cuando los primeros tomaron el poder y se erigieron en el modelo de lo humano.” (FACIO, Feminismo..., 2004, p. 1)

Si bien la incorporación de las mujeres al derecho internacional tardó casi 200 años cuando se nombraron los Derechos Humanos y no los Derechos del Hombre, el reconocimiento de los derechos sexuales y los reproductivos continúa siendo un proceso complejo en construcción que aún no tiene cabida en las legislaciones estatales.

La historia de los Derechos del Hombre y del Ciudadano nos remonta a 1789, las mujeres fuimos incluidas hasta el siglo XX cuando se distingue y se escriben explícitamente los derechos humanos, incluidos los de las mujeres. Fue hasta 1948 en la Declaración Universal de los Derechos Humanos cuando se reconoce a las y los individuos con una grave repercusión en los diferentes ámbitos de la vida (jurídica, económica, política, social, cultural, familiar, personal –privada-, profesional y pública), así mismo ha influido en el lenguaje y en el cómo nombremos –o no- y damos existencia y reconocimiento a las personas, concretado en la reproducción de patrones culturales.

Asimismo, Facio refiere que la diferencia sexual ha significado desigualdad legal en perjuicio de las mujeres, situación que pudo revertirse si el parámetro de lo humano hubiese sido la mujer. Siguiendo esta lógica, las leyes y los servicios se siguen creando a partir de quienes están cerca de las ciudades de donde se toman las decisiones y salen los recursos.

Cuando hablamos de salud sexual y reproductiva no sólo nos referimos a la decisión de tener o no un hijo, va más allá de romper con la estructura del patriarcado que dice a las mujeres que su cuerpo no es su cuerpo y que adquiere valor en medida en que se sacrifica por otro ser humano.

La lucha por la defensa de los derechos sexuales y los reproductivos representa la revolución más intensa de las bases sociales por que no solamente trata de combatir una de las esferas en que se desenvuelve la sociedad, la lucha por el derecho a decidir va a la raíz de todo el sistema patriarcal.

Así la discusión y el desarrollo de la defensa de los derechos sexuales y reproductivos ha pasado por tres fases:

“La primera es el movimiento de planificación familiar que lucha por separar las barreras legales, culturales y religiosas que impiden a los individuos recurrir a medios por controlar su fecundidad. La segunda, denominada salud reproductiva, no solo se basa en el control de la fecundidad no deseada, sino que considera la “habilidad” de la persona y de la población para reproducirse, para regular su fecundidad y para practicar y disfrutar sus relaciones sexuales; la tercera etapa se denomina “empoderamiento¹¹ de la mujer y la justicia social.” (FIGUEROA, 2001)

Para Figueroa, el empoderamiento de la mujer se basa en un concepto trascendente de justicia social y de respeto a la dignidad de las mujeres en áreas no restringidas a la salud reproductiva; ese proceso de adquisición de poder por parte de la mujer incluye la autodeterminación reproductiva como parte y como un medio más que como un fin en sí misma.

Lagarde señala que:

“Nos han enseñado a tener miedo a la libertad; miedo a tomar decisiones, miedo a la soledad. El miedo a la soledad es un gran impedimento en la construcción de la autonomía, porque desde muy pequeñas y toda la vida se nos ha formado en el sentimiento de orfandad; porque se nos ha hecho profundamente dependientes de los demás y se nos ha hecho sentir que la soledad es negativa, alrededor de la cual hay toda clase de mitos. Esta construcción se refuerza con expresiones como las siguientes ¿te vas a quedar solita?, ¿Por qué tan solitas muchachas?- hasta cuando vamos muchas mujeres juntas-.” (LAGARDE y De los Ríos, 1992, p. 1)

La construcción de la relación entre los géneros, dice Lagarde, tiene muchas implicaciones y una de ellas es que las mujeres no estamos hechas para estar solas de

¹¹ Del inglés *empowerment* que significa fortalecimiento. El término empoderamiento se ha generalizado y significado en los movimientos de mujeres para designar el adquirir control sobre sus vidas, desarrollar sus habilidades y definir el rumbo de sus propias vidas.

los hombres, sino que el sosiego de las mujeres depende de la presencia de los hombres, aún cuando sea como recuerdo y para enfrentar el miedo a la soledad tenemos que reparar la desolación en las mujeres y la única reparación posible es poner nuestro yo en el centro y convertir la soledad en un estado de bienestar de la persona.

Librarse del miedo, manejarlo y luego enfrentar la vida una misma es un proceso que se logra con decisiones: decido dejar depender del hombre, decido creer en mí, decido respetar, decido apoyar a las mujeres, decido ser madre o no, etcétera.

Sánchez Olvera (2009) señala que los derechos reproductivos son por naturaleza, multidimensionales por que involucran más de una decisión, porque en ellos coexisten la decisión de tener o no un hijo o hija, de cuando tenerlo y el tipo de anticonceptivo a utilizar o medio para regular la fecundidad.

Una decisión que ha cobrado especial interés de grupos políticos, religiosos y de mujeres es la decisión de terminar o no un embarazo, Martha Lamas refiriéndose a la lucha por la despenalización del aborto señala:

“La lucha inició en los años 20, y tuvo fuerza durante los 30... reiniciada (la lucha) junto con el nuevo movimiento feminista de los setenta, la legislación ha sido una constante demanda feminista. Sin embargo, a diferencia de otras sociedades donde el feminismo logró reformular como prioridades de la sociedad los temas de las mujeres, en México la reivindicación feminista no ha sido retomada por otros grupos de la sociedad. ¿Por qué? Parte de la respuesta tiene que ver con la especificidad de nuestra cultura política nacional: poca tradición de movilización, participación y debate de los ciudadanos, gran influencia de la iglesia católica, machismo cultural y político, escasas organizaciones sociales independientes, pocos sindicatos no controlados por el gobierno...”

Para Mariana Winocur, integrante de la asociación civil Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), el proceso de lucha por el respeto a los derechos sexuales

y reproductivos empezó con el feminismo¹² de la década de los 70's y 80's bajo la "Yo decido sobre mi cuerpo".

Winocur explica que, con el tiempo, se empezó a hablar de maternidad voluntaria, aunque fue en la última década del siglo XX cuando se pensó la salud sexual y reproductiva, el aborto en particular, como un tema de salud pública y de justicia social.

Las feministas mexicanas empezaron a hablar de libertad de conciencia y del derecho a decidir sobre su cuerpo de las mujeres. La perspectiva de control de la fecundidad se transformó en una lucha de derechos humanos.

Lamas explica el gran reto que ha sido colocar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como un tema prioritario en la agenda política del país. Dicen las feministas que nuestra lucha es mucho más compleja, un voto significa incidir a nivel político, el aborto significa enfrentar a la Iglesia, a los partidos políticos y a toda una cultura machista.

La regulación del cuerpo y de la sexualidad nos habla del sistema patriarcal que dio lugar al Derecho. Facio lo explica como un instrumento de articulación del sistema patriarcal a través del cual se regulan las conductas de hombres y mujeres hacia un determinado modelo de convivencia, el patriarcal, y se modelan las identidades de género de forma tal, que responden a las funciones ideológicamente asignadas a hombres y mujeres.

1.5 Sexualidad y ciudadanía

El acceso de las mujeres a la educación, a la salud integral, al voto o a una vida libre de violencia hoy nos parecen derechos naturalmente propios. Sin embargo, son resultado de una larga lucha con avances y retrocesos del movimiento de mujeres.

Hoy sabemos que la participación de las mujeres en los procesos políticos es posible. El 17 de octubre de 1953 apareció en el Diario Oficial de la Federación un decreto en el que

¹² En esta investigación retomaremos algunas reflexiones de la teoría del género feminista pero no es materia de estudio el movimiento en sí.

se anunciaba que las mujeres tendrían derecho a votar y ser votadas para puestos de elección popular. Esto fue el resultado de un largo proceso de incorporación a la vida política del país comenzado desde el tiempo de la Revolución Mexicana a petición de Hermila Galindo en 1916.

Después de la entonces negación del sufragio femenino referida en la Constitución Mexicana de 1917, basada en la supuesta incapacidad de las mujeres para el ejercicio ciudadano, tuvieron que pasar algunos años y la candidatura de Galindo para lograr la igualdad política para las mujeres para votar y ser votadas, lo que hizo que varias se convirtieran en diputadas.

Yucatán fue la primera entidad federativa que reconoció el sufragio femenino, en 1923, hubo tres mujeres electas para diputadas al congreso estatal; en San Luis Potosí, las mujeres obtuvieron el derecho a participar en las elecciones municipales en 1924 y en las estatales en 1925, por su parte Chiapas reconoció el derecho a votar a las mujeres en 1925.

En 1935 durante el cardenismo se formó el Frente Único Pro Derechos de la Mujer (FUPDM) que llegó a contar con 50 mil mujeres afiliadas con un objetivo específico: el sufragio femenino.

La feminista y socióloga Enriqueta Tuñón explica que a partir de los años cuarenta, el movimiento de lucha por obtener derechos políticos se apoyó en las autoridades, principalmente en la figura del presidente de la República, también en los años cuarenta, algunos organismos internacionales comenzaron a trabajar para que las mujeres americanas alcanzaran el derecho al sufragio en un ambiente en que se perfilaba la libertad de los países y de los hombres, incluidas las mujeres. (TUÑÓN Pablos, 2002)

La genética panista nos obliga a mirar la oposición de la derecha al reconocimiento de los derechos femeninos, para el caso del aborto en la actualidad y del voto antes, Tuñón señala que, contrario al discurso oficial y en los medios políticos se planteó la necesidad de modernizar el país, aterró la idea de la mujer moderna, autónoma y con preocupaciones e intereses propios. La consigna era que el país se modernizara pero que

las mujeres siguieran en sus papeles tradicionales de madre, esposa y ama de casa y que además contemplaran y admiraran al jefe del hogar:

"Comenzó el trámite y la iniciativa se envió a los legisladores; la discusión fue rica porque dos de ellos, del Partido Acción Nacional (PAN), generaron controversia. Aquiles Elorduy fue el primero que tomó la palabra y dijo:

(...) el hogar mexicano (...) es el hogar selecto, perfecto, en donde la ternura llena la casa y los corazones de los habitantes gracias a la mujer mexicana que ha sido y sigue siendo todavía un modelo de abnegación, de moralidad, de mansedumbre, de resignación (...) Ciertas costumbres venidas de fuera están alejando a las madres mexicanas un tanto cuanto de sus hijos, de su casa y de su esposo.

..De manera que, si en la política, que es casi lo único que nos queda, porque en la enseñanza también son hábiles y superiores; si vamos perdiendo la única cosa casi aparatosa, que es la política, las cuestiones externas de la casa para que nos admiren un poco; si vamos a ser iguales hasta en la calle, en las asambleas, en las Cámaras, en la Corte Suprema, en los tribunales, en los anfiteatros, etcétera, etcétera, pues, entonces, que nos dejen a nosotros, que nos permitan bordar, coser, moler y demás (...)”...

Hasta el gobierno de Adolfo Ruiz Cortines permaneció la idea de las madres y esposas abnegadas, para él era invisible la participación de las mujeres en las luchas obreras y campesinas. A pesar de esto, el 1º de diciembre de 1952, al tomar posesión de la presidencia, declaró la promoción de las reformas legales pertinentes para que la mujer disfrutara de los mismos derechos políticos que el hombre.

Sánchez Olvera identifica a la ciudadanía moderna a partir del siglo XVIII y afirma que:

“...la ciudadanía es la posesión de derechos y la responsabilidad de deberes, es la pertenencia a una comunidad política determinada -el Estado-, y la posibilidad de contribuir a la vida pública de esa comunidad a través de la participación. La ciudadanía es entonces la conjunción de tres elementos que la constituyen:

posesión de derechos y responsabilidades, pertenencia a una nación y participación social.” (SÁNCHEZ Olvera, 2009, p. 28)

Con la concesión del derecho al voto, daba respuesta de alguna manera a la inconformidad de las mujeres y, al mismo tiempo, que ganaba popularidad y un mayor número de votantes. Sin embargo, el acceso a puestos de elección popular y el mismo sufragio sigue encontrando trabas en sus contrapartes hombres.

El 8 de mayo de 2011, Eitelia Pacheco Ramírez, mujer oaxaqueña que ejercía el cargo de Tesorera de su Municipio, fue atacada, la desnudaron frente a la gente del pueblo y sus dos hijos. Su delito fue encabezar, junto con otras dos mujeres, el gobierno en la agencia municipal de Emiliano Zapata. Un profesor de nombre Melchor Agripino Guzmán, lideraba el ataque bajo la consigna “aquí en este pueblo mandamos los hombres”.

El 26 de diciembre de 2010, Elic Julián Estrada, zapoteca del municipio de San Juan Lalana, en Oaxaca, ganó la elección municipal. El 1 de enero de 2011 tomó protesta como presidenta municipal, sin saber que pocas horas antes el Tribunal Electoral Estatal había revocado la elección. Hubo una segunda elección, misma que de nuevo ganó. Una vez más los resultados fueron anulados y ordenada una tercera elección en la cual, finalmente perdió. Presentó un recurso de inconformidad, argumentando que hubo violación al principio de libertad del voto, sin embargo este – a diferencia de la celeridad con que se resolvieron los dos anteriores del candidato hombre- aún no ha sido resuelto por el Tribunal electoral de Oaxaca.¹³

La ausencia de mujeres en espacios de toma de decisión es reflejo de la violencia institucional, comunitaria y familiar contra las mujeres que participan en política y constituye una violación a sus derechos humanos a nivel local, municipal, estatal y nacional.

El poder legislativo en México está integrado por 628 congresistas federales, 128 en la Cámara de Senadores y 500 en la Cámara de Diputados, las mujeres son 156, es decir,

¹³ Ambos ejemplos son tomados de Consorcio para el Diálogo Parlamentario, asociación civil dedicada al cabildeo político para el respeto de los derechos políticos de las mujeres.

representan apenas el 26,7 por ciento. En abril de 2002 se aprobó una reforma al Código Federal de Instituciones y Procedimientos Electorales (COFIPE), la cual consistente en no inscribir más de 70 por ciento de las candidaturas de un mismo sexo.

Hasta la fecha la cuota no está cumplida. Daptnhe Cuevas directora de la organización no gubernamental Consorcio para el Diálogo Parlamentario y la Equidad, refiere que si el país incorpora a las mujeres en la toma de decisiones de manera desfasada, se corre el riesgo de seguir permitiendo desigualdades injustificadas entre las mexicanas, según la entidad en que radican, al mimos tiempo que siguen siendo hombres quienes legislan en temas correspondientes a la sexualidad femenina y en todos los ámbitos de la vida pública y privada de las ciudadanas.

1.6 ¿Cómo estamos hoy? Situación actual de las mujeres indígenas

Hasta 2005, México albergó una población indígena de 10 millones 103 mil 571 personas, de las cuales 53 por ciento son mujeres, y para el caso del estado de Puebla, hasta el año 2000, albergó 10 por ciento de la población indígena nacional con 921 mil 655 habitantes, de los cuales 492 mil 417 son mujeres (INEGI, 2009).

En 2009, según datos de Comunicación e Información de la Mujer A.C (CIMAC)¹⁴, 24.5 por ciento de las adolescentes en Puebla de entre 15 y 19 años de edad estaban casadas o vivían en unión libre, y 3.8 por ciento de las adolescentes inició su vida sexual antes de cumplir 15 años.

Entre las mujeres indígenas embarazadas, al menos 20 por ciento de los partos no fueron atendidos por personal médico capacitado, tres veces más que en otros grupos sociales, al mismo tiempo que la mortalidad infantil es 50 por ciento más alta entre la población indígena que en el resto de la población.

¹⁴ Comunicación e Información de la Mujer A.C, Campaña Regional Por una Maternidad Libre y Voluntaria, CIMAC, México, 2010-2011

Lo anterior nos habla de una agudización de la mala atención a la salud de las mujeres y de las y los recién nacidos. En este mismo año se registraron 122 mil 200 nacimientos, de los cuales 73 por ciento fueron de madres de entre 15 y 29 años de edad.

Cabe destacar que las adolescentes tienen 3.6 por ciento más probabilidades de tener un embarazo no deseado, resultado de la falta de información y de la poca disponibilidad de métodos de anticoncepción, pues únicamente 40 de cada 100 adolescentes poblanas usa algún método anticonceptivo.

La violencia sexual no es menos alarmante, la Secretaría de Salud Federal, estima que en México ocurren alrededor de 120 mil violaciones al año, es decir, aproximadamente una cada cuatro minutos, dicho de otra forma, entre cuatro y seis de cada 100 mujeres han sido víctimas de violación alguna vez en su vida, 65 por ciento en su etapa adolescente¹⁵.

Las poblanas enfrentan la violencia en sus diferentes tipos, de cada 100 poblanas en edad reproductiva, 42 han padecido violencia emocional, 24 violencia económica, 23 violencia física y 11 violencia sexual¹⁶.

A pesar de los altos índices de embarazo adolescente, acentuados por la poca cobertura de servicios y la mínima difusión y distribución de métodos de anticoncepción, el 12 de marzo de 2009, el Congreso poblano aprobó la reforma al artículo 26 de la Constitución estatal¹⁷, que protege la vida desde la concepción hasta la muerte natural y penaliza el aborto en la entidad, criminalizando así a las mujeres que deciden no continuar un embarazo salvo en las excepciones que la ley permite.

Penalizado o no, las mujeres siguen recurriendo al aborto, sea por violación o porque simplemente no lo tenían planeado, poniendo así su vida en riesgo a pesar de que, a nivel federal la NOM 046¹⁸ obliga a los gobiernos de los estados a promover la salud sexual y a

¹⁵ Organización Mundial de la Salud, Las condiciones de Salud en las Américas, OMS, México, 2010. La organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia entre los 15 y 24 años; de 10 a 14 años adolescencia temprana, 15 a 19 años la juventud y de 20 a 24 años adolescencia tardía.

¹⁶ La Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia define los tipos de violencia y sus modalidades, en el capítulo 2 profundizaré en ella.

¹⁷ Publicada el 3 de junio de 2009 en el periódico oficial del estado de Puebla.

¹⁸ NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención (más adelante se especifica)

ofrecer la Interrupción Legal del embarazo (ILE) y efectuarla, si la mujer así lo decide de manera informada y segura.¹⁹

La reforma poblana se suma a las 17 entidades que a partir de noviembre de 2008 y hasta 2010, modificaron sus constituciones. El gobierno federal, encabezado por el presidente Felipe Calderón Hinojosa y los gobiernos de los estados, aprobaron modificaciones impulsadas por el Partido Acción Nacional (PAN) principalmente, en las cuales se protegen la vida desde el momento de la concepción hasta la muerte natural, siendo únicamente el Distrito Federal el que permite la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) hasta las 12 semanas de gestación²⁰.

La legislación antiaborto o “pro-vida” como le llaman los conservadores, son una muestra de las múltiples ocasiones en las que, las mujeres no han tenido voz en las leyes que definen los derechos sobre sus cuerpos.

En este marco, resulta doblemente perjudicada la población indígena que, al no contar con la cobertura de los servicios de salud, la infraestructura y los instrumentos quirúrgicos necesarios y personal médico calificado, sigue poniendo en riesgo su vida desde el momento de nacer y, especialmente en la etapa reproductiva porque vincula la educación sexual, el acceso a métodos de anticoncepción, la morbilidad materna y los cánceres derivados de, entre otras causas, la falta de atención integral a su salud, situaciones en las que mayor número de mujeres están arriesgando y en ocasiones perdiendo la vida en el ejercicio de su sexualidad y su maternidad.

1.7 La mortalidad materna es feminicidio

Cada año mueren en México mil 100 mujeres en el ejercicio de su maternidad, es decir, en torno a su embarazo, parto, puerperio (40 días después del parto) o aborto, una de cada tres era adolescente y se estima que 80 por ciento de estas defunciones maternas

¹⁹ El 15 de julio de 2009, 115 mujeres interpusieron amparos ante el juzgado X del Distrito, el recurso fue desechado. En diciembre de 2009, 163 poblanas se ampararon ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

²⁰ Aprobada en 2007 y ratificada por la Suprema Corte de la Justicia de Nación (SCJN) en 2008.

podieron evitarse (IPAS México, 2010).

Según datos de Ipas México, una organización de la sociedad civil dedicada a la protección de la salud y a la promoción de los derechos reproductivos de las mujeres, declara que en México se presentan 2.1 millones de embarazos anuales, casi 300 mil de éstos tienen complicaciones y 30 mil mujeres quedan con secuelas obstétricas que las convierten en discapacitadas. (IPAS México, 2010)

En este sentido, una muerte materna es una muerte violenta porque transgrede los derechos sexuales y reproductivos, el acceso y el derecho a la salud y es producto de un vacío en políticas públicas que atiendan el problema de forma integral.

Marcela Lagarde, representante de la Red de Investigadoras por la Vida y la Libertad de las Mujeres quienes elaboraron e impulsaron la aprobación de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, explica que cualquier muerte violenta, como un homicidio por razones de género, las muertes derivadas de enfermedades curables, por accidentes, suicidio o muerte materna, son violencia feminicida.

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia define la violencia feminicida como:

“...la forma extrema de violencia de género contra las mujeres, producto de la violación de sus derechos humanos, en los ámbitos público y privado, conformada por el conjunto de conductas misóginas²¹ que pueden conllevar a la impunidad social y del Estado y puede culminar en homicidio y otras formas de muerte violenta de mujeres.”²²

Una muerte materna no sólo trunca la vida de una mujer, seguramente las y los hijos que ya ha tenido, abandonen sus estudios para incorporarse al mundo laboral, las hijas mayores se convertirán en las madres sustitutas que se harán cargo de las labores domésticas y, tienen mayor riesgo de embarazarse a una edad aún más temprana.

²¹ La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) define misoginia como las conductas de odio hacia la mujer que se manifiesta en hechos violentos y crueles contra ella por el hecho de ser mujer. (Art. 5, XI).

²² Capítulo V, artículo 21 de la LGAMVLV

De enero de 2009 a junio de 2010, las procuradurías de justicia de 10 estados, reportaron 890 casos de feminicidio²³. El Observatorio Ciudadano Nacional del Feminicidio (OCNF) explica que las muertes violentas contra las mujeres en México reflejan un fenómeno generalizado y tolerado por el Estado, creando un ambiente de permisividad por parte de las autoridades ante dichos crímenes.

Si bien la problemática del feminicidio se comenzó a documentar a partir de la denuncia de los asesinatos de mujeres en Ciudad Juárez y Chihuahua, se extiende en todo el país ante la impunidad, un reflejo de la incapacidad del Estado mexicano para garantizar la salud y la vida de las mujeres.

Rosa Ana Alija Fernández, directora de la maestría en estudios internacionales de la Universidad de Barcelona, en su análisis Crímenes de derecho internacional y derechos de la mujer: de la protección del honor a la salvaguarda de la libertad, señala que la violencia de género es aquella que se dirige contra las mujeres o los hombres por su sexo o sus roles de género socialmente construidos, afectando de forma desproporcionada más a un sexo que a otro. Esta definición acoge, por tanto, cualquier modalidad de violencia ejercida sobre la mujer por razón de su género, una de cuyas instrumentalizaciones posibles es la violencia sexual. Ésta, por su parte, supone la lesión de la autonomía sexual de la persona, sin importar que sea hombre o mujer. (CRUZ Parceró, 2010, p. 230)

Una niña de dos años con su madre de 15, su abuela de 30, su bisabuela de 45 y quizá con tatarabuela de 60 no es una situación que nos sorprenda en la cotidianidad, porque el embarazo adolescente es parte de una cultura familiar en la que ser madre se convierte en una meta de las jóvenes y una muerte materna es una muerte digna porque significa el sacrificio de su vida por la de otro ser humano.

El abandono de la educación, la negación de servicios de salud y el nulo acceso a

²³ El Observatorio Ciudadano Nacional del Feminicidio (2010) define al Feminicidio como los asesinatos de mujeres que resultan de la violencia ejercida contra ellas por su condición de género. Es decir, se trata de asesinatos violentos de mujeres cometidos por la misoginia, la discriminación y el odio hacia este género, donde familiares o desconocidos realizan actos de extrema brutalidad sobre los cuerpos de las víctimas, en un contexto de permisibilidad del Estado quien, por acción y omisión, no cumple con su responsabilidad de garantizar la vida y la seguridad de las mujeres.

oportunidades de crecimiento son parte de la violencia institucional²⁴. El OCNF define la violencia institucional como:

“...los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, estigmatización de las víctimas por parte de las autoridades: esto es la recurrente descalificación de los funcionarios públicos al inculpar a las víctimas de provocar la violencia al argüir que las mujeres eran drogadictas, sexo-servidoras o delincuentes ligadas al crimen organizado, y por tanto no merecen gozar de los derechos que sí son reconocidos para las mujeres “normales”, situación que sin duda denota una expresión de la discriminación.”

La Ley General, por su parte, define la violencia institucional como:

“...los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.”²⁵

La violencia institucional entendida como una acción irresponsable de alguna institución o del Estado, explica porqué la muerte de una mujer mientras es atendida en un hospital o queda con una secuela después de su embarazo (morbilidad), o bien, después de un aborto. En 2010 en Puebla, el mayor número de mujeres que muere por violencia institucional tienen entre 15 y 29 años, es decir, se encuentran en edad reproductiva.

²⁴ La Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia establece los tipos de violencias cometidos contra las mujeres, en el capítulo 2 profundizaré en ello.

²⁵ Capítulo IV, artículo 18 de la LGAMVLV

1.8 Pobreza y salud sexual y reproductiva

A pesar de las ratificaciones y reconocimientos, la realidad parece estar muy alejada del marco del derecho y muchos de los problemas de salud reproductiva en México se encuentran estrechamente ligados a las desigualdades socioeconómicas que existen entre las mujeres mexicanas.

En este sector, el estado de Puebla ocupó en 2009, el cuarto lugar entre los estados con mayor número de defunciones por causas maternas con 78 casos, igual a 70.1 de Razón de Muerte Materna (RMM)²⁶ por arriba de la media nacional que se ubica en 62.2, sólo después de estados como México, Veracruz y Jalisco, reflejo de serios incrementos en embarazos adolescentes, infecciones de transmisión sexual, poca cobertura de métodos anticonceptivos y en general, un retroceso en los derechos sexuales y reproductivos y salud sexual femenina.

Florencia Luna, investigadora Independiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y docente de la Universidad de Buenos Aires y coordinadora del Área de Bioética de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO); en *Mujer en Latinoamérica: pobreza, vulnerabilidad y derechos reproductivos*, afirma que Latinoamérica es una de las regiones del mundo con mayores desigualdades “así algunas mujeres pueden tener acceso a una educación de excelencia, a una buena atención sanitaria con técnicas y tratamientos médicos de última generación, a posibilidades de desarrollo laboral mientras que otras mujeres quedan casi totalmente excluidas de estas opciones, inmersas en una situación de pobreza de la cual no se puede salir fácilmente. Tal desigualdad plantea la existencia de dos polos fuertemente diferenciados con características y problemas propios. (CRUZ Parceró, 2010, p. 17)

Sólo 18.3 por ciento de la población es considerada no pobre, es decir 19 millones 530 mil mexicanas y mexicanos. Esto quiere decir que 81.7 por ciento de la población nacional vive en rezago en educación, vivienda, alimentación, salud y seguridad social concentrados en el Estado de México, Veracruz, Puebla, Chiapas, Jalisco, Distrito Federal, Oaxaca, Guanajuato, Michoacán y Guerrero, afectando a tres de cada cuatro

²⁶ Razón de Muerte Materna por 100 mil nacimientos estimados por CONAPO, 2009, DGIS/SSA.

indígenas.

Alrededor de 10 por ciento de los residentes de cada entidad federativa no cuenta con educación básica. En materia de salud, 43 millones 380 mil personas (40.7 por ciento de la población total del país) carecen de este derecho social. En 2008, se contabilizaron 11 millones 300 mil indígenas, de los cuales 4 millones 300 mil vivía en pobreza extrema, situación que obliga a migrar a miles de familias en busca de mejores condiciones de vida²⁷.

La Red Nacional Género y Economía reportó en julio de 2011 a la Alta Comisionada de Naciones Unidas para los Derechos Humanos Navy Pillay que la pobreza en México impacta más a comunidades indígenas y campesinas, siendo en las ciudades de un 46 por ciento y en el campo de un 60 por ciento. Esta situación ha empobrecido cada día más a las mujeres que han visto incrementar sus horas de trabajo para lograr sobrevivir. Por esta situación México ha visto fluir la migración de las mujeres que buscan una mejor calidad de vida fuera del país.

Puebla es un estado que presenta 96 mil 665 migrantes en transición en un lapso de 5 años, es decir, que cruzaron el estado en su camino migratorio –sean centroamericanos que cruzaron el estado para llegar a Estados Unidos o de estados aledaños- las mujeres representaron 51.4 por ciento, una de las causas que explican el movimiento migratorio es la condición laboral y económica que enfrentan hombres y mujeres en sus estados de origen.

Los hogares poblanos están dirigidos en un 76 por ciento por hombres, pero cuando el padre de familia sale del estado en busca de trabajo, fallece o abandona a la familia, es la mujer quien asume el sostén del hogar, así, la cantidad de hogares con jefatura femenina se duplicó de 1990 de 146 mil a 289 mil en 2005, representando 23.6 según INEGI, en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2006).

La violencia expresada en la falta de oportunidades para acceder a los servicios de

²⁷ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Informe de pobreza multidimensional en México, Coneval, México, 2008.

educación, reveló que la tasa de analfabetismo de la población de 15 años y más en el año 2005 fue de 15.4 por ciento para las mujeres y 9.6 por ciento para los hombres. En relación al nivel de escolaridad de las mujeres de 15 años y más, 14.2 por ciento no había logrado incorporarse o permanecer en el sistema educativo nacional; 37.3 por ciento tenía al menos un grado aprobado en primaria; 20.6 por ciento en secundaria; 14.9 registró algún grado aprobado en educación media superior, y 11 por ciento en el nivel superior, es decir, 7.2 años promedio de escolaridad femenina y 7.7 para los hombres.²⁸

Los ingresos, bienes y servicios a los que tiene acceso una persona por medio de sus vínculos sociales y culturales (educación formal y conocimiento cultural, etcétera) revelan los espacios limitados que se les asigna a las mujeres por la división social del trabajo y las jerarquías sociales. La falta de autonomía económica es la situación de una gran cantidad de mujeres conyugues que viven tanto en hogares pobres como en hogares no pobres y que debido a sus actividades principalmente domésticas, se ubican en una posición de dependencia con relación al jefe del hogar.

En el tercer trimestre de 2008, 79.6 por ciento de los hombres eran económicamente activos; por su parte, sólo 43.4 por ciento de las mujeres lo eran, lo que nos indica el sistema patriarcal en el que continúan desarrollándose las relaciones de género y de la doble jornada que cubren las mujeres, ya que las mujeres que realizan alguna actividad fuera del hogar, 89.4 por ciento sigue desarrollando las actividades propias de la casa.

En lo que respecta a su inserción laboral, 56 de cada 100 mujeres ocupadas son asalariadas, 23 trabajan por cuenta propia, 20 no reciben pago alguno y 1 es empleadora. De los varones ocupados, 57 de cada 100 son asalariados, y 27 laboran por cuenta propia; sin embargo, los no remunerados disminuyen a 8, y los empleadores aumentan a 7 de cada 100.

Ser una mujer no implica, *per se*, que esa persona sea vulnerable. Sin embargo, las mujeres que viven en países intolerantes a los derechos reproductivos adquieren una primera capa de vulnerabilidad. A su vez, aún viviendo en el mismo país, la situación de

²⁸Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo México, Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas en México, PNUD/CDI, México, 2010.

las mujeres con educación y recursos socioeconómicos es diferente a la de las mujeres que carecen de ellos.

En el primer caso, las mujeres quizás puedan superar algunas de las consecuencias de la intolerancia a los derechos reproductivos, ya sea porque tengan la capacidad socioeconómica de comprar anticonceptivos y acceder a un profesional médico que las asesore adecuadamente o porque, aun si deben recurrir a un aborto ilegal, logren pagar y hacerlo en condiciones de mayor seguridad.

En cambio, una mujer pobre viviendo en un estado intolerante a los derechos reproductivos, es posible que no tenga acceso a anticonceptivos habituales o a los de emergencia y sea más susceptible a embarazos no deseados o a secuelas físicas por carecer de acceso al sistema de salud. Una mujer pobre y analfabeta viviendo en un estado intolerante a los derechos reproductivos, y si pertenece a un grupo migrante o a poblaciones aborígenes padecerá otras condiciones que suman violaciones a sus derechos humanos

2. Marco Normativo: reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres

“Si me miras
sé que no tengo pasado
por qué no me preguntas
lo que fui;
y el futuro no me importa
porque aún no sé si ahí estaré.
Me gusta mirarte
porque en ese mismo instante,
detenida en tu mirada
puedo saber quién soy.”
CHACÓN Flora, 2011

“Ninguna sociedad trata a sus mujeres tan bien como a sus hombres” (PNUD, 1997) esta frase explica cómo las ideas socialmente determinadas y compartidas en torno al “ser mujer” han permitido una constante cosificación del cuerpo femenino entendido como seres con disminución de derechos frente a los de los hombres. Ha producido también su erotización, es decir, el uso de sus cuerpos como un elemento de satisfacción sexual para los hombres de lo que se derivan múltiples tipos de violencia aprendidos como naturales.

Como lo comenta la antropóloga social feminista Marcela Lagarde y De los Ríos, la cosificación del cuerpo femenino, es en sí misma una forma de violencia que se ejerce contra las mujeres reduciendo su identidad, participación y ejercicio de ciudadanía.

Los derechos de la mujer son derechos fundamentales, por lo tanto se debe de garantizar la participación de la mujer en un plano de igualdad en todos los aspectos de la vida política, civil, económica, social y cultural; así como la eliminación de todas las formas de discriminación por razones del sexo es fundamental para lograr el goce y disfrute de los derechos de las mujeres.

Hoy una serie de legislaciones, convenciones y tratados nacionales e internacionales a favor del reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres y el respeto a su vida, integridad e identidad enmarcan el contexto en el que se desenvuelve la vida de las mujeres y en el que, también, podemos reconocer las violaciones a éstos.

Los derechos humanos de las mujeres contemplan necesidades específicas derivadas de la construcción social de género, sin embargo a lo largo de la historia las garantías individuales y los derechos humanos que tenemos por igual hombres y mujeres, con base en el principio de no discriminación, afirmación de la dignidad y valor correspondientes a cada persona, han excluido a las mujeres.

En 1776 se firmó en Estados Unidos la Declaración de los Derechos del Hombre y trece años más tarde, en Francia, la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, la redacción de ambos documentos da cuenta de que las mujeres estaban fuera de esos derechos fundamentales, claro ejemplo del sistema patriarcal de la procuración de justicia en el que impera la figura masculina.

Cabe mencionar que, desde 1789 en la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano se pone especial atención en la conservación de los derechos naturales e imprescriptibles del hombre: la libertad, la propiedad, la seguridad y la resistencia a la opresión.

A la par surge la Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana como una afirmación de la primera feminista, la francesa Olympe de Gouges²⁹ en respuesta a la tiranía que se ejerce contra las mujeres en todas las formas de discriminación.

El 18 de julio de 1848 nace la Declaración de Seneca Falls³⁰ documento que recoge la discusión de las condiciones y derechos sociales, civiles y religiosos de las mujeres. En su artículo primero, la Declaración sustentaba que la mujer nace libre y permanece igual al hombre en derechos.

²⁹ Olympe de Gouges nació en 1745, es considerada la primera feminista, fue una escritora política, se manifestó claramente contra la represión jacobina y contra Robespierre y Marat. Acusada de ser una realista reaccionaria fue guillotinado en 1793. Con la Declaración de los Derechos de la Mujer y la Ciudadana, reclamó un trato igualitario de la mujer con respecto al hombre en todos los aspectos de la vida, públicos y privados: el derecho de voto, de ejercer cargos públicos, de hablar en público sobre asuntos políticos, de igualdad de honores públicos, de derecho a la propiedad privada, de participar en el ejército y en la educación e, incluso, de igual poder en la familia y en la iglesia.

³⁰ Llamada así por la reunión en que tuvo lugar la Primera Convención Feminista de Estados Unidos, cuando 300 personas se reunieron en una capilla de Seneca Falls en Nueva York. Las organizadoras fueron Lucretia Mott, Elizabeth Candy Stanton y Margaret Fuller.

Entre los logros de la lucha femenina por una vida digna se encuentra uno de los primeros avances en materia legislativa a favor de las mujeres: la Convención de La Haya, firmada en 1902, que adoptó medidas internacionales acerca del matrimonio, el divorcio y la tutela de menores de edad.

Asimismo, las feministas crearon la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) dentro de la Organización de Estados Americanos (OEA), en 1928, con el fin de luchar contra la discriminación de género.

Fue hasta 1948 con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, cuando se creó un Consejo Económico y Social parte de la Organización de las Naciones Unidas que atendiera exclusivamente la situación de las mujeres (hoy Comisión sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer).

Regina Tamés, directora de la asociación civil Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), explica que esta Comisión y se elevó a la par de la antigua Comisión de Derechos Humanos, hoy Consejo de Derechos Humanos, antecedente que pone de relieve la discusión que hasta la fecha persiste sobre la conveniencia o no de incluir los derechos de las mujeres en los asuntos generales de derechos humanos o bien darles una identidad propia para visibilizarlos:

“Resulta interesante que desde entonces se diera una separación de los derechos de las mujeres del resto de los derechos humanos, alejándolos del discurso de derechos humanos haciendo más difícil su exigencia y dándoles otra categoría no necesariamente superior o igual al resto.” (CRUZ Parcero, 2010)

El primer texto jurídico que hacía referencia exclusiva a los derechos de la mujer llegó en 1952, con la Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer aprobada por Naciones Unidas. En ella se afirmaba que las mujeres tenían derecho al voto en las mismas condiciones que los hombres, que podían ocupar cargos públicos y ejercer funciones públicas según la ley nacional. Sin embargo, hasta 1981 México ratificó la Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer, pues sólo 30 años atrás en 1953 las mexicanas alcanzaron este derecho.

Entre los primeros logros de dicha Comisión están:

La Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1965) ratificada por México en 1975, aunque en ésta el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos considera “que todos *los hombres*³¹ son iguales ante la ley y tienen derecho a igual protección de la ley contra toda discriminación y contra toda incitación a la discriminación.

El Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (1966), el cual, a diferencia de la Convención sobre Discriminación Racial, recoge la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad inherente a *todos los* miembros de la familia humana y de sus derechos iguales e inalienables, reconoce que no puede realizarse el ideal del *ser humano* libre en el disfrute de las libertades civiles y políticas y liberado del temor y de la miseria, a menos que se creen condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos civiles y políticos, tanto como de sus derechos económicos, sociales y culturales. Mismo caso de El Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966) ambos firmados por México en 1981.

Si bien es cierto que los documentos fundamentales de protección de los derechos humanos del sistema de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de los Derechos Humanos y los dos Pactos Internacionales de Derechos Humanos proclaman la igualdad de hombres y mujeres, dicho reconocimiento resultó insuficiente para garantizar el disfrute de los derechos de las mujeres. Lo anterior llevó al establecimiento de la Comisión para el Status de la Mujer (CSW), creada en 1941.

Si bien con ellos nacieron los primeros tratados internacionales sobre los derechos de las mujeres, la problemática era abordada de manera parcial y fragmentada. El asunto de la discriminación contra la mujer no era tratado de manera global y la consagración del derecho de igualdad en los tratados generales sobre derechos humanos, en la práctica no funcionaba adecuadamente en la promoción y protección de los derechos humanos de las mujeres.

³¹ Las cursivas son de la autora para enfatizar en el uso del sustantivo masculino como genérico, en el capítulo 6 profundizaré en ello..

Lo anterior llevó a la Asamblea General de las Naciones Unidas a adoptar la Resolución 1921 (XVIII), en la cual requería al Consejo Económico y Social (ECOSOC) que invitara a la CSW para que redactara un borrador de una declaración que abordara la problemática de la discriminación contra la mujer de forma integral. En el seno de la CSW se formó, en 1965, un grupo de trabajo especial encargado de la elaboración de dicha declaración.

Se dio lugar así a la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial, la cual contempló en su artículo 5 la eliminación de la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de la seguridad personal y a la protección del Estado contra todo acto de violencia, al goce de los derechos políticos y otros derechos civiles.

Sin embargo, fue hasta 1967, cuando llegó la Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recogida y ampliada en la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) en 1979.

La CEDAW no sólo permitió el reconocimiento internacional de la discriminación ejercida contra las mujeres y la necesidad de visibilizarla y atenderla, sino que cada país que la firmó y ratificó, como México en 1981, está obligado a atender la problemática en un marco de derechos humanos a pesar de ser una tarea difícil por su arraigo en nuestras sociedades.

En su artículo primero, la CEDAW define como “discriminación contra la mujer”:

“...toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independiente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.”

En este sentido, las Cuatro Conferencias Mundiales sobre la Mujer (México 1975, Copenhage 1980, Nairobi 1985 y Beijing 1995) convocadas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), marcaron también la normatividad de los derechos de las

mujeres y las estrategias para lograr objetivos comunes entre los estados miembros, para el adelanto de las mujeres en todas partes y en todas las esferas de la vida pública y privada.

La Primera Conferencia Mundial sobre la condición jurídica y social de la mujer se convocó en México en la celebración del Año Internacional de la Mujer, 1975. La Asamblea General identificó tres objetivos que se convertirían en la base de la labor de las Naciones Unidas en beneficio de la mujer: la igualdad y la eliminación de la discriminación por motivos de género; la integración y plena participación de la mujer en el desarrollo; y una contribución cada vez mayor de la mujer al fortalecimiento de la paz mundial.

Presentes 127 Estados Miembros, la Primera Conferencia Mundial dio lugar al establecimiento del Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación para la Promoción de la Mujer (INSTRAW) y el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) con el objetivo de proporcionar el marco institucional para la investigación, la capacitación y las actividades operacionales en la esfera de la mujer y el desarrollo. Las metas establecidas para 1980 eran sobre mejoras en la educación, empleo, participación política, salud, vivienda, nutrición y planificación de la familia.

Cinco años después, representantes de 145 Estados Miembros se reunieron en Copenhague donde reconocieron que estaban comenzando a surgir señales de disparidad entre los derechos jurídicos y la habilidad de la mujer para ejercer esos derechos.

Distinguieron la falta de participación adecuada del hombre en el mejoramiento del papel de la mujer y del valor de sus contribuciones a la sociedad; una insuficiente voluntad política, escasez de mujeres en posiciones de adopción de decisiones; insuficientes servicios para apoyar el papel de la mujer en la vida nacional, falta de los recursos financieros necesarios en general y de sensibilización entre las propias mujeres respecto de las oportunidades disponibles.

Copenhague fue el marco para la aprobación por la Asamblea General en diciembre de 1979 de la CEDAW, que actualmente vincula jurídicamente a 165 Estados incluido

México: Se establecieron además, la educación, el empleo y la salud como esferas en las que era indispensable adoptar medidas concretas y con objetivos precisos para que se alcanzaran las amplias metas determinadas cinco años atrás en México.

La Conferencia de Nairobi recibió el mandato de buscar nuevas formas de superar los obstáculos para alcanzar los objetivos del Decenio: igualdad, desarrollo y paz, y se identificaron tres categorías básicas de medidas: medidas constitucionales y jurídicas; igualdad en la participación social; e igualdad en la participación política y en la adopción de decisiones y abarcaban una amplia gama de temas, entre ellos, la salud.

La necesidad de incorporar a la mujer en el proceso de adopción de decisiones se retomaron en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995, donde se reconoció la importancia de trasladar el centro de la atención de la mujer al concepto de género, y que toda la estructura de la sociedad, y todas las relaciones entre los hombres y las mujeres en el interior de esa estructura, tenían que ser reevaluadas.

Los Estados Miembros aprobaron por unanimidad la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing, que era en esencia un programa para la potenciación del papel de la mujer en el siglo XXI e identificó pobreza, educación, salud, violencia, conflictos armados, economía, participación política, medio ambiente, medios de comunicación y los derechos humanos de las mujeres y las niñas como los ejes de mayor preocupación y de mayor exigencia de medidas urgentes y concretas por parte de los gobiernos y la sociedad civil.

Al aprobar la Plataforma de Acción de Beijing los 189 gobiernos presentes se comprometían a incluir de manera efectiva una dimensión de género en todas sus instituciones, políticas, procesos de planificación y de adopción de decisiones. Esto significaba que antes de que se adoptaran las decisiones o se ejecutaran los planes, se debería hacer un análisis de sus efectos sobre los hombres y las mujeres, y de las necesidades de éstos.

Otro instrumento internacional que señala la violación a los derechos humanos de las mujeres es la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer Belem Do Pará (1990) que define la violencia contra la mujer como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o

sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado, y establece que “Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado...”

Belem Do Pará fue un avance en el reconocimiento de toda mujer como sujeta de derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos, incluidos el derecho a que se respete su vida, su integridad física, psíquica y moral, al derecho a la libertad y a la seguridad personales, a no ser sometida a torturas, a igualdad de protección ante la ley y de la ley, entre otros.

En su artículo sexto refiere que toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia incluido el derecho de la mujer a ser libre de toda forma de discriminación, y a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación, esto hasta ahora no ha podido superarse.

México ratificó la declaración en 1996 y el decreto de promulgación de Belem Do Pará se publicó en el Diario Oficial el 19 de enero de 1999. En concordancia con ésta y otras disposiciones internacionales en materia de derechos humanos de las mujeres, en México se han impulsado cambios en la legislación y las políticas públicas.

Otro instrumento a nivel internacional es la Conferencia Mundial de Derechos Humanos realizada en Viena en 1993, marco en el cual se aprobó la Declaración y Programa de Acción de Viena, donde por primera vez en la historia de los derechos humanos se estipuló expresamente que “los derechos de las mujeres y las niñas forman parte integrante e indivisible de los derechos humanos universales”.

Se destacó asimismo que “todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí”, permitiendo entender que ahí donde los derechos de las mujeres no son respetados todo el sistema de derechos humanos está siendo irrespetado.

2.1 Avances y retrocesos en México

En diciembre de 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó una resolución histórica titulada "Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer", en la que se definió la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada" que puede ser aplicada en las múltiples formas de violencia ejercida contra mujeres en su ejercicio periodístico.

En la Declaración también se incluyen los actos comprendidos en la categoría de actos de violencia contra la mujer: la violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia y en la comunidad, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer; la violencia perpetrada por otros miembros de la familia; la violencia relacionada con la explotación; el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares; la trata de mujeres; la prostitución forzada, y la violencia perpetrada o tolerada por el Estado.

Actualmente, en México 30 entidades federativas cuentan con leyes para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y 29 estados tipifican esta problemática como delito autónomo en sus códigos penales.

La Red de Investigadoras por la Vida y la libertad de las Mujeres impulsó cinco leyes que marcan el respeto de la vida de las mexicanas: La Ley para Prevenir y Sancionar la Trata de Personas (2007), la Ley Federal para Prevenir y Erradicar la Discriminación (última modificación en 2007) la cual establece en su capítulo II que se consideran como conductas discriminatorias:

“VI. Negar o limitar información sobre derechos reproductivos o impedir el libre ejercicio de la determinación del número y espaciamiento de los hijos e hijas.

VII. Negar o condicionar los servicios de atención médica, o impedir la participación en las decisiones sobre su tratamiento médico o terapéutico dentro de sus posibilidades y medios.”

De la Red de Investigadoras también son la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2000) la cual en su capítulo VIII, artículo 28, Del derecho a la Salud, establece que las autoridades se mantendrán en coordinación a fin de, entre otras cosas, establecer medidas tendientes a prevenir embarazos tempranos.

La Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (2006) y la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia promulgada el 1 de febrero de 2007, las cuales representaron un gran paso y un logro del movimiento feminista académico y su participación e incidencia en el legislativo.

Esta ley establece los lineamientos jurídicos y administrativos con los cuales el Estado intervendrá en todos sus niveles de gobierno, para garantizar y proteger los derechos de las mujeres a una vida libre de violencia.

A nivel federal, la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en su artículo 1, establece que:

“La presente ley tiene por objeto establecer la coordinación entre la Federación, las entidades federativas, el Distrito Federal y los municipios para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia, que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación, así como para garantizar la democracia, el desarrollo integral y sustentable que fortalezca la soberanía y el régimen democrático establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”.

La Ley General establece cinco tipos de violencia:

1. Violencia psicológica: es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.

2. Violencia física: es cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas.

3. Violencia patrimonial: es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima.

4. Violencia económica: es toda acción u omisión del Agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral.

5. Violencia sexual: es cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto.

Con cinco modalidades:

1. Violencia familiar: es el acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar, o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres, dentro o fuera del domicilio familiar,

cuyo agresor tenga o haya tenido relación de parentesco por consanguinidad o afinidad, de matrimonio, concubinato o mantengan o hayan mantenido una relación de hecho.

2. Violencia laboral: es la negativa ilegal a contratar a la víctima o a respetar su permanencia o condiciones generales de trabajo; la descalificación del trabajo realizado, las amenazas, la intimidación, las humillaciones, la explotación y todo tipo de discriminación por condición de género.

3. Violencia docente: son aquellas conductas que dañen la autoestima de las alumnas con actos de discriminación por su sexo, edad, condición social, académica, limitaciones y/o características físicas que les infligen maestras o maestros.

4. Violencia institucional: son los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres [...] así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia.

5. Violencia feminicida: es la forma extrema de violencia de género contra las mujeres, producto de la violación de sus derechos humanos, en los ámbitos público y privado, conformada por el conjunto de conductas misóginas que pueden conllevar impunidad social y del Estado y puede culminar en homicidio y otras formas de muerte violenta de mujeres.

Tal como lo establece la Ley General, la violencia de género implica violación a los derechos humanos de las mujeres. Para la justicia de género la lucha contra la impunidad de delitos perpetrados contra las mujeres por el hecho de serlo y motivados por la discriminación que las afecta es materia central puesto que estas conductas perpetúan las relaciones de poder desiguales entre ambos sexos y naturalizan la violencia contra las mujeres.

Tras la armonización legislativa, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, 18 entidades federativas han aprobado su legislación estatal en

materia de una vida libre de violencia, éstos son: Chihuahua, Campeche, Sinaloa, San Luis Potosí, Tamaulipas, Chiapas, Nuevo León, Sonora, Aguascalientes, Puebla, Quintana Roo, Morelos, Tlaxcala, Distrito Federal, Durango, Guerrero, Hidalgo y Veracruz.

Entre las leyes que protegen la vida y la salud de las mujeres en el estado de Puebla están la Ley para el Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Puebla (octubre, 2007) y la Ley para la Igualdad entre Mujeres y Hombres del estado de Puebla (agosto, 2008).

Otro compromiso internacional de México en torno a la salud de las mujeres se firmó en la Cumbre Mundial de 2010 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio celebrada en Nueva York, concluyó con la aprobación del plan de acción mundial y el anuncio de un número de iniciativas para luchar contra la pobreza, el hambre y las enfermedades a cumplirse en 2015.

La mejora de la salud materna es el objetivo número cinco de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), a los que el Estado mexicano está comprometido. Los otros son: 1. erradicar la pobreza extrema y el hambre; 2. la educación universal, 3. igualdad entre géneros, 4. reducción de la mortalidad infantil; 6. combatir el VIH/ Sida; 7. sostenibilidad del medio ambiente y 8. fomentar una asociación mundial.

Según la doctora Raffaella Schiavon, directora general de IPAS México, la Mortalidad Materna sigue siendo un reto en México. “La meta comprometida para 2015 para la Razón de Mortalidad Materna (RMM) es de aproximadamente 23 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos estimados, y no se va a lograr con la tendencia actual, pues hemos estado en aproximadamente entre 58 y 60 defunciones.” (IPAS México, Foro Políticas públicas..., 2011)

La antropóloga Marcela Lagarde y de los Ríos asegura que la muerte materna es una de las muertes violentas que sufren las mujeres. Lo anterior coloca a la mortalidad materna en el marco de la violencia feminicida y de la violencia institucional.

2.2 Reconocimiento de la pluralidad

El artículo 1 constitucional señala que “en los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el estado mexicano sea parte, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece”.³²

La Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1965) define la "discriminación racial" denotará toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública.

Por su parte, el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (1966) en su artículo 1 establece que “Todos los pueblos tienen el derecho de libre determinación. En virtud de este derecho establecen libremente su condición política y proveen asimismo a su desarrollo económico, social y cultural.”

En el artículo 27 del mismo Pacto dice:

“En los Estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas, no se negará a las personas que pertenezcan a dichas minorías el derecho que les corresponde, en común con los demás miembros de su grupo, a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión y a emplear su propio idioma.”

En su artículo 14, la CEDAW pone atención a los sectores rurales, asegurándose de que las mujeres se beneficien del desarrollo rural: “eso incluye la planificación en el desarrollo, el acceso a los servicios de salud y a los programas de seguridad social, a la educación y

³² Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 1, título 1, capítulo 1 De los derechos humanos y sus garantías. Reformada la denominación por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de Junio de 2011.

capacitación formal e informal, en la creación e grupos de autoayuda, en cooperativas y actividades comunitarias”.

En cuanto a la reproducción se refiere, en el artículo 12 la CEDAW reconoce y cubre la planificación familiar mediante disposiciones para una elección reproductiva libre, informada y con atención adecuada en torno al embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo la nutrición durante el embarazo y la lactancia. El derecho a decidir libre y responsablemente el número e intervalo de los hijos, el acceso a la información, educación y los medios que permitan ejercer este derecho se reafirman en el artículo 16 de la misma Declaración.

2.3 Fundamentos de los derechos sexuales y reproductivos

Los ámbitos de la sexualidad y de la reproducción humana históricamente han sido los escenarios de la vida social en donde se ha potenciado la violencia en contra de las mujeres, Pedro Morales Aché, litigante especialista en salud y derechos humanos, señala la importancia de la teoría de género y sus vinculaciones con el Derecho para el análisis de la regulación jurídica sobre la sexualidad y la reproducción. (CRUZ Parceró, 2010, p. 147)

Sin embargo, hoy es posible distanciar el ejercicio de la sexualidad y la reproducción, por la posibilidad de que exista reproducción que no esté precedida del ejercicio de la sexualidad, o de que se ejercite ésta en condiciones que impidan de manera absoluta la reproducción.

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994 (El Cairo, Egipto) en su capítulo VII define la salud reproductiva como:

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. Ello lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de su elección seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles en materia de planificación de la familia,

así como a otros métodos de su elección para la regulación de su fecundidad, que no estén legalmente prohibidos, y el derecho de la mujer a tener acceso a los servicios de atención de la salud que propicien los embarazos y los partos sin riesgos. La atención de la salud reproductiva incluye la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales.”

Y los derechos reproductivos:

“...se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia. Se debe prestar plena atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a la satisfacción de las necesidades adicionales y de servicios de los adolescentes con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable.”

Los derechos reproductivos, como tales, no suelen estar expresamente formulados en las legislaciones nacionales ni en las principales declaraciones internacionales de derechos, a no ser que se visualicen como parte integrante del derecho a fundar una familia, del derecho a la libertad, a la intimidad, a la integridad y a la salud.

Es relativamente reciente el reconocimiento explícito de estos derechos, como derechos humanos, en una declaración internacional. La Primera Conferencia Mundial de la ONU sobre Derechos Humanos (Teherán, 1968), declaró en su artículo 16 “que los padres tienen el derecho fundamental para decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos”. Derecho reiterado en la Conferencia Mundial sobre Población de Bucarest en 1974 y en la Declaración de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo de 1994.

En la conferencia también se señaló que el servicio de salud reproductiva debe incluir, entre otras cosas: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención postparto, a la salud materno-infantil y la promoción de la lactancia materna; prevención y tratamiento de la infertilidad, interrupción del embarazo, tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva, e información, educación y asesoramiento en materia de sexualidad humana, salud reproductiva y paternidad responsable.

En El Cairo, 184 gobiernos llegaron a un consenso sobre un nuevo Programa de Acción a 20 años en el que se reconoció el papel central que tiene la sexualidad y las relaciones entre hombres y mujeres en lo tocante a la salud y los derechos de la mujer; afirma que los hombres deberían asumir responsabilidad por su propio comportamiento sexual, su fecundidad, la transmisión de enfermedades de transmisión sexual y el bienestar de sus compañeras y de los hijos y las hijas que procrean y define los servicios de la salud reproductiva y sexual y exhorta a proveer servicios e información integrales de buena calidad para todos, incluidos los y las adolescentes.

Además reconoce que el aborto en condiciones no adecuadas es un grave problema de salud pública y exhorta a los gobiernos a reducir la incidencia del aborto en condiciones no adecuadas, asegurar que los servicios se presten en condiciones de seguridad cuando no están prohibidos por la ley, ofrecer asesoramiento fiable y comprensivo a todas las mujeres que tengan embarazos no deseados y proveer asistencia humanitaria a todas las mujeres que padezcan las consecuencias de abortos practicados en condiciones no adecuadas.

Negociaron un lenguaje universalmente aceptable sobre salud reproductiva y sexual y derechos sexuales y reproductivos, con la definición de conceptos como “aborto en condiciones no adecuadas”, “regulación de la fecundidad”, “sexualidad” y “acceso de los y las adolescentes a los servicios”.

Reconoció la necesidad de prestar servicios integrales y de buena calidad de salud sexual y reproductiva, que propicien los derechos de la mujer y fomenten su autonomía asegurando al mismo tiempo que los hombres asuman responsabilidad por su propio

comportamiento sexual, por su fecundidad y por el bienestar de sus compañeras y sus hijos e hijas.

En su capítulo VII, la CIPD declara que todas las parejas y todos los individuos tienen el derecho de disfrutar de las más altas normas de salud sexual y reproductiva. Esto significa que, en lo tocante a la reproducción, todas las parejas y todas las personas tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos, y a disponer de la información y de los medios para ello; y que todas las decisiones relativas a la reproducción deberían adoptarse en forma libre de toda discriminación, coacción y violencia.

En tanto a la atención de la salud reproductiva, abarca la provisión de asesoramiento, información, educación, comunicación y servicios de planificación familiar; la atención de todas las etapas del embarazo y el parto; la prevención y el tratamiento de la infertilidad; el aborto y el tratamiento de las consecuencias de abortos realizados en condiciones no adecuadas; la prevención y el tratamiento de las infecciones del aparato reproductivo y de las enfermedades de transmisión sexual; cuestiones de sexualidad humana; y la crianza de los hijos y las hijas.

En este capítulo se reconoce que es preciso mejorar la calidad de la atención ofrecida por los programas de planificación familiar, mediante la información sobre la más amplia gama de métodos seguros y eficaces de regulación de la fecundidad que no contravengan las leyes; la información sobre los efectos secundarios; la prestación de servicios seguros, costeables y accesibles; la atención de seguimiento y el acceso a otros servicios de salud reproductiva, ya sea en el mismo lugar o mediante remisión a otros establecimientos.

Se reconoce el efecto de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA sobre la salud, en particular sobre la salud de la mujer, como una preocupación importante que debe encararse mediante diagnóstico y tratamiento en los servicios de salud reproductiva.

Un punto central son las necesidades de los y las adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva, donde se establece que los y las adolescentes deberían poder recibir información, asesoramiento y servicios confidenciales, al mismo tiempo que se respetan los derechos, deberes y responsabilidades de padres y madres.

En su capítulo XI reafirma su compromiso a favor de la educación escolar y extraescolar, la alfabetización y los currículos mejorados, así se promovería la conciencia sobre las relaciones entre la población, el desarrollo sostenible, la salud y la equidad entre los sexos. Las políticas educacionales deberían prestar atención a las futuras necesidades de especialización de la población activa, la sensibilidad a los problemas propios de la condición de la mujer, las opciones y responsabilidades en materia de reproducción y la conciencia sobre las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

Al respecto, la Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México (Ddeser), señala que cada persona puede decidir libremente sobre el ejercicio de su sexualidad y su reproducción para proteger su propia dignidad y la de las demás personas.

Los derechos que amparan la capacidad de una persona para decidir sobre su propia vida, se refieren, no únicamente al Estado, sino a cualquier otra organización o agrupación social igualmente, es decir, nadie tiene derecho a interferir con la conciencia de cada persona, con su capacidad y su libertad de expresión, ni con su privacidad y autonomía.

La Organización Mundial de la Salud en 1975, definió la Salud Sexual como:

“...la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor (...) tal noción de la salud sexual supone la adopción de un criterio positivo respecto de la sexualidad humana; la finalidad de la asistencia prestada en ese sector debe ser el disfrute intensificado de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la asistencia relacionados con la procreación o las enfermedades de transmisión sexual (...) una concepción que contemple la sexualidad como una capacidad inherente al ser humano, que se expresa a lo largo del ciclo vital, respetuosa con las variantes sexuales existentes, rechazando cualquier conducta sexual que venga impuesta por la coacción, sea física, legal, moral o psíquica”. (OMS, 1975, p. 6)

Sin duda el paso más firme en el reconocimiento de la sexualidad como derecho humano fue la Declaración de Valencia de 1997, resultado del XIII Congreso Mundial de Sexología, Sexualidad y Derechos Humanos quienes determinaron que la sexualidad humana es dinámica y cambiante, se construye continuamente por la mutua interacción del individuo y las estructuras sociales, está presente en todas las épocas de la vida, como fuerza integradora de la identidad y contribuye a fortalecer y/o producir vínculos interpersonales.

El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psíquico, intelectual y espiritual. Es parte de una sexualidad libre de conflictos y angustia, promotora del desarrollo personal y social.

En Valencia se definieron derechos inalienables, inviolables e insustituibles de nuestra condición humana en torno a la sexualidad:

1. Derecho a la libertad que excluye todas las formas de coerción, explotación y abusos sexuales en cualquier momento de la vida y en toda condición. La lucha contra la violencia constituye una prioridad.
2. Derecho a la autonomía, integridad y seguridad corporal. Este derecho abarca el control y disfrute del propio cuerpo libre de torturas, mutilaciones, y violencias de toda índole.
3. Derecho a la igualdad sexual. Se refiere a estar libre de todas las formas de discriminación. Implica respeto a la multiplicidad y diversidad de las formas de expresión de la sexualidad humana, sea cual fuere el sexo, género, edad, etnia, clase social, religión y orientación sexual a la que se pertenece.
4. Derecho a la salud sexual. Incluyendo la disponibilidad de recursos suficientes para el desarrollo de la investigación y conocimientos necesarios para su promoción. El SIDA y las ETS requieren de más recursos para su diagnóstico, investigación y tratamiento.
5. Derecho a la información amplia, objetiva y verídica sobre la sexualidad humana que permita tomar decisiones respecto a la propia vida sexual.
6. Derecho a una educación sexual integral desde el nacimiento y a lo largo de toda la vida. En este proceso deben intervenir todas las instituciones sociales.

7. Derecho a la libre asociación. Significa la posibilidad de contraer o no, matrimonio, de disolver dicha unión y de establecer otras formas de convivencia sexual.
8. Derecho a la decisión reproductiva libre y responsable. A tener o no tener hijos; al espaciamiento de los nacimientos y el acceso a las formas de regular la fecundidad. El niño tiene derecho a ser deseado y querido.
9. Derecho a la vida privada que implica la capacidad de tomar decisiones autónomas con respecto a la propia vida sexual dentro de un contexto de ética personal y social. El ejercicio consciente racional y satisfactorio de la sexualidad es inviolable es insustituible.

En este mismo sentido, la Declaración de los Derechos Humanos establece en su artículo 25 que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. Asimismo, señala que la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.

La Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1965) aportó lo suyo en su artículo 5, donde establece que los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, al goce de sus derechos, entre los cuales están el derecho al matrimonio y a la elección del cónyuge; y el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales.

La protección de la familia es un elemento que la legislación internacional retomó en el marco del derecho a la salud. El Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (1966) artículo 23 define a la familia como un el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado y reconoce el derecho del hombre y de la mujer a contraer matrimonio y a fundar una familia si tienen edad para ello.

El PIDESC (1966), en su artículo 10 reconocen la salud un derecho fundamental en el ámbito laboral que: se debe conceder a la familia, que es el elemento natural y fundamental de la sociedad, la más amplia protección y asistencia posibles, especialmente para su constitución y mientras sea responsable del cuidado y la educación de los hijos a su cargo. El matrimonio debe contraerse con el libre consentimiento de los futuros cónyuges.

En su artículo 12, PIDESC reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

En cuanto a mortalidad y morbilidad materna la CEDAW pide a los Estados que hagan un mayor hincapié en las iniciativas sobre la mortalidad y morbilidad materna en sus asociaciones para el desarrollo y sus arreglos de cooperación, en particular cumpliendo los compromisos pendientes y considerando la posibilidad de contraer nuevos compromisos, y en el intercambio de prácticas eficaces y asistencia técnica para reforzar la capacidad nacional, y que integren en esas iniciativas una perspectiva de derechos humanos que aborde los efectos de la discriminación contra la mujer en la mortalidad y morbilidad materna.

CEDAW, en el artículo 12, establece que los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

De la misma manera, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

En cuanto a salud, la Ley General de Salud y la Ley General de Población, que deben ser observadas en toda la República, determinan la normatividad general en materia de salud reproductiva y la planificación familiar. La primera hace énfasis en el derecho a la salud y la segunda en la regulación de los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional.

La Ley General de Población destaca la obligación de la Secretaría de Gobernación de promover ante las dependencias competentes las medidas necesarias para “realizar programas de planeación familiar a través de los servicios educativos y de salud pública de que disponga el sector público, y vigilar que dichos programas y los que realicen organismos privados, se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre”.

En el artículo 14 del Reglamento de la Ley General de Población destaca el derecho de toda persona a obtener información general e individualizada sobre los objetivos, métodos y consecuencias de los programas de planificación familiar, con la finalidad de que los individuos estén en aptitud de ejercer con responsabilidad el derecho a determinar el número y espaciamiento de sus hijos.

El Reglamento también define: el carácter indicativo de la planificación familiar (la libertad del usuario para adoptarlos), que los servicios de planificación familiar deberán estar integrados con los de salud reproductiva y ambos con enfoque de género, la integración y coordinación de los servicios entre los sectores de salud, educación, seguridad social e información pública, la gratuidad de los servicios, el establecimiento de programas permanentes, la prohibición de violar la libertad del/la usuario(a) en la elección de métodos de regulación de la fecundidad, que las normas y servicios estarán en concordancia con las leyes generales de salud y población y a reevaluar el papel de la mujer y del varón en el seno familiar, y evitar toda forma de abuso y discriminación individual y colectiva, hacia la mujer.

Por su parte, la Ley General de Salud, en su artículo 67 determina el carácter prioritario de la planificación familiar como parte de los servicios de salud, además de proporcionar información y orientación educativa para adolescentes y jóvenes, el acceso a información anticonceptiva oportuna, eficaz y completa, a la pareja y sanciones a quienes practiquen

la esterilización sin la voluntad del/la paciente o ejerzan presiones para que éste/a la admita

Respecto a planificación familiar, el artículo 68 de la Ley General de Salud especifica la elaboración de programas de comunicación educativa sobre planificación familiar y educación sexual, definidos por el Consejo Nacional de Población (CONAPO); la atención y vigilancia de los usuarios de los servicios de planificación familiar; asesoría a los sectores público, social y privado, para la prestación de servicios de planificación familiar, y la supervisión y evaluación de su ejecución, por parte del CONAPO; apoyo y fomento a la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana; participación en el establecimiento de mecanismos idóneos para la determinación, elaboración, adquisición, almacenamiento, y distribución de medicamentos y otros insumos destinados a los servicios de planificación familiar y recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas

En esta Ley, se consideran servicios básicos de salud la atención materno-infantil; la planificación familiar; la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud; la promoción del mejoramiento de la nutrición, y la asistencia social a los grupos más vulnerables y, de éstos, de manera especial, a los pertenecientes a las comunidades indígenas.

2.4 NOM 046 e Interrupción Legal del Embarazo

En 1999, Paulina Ramírez Jacinto, de catorce años de edad, fue violada y embarazada en Baja California Norte. A pesar de haber obtenido la autorización necesaria de la Procuraduría General de Justicia del estado, Ramírez no recibió el servicio de aborto para el cual estaba legalmente autorizada.

El caso Paulina es emblemático en la lucha contemporánea de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas en México y clave para entender el proceso de penalización del aborto en las 18 entidades donde ya está criminalizado.

El 31 de julio de 1999 Paulina, fue víctima de violación por dos delincuentes durante un asalto a su domicilio en Mexicali Baja California, que resultó en un embarazo no deseado y otras violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Caso Paulina, (Cimacnoticias, México D.F., 2 de febrero de 2009):

Paulina y su madre denunciaron el hecho ante el Ministerio Público local, concientes de que tanto la ley local como la federal permitían la interrupción legal del embarazo (ILE) en casos de violación.

Acudieron al Hospital General de Mexicali, dependiente de las autoridades locales, en una entidad gobernada por el Partido Acción Nacional (PAN), a solicitar la interrupción legal del embarazo, pero no les proporcionaron apoyo alguno.

...Posteriormente intervinieron organizaciones de mujeres a nivel nacional que, tras agotar recursos legales, hicieron llegar el caso a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).

Este organismo, perteneciente al Sistema Interamericano de Derechos Humanos, imputó responsabilidad internacional al Estado mexicano por la violación de los derechos protegidos por los artículos 1, 5, 7, 8, 11, 12, 19 y 25 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

El 8 de marzo de 2006, durante el 124 período ordinario de sesiones de la CIDH, el Estado mexicano y las peticionarias suscribieron un acuerdo de solución amistosa 161/02 en el que la Secretaría de Salud (SS) Federal se comprometió a actualizar la NOM 190-SSA1-1999 relativa a la atención médica de la violencia familiar, para ampliar e incluir la violencia sexual que ocurre fuera del contexto familiar.

Como parte de los resolutivos del Acuerdo de Solución Amistosa se creó la Norma Oficial Mexicana 046 (NOM-46) sobre Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

...El 3 de marzo de 2008, por fin se publicó el proyecto de modificación en el Diario Oficial de la Federación de la norma NOM 190-SSA1-1999 Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar; para quedar como NOM- 046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

Una vez publicado el proyecto, se abrió un periodo de consulta pública de 60 días, durante el cual el Centro Nacional de Equidad Género y Salud Reproductiva de la SS recibió y analizó diversos comentarios de los cuales se elaboraron respuestas que fueron integradas en una versión definitiva de la norma.

De acuerdo con lo informado por Andar y la Coalición, la versión definitiva de la norma fue sometida a la consideración del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de enfermedades (CCNNPYCE) dependiente de la SS, de acuerdo con la Ley Federal sobre Metrología y Normalización y demás disposiciones aplicables en materia de normatividad.

De este modo y bajo estas condiciones de análisis la norma definitiva fue aprobada el 21 de julio de 2008...

Las prácticas dilatorias al interior de la SS para publicar la NOM fueron motivo de la atención de Amnistía Internacional, quien el 25 de noviembre de 2008, en el marco de la conmemoración del día Internacional de la No Violencia Contra las Mujeres, hizo un llamado al Estado mexicano por el retraso en el proceso de la nueva norma (Cimacnoticias, 25-11-08).

Finalmente después de que el marcador colocado por las organizaciones marcara exactamente 192 días de espera para que la Norma 046 fuera publicada, el 28 de enero de 2009 se convocó a una reunión extraordinaria para tratar este tema.

.Hoy, esa NOM 046, que traiciona el sentido de la aprobada el 21 de julio de 2008, puede ser publicada, en detrimento de la vida y los derechos de la mayoría de la población del país: las mujeres y las niñas.

El 26 de marzo de 2009, Jalisco modificó el artículo 4° de su constitución:

“Toda persona, por el sólo hecho de encontrarse en el territorio del estado de Jalisco, gozará de los derechos que establece esta Constitución, siendo obligación fundamental de las autoridades salvaguardar su cumplimiento. Asimismo, el Estado de Jalisco reconoce, protege y garantiza el derecho a la vida de todo ser humano, al sustentar expresamente que desde el momento de la *fecundación* entra bajo la protección de la ley y se le reputa como nacido para todos los efectos legales correspondientes, hasta su muerte natural”.³³

Fundamentándose en esta reforma, el gobernador de Jalisco la impugna la NOM-046 ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) apelando que la Anticoncepción de Emergencia (AE) implicaba un “aborto químico” por lo que la Constitución de Jalisco “protege la vida desde la fecundación” y no permite el aborto.

El jueves 16 de abril de 2009, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la "Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, para quedar como NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención".

La NOM 046 establece que

6.4.2.3 En caso de violación, las instituciones prestadoras de servicios de atención médica, deberán, de acuerdo a la norma oficial mexicana aplicable, ofrecer de inmediato y hasta en un máximo de 120 horas después de ocurrido el evento, la anticoncepción de emergencia, previa información sobre la utilización de este método a fin de que la persona tome una decisión libre e informada.

6.4.2.7. En caso de embarazo por violación, y previa autorización de la autoridad competente, en los términos de la legislación aplicable, las Instituciones públicas

³³ Las cursivas son de la autora, para indicar la importancia del lenguaje y los conceptos que usamos para referirnos al aborto.

prestadoras de servicios de atención médica deberán prestar servicios de aborto médico a solicitud de la víctima interesada, en caso de ser menor de edad a solicitud de su padre y/o su madre, o a falta de estos de su tutor o conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

En todos los casos se deberá brindar a la víctima, en forma previa a la intervención médica, información completa sobre los posibles riesgos y consecuencias del aborto, a efecto de garantizar que la decisión de la víctima sea una decisión informada conforme a las disposiciones aplicables.

Se deberá respetar la objeción de conciencia del personal médico y de enfermería encargados del procedimiento. Las Instituciones Públicas prestadoras de servicios de atención médica federales, deberán sujetarse a las disposiciones federales aplicables.

La vigilancia de la aplicación de esta norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en sus ámbitos de competencia.

El 27 de mayo de 2010, la SCJN ratificó la constitucionalidad de la Norma Oficial Mexicana Violencia Familiar, Sexual y contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención (NOM-046). Con esta decisión, es obligación para todas las autoridades ofrecer y garantizar el suministro de la anticoncepción de emergencia (AE) a las mujeres víctimas de violencia sexual y también es obligación proceder a la interrupción del embarazo a las mujeres violadas, en caso de que así lo soliciten.

Los estados se encuentran obligados a dar cumplimiento a las Normas Oficiales Mexicanas³⁴ en materia de salubridad general, entre las que se encuentran la NOM046 y la Norma Oficial Mexicana en materia de planificación familiar.

³⁴ Una Norma Oficial Mexicana (NOM) de acuerdo a la Ley Federal sobre Metrología y Normalización es una regulación técnica de observancia obligatoria expedida por las dependencias competentes que establece reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado y las que se refieran a su cumplimiento o aplicación. Tienen vigencia de cinco años, esto hace que estas normas sean de uso obligatorio para quien cae dentro del alcance de la aplicación de las mismas y cuando las actividades o productos se hagan durante la vigencia de la misma.

Todos los integrantes del sistema nacional de salud: servicios públicos federales (incluyendo al IMSS, ISSSTE y demás organismos públicos descentralizados), locales y privados se encuentran obligados a proporcionar información sobre la anticoncepción de emergencia a las mujeres víctimas de violación, y a solicitud de éstas, a entregarles la anticoncepción de emergencia.

También se encuentran obligados a prestar los servicios de interrupción legal del embarazo como consecuencia de una violación (cumpliendo, en su caso, los requisitos que se establezcan en cada legislación local)

A partir de este momento comenzaron una serie de modificaciones constitucionales en las entidades federativas que criminalizan el aborto desde el momento de la concepción/ fecundación, siendo el Distrito Federal el único en que permitir la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) hasta las 12 semanas de *gestación*, definiendo así el embarazo a partir de la *implantación*.

El 24 de abril de 2007 una contrarreforma prevé que la atención a la salud sexual y reproductiva es prioritaria y que el gobierno promoverá políticas para promover la salud sexual, los derechos reproductivos y la maternidad y paternidad responsable, servicios de planificación familiar y anticoncepción para evitar embarazos no deseados, evitar las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y coadyuvar al ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSyR).

El 24 y 25 de mayo de 2007, la PGR y el titular de la CNDH interponen acciones de inconstitucionalidad, las cuales sostenían que las reformas eran inconstitucionales por restringir el derecho a la vida del producto de la concepción que se encuentra tutelado.

Otros argumentos fueron la violación a las garantías de igualdad y no discriminación – respecto del producto de la concepción y de los padres progenitores, la violación al derecho a la paternidad, pero ninguna hizo referencia a la mujer, su realidad cultural, socio-económica y personal o a sus derechos.

El 28 de agosto de 2008: la SCJN ratifica la constitucionalidad y la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (y los congresos locales) sí tienen facultad para legislar en cuestiones

de atención materno infantil (entre ellas, atención de la mujer durante embarazo y la planificación familiar)

Son 18 reformas desde entonces. Hay dos casos con diferentes procesos: Veracruz (17 de noviembre 2009) donde se estableció que el Estado garantizará el derecho a la vida desde el momento de la concepción hasta la muerte natural, como valor primordial que sustenta el ejercicio de los demás derechos del individuo y que la ley determinará los casos de excepción a la protección de la vida del no nacido, la cual se paró el 7 de mayo de 2010; y el caso de Chihuahua (1 de octubre de 1994) donde se estableció que todo ser humano tiene derecho a la protección jurídica de su vida, desde el momento mismo de la concepción.

Para el caso de Puebla, el 12 de marzo 2009 se modificó la constitución, quedando: “La vida humana debe ser protegida desde el momento de la *concepción* hasta su muerte natural, salvo los casos previstos en las Leyes.”

Hasta la fecha hay dos acciones de inconstitucionalidad (Baja California y San Luis Potosí) y 1032 mujeres se han amparado en 10 estados aceptados.

Al respecto, el teórico del derecho Luigi Ferrajoli señala que:

“un derecho relativo únicamente a las mujeres, es el derecho a la autodeterminación en materia de maternidad (y consecuentemente el aborto), del que hay que decir en seguida que no sólo se encuentra reconocido en ninguna legislación, pues, por lo general, su ejercicio no está ni siquiera enteramente despenalizado, sino que a lo sumo se encuentra sujeto a formas de legislación más o menos controladas. Se trata de un derechos que es al mismo tiempo fundamental y exclusivo de las mujeres por múltiples y fundadas razones: porque forma un todo con la libertad personal, que no puede dejar de comportar la autodeterminación de la mujer en orden a la opción de convertirse en madre ... porque cualquier decisión heterónoma, justificada por intereses extraños a los de la mujer, equivale a una lesión del segundo imperativo kantiano según el cual ninguna persona puede ser tratada como medio o instrumento –aunque sea de procreación- para fines no propios, sino sólo como fin en sí misma...a diferencia

de cualquier otra prohibición penal, la prohibición del aborto equivale a una obligación –la de convertirse en madre, soportar un embarazo, parir, criar un hijo- en contraste con todos los principios liberadores del derecho penal... no se trata solo de un derecho de libertad, sino también de un derecho-pretensión, al que deben corresponder obligaciones públicas, concretamente exigibles y de cuidado, tanto en el momento de la maternidad como en el del aborto.” (FERRAJOLI, 2001, p. 20)

En la Carta de la Federación Internacional de Planificación de la Familia se invocan doce derechos como integrantes de los derechos sexuales y reproductivos: a la vida, a la libertad y la seguridad de la persona, a la igualdad y a estar libres de todas las formas de discriminación, a la intimidad, a la libertad de pensamiento, a la información y la educación, a optar por contraer matrimonio o no y a formar y planear una familia, a decidir tener hijos o no tenerlos o cuándo tenerlos, a la atención de la salud y a la protección de la salud, a los beneficios del progreso científico, a la libertad de reunión y a la participación política, y el derecho a no ser sometida a torturas y maltrato.

Para la teórica Alda Facio (2008) los doce derechos fundamentales o subderechos, que integran los derechos reproductivos incluyen: el derecho a la vida (a no morir por causas evitables relacionadas con el parto y el embarazo); el derecho a la salud reproductiva y a la autonomía reproductiva); el derecho a la libertad, seguridad e integridad personales (a no ser sometida a torturas, ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes), el derecho a estar libre de violencia basada en el sexo y el género (a vivir libre de la explotación sexual); el derecho a realizar un plan de procreación con asistencia médica o de una partera reconocida, en un hospital o en un ambiente alternativo; el derecho a la intimidad (a decidir libremente y sin interferencias arbitrarias, sobre sus funciones reproductivas); el derecho a la igualdad y a la no discriminación en la esfera de la vida y salud reproductiva).

Además del derecho al matrimonio y a fundar una familia (el derecho de las mujeres a decidir sobre cuestiones relativas a su función reproductora en igualdad y sin discriminación, a contraer o no matrimonio o disolverlo, a tener capacidad y edad para prestar el consentimiento para contraer matrimonio y fundar una familia); el derecho al empleo y seguridad social (a la protección legal de la maternidad en materia laboral, a

trabajar en un ambiente libre de acoso sexual, a no ser discriminada por embarazo, a no ser despedida por causa de embarazo, a no sufrir discriminaciones laborales por embarazo o maternidad); el derecho a la educación sexual y reproductiva, a la información adecuada y oportuna sobre su estado de salud, a ser informada sobre sus derechos y responsabilidades en materia de sexualidad y reproducción y acerca de los beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de regulación de fecundidad y sobre las implicaciones de un embarazo para cada caso; el derecho a modificar las costumbres discriminatorias contra la mujer, y el derecho a disfrutar del progreso científico y a dar su consentimiento para ser objeto de experimentación (a disfrutar del progreso científico en el área de la reproducción humana y a no ser objeto de experimentación en el área de la reproducción humana).

El ejercicio pleno de estos derechos protegen la vida, la salud y la libertad de las mujeres, para que sean ellas quienes decidan sobre su propio cuerpo.

3. El derecho a la salud

“...¡Quién sabe qué estupenda y dorada simiente
ha de brotar ahora bajo mi cuerpo ardiente!
Futuro pebetero que esparcirá a los vientos,
en las noches de estío, claras y rumorosas,
el calor de mi carne hecho aroma de rosas,
fragancia de azucenas, y olor de pensamientos.”
Panteísmo, Juana de Ibarborou

Existe una creciente inquietud en sectores dedicados a estudio de los derechos humanos por encontrar medios que permitan hacer efectivo el derecho a la salud. Esta inquietud responde a diversos factores.

Montiel Romero señala que, en primer lugar, algunos grupos de población están percibiendo un incremento en los factores que amenazan los años de vida saludable (contaminación, enfermedades crónico-degenerativas, cerebro-vasculares, desnutrición, epidemias, etcétera). En segundo lugar, las limitantes en el acceso y calidad de los bienes y servicios de salud, ocasionados en gran medida por la escasez de recursos económicos disponibles para el financiamiento de los Sistemas de Salud. (MONTIEL Romero, 2011, p. 8)

A partir del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966) se reconoció el derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental y los Estados se comprometieron a tomar las medidas necesarias para garantizar el pleno ejercicio de este derecho y reducir la mortalidad y la mortalidad infantil y el sano desarrollo de la niñez, el mejoramiento de la higiene en el trabajo, la prevención y tratamiento de enfermedades y la creación de condiciones que aseguren la asistencia médica en caso de enfermedad.

El Objetivo General 14 (OG14) del PIDESC especifica que el más alto nivel de salud incluye tanto las condiciones biológicas como la atención a otros factores socioeconómicos como la alimentación, la nutrición, la vivienda, el acceso al agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas.

Algunos elementos esenciales del derecho a la salud son: servicios sanitarios, nutrición adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, factores sociales como educación, desarrollo económico, distribución de los recursos, diferencias basadas en la perspectiva de género y vivienda adecuada; acceso a la educación incluyendo la salud sexual y reproductiva, condiciones de comportamiento como enfermedades de transmisión sexual, adicciones y lo relativo a conflictos armados. (MONTIEL Romero, 2011, p. 27)

Para hacer efectivo este derecho son necesarios ciertos cuidados, los cuales podemos entender en dos grupos: los bienes de salud o elementos materiales necesarios para la atención como hospitales, clínicas, medicamentos, camas, presupuestos, entre otros; y los servicios de salud o elementos necesarios para la atención de la salud y los programas de salud, las y los profesionales de la salud, personal administrativo, programas de prevención, control y diagnóstico, entre otros.

El OG 14 del PIDESC también establece los mínimos de atención del derecho a la salud:

- a. Disponibilidad: los Estados deben garantizar la existencia en número suficiente de establecimientos, programas, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de salud, además tienen que estar provistos de agua potable, personal capacitado y bien remunerado.
- b. Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles sin discriminación alguna.
- c. Adaptabilidad: los establecimientos, bienes y servicios deberán ser respetuosos de la ética médica, además deberán ser culturalmente respetuosos, sensibles al género y al ciclo de vida.
- d. Calidad: además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados científica y médicamente. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario, agua limpia y condiciones sanitarias adecuadas.

La Ley General de Salud mexicana establece en su artículo 2 que el derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades: a) el bienestar físico y mental, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; b) la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana y c) la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.

En el artículo 3 especifica que es materia de salubridad general: la atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables; la atención materno-infantil; el programa de nutrición materno-infantil en los pueblos y comunidades indígenas; y la planificación familiar, entre otros.

En 2007 el gobierno federal diseñó la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud 2007-2012, enfocado a reducir las desigualdades en salud de la población con especial interés en la atención a grupos vulnerables y comunidades marginadas para contribuir al combate a la pobreza, al desarrollo social del país y evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud.

En este sentido, la Secretaría de Salud federal a través del Programa Nacional de Salud (PNS) 2007-2012 se propuso como metas para final del sexenio: aumentar la esperanza de vida al nacer, triplicar la cobertura de detección de Cáncer de Mama por mastografía en mujeres de 45 a 64 años y disminuir 27 por ciento la tasa de mortalidad por cáncer Cérvico-Uterino por 100,000 mujeres de 25 años y más.

En relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio planteados para 2015 (ODM), el PNS también pretende reducir las desigualdades en salud reflejadas en la mortalidad materna y la mortalidad infantil, disminuir a la mitad la razón de mortalidad materna y en un 40 por ciento la mortalidad infantil en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano (DH) y promover la participación de voluntarios comunitarios que favorezcan la implantación de los programas de salud.

El Sistema Nacional de Salud mexicano está constituido por las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX y otros), que prestan servicios a sus derechohabientes (sus trabajadores y sus familias); la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud

(SESA) y el programa IMSS-Oportunidades, que prestan servicios a la población que no tiene seguridad social, y el sector privado, que presta servicios a la población con capacidad de pago.

Cada institución de servicios de salud tiene instalaciones propias. México cuenta con 23 mil 269 unidades de salud. De las cuales, 86.8 por ciento pertenecen al sector público y 17.2 al sector privado, 4 mil 103 son hospitales y el resto, unidades de atención ambulatoria.

Según datos de la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud del PNS, México cuenta con mil 121 hospitales públicos, 628 de éstos atienden a la población no asegurada y el resto a la seguridad social; esto significa que por 100 mil habitantes hay 1.1 hospitales que atienden a la población sin seguridad social. Sin embargo, existen diferencias importantes entre entidades federativas.

La Estrategia Nacional revela que en 2005, México disponía en las instituciones públicas de 648 mil 283 trabajadores de la salud desde médicas y médicos hasta personal administrativo. De ese total, 22.2 por ciento correspondía a médicos en contacto con pacientes, 30.5 a enfermeras y 4.5 a personal involucrado en servicios auxiliares. Entre 2000 y 2005 el número de médicos se incrementó 19 por ciento y el de enfermeras sólo 3.9 por ciento.

Lo anterior revela que existen 1.85 médicos por cada mil habitantes, cifra inferior al promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2005), que es de 2.9.

El PNS señala que las mujeres que residen en zonas marginadas y con antecedentes de desnutrición en la infancia están más propensas a tener hijos con bajo peso al nacer, que a su vez presentan un mayor riesgo de sufrir enfermedades y morir en las primeras etapas de la vida.

En general la salud tiende a ser más precaria y el acceso a servicios de salud más limitado en las entidades federativas del sureste del país, en las regiones rurales, en las comunidades indígenas y en las zonas más marginadas.

La repartición de los servicios y del personal a lo largo del país refleja desigualdades. El Distrito Federal cuenta con tres médicos por mil habitantes; Oaxaca, Guanajuato y Chihuahua cuentan con uno, y Puebla, Chiapas y el Estado de México con menos de uno.

Cabe destacar que en seis entidades (Distrito Federal, Jalisco, México, Nuevo León, Puebla y Veracruz) se concentran cerca de 50 por ciento de los médicos del país y que entre los motivos principales de suspensión de cirugías están la falta de insumos, quirófanos y personal médico.

Estas desigualdades se deben a diferencias en las condiciones generales de vida, pero también a diferencias en el acceso a recursos y servicios de salud, y en la calidad de la atención, que deben atenderse sin demora.

Los cambios que se han producido en el patrón de daños a la salud en el país en las últimas décadas se deben en buena medida al desarrollo de riesgos del entorno y riesgos relacionados con estilos de vida que en conjunto se denominan determinantes proximales de las condiciones de salud.

Dentro de los riesgos del entorno se incluyen la falta de acceso a agua potable, la falta de acceso a servicios sanitarios, la contaminación atmosférica y los riesgos laborales. La mala nutrición, el sedentarismo y el consumo de sustancias adictivas, que han dado origen al surgimiento de riesgos emergentes como el sobrepeso y la obesidad, la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, el consumo de drogas ilegales, la violencia doméstica y las prácticas sexuales inseguras son componentes de los estilos de vida poco saludables.

Los sistemas de salud requieren de recursos humanos suficientes y capacitados para responder a las demandas que impone el perfil epidemiológico de la población a la que se atiende. Sin embargo, se enfrentan dos graves problemas: la escasez de trabajadores de la salud bien preparados y su inadecuada distribución geográfica, y un déficit relativo de profesionales médicos y enfermeras.

En 1990 la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) puso en marcha un proceso dirigido a acreditar los planes y programas de estudio de las escuelas de medicina del país. Este proceso dio origen a un procedimiento de evaluación

que mide todos los elementos que favorecen una educación médica de calidad y que coordina el Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM).

La Secretaría de Salud estableció una política de asignación de los campos clínicos de las unidades públicas exclusiva para las facultades y escuelas con planes y programas educativos acreditados o en procesos de acreditación, que implantó en 2003 en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, las instituciones del sector salud, el Consejo para la Acreditación de la Educación Superior (COPAES), el COMAEM y la AMFEM.

El PNS señala que tres años después, 99.5 por ciento de los campos clínicos que el sector público estaban ocupados por alumnos de las facultades y escuelas de medicina con programas educativos acreditados o en proceso de acreditación.

Desde 1944 los procedimientos de certificación han sido responsabilidad de las instituciones de educación superior y de la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública. De acuerdo con la Ley de Profesiones y la Ley General de Salud, los médicos deben contar con un título para practicar su profesión y una cédula que emite la Dirección General de Profesiones.

Hasta 1995 el Sistema Nacional de Salud no contaba con una instancia especializada para atender las inconformidades de los usuarios de los servicios de salud. Esta deficiencia se resolvió con la creación, en junio de 1996, de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

En México, en marzo de 1999, se puso en marcha un programa nacional de certificación de hospitales que culminó con la creación de la Comisión Nacional para la Certificación de Hospitales, dependiente del Consejo de Salubridad General.

A fines de 2005 existían 297 hospitales con certificado vigente, la mayor parte de ellos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). A nivel estatal Colima es la entidad con el porcentaje más alto de certificación de hospitales y con nula razón de muerte materna.

La estrategia 5 del PNS señala la necesidad de extender los servicios del sistema de salud a las zonas altamente marginadas con escaso o nulo acceso a servicios de salud, a

través de las Caravanas de la Salud (unidades móviles y equipos de salud itinerantes), que estarán integradas a las redes de servicios, incrementar el conocimiento de las medicinas tradicionales y complementarias y promover su utilización de acuerdo a la demanda que de ellas haga la población, con el objetivo de impulsar una política integral para la atención de la salud de los pueblos indígenas.

La Secretaría de Salud señala que las Caravanas de la Salud beneficiarían a 1.2 millones de personas que residen en cerca de 20 mil localidades que cuentan con acceso limitado a servicios de salud ofreciendo los servicios de promoción de la salud incluidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud del Seguro Popular.

El Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME) creado en 2002, hoy Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) cuyo objetivo principal es definir y establecer las enfermedades y las acciones integrales de salud, que deben ser cubiertas por el Sistema Nacional de Salud como una base para la universalidad de la atención de los servicios médicos.

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) surgió en el período 2000-2006 ante la necesidad de proveer una alternativa de atención a la salud, mediante un esquema de aseguramiento público, para aquella población que no contaba con acceso a servicios de salud. Esto generó una estrategia que procura el acceso integral a los servicios públicos de salud para todos los mexicanos sin distinción de condiciones sociales, económicas o laborales.

Los grupos de población beneficiados por el SPSS son los trabajadores no asalariados, los auto-empleados y los desempleados, incluyendo a sus familiares directos y dependientes económicos menores de 18 años. Esta protección se brinda bajo el esquema del Seguro Popular (SP), coordinado por la Federación y operado por las entidades federativas. El SP se publicó el 15 de mayo de 2003 en el Diario Oficial de la Federación, decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud.

El SPSS o SP se opera bajo las CAUSES y sirve de base para la estimación de costos y tarifas de las intervenciones médicas y nuevos servicios, para determinar acciones que privilegian la detección, prevención y, en algunos casos, atención de enfermedades.

Las CAUSES se basan en la Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, formalizada en 1893 como Clasificación de Bertillon o Listas Internacionales de Causas de Defunción, en la actualidad se reconoce como Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) válido para la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El doctor Adrián Delgado, consultor de Ipas México señala que para cada grupo de edad existe un Programa de Salud, aunque de acción tardía para adolescentes, ya que, por ejemplo la planificación familiar está mayoritariamente enfocada a la población adulta y no a la adolescente:

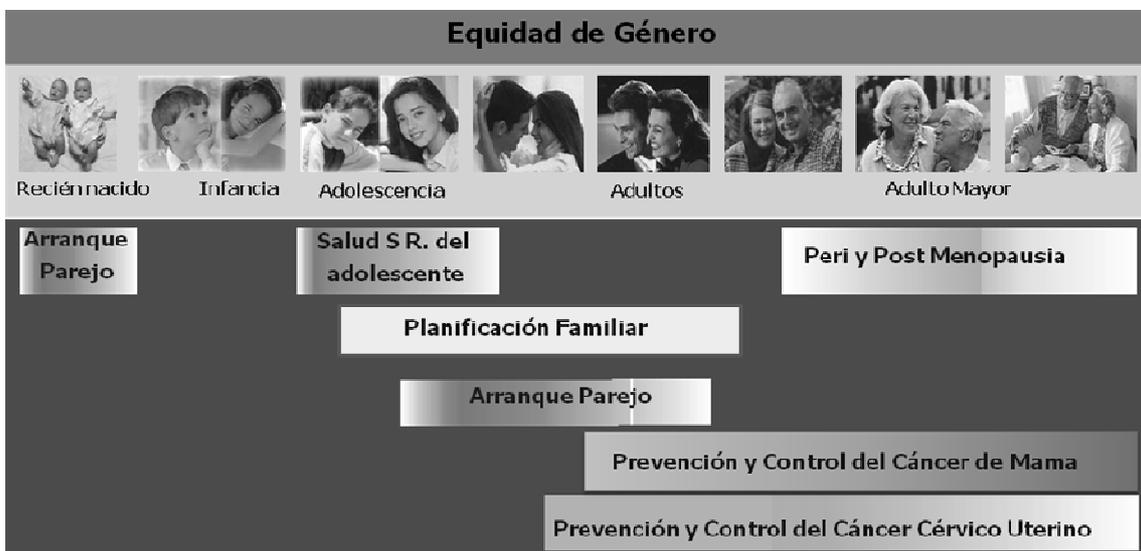


Tabla 1. Equidad de Género y Programas de Salud, Ipas México 2010.

La CIE incluye 24 intervenciones dirigidas a los servicios de detección y prevención de enfermedades considerando acciones detalladas en las Cartillas Nacionales de Salud para cada grupo de atención: recién nacida o nacido, menores de 5 años, niñas y niños de 5 a 9 años, adolescentes de 10 a 19 años, hombres de 20 a 59 años, mujeres de 20 a 59 años y mujeres y hombres de 60 años y más.

Para la población adolescente, CAUSES señala la promoción de la salud y prevención de enfermedades como ejes fundamentales. Establece que el personal de salud brindará orientación-consejería sobre salud sexual y reproductiva, proporciona información sobre

métodos anticonceptivos, detección de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), además señala a la adolescente embarazada, como paciente de alto riesgo.

Para el grupo de mujeres de 20 a 59 años, CAUSES establece la orientación-consejería en salud reproductiva, prevención de ITS y VIH/SIDA, brinda además acciones de prevención y detección oportuna de enfermedades como: diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, colesterol elevado, dislipidemia, Cáncer Cérvico-uterino (CaCu) y Cáncer de Mama (CaMa), prevención y atención durante la menopausia.

Respecto a las mujeres de 40 a 59 años, los servicios de salud deben atender la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica que detecte enfermedades susceptibles de ser controladas en etapa temprana y que sean fácilmente manejables médica, económica y efectivamente.

Asimismo, para las mujeres de 15 años en adelante, CAUSES indica la atención médico-psicológica como fundamental para quienes hayan sido o sean víctimas de violencia familiar física, sexual y/o psicológica con la finalidad de proteger y restaurar la salud física y mental.

3.1 Sistema de salud en torno a los derechos sexuales y reproductivos

El Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva³⁵ es el encargado de desarrollar lo relativo a la información y educación en materia de salud sexual y reproductiva (SSyR) y la promoción del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (DSyR), entre toda la población, pero con énfasis en adolescentes, indígenas y personas con discapacidad, y el estímulo a la participación del hombre en el cuidado de su salud reproductiva.

³⁵ El Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva está constituido por 19 instituciones de los sectores público, social y privado. Su objetivo es fomentar la participación social y de las organizaciones de la sociedad civil en los programas de salud sexual y reproductiva. El Grupo da seguimiento al Sistema de Seguimiento de la Calidad de los Servicios de Salud Reproductiva, bajo la coordinación de la Secretaría General del Comisión Nacional de Población, en las 32 entidades federativas del país.

Las políticas en planificación familiar y SSyR a los lineamientos establecidos en el Programa Nacional de Salud (PNS) y están contenidas en el (Programa de Acción: Salud Reproductiva 2007-2012) de la Secretaría de Salud y tiene tres principios rectores: el derecho a la información, el respeto a los DSyR y el derecho a los servicios de calidad y plantea³⁶:

Estrategia del Programa de Acción	Metas de Impacto Final	Año						
		BASAL 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	Reducir la tasa específica de fecundidad en las adolescentes a 58 nacimientos por mil mujeres de 15 a 19 años de edad, entre el 2007 y el 2012.	64	*	*	*	*	*	58
Promover acciones preventivas para disminuir riesgos	Metas de Impacto Intermedio							
	Incrementar la prevalencia de uso de anticonceptivos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años a 47% al 2012.	39.6	*	*	*	*	*	47
	Incrementar al 70% para el 2012 el uso del condón en las relaciones sexuales de jóvenes (CENSIDA).	62	*	*	*	*	*	70
	Reducir el nivel de necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos de las mujeres unidas de 15 a 19 años, en 20% el valor registrado en 2006.	35.6	*	*	*	*	*	28.5
Mejorar el acceso y la calidad de los servicios en salud sexual y reproductiva para adolescentes	Metas de Proceso							
	Alcanzar para el 2012 el 70% de cobertura, en anticoncepción posevento obstétrico en este grupo de edad**.	38.2	43.5	48.8	54.1	59.4	64.7	70.0
	Meta de Estructura							
	Incrementar en un 10% el número de servicios especializados en la atención de la salud	4777	4336	4395	4454	4513	4572	4632

Tabla 2. Estrategias del Plan de Acción en Salud Reproductiva, Ipas México, 2010

³⁶ El cuadro es de IPAS México

El Programa de Acción en Salud Reproductiva define los derechos sexuales y reproductivos como:

“...el reconocimiento del derecho básico de todos los individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos, el intervalo entre éstos, el derecho a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones, ni violencia, de conformidad con lo establecido en la Constitución Mexicana.” (PASR, 2007-2012)

Uno de los objetivos centrales de este programa es la democratización de la salud sexual y reproductiva, traducida como el acceso universal a los servicios:

“Todos los individuos, sin importar su sexo, edad, raza, condición social o política, credo o preferencias sexuales tiene el derecho a recibir información, a la libre decisión y a beneficiarse de los avances científicos y tecnológicos, así como de recibir servicios de calidad con eficiencia y oportunidad.” (PASR, 2007-2012)

El Programa tiene tres principios rectores: el derecho a la información, el respeto a los derechos sexuales y reproductivos y el derecho a los servicios de calidad, para promover el ejercicio de los DSyR de las y los mexicanos tomando en cuenta la diversidad cultural de cada grupo de la población, con énfasis en las áreas rurales, urbano marginadas, indígenas y adolescentes para disminuir la incidencia de embarazos no planeados, de abortos inducidos e ITS.

El PASR está orientado a garantizar el acceso a información, orientación y servicios de calidad en planificación familiar, disminuir la demanda insatisfecha de anticonceptivos, la identificación y eliminación de barreras culturales y la mejoría de la calidad de los servicios y democratizar la SSyR, traducida como el acceso universal a los servicios:

“Todos los individuos, sin importar su sexo, edad, raza, condición social o política, credo o preferencias sexuales tiene el derecho a recibir información, a la libre decisión y a beneficiarse de los avances científicos y tecnológicos, así como de recibir servicios de calidad con eficiencia y oportunidad.”

En este sentido, el programa se plantea como propósito fundamental disminuir las diferencias en los indicadores de salud reproductiva entre las diversas regiones del país, con especial énfasis en las áreas rurales y los municipios más marginados.

3.2 Factores de cambio de la salud y salud sexual y reproductiva

Al inicio de este capítulo escribí sobre la importancia de los cambios ecológicos, sociales, políticos, culturales, económicos y geográficos que han llamado la atención a diversos estudiosos. México experimenta un proceso de cambio al que debe adaptarse.

Múltiples transiciones en las esferas económica, social, política, urbana, epidemiológica y demográfica se intensifican en los países en desarrollo y se agudizan aún más con la pobreza, tal es el caso de México.

El doctor en Ciencias Políticas y Sociales con Orientación en Sociología, demógrafo y actuario por la Universidad Nacional Autónoma de México Virgilio Partida Bush señala que la transición demográfica tiene su origen en el proceso de envejecimiento en México, es decir, cómo los cambios en la fecundidad, la mortalidad y la migración del pasado y del futuro han contribuido y contribuirán a la formación del eventual envejecimiento. (PARTIDA Bush, 2004)

La transición demográfica en México puede explicarse en tres fases:

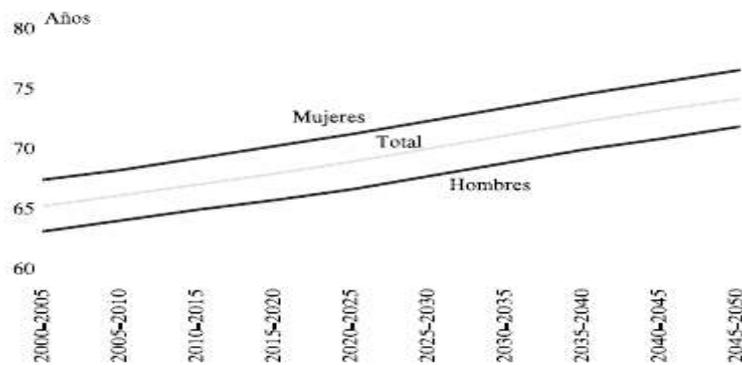
- Pretransicional: en la Revolución Mexicana (1910-1921), el número de habitantes del país se redujera de 16.2 millones en 1912 a 16.0 en 1921. Se estima que la tasa de crecimiento se mantuvo constante.
- Transición demográfica: caracterizada por tasas de mortalidad en rápido descenso y tasas de natalidad relativamente constantes e incluso ascendentes entre 1945 y 1960. Después de la Revolución Mexicana, la población aumentó de 1.4 por ciento en 1921 a 1.7 por ciento en 1930, 2.7 por ciento en 1950 y a 3.5 por ciento en 1965.

- A partir de 1970: el descenso de la fecundidad se acentuó registrando tasas de 3.1 por ciento en 1970, de 2.3 por ciento en 1985 y de 1.3 por ciento en 2000. Este descenso, si bien es sólo una hipótesis de quien escribe, coincide con el apogeo del movimiento de mujeres en la lucha por la autonomía de su cuerpo y su sexualidad, tomaron fuerza y comenzaron a difundir una nueva mirada del cuerpo femenino y el ejercicio o no de su maternidad, poco antes se había creado el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) en 1942 y se transformó el Departamento de Salud en la Secretaría de Salud en 1943.

Según Partida Bush, también ex director del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la población mexicana ingresó al nuevo milenio con una tasa de crecimiento natural semejante a la observada cien años atrás, pero con un tamaño siete veces mayor.

En 1921, la esperanza de vida al nacimiento era de 32.1 para los hombres y 33.8 para las mujeres, mientras en 2000 era de 71.6 años para los hombres y 76.5 para las mujeres.

Esperanza de vida al nacimiento por sexo, 2000-2050

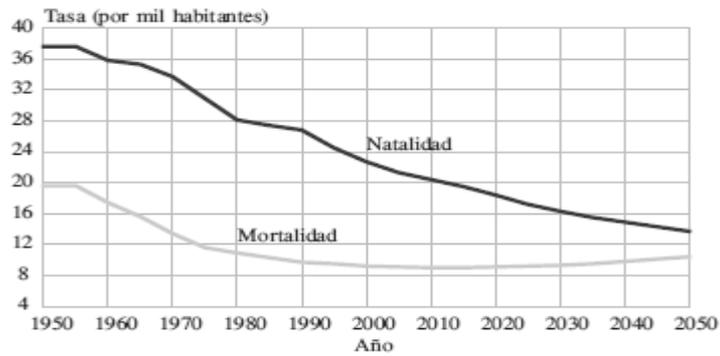


Fuente: World Population Prospects: The 2002 revision.

Gráfica 1. Esperanza de vida al nacimiento por sexo 2000-2050, World Population Prospects, 2002

La esperanza de vida aumentaría en 2000 de 71.5 para los hombres y 76.5 para las mujeres a 74.2 y 79.1 en 2010, a 77.5 y 82.1 en 2030 y, finalmente, a 79.0 para los hombres y 83.6 para las mujeres en 2050. (PARTIDA Bush, 2004)

Transición demográfica mundial, 1950-2050

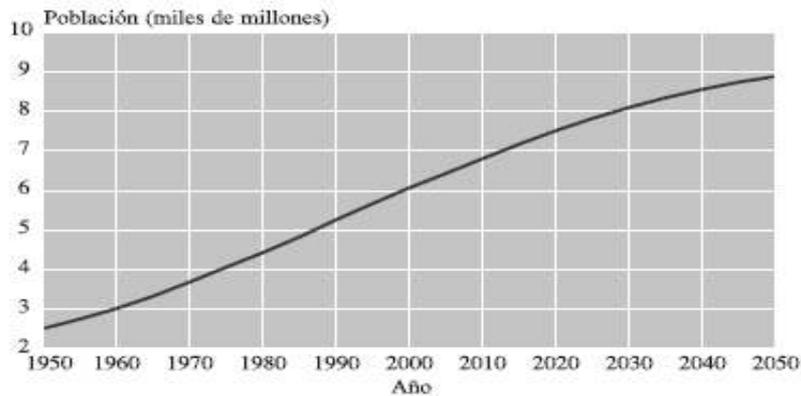


Fuente: World Population Prospects: The 2002 revision.

Gráfica 2. Transición demográfica mundial 1950-2050, World Population Prospects, 2002

La difusión de campañas de planificación contribuyó a impulsar la transición de la fecundidad en el país. La tasa global de fecundidad (TGF) disminuyó a seis niñas o niños por mujer en 1975, cinco en 1979, cuatro en 1985 y tres en 1994, hasta alcanzar alrededor de 2.2 niñas o niños en la actualidad. En México, en este lapso, se promovieron campañas de planificación familiar con el slogan “La familia pequeña vive mejor”.

Población mundial, 1950-2050



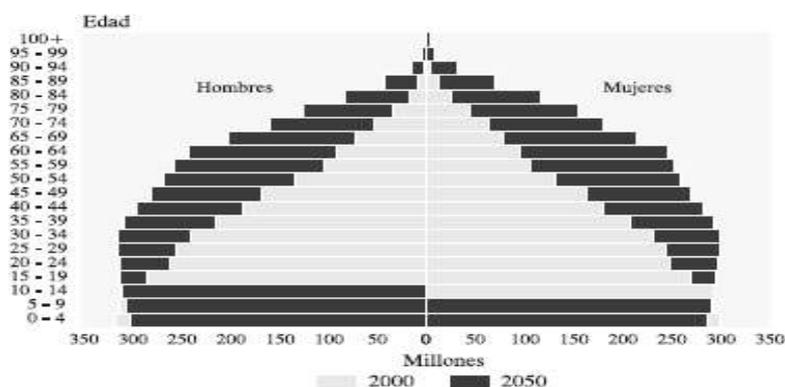
Fuente: World Population Prospects: The 2002 revision.

Gráfica 3. Población mundial 1950-2050, World Population Prospects, 2002

La política de población de México se ha propuesto alcanzar una fecundidad equivalente al nivel de reemplazo en el año 2005 (una TGF de 2.1 hijos por mujer)³⁷. Se estima que en 2000, alrededor de 71.4 por ciento de las mujeres unidas en edad fértil utilizaba métodos anticonceptivos.

La conjunción de una mortalidad descendente y una fecundidad alta y ascendente causó un rápido rejuvenecimiento entre 1930 y 1970; la disminución de la fecundidad en los siguientes treinta años propició una reducción progresiva de la base de la pirámide.

Pirámide de la población mundial, 2000-2050



Fuente: World Population Prospects: The 2002 revision.

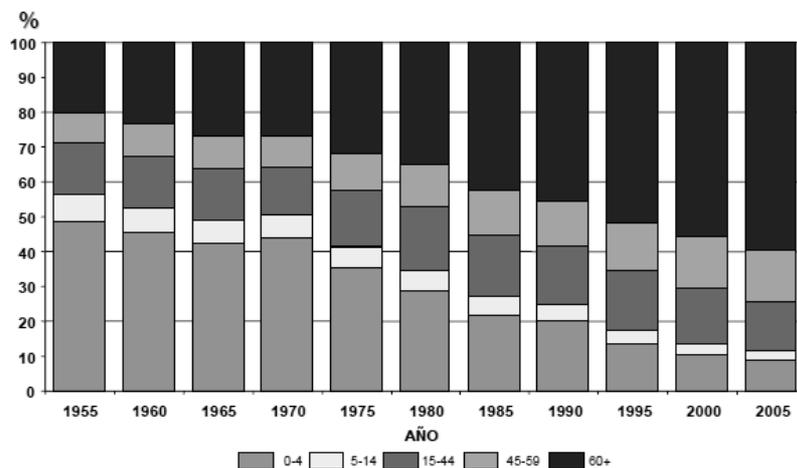
Gráfica 4. Pirámide de la población mundial 2000-2050, World Population Prospects, 2002

La contracción de la pirámide poblacional es cada vez más notoria y pronto hará evidente en la senectud (60 años o más) conforme avance el presente siglo. La población de la tercera edad se mantendrá en continuo crecimiento, aumentando 76.3 por ciento de 2000 a 2015, 83.3 por ciento en los tres lustros siguientes y 63.2 por ciento en los últimos dos decenios.

El doctor Adrián Delgado, señala que el problema real de la transición demográfica reflejada en el envejecimiento de la población es un problema económico y de infraestructura, “cabe preguntarnos quién pagará las pensiones de esta población, en qué

³⁷ La meta fue propuesta en 1995 dentro del Programa Nacional de Población 1995-2000 y se retiene en Programa Nacional de Población 2001-2006.

hospitales habrá camas disponibles para atenderlos, qué políticas públicas están pensadas en ellas y ellos.”

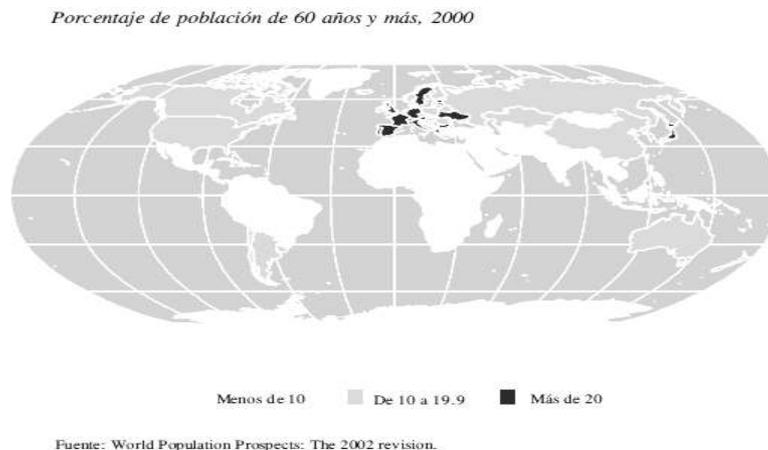


Gráfica 5. Transición demográfica 1955-2005, Ipas México, 2010

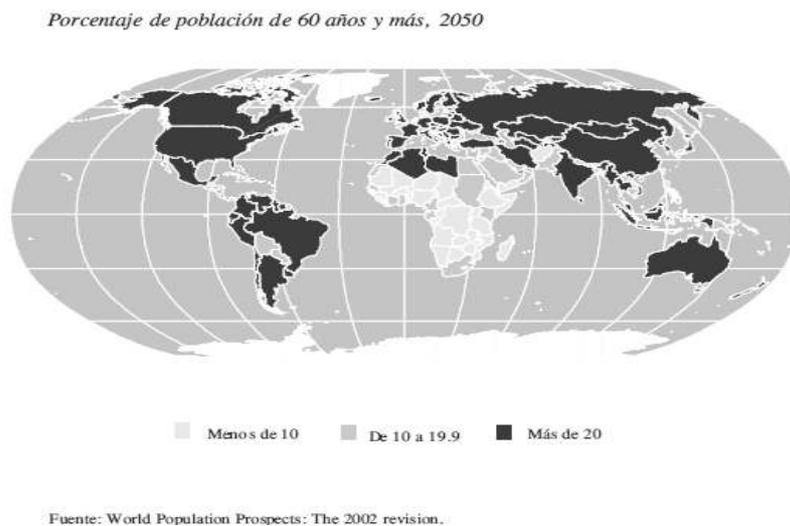
De 6.8 por ciento que representaba en 2000 las personas mayores a 60 años, se espera serán 28.0 por ciento en 2050.

Partida señala que el proceso de envejecimiento se puede ver de manera más precisa mediante el cambio global de la población por sexo y edad, en la pérdida neta de 12 millones de niñas, niños y adolescentes de quince años y la ganancia de 12.3 millones de personas mayores, es decir que el proceso de envejecimiento actual se debe principalmente en la fecundidad alta del siglo pasado; sin embargo, la reducción de la mortalidad se reflejará a mediados del presente siglo no sólo en México sino a nivel mundial.

El siguiente mapa ilustra el aumento de la población mundial mayor de 60 años:



Mapa 1. Porcentaje de población de 60 años y más, 2000, World Population Prospects, 2002.



Mapa 2. Porcentaje de población de 60 años y más, 2050, World Population Prospects, 2002.

Otro factor importante de cambio es el que se da a nivel personal resultado de una cultura sedentaria. Modificaciones en el ritmo de vida, en la cultura alimentaria y el sedentarismo son algunas causantes del surgimiento de nuevas enfermedades, asimismo, las facilidades de comunicación y los cambios en los estilos de vida han favorecido la presencia de algunos padecimientos que creímos extintos.

José Ignacio Santos-Preciado del Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CENSIA) señala que la transición epidemiológica en México queda definida por variables demográficas y patrones reproductivos; el empleo y la educación; la salud y la sexualidad, y el acceso a los servicios en general. (SANTOS Preciado, 2003, p. 2)

En el ámbito mundial, adolescentes y jóvenes (10 a 24 años de edad) representan la cuarta parte de la población; alrededor de mil 700 millones de personas se encuentran en este grupo de edad, de los cuales 85 por ciento viven en los países en desarrollo.

En 1950, la población total de México era cerca de 25.7 millones de personas y la población adolescente y joven era de casi ocho millones, la cual representaba alrededor de 31 por ciento de la población total. De acuerdo con el censo 2000 de INEGI, en México 21.3 por ciento de la población es adolescente, 29.7 millones de adolescentes y jóvenes (20.7 millones de adolescentes entre 10 y 19 años de edad; 9 millones de jóvenes de 20 a 24 años de edad).

De 1950 a 2000 la población adolescente se incrementó casi 250 por ciento. Esto significa que si en 1950 había alrededor de ocho millones de adolescentes y jóvenes, para el año 2000 tenemos cerca de 30 millones, incremento de la población joven llevó a que 1985 se proclamara por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) el Año Internacional de la Juventud.

La población de adolescentes se concentra en medianas y grandes urbes, 57 por ciento se encuentra en ocho entidades de la República Mexicana con áreas urbanas más densas, es decir, con mayor bono poblacional.

En México entre 35 a 40 por ciento de adolescentes viven en hogares de extrema pobreza. La gran mayoría viven en familias con madre y padre y 26.6 por ciento han salido del hogar paterno.

Según datos de IPAS México, entre adolescentes de 15 a 19 años de edad, 1.5 por ciento son jefes de familia (hombres 2.3 por ciento y mujeres 0.7). Del total de jóvenes, 63.9 por ciento viven en hogares nucleares y en hogares extensos, 33.2 por ciento de los hogares extensos, 30 de cada 100 son monoparentales y, de las familias nucleares, son monoparentales solamente 14 por ciento.

Ips México señala que 40 por ciento de las y los adolescente viven en situación de extrema pobreza, 26.6 por ciento han salido del hogar paterno, 71.9 de los cuales fue por motivos económicos.

Al mismo tiempo, 11.6 por ciento de la población de entre 10 y 14 años no acude a la escuela, 41.3 de 15 a 19 años ya abandonó sus estudios, empero, el analfabetismo es de 3 por ciento en esta población y de 9 por ciento en las mujeres indígenas.

Santos-Preciado señala que entre adolescentes se evidencian tres fenómenos importantes para la transición epidemiológica: la aparición de violencias, accidentes, homicidios y suicidios, efectos en la salud derivados del medio ambiente social, tránsito, urbanismo y conductas de riesgo y estilo de vida de las y los adolescentes; la lenta transición de las infecciones respiratorias agudas, de las diarreas y la desnutrición que corresponden a aspectos sociales y económicos englobados en la pobreza; y los padecimientos tumorales, congénitos, que pueden tener relación con la polución del medio ambiente.

La situación demográfica de la adolescencia, como lo refiere Santos-Preciado, puede ser positiva en la economía, ya que potencialmente existen menos dependientes de esta edad para la población económicamente activa. Sin embargo, la polaridad social y económica hace que este sector no solamente no dependa de un adulto sino que se incorpora al mercado de trabajo en desventaja laboral, esto generará en 30 años un déficit de población económicamente activa, de la que dependerán cada día más personas mayores de 64 años de edad.

Por lo anterior, las acciones en salud tienen que orientarse en diferentes esferas: vencer las causas prevenibles con el concierto social, hacer atractiva la atención con un cambio de paradigma de servicios fijos a servicios que se ofrezcan en las escuelas y los centros de trabajo; y pasar de la simple atención a la salud a la atención enfocada no sólo a riesgo sino a resiliencia y desafío, fortalecer la economía y la producción, romper los ciclos de repetición entre las generaciones de paternidad adolescente.

Por su parte, Jesús Kumate (KUMATE, 2001) señala que la transición demográfica es un proceso de evolución prolongado resultado del estado nutricional, los servicios de agua

potable, educación, control sanitario de alimentos y bebidas, de las campañas de vacunación, de la atención en los centros de salud, de la cobertura y de la inversión en servicios de salud.

Mientras que el doctor Adrián Delgado señala que la transición epidemiológica se expresa en el surgimiento de nuevas enfermedades como Neoplasias, Obesidad, Tabaquismo, Hipertensión Arterial, Adicciones, Diabetes y enfermedades Mentales producto de los cambios sociales, culturales y medio-ambientales, y, por otro lado, la reemergencia de otras como la Tuberculosis, Dengue, Cólera, Leptospirosis y el SIDA que creíamos controladas o extintas, es decir, problemas de rezago (enfermedades producto de la pobreza y por tanto evitables, mas no necesariamente curables) y problemas emergentes.

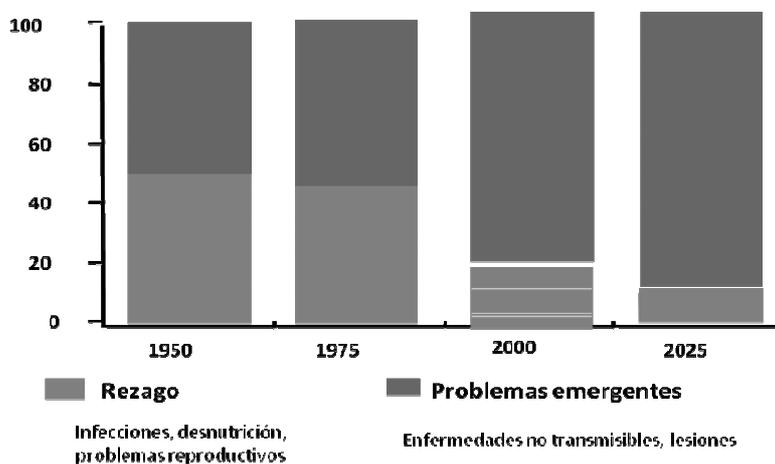


Gráfico 6. Transición epidemiológica, Ipas México, 2010.

Los cambios demográficos como el descenso de la fecundidad tiene implicaciones positivas pues un menor número de nacimientos reduce el tiempo que las mujeres están expuestas durante su vida al riesgo de complicaciones perinatales (de 63 meses con una fecundidad de siete hijos a 18 meses con una fecundidad de dos).

La fecundidad también es una expresión del grado en que las mujeres y sus parejas ejercen sus derechos reproductivos. El embarazo premarital y en la adolescencia, así como la mayor fecundidad de los grupos en condiciones de pobreza y marginación, son en gran medida resultado de la falta de recursos (económicos, sociales, culturales) y del

poder que se requiere para tomar decisiones de manera libre, informada y responsable sobre la sexualidad y la reproducción.

En 1996, la fecundidad de las mujeres sin acceso a la educación duplicaba a la que registraban las mujeres con al menos un año aprobado de educación secundaria (4.7 hijos(as) frente a 2.2).

Actualmente, Guerrero y Puebla son las entidades federativas con la mayor Tasa Global de Fecundidad (TGF) con tres hijas o hijos por mujer, seguidas por Chiapas, San Luis Potosí y Oaxaca con 2.9 hijos. El Distrito Federal sigue siendo la entidad que presenta la menor fecundidad del país con 1.8 hijos, seguido por Nuevo León, Baja California Sur, Morelos, Colima, Sinaloa, Tamaulipas y Sonora, donde se estima que cada mujer tendría al final de su vida reproductiva 2.1 hijos (CONAPO, 2002)

Según en PNS, el matrimonio a edades tempranas es más frecuente en el medio rural que en el urbano, cada vez más frecuente que se inicie la vida en pareja a través de una unión de tipo consensual.

De las 25 entidades federativas que presentan un porcentaje de unión consensual menor que el nacional destacan, después de Zacatecas, Guanajuato, Nuevo León, Yucatán y Aguascalientes. Por otro lado, siete entidades federativas presentan una alta proporción de uniones consensuales son Nayarit (44.2), Hidalgo (44.1), Oaxaca (39.5), Chiapas (38.6), Puebla (38) y Sinaloa (37.1 por ciento).

La probabilidad de iniciar la maternidad antes de los 20 años también comienza a reducirse entre las mujeres más jóvenes: cerca de cuatro de cada diez mujeres (39.5 por ciento) nacidas entre 1953 y 1957 tuvieron a su primer hija o hijo antes de los 20 años de edad, mientras que poco más de tres de cada diez mujeres (31.7%) de la generación 1968-1972 presentaron este comportamiento. Poco menos de una de cada seis (15.2%) tuvo a su primer hijo(a) antes de cumplir la mayoría de edad.

3.3 Adolescentes, anticoncepción o aborto

Según datos de IPAS México, cada minuto nacen tres niños en México y uno de ellos es de madre adolescente. En promedio el inicio de la vida sexual es a los 16 años, es decir, que antes de los 19 años 77 por ciento de los adolescentes tuvo su primera relación sexual, y 18 por ciento de la población adolescente tiene más de una compañera sexual.

Las tasas de embarazo en adolescentes varían enormemente entre países y al interior de ellos. En algunos países africanos estas tasas alcanzan cifras de 150 por mil adolescentes. En Corea del Sur ascienden apenas a 3 por mil. En México la tasa de embarazos en mujeres de 12 a 19 años de edad es de 79 por mil. Se calcula que entre 30 y 60 por ciento de estos embarazos terminan en abortos inducidos.

En 2005 se registraron un millón 174 mil 209 partos, 21 por ciento de los cuales correspondieron a mujeres menores de 20 años. Este porcentaje contrasta con el 4 por ciento de los países ricos, pero también con el 50 por ciento de algunos países africanos. Cabe destacar que 7 mil 289 de esos partos ocurrieron en niñas de 10 a 14 años.

Los porcentajes más altos de embarazos en adolescentes se presentan en los Servicios Estatales de Salud (SESA, 26.5 por ciento) y el IMSS-Oportunidades (24.5 por ciento), y los más bajos en el IMSS (10.1 por ciento) e ISSSTE (5.3 por ciento).

Las prácticas sexuales sin protección aumentan la probabilidad de adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS) y los embarazos no planeados o no deseados. Estas prácticas se definen como de alto riesgo cuando se asocian a un alto número de parejas sexuales, una alta frecuencia de cambio de pareja y la falta de uso o el uso incorrecto de métodos de protección y/o anticonceptivos.

A nivel mundial se calcula que las prácticas sexuales sin protección son responsables de 2.9 millones de muertes (5.2 por ciento del total). Se calcula que estos embarazos producen 17% de la carga mundial de enfermedad materna y 89% de los abortos peligrosos.

En las sociedades modernas la actividad sexual tiende a iniciarse en etapas cada vez más tempranas de la vida. Lo mismo está sucediendo con la edad promedio de la

menarquia. Estos dos fenómenos están produciendo un número cada vez mayor de embarazos en adolescentes. Se calcula que anualmente se producen en el mundo 13 millones de embarazos en mujeres menores de 20 años, 90 por ciento de los cuales ocurren en los países en vías de desarrollo.

La anticoncepción representa el ejercicio pleno del artículo 4 constitucional, el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada si quiere tener hijos, su número y espaciamiento, y el derecho a obtener la información específica y los servicios de salud idóneos.

El PNS identifica algunas necesidades específicas para la atención del aborto en adolescentes como la información para prevenir un embarazo, el acceso a métodos anticonceptivos, el apoyo de redes sociales y familiares, consejería antes, durante y después del procedimiento, trato digno, empatía y respeto y fortalecer la anticoncepción post evento obstétrico.

En mujeres con antecedentes obstétricos de riesgo, el acceso y uso de métodos anticonceptivos elegidos puede ser la diferencia entre una maternidad planeada y la orfandad. En este sentido, el aborto es una causa importante de morbilidad y mortalidad materna, en particular en la población adolescente, para quienes el riesgo es de 60 por ciento. En adolescentes sexualmente activas, es la mejor opción para aquellas que no desean gestaciones a edades tempranas, pues una gestación no deseada es una condición de peso para el aborto inseguro

Uno de los requisitos indispensables para que las personas puedan ejercer su derecho a decidir cuántos hijos(as) tener y cuándo tenerlos es que conozcan los medios de regulación de la fecundidad, que dispongan de información suficiente acerca de cómo y dónde obtenerlos, de cuáles son los más convenientes de acuerdo con sus preferencias y condiciones personales, y acerca de su modo de operación para emplearlos de forma segura y efectiva.

Hasta 1970, el conocimiento de los métodos anticonceptivos era relativamente escaso y se concentraba entre los integrantes de los estratos más acomodados de las grandes ciudades.

La difusión de la planificación familiar, a través de los agentes institucionales de salud y de los medios masivos de comunicación, facilitó que el conocimiento de los métodos anticonceptivos se extendiera a todas las regiones del país, incluso entre los grupos menos favorecidos de la sociedad. Así, se estima que alrededor de 44 por ciento de las mujeres residentes en las zonas rurales conocía en 1969 al menos un método anticonceptivo; en 1976 alcanzó cerca de 80 por ciento y se incrementó a 83.1 y 86.5 por ciento en 1987 y 1992, para situarse en 90 por ciento en 1997, reduciéndose la brecha que separaba a las mujeres del campo y la ciudad. En las áreas urbanas, ya desde 1976 se apreciaba un conocimiento generalizado de métodos anticonceptivos (95.8 por ciento en 1976 y 98.5 en 1997).

El rezago social y la pobreza condicionan en gran medida el conocimiento de métodos anticonceptivos. En 1997, los niveles más bajos de conocimiento se registraron en 82 por ciento entre las mujeres sin escolaridad, 79.5 por ciento de ellas hablaban alguna lengua indígena.

En las localidades urbanas, los métodos modernos de uso femenino (pastilla, OTB, DIU e inyección) son conocidos por más de nueve cada diez mujeres en edad fértil. Asimismo, 95 por ciento conoce el condón y cerca de 90 por ciento la vasectomía, y un porcentaje menor conocía el ritmo (75.3 por ciento), los espermicidas (66.2 por ciento), el retiro (59 por ciento) y el Norplant (16.9 por ciento). Sin embargo muy pocas conocen el condón femenino y quienes lo conocen no lo pueden comprar por su alto costo o baja disponibilidad. (JUÁREZ, 2010, p. 14-18)

Según el PNS, la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, es decir, la poca disponibilidad de métodos de anticoncepción a pesar de la obligación del Estado por garantizarlos y del deseo de querer limitar o espaciar los embarazos, se incrementó de 77.8 por ciento en 1987 a 80.6 por ciento en 1997 entre las mujeres unidas en edad fértil.

La demanda insatisfecha desciende conforme aumenta la edad de la mujer y termina su edad fértil. Una de cada tres mujeres de 15 a 19 años, y poco más de tres de cada diez mujeres de 20 a 24 años estaba en situación de demanda insatisfecha en 1987. Por el contrario, las mujeres que están al final de su vida reproductiva (45-49 años) presentan una demanda insatisfecha de 3.2 por ciento.

El rezago social y la pobreza también condicionan fuertemente la satisfacción de las necesidades de métodos anticonceptivos ya que, entre menor acceso a la educación tienen, menor será la demanda de los métodos, al mismo tiempo que entre más alejada esté una comunidad, menor probabilidad habrá de abasto.

En Guerrero, una de cada cuatro mujeres se encontraba en situación de demanda insatisfecha en 1997, mientras que en Oaxaca, Chiapas, Puebla y Guanajuato una de cada cinco mujeres estaba en esa situación. En contraste, Nuevo León, Distrito Federal, Baja California Sur, Sinaloa, Sonora, Colima, Coahuila y Chihuahua muestran los menores niveles de demanda insatisfecha, cuyos valores oscilaron entre seis y siete por ciento.

Ante la demanda insatisfecha de anticonceptivos, los embarazos no deseados suceden con mayor frecuencia, en tal situación el aborto es una opción para las mujeres que no desean ser madres, independientemente de su edad o condición social.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) se consideran muertes por abortos espontáneos, inducidos legal e ilegalmente, complicaciones de legrados mal manejados y abortos no especificados.

El aborto se ha ubicado desde 1980, como la tercera causa de defunción de las mujeres que mueren por causas obstétricas, después de la toxemia y la hemorragia. Esta causa ha concentrado entre 6 y 10 por ciento del total de las defunciones maternas, cifra que muestra una ligera tendencia a la baja en los últimos años.

Cabe destacar que a pesar de que el aborto es considerado por el Programa Nacional de Población 2001-2006 como un problema de salud pública y como cuarta causa de muerte materna en el país, el Programa de Acción: Salud Reproductiva no aborda este tema. La única alusión, en todo el documento, se encuentra en uno de sus objetivos específicos, en donde se propone “Disminuir la incidencia de embarazos no planeados, de abortos inducidos y de infecciones de transmisión sexual en la población adolescente.”

Una observación importante es el carácter limitado de este objetivo, ya que se enfoca únicamente a la población femenina adolescente y deja fuera al resto de las mujeres en edad reproductiva. Por otra parte, sólo aborda el tema de la prevención del aborto y

excluye por consiguiente la atención de las complicaciones post-aborto, las cuales tampoco aparecen dentro de las líneas de acción en ningún otro programa relacionado con la salud reproductiva, como podría ser el caso de Arranque Parejo por la Vida.

El programa reconoce como derechos de las y los usuarios de servicios de salud reproductiva a ser enterado(a) con oportunidad, veracidad y en un lenguaje comprensible, de los beneficios y de los riesgos de las intervenciones médicas, recibir atención y servicios de calidad con calidez, decidir responsable y libremente entre las diversas alternativas que existan para dar cumplimiento a su solicitud, recibir el tratamiento que ofrezca mejores condiciones de protección a la salud, recibir información, orientación, consejería y servicios en un ambiente libre de interferencias, ser tratada con respeto, consideración y atención, recibir información, servicios y suministros por el tiempo que sea requerido.

Morales Aché señala que el desarrollo de la biomedicina expresado entre otros aspectos, en el surgimiento y posterior perfeccionamiento de las tecnologías reproductivas, los estudios sobre el genoma humano, el diagnóstico pre-implantacional y prenatal, con manifestaciones reproductivas y terapéuticas, así como el desarrollo de nuevos anticonceptivos medicados y de la píldora abortiva, permiten que la procreación tenga una connotación de acto voluntario.

3.4 Violencia feminicida y mortalidad materna

En 1996 la Asamblea Mundial de la Salud reconoció a la violencia en sus diferentes formas como un problema de salud pública e instó a los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud a tomar medidas para la atención no sólo de las lesiones que produce la violencia física sino también de sus efectos en la salud emocional, sexual y reproductiva.

Desde hace tiempo se reconoce que el impacto de la violencia sobre la salud de las víctimas es múltiple y se produce en muy diversos ámbitos: en el trabajo, el hogar, la escuela, la vida social y la vida pública.

La violencia de pareja y de género es un fenómeno de gran relevancia en México, tanto por su magnitud e impacto en términos poblacionales, como por la presencia de fenómenos extremos de discriminación de género, como el feminicidio, que han puesto de relevancia los casos de mujeres asesinadas en Ciudad Juárez, aunque no son los únicos, ya que en los últimos años el feminicidio es un fenómeno constante en entidades como el Estado de México, pero si son los casos más emblemáticos por haber sido presentados ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Seis de cada 10 mujeres ha sufrido violencia alguna vez en la vida; tres de cada siete mujeres han sufrido violencia de pareja, generalmente ejercida por hombres; una de cada tres mujeres ha sufrido violencia de pareja en el último año.

Ley General y de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999 (Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar), señala que corresponde a las instituciones del Sistema Nacional de Salud establecer acciones para prevenir y atender oportunamente la violencia familiar y de género con la finalidad de reducir su impacto en la salud de la población.

La presidenta de la Red de Investigadoras por la Vida y la Libertad de las Mujeres, la antropóloga Marcela Lagarde y de los Ríos, señala que existen varios tipos de muertes violentas: el homicidio por razones de género, la muerte derivada de enfermedades curables, el suicidio y la muerte materna.

Una muerte materna es la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, puerperio o aborto y las principales causas de muerte materna en México son la toxemia (29.5 por ciento), la hemorragia durante el embarazo, parto y/o puerperio (22.1 por ciento), el aborto practicado en condiciones inseguras (8.1 por ciento) y la sepsis puerperal (2.4 por ciento). En conjunto, estas causas concentraron el 62 por ciento de las defunciones maternas en 2006. Todas ellas, al igual que la mayoría de las causas directas de muerte materna tienen la característica de ser complicaciones obstétricas cuyo efecto letal puede ser prácticamente eliminado mediante el uso oportuno de la tecnología adecuada.

Hay varios instrumentos internacionales que colocan a la muerte materna como una violación de derechos humanos porque la gran mayoría de las muertes maternas son muertes evitables y por lo tanto innecesarias e injustas.

La doctora Graciela Freyermuth Enciso³⁸, secretaria técnica del Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, define una muerte evitable como aquella en la que la atención médica efectiva y oportuna habría impedido la defunción, estas muertes, por tanto, no deben ocurrir ya que el conocimiento y la tecnología médica disponibles hacen posible que 90 por ciento de las complicaciones obstétricas que causan las muertes maternas sean tratadas exitosamente.

Las muertes maternas pueden ser evitables si se asegura el acceso a los servicios de atención de la urgencia obstétrica de manera oportuna, si se evitan los embarazos no deseados a partir de mejorar el acceso a los anticonceptivos, y hay mejoras en la atención del parto con calidad, es decir, si se asegura el derecho a la protección a la salud.

Freyermuth Enciso señala que la muerte materna viola el principio del derecho a la no discriminación y al principio de la universalidad y equidad en el derecho al acceso a servicios de salud oportunos y de calidad. La muerte materna es una violación a los derechos humanos de las mujeres porque afecta a quienes sufren pobreza alimentaria, a las indígenas y las mujeres sin escolaridad y a las que no cuentan con servicios de seguridad social y que viven en zonas rurales, marginadas y aisladas.

La muerte materna puede ser producto del maltrato a las mujeres de actos de omisión por parte de servidores de salud, es decir, violencia institucional,³⁹ o de las propias familias, es decir, violencia en la comunidad⁴⁰, es signo de discriminación y viola el derecho a una vida digna y libre de violencia.

La ex-directora ejecutiva del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Carol Bellany (1995-2005), afirma que “la negación que da lugar a altos índices de

³⁸ CIMAC, Foro virtual Mortalidad Materna en México, CIMAC, 24 de junio de 2011.

³⁹ Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, México, 2007, Violencia institucional, Cap. IV, art. 18-20

⁴⁰ Ibid, Violencia en la comunidad, Cap. III, art. 16 y 17, en ambas se ejerce violencia psicológica.

mortalidad y morbilidad materna constituye no sólo una afrenta a la dignidad de las mujeres, sino que hace parte de un mosaico ampliamente identificado de discriminación sistemática e ilegal". (UNICEF, 1999)

Las causas de mortalidad materna corresponden a complicaciones obstétricas directas: hemorragia, sepsis, complicaciones del aborto, preeclampsia, eclampsia, y trabajo de parto prolongado u obstruido. Y un menor porcentaje de defunciones tienen causas indirectas como anemias, paludismo, hepatitis, SIDA, entre otras (UNICEF, 2004).

El Programa Arranque Parejo en la Vida (APV, 2007) coloca la mortalidad materna como un asunto de desigualdad entre mujeres mexicanas, sobre todo por la inequidad en el acceso a los servicios de salud. El APV está sustentado en la Norma Oficial NOM-007-SSA2-1993 la cual establece los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como de la atención del recién nacido

La NOM-007 se fundamenta en el concepto de embarazo de alto riesgo y señala que las unidades de atención deben disponer de un instrumento que permita calificar el riesgo obstétrico, el cual servirá para la referencia de las mujeres a un nivel superior de atención.

El Programa APV se vincula con el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 porque pretende reducir la mortalidad materna y neonatal y proteger los derechos reproductivos que orientan a la política de población de México.

La Secretaría de Salud a través del APV señala que la mortalidad materna y la mortalidad neonatal son resultado de la insuficiencia en la cobertura y la calidad de los servicios de salud reproductiva en el país y que refleja las disparidades entre grupos sociales, regiones y países.

Según el APV una de las prioridades de la política de salud es reducir las brechas que existen en las condiciones de salud entre grupos sociales y regiones del país. El riesgo de la muerte materna es mucho mayor en los contextos de pobreza y marginación, el riesgo de muerte asociado a la reproducción es mucho mayor en los municipios de muy alta marginación (tres veces superior) respecto a los de muy baja marginación, la alta concentración de nacimientos que se presenta en este último grupo (52 por ciento) lo hace susceptible a concentrar también el mayor número de las defunciones maternas.

En el periodo 2000-2004, dos de cada tres defunciones maternas fueron de mujeres de las localidades mixtas o urbanas (aquéllas con más de 2500 habitantes), mientras que 20 años atrás prácticamente una de cada dos sucedía en el medio rural..

En México y el mundo, el menor riesgo de muerte materna corresponde a las mujeres de 20 a 29 años de edad, cuya razón ascendió, en 2006, a 43 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, seguido de las adolescentes cuya razón de mortalidad materna es mayor (66.4), mientras que en las mujeres de 30 a 39 años la Razón de Muerte Materna (RMM) casi duplica a la del primer grupo (79) y en las de 40 años de edad o más el riesgo es más de tres veces superior (140.3). (IPAS 2010)

El APV tiene por objetivo, entre otros, garantizar el acceso a los servicios las 24 horas del día, los 365 días del año, instrumentar programas de capacitación para los distintos agentes de salud en maternidad sin riesgo, con énfasis en la atención del embarazo, parto, puerperio y en el manejo de emergencias obstétricas, extender la cobertura de atención a zonas altamente marginadas a través de Caravanas de la Salud, afiliar al programa Embarazo Saludable (Seguro Popular) a todas las embarazadas de municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH), capacitar y evaluar a parteras tradicionales, fortalecer la capacidad de respuesta de las unidades para la Atención de Emergencias Obstétricas (AEO), promover la contratación de personal para garantizar plantillas completas en unidades resolutivas.

Freyermuth Enciso (2010) señala que en el presente sexenio gubernamental, la visión del programa desde el ámbito federal se ha modificado, reconoce que la mortalidad materna es un proceso de inequidad entre mujeres con distinto posicionamiento social y tiene como meta disminuir la RMM en 24 por ciento en el país, y en un 50 por ciento en los 125 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH). Es decir, a partir del 2009 sus estrategias estarán focalizadas a ocho estados y se centrarán en eliminar las tres demoras.

El doctor Adrián Delgado explica que la primera demora, ocurre cuando la mujer y su familia no reconocen los síntomas de urgencia obstétrica y no deciden oportunamente buscar atención médica.

En la segunda demora, cuando la mujer y su familia toman la decisión, sin embargo esta decisión no es acertada y se acude a servicios que no tienen capacidad para brindar la atención primaria de la urgencia obstétrica o no tienen capacidad resolutive. Por su parte el prestador de servicio de primer contacto (médico, promotor o partera) no actúa de manera acertada y no remite a la mujer a una unidad adecuada para la resolución del problema. Esta demora también incluye el tiempo de traslado y el acceso a los servicios con capacidad resolutive.

La tercera demora ocurre cuando la habilidad y o la capacidad resolutive de las unidades de salud es limitada o no se ofrece una atención de calidad. Las demoras que han sido documentadas tanto por el sector salud como por los organismos no gubernamentales son: el rechazo de las mujeres; la postergación de su ingreso a la unidad; la tardanza entre la indicación médica y el tratamiento; el incumplimiento de las normas para la atención de la urgencia obstétrica; el retraso entre la urgencia y la cirugía; entre Urgencias y Terapia Intensiva, y la ausencia de puestos de sangrado y por tanto la dilación entre el requerimiento y la administración.

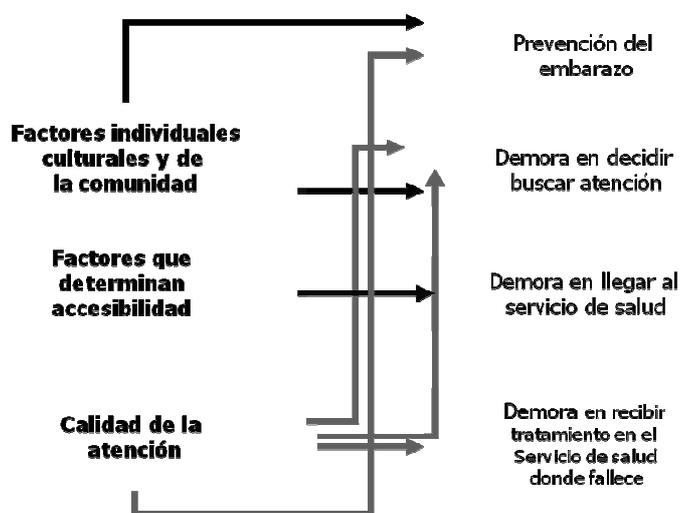


Tabla 3. Tres demoras en la atención a la salud materna, Ipas México, 2010

El gobierno federal, a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) y tomando como base al programa de APV, ha puesto en marcha recientemente diferentes estrategias, entre las que destacan: Embarazo

Saludable, con el fin de avanzar en la universalidad de la atención durante la maternidad y eliminar la barrera económica; la promoción y/o fortalecimiento de las Posadas de Atención a Mujeres Embarazadas; el fortalecimiento del Transporte Seguro; el mejoramiento del acceso a los servicios de salud a través de la competencia cultural y la práctica del parto humanizado; el fortalecimiento del acceso de las mujeres más desprotegidas; la contratación de personal alternativo calificado en zonas marginadas; y el mejoramiento de la información, educación y autonomía de las mujeres. Sin embargo, las especialistas coinciden en que estas medidas no son suficientes para alcanzar las metas del milenio (ODM 5) para 2015.

De 2007 a 2012 la Secretaría de Salud pretende disminuir la RMM en 50 por ciento en los 100 municipios de menor IDH, reducir en 15 por ciento la tasa de mortalidad neonatal con relación a la registrada en el 2006, aumentar a 92 por ciento la cobertura de atención del parto por personal capacitado en la población no asegurada, certificar a por lo menos mil 800 parteras tradicionales en todo el periodo, disminuir a 6.8 por ciento el bajo peso al nacer y realizar la prueba de tamiz neonatal al 90 por ciento de los recién nacidos.

Las muertes maternas han disminuido en las últimas décadas. Entre 1990 y 2005 la razón de mortalidad materna por 100,000 nacidos vivos se redujo de 89 a 63. Aunque se trata de un descenso importante todavía estamos lejos de la meta que se estableció en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna entre 1990 y 2015, lo que significa llevar el valor de este indicador a 22 por 100,000 nacidos vivos en 2015.

Entre 1990 y 1999 la mortalidad materna disminuyó a un ritmo de 1.84 por ciento anual, que se incrementó a 2.84 por ciento entre 2000 y 2006. Para alcanzar la meta de los ODM, los valores de este indicador tendrán que disminuir hasta 2015 a una tasa anual de 6.9 por ciento. Los mayores esfuerzos tendrán que hacerse en las poblaciones marginadas, que son las que presentan las mayores cifras de mortalidad materna.

El riesgo de fallecer de una embarazada en Guerrero fue dos veces mayor que el promedio nacional y cinco veces mayor que el de las embarazadas de Nuevo León. Las entidades con problemas de mortalidad materna más serios son Chiapas, Chihuahua,

Guerrero, Nayarit y Oaxaca, que presentan cifras de razón de mortalidad materna superiores a 80 por 100,000 nacidos vivos.

Un problema que es necesario atender de manera prioritaria es el de los embarazos en adolescentes. En las instituciones públicas de salud 21 por ciento de los partos atendidos en 2005 fueron en menores de 20 años y casi 7 mil 289 ocurrieron en niñas de 10 a 14 años de edad. El riesgo de morir de las adolescentes que se embarazan es 1.2 veces mayor que el de las embarazadas mayores de 20 años

Entre las estrategias para reducir la tasa de Mortalidad Materna la Secretaría de Salud señala la capacitación de parteras y promotoras de salud, además de garantizar seguimiento médico durante el embarazo. Sin embargo, la asignación de madrinan obstétricas para el seguimiento del embarazo es una medida para evitar el aborto aun si la mujer lo desea, y 93.3 por ciento de los partos que terminaron en una muerte fueron atendidos por un médico, 86 por ciento de las muertes ocurren en unidades hospitalarias, 82 por ciento de las muertes están relacionadas a fallas en la calidad de la atención del parto y/o de la emergencia obstétrica, solo al 12.7 por ciento de las muertes maternas se les realizó necropsia.(ENDIREH, 2006)

Si 93 por ciento de los partos fueron atendidos por médicos calificados, en dónde están muriendo las mujeres. Freyermuth señala que en el país hay registrados 2 mil 855 hospitales que podrían proporcionar atención materna, pero su distribución geográfica obedece más a criterios poblacionales que estratégicos, existiendo 396 localidades con un solo hospital y cuatro en donde existen de 145 a 203 nosocomios.

Las defunciones ocurrieron en un total de mil 419 localidades y las mujeres procedían de 3 mil 106, por lo que se infiere que se dio un desplazamiento intencionado; ya se había señalado que las mujeres se trasladan con más frecuencia a localidades de entre 100 mil y 500 mil habitantes. Solamente en 405 de las mil 419 localidades se disponía de hospital, y mil 014 localidades no contaban con un servicio integral que hubiera podido salvarles la vida. En estas mil 014 localidades murieron 1 661 mujeres, siendo probable que algunas procedieran de la misma localidad; en las 405 localidades con hospital fallecieron 4 447 (gráfica 11), revelándose una tendencia a la búsqueda de atención en lugares

“estratégicos” en la medida en que se conoce cuentan con hospitales, pero la calidad de éstos ni la oportunidad de la búsqueda de atención hicieron posible la sobrevivencia.

Graciela Freyermuth, David Meléndez y Sergio Meneses (FREYERMUTH Enciso, Mortalidad materna. Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres, 2010), proponen ocho puntos para disminuir la mortalidad materna:

1. Universalidad y gratuidad de la atención materna
2. Fortalecimiento del primer nivel de atención primaria de la urgencia obstétrica
3. Fortalecimiento al segundo nivel, ¿qué hay detrás del múltiple rechazo?
4. Beneficiarias de Oportunidades
5. Calidad técnica e interpersonal en la prestación del servicio
6. Elaboración de un plan de seguridad
7. Monitoreo, evaluación y solución de la disponibilidad de recursos y la calidad técnica de la atención
8. Formación del personal de salud, enfermeras y/ o parteras tradicionales.

Para Freyermuth, el papel de las parteras se ubica en el siglo XIX cuando en 1905 se inicia la carrera de enfermería dirigida a las mujeres viudas con énfasis en la atención materna. Eran estas parteras-enfermeras quienes atendían los partos y sus complicaciones menores. Cuando surge la carrera de obstetricia en el país se forman las parteras universitarias que tuvieron su auge entre 1920 y 1950, dejaron de ser contratadas a partir de 1950 y en 1960 se les prohibió atender partos.

Fue hasta 1996, a petición de las propias parteras tradicionales que buscaban un mejor entrenamiento y un mejor futuro, que se abrió en el estado de Guanajuato una escuela de partería profesional llamada CASA, la cual, aunque ha sido reconocida por el gobierno de México, ha tenido dificultades para su reconocimiento formal y por lo tanto para su expansión.

Sin embargo, las dificultades para disminuir la mortalidad materna, las limitaciones que presentan las parteras empíricas para la resolución de urgencias obstétricas y las dificultades para que las mujeres en el área rural tengan acceso oportuno a un primer y segundo niveles de atención, ha determinado que la partería profesional sea considerada como una opción para resolver el problema de la mortalidad materna, aunque las muertes maternas sigan sucediendo en los hospitales.

En las zonas de mayor marginación, 63 por ciento de las mujeres indígenas tienen su primer embarazo entre los 11 y los 19 años de edad, 70 por ciento tuvo su último parto con un médico, solamente 65 por ciento se atendió en los servicios de salud y 19 por ciento había tenido un hijo menor de cinco años muerto o un nacido muerto.

Lo anterior refleja que 82 por ciento de las muertes están relacionadas con fallas en la calidad de la atención del parto y/o de la emergencia obstétrica y no con la atención de las parteras tradicionales; lo que significa que los hospitales no están monitoreando ni supervisando la calidad de la atención del parto y la emergencia obstétrica.

Freyermuth señala que 97 por ciento de las mujeres durante el periodo 2004-2009 tuvieron acceso a siete revisiones de control prenatal las cuales, en su mayoría, fueron realizadas por médicas o médicos. La mayoría de estas complicaciones no pueden ser pronosticadas pero pueden ser resueltas exitosamente con intervenciones médicas oportunas y de calidad, lo cual no ha tenido un impacto importante en la disminución de la mortalidad materna, porque las mujeres están falleciendo a consecuencia de una urgencia obstétrica que no fue posible pronosticar ni tratar oportunamente.

Los momentos focales para evitar una muerte materna son cuatro: promoción del acceso, acceso al servicio, producción de la atención (intervención) oportuna y sistema de vigilancia del proceso.

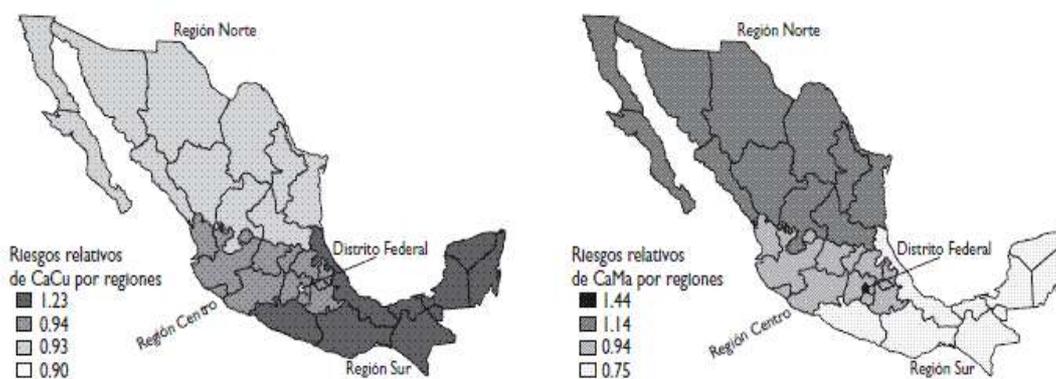
El primer momento, de enlace e iniciador de esta cadena, se refiere a todas aquellas acciones que el primer nivel de atención y el hospital realizan para difundir el servicio de urgencias obstétricas, entre ellos, los medios de comunicación.

3.5 Otras muertes violentas con razón de género

Una de las muertes violentas que constituyen el feminicidio son las muertes resultantes de enfermedades curables. Las transiciones demográficas epidemiológicas y por causas sociales, económicas y medioambientales afectan la salud de las mujeres principalmente en la etapa reproductiva⁴¹.

Las principales causas de muertes evitables son las afecciones originadas en el periodo perinatal, la cardiopatía isquémica, la diabetes, las complicaciones del embarazo, el parto y puerperio, la cirrosis hepática y las infecciones respiratorias agudas. Las principales causas de muerte son la diabetes, las enfermedades crónicas del hígado, las enfermedades isquémicas del corazón, los accidentes y lesiones, y ciertos tumores malignos, como el cáncer de mama (CaMa) y el cáncer cérvico-uterino (CaCu)

La migración de las mujeres en busca de trabajo y las prácticas alimenticias explica la distribución geográfica y los puntos de mayor concentración de CaMa y CaCu.



Fuente: estadísticas vitales del INEGI/SSA, México 2006 y las proyecciones de población 1970-2030, Conapo

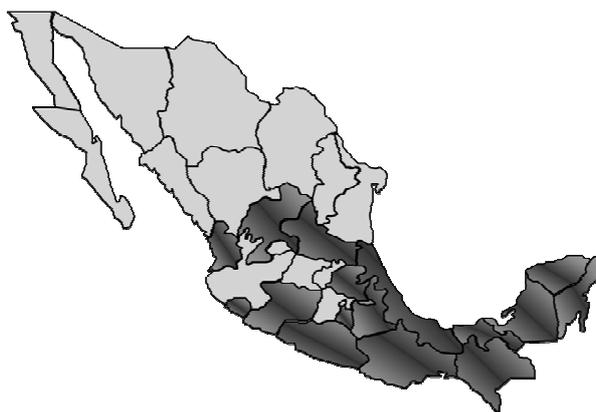
Mapa 3. Cáncer de Mama y Cáncer Cervico-uterino en México, Conapo, 2006.

Las campañas de la Secretaría de Salud para llevar unidades móviles para la realización de mastógrafos a las zonas más marginadas de 1995 a 2007 aportaron a la reducción del

⁴¹ La etapa reproductiva de las mujeres abarca de los 15 a los 64 años según la Secretaría de Salud Federal.

CaMa, como lo muestra la siguiente gráfica. Sin embargo, a partir de 2007 se invirtió la tasa de estos cánceres.

En la siguiente geo-referencia se identifican las entidades federativas que presentan mayor índice de CaMa (claro) y de CaCu (fuerte).



Mapa 4. Cáncer de Mama y Cáncer Cervico-uterino en México, Ipas México, 2010.

El VIH también se ubica como una muerte evitable y el alarmante crecimiento entre las mujeres. Según datos de Balance, una organización no gubernamental experta en VIH/ SIDA en mujeres, actualmente esta enfermedad produce 3.1 millones de muertes anuales en el mundo. Los países más afectados son los africanos, pero las evidencias indican que una ola devastadora amenaza a China, India, Rusia y diversos países de Europa oriental.

El VIH/ SIDA es la cuarta causa de defunción en hombres de 25 a 34 años, sin embargo hay una creciente incidencia de casos de mujeres, la cual ha pasado de 10.8 hombres por 1 mujer en 1985 a 4.2 hombres por 1 mujer en 2010, según datos de Salud Integral para la Mujer (SIPAM).

Los primeros casos del síndrome de inmuno-deficiencia adquirida (SIDA) se diagnosticaron en 1981 en Estados Unidos, pocos meses después de que se publicara el primer reporte oficial sobre un brote de sarcoma de Kaposi y neumonía por *Pneumocystis jirovecii* en California y Nueva York. Desde entonces, se han infectado más de 65 millones de personas en todo el mundo y han fallecido por esa causa más de 25 millones.

A mediados de los años ochenta esta pandemia se identificó como un riesgo para el desarrollo de los países más afectados y un peligro para la seguridad del mundo. Por esta razón la lucha contra el SIDA se integró a los Objetivos de Desarrollo del Milenio y ha sido un tema recurrente en la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas y en todas las cumbres relacionadas con el desarrollo y la seguridad global.

Tamil Kendall, consultora de Balance,⁴² señala que en el 2008 hubo 342 mil 900 muertes maternas a nivel internacional (en comparación con 526 mil 300 en el 1980). Si el VIH no hubiera contribuido a muertes maternas, solo hubiera habido 281 mil 500 muertes maternas en el 2008.

Kendall señala que el acceso al diagnóstico oportuno es una de las claves para disminuir la epidemia. En México, se estima que 59 por ciento de las personas con VIH no están en contacto con los servicios de salud, y por lo tanto podríamos pensar que estas personas no conocen aun su diagnóstico.

En general, las personas con VIH en México solo se enteran cuando se enferman de SIDA, es decir, que no han sabido de la enfermedad, y por tanto, no han tenido la oportunidad de cambiar sus comportamientos sexuales para protegerse a sí mismos y sus parejas sexuales. La especialista señala que el contacto de las mujeres con los servicios de salud durante su ciclo reproductivo puede ofrecer un momento importante para que ellas accedan a la prueba.

Los estudios de Tamil Kendall arrojan que hasta 2008, la incidencia de VIH se incrementa entre mujeres jóvenes y mujeres indígenas. La mayoría de las mujeres embarazadas con VIH no saben que viven con el virus porque no existe una oferta de la prueba de VIH durante el control prenatal, pero es importante respetar el derecho a las mujeres con VIH de tener un hijo si así lo desean, sabiendo que se puede prevenir la transmisión en 98-99 por ciento de los casos con un control médico adecuado.

⁴²CIMAC, Foro virtual VIH Transmisión perinatal, CIMAC, 26 de agosto de 2011.

Kendall sostiene que para lograr la oferta de la prueba de detección del VIH para todas las mujeres embarazadas que se atienden en las Instituciones del Sector Salud y disminuir en un 87 por ciento la transmisión del VIH a lactantes expuestos al VIH como lo plantea el Plan Estratégico Nacional, es imprescindible incluir la oferta rutinaria de la prueba a toda mujer embarazada en la normatividad nacional y los reglamentos internos de las instituciones de salud, garantizar el abasto de insumos para la realización de las pruebas, sensibilizar a mujeres embarazadas y sus parejas masculinas sobre los beneficios de la realización de la prueba de detección, sanciones administrativas a los proveedores de servicios de salud y funcionarios públicos que no cumplen con este deber.

En México la incidencia de VIH/SIDA tuvo un crecimiento inicial relativamente lento, pero después presentó una fase de crecimiento acelerado que alcanzó su pico en 1999. Entre 2000 y 2003 se mantuvo estable y empezó a descender en 2004. La tasa de mortalidad en adultos de 25 a 44 años inició una fase de descenso a finales de los noventa, que continúa a la fecha.

En las mujeres la mortalidad se incrementó ligeramente entre 1997 y 2004, pero en los hombres se redujo 14 por ciento. Los casos acumulados registrados hasta el final de 2006 sumaban poco más de 110 mil 300 y se estima que más de 182 mil adultos son portadores del VIH.

México ocupa el tercer lugar de América y el Caribe en el número absoluto de casos, después de Estados Unidos y Brasil, pero en términos de prevalencia se ubica en el lugar 23.

La epidemia de SIDA en México afecta sobre todo a grupos que mantienen prácticas de riesgo: la prevalencia en hombres que tienen sexo con hombres es de 15 por ciento, en trabajadoras del sexo comercial es de 2 por ciento y en usuarios de drogas inyectables de 6% por ciento, contra sólo .3 por ciento en la población general adulta.

Kendall asegura que es muy posible que la mortalidad por esta causa se contenga en el mediano plazo en nuestro país como resultado del desarrollo de nuevos anti-retrovirales y el incremento del acceso a ellos. En México, desde 2003, todos los pacientes con

VIH/SIDA tienen acceso gratuito a estos medicamentos. Es importante, sin embargo, no bajar la guardia y fortalecer las acciones tendientes a abatir la transmisión del virus.

La principal vía de transmisión en México es la sexual. Por esta razón es fundamental seguir promoviendo las prácticas preventivas, incluyendo el uso del condón, y combatir el estigma y la discriminación asociados a esta infección y este padecimiento. El objetivo final de estas estrategias es disminuir la transmisión del VIH en los grupos más vulnerables y evitar que se extienda a la población general.

De acuerdo con la ENSANut 2006, 72.5 por ciento de los adolescentes mexicanos declaran haber utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual contra sólo 41.4 por ciento de las mujeres adolescentes.

Alejandrina García Rojas de la organización Salud Integral para la Mujer (SIPAM)⁴³, señala que actualmente por cada 10 personas con VIH 2 son mujeres, aumento que se atribuye a tres causas: la falta de campañas y trabajo de prevención dirigidos a mujeres, que solo se tienen estrategias para mujeres embarazadas y la violencia de género expresada en la marginación, vulnerabilidad y menor atención a esta población.

Según García Rojas, los factores biológicos, psicológicos y socio-culturales condicionan a las mujeres, quienes tenemos una seria de desventajas ante el contagio de VIH.

El mayor número de casos se da entre mujeres entre 20 a 45 años, con relaciones monógamas, ya sean casadas o en unión libre y que se consideran a sí mismas como “amas de casa”.

García Rojas insiste en la relación existente entre la violencia de género, la pobreza y el contagio al VIH, es decir, que el que una mujer viva con VIH es el resultado de una sistemática violación a sus derechos humanos.

Las especialistas coinciden en que no existen políticas de prevención del VIH diferenciadas por género en las poblaciones clave, ni enfocadas a mujeres a excepción de

⁴³ CIMAC, Foro VIH, vulnerabilidad de las mujeres, CIMAC, 5 de agosto de 2011.

trabajadoras sexuales y mujeres embarazadas, reforzando una visión discriminatoria de la mujer como vector de la enfermedad.

Ningún país contempla acciones específicas para prevención primaria del VIH entre mujeres con pareja estable, ni en mujeres que sufren violencia de género, a pesar de que investigaciones internacionales señalan claramente que la mayoría de las mujeres adquiere el VIH dentro de su relación estable y que sufrir violencia sexual y física por parte de la pareja íntima está asociado con la infección por VIH. Los países cuentan con legislación relacionada con la violencia de género, pero los servicios de salud no identifican la violencia de forma sistemática durante el control prenatal aun cuando existen protocolos clínicos establecidos, ni durante el seguimiento en la atención de la mujer con VIH.

4. Concepción indígena de la sexualidad

“...Levantaos, vosotras, hermanitas mías...
Deseo y deseo las flores,/ deseo y deseo los cantos,
estoy con anhelo, aquí en el lugar donde hilamos,
en el sitio donde se va nuestra vida...
Haz que se yerga lo que me hace mujer,
consigue luego que mucho de veras se encienda...
Soy vieja mujer de placer,/ soy vuestra madre,
soy anciana abandonada,/ soy vieja sin jugo,
es esto lo que hago, / yo mujer de Chalco.
He venido a dar placer a mi vulva florida,
mi boca pequeña...”
Canto de las mujeres de Chalco

Los conceptos de género y sexo son básicos para entender el proceso mediante el cual le otorgamos valores, representaciones y simbolismos a aquellos rasgos inherentes a mujeres y hombres.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua española define “sexo” como la condición orgánica relativa a las diferencias de los órganos sexuales de las personas. Por su parte, “género” se refiere a las diferencias otorgadas socio-culturalmente a cada sexo, no biológicas. Esta diferencia es importante para entender las significaciones que cada cultura en cada momento y espacio asigna a las mismas características físicas.

Históricamente, las tareas y roles asignados a las mujeres las han colocado en una condición de vulnerabilidad que si bien, como todo ser humano, están inmersos en una serie de convenciones que vigilan y regulan jurídicamente sus derechos humanos, en la práctica parece no existir una relación directa de los derechos humanos de las mujeres y el respeto a su integridad, a su salud y a su vida.

Una población particularmente vulnerable es la población indígena. En los contextos de las comunidades indígenas las ideas machistas, patriarcales y hasta misóginas siguen definiendo y limitando el actuar de las mujeres en todos los ámbitos de su vida.

La salud es una materia en la que la mirada indígena coloca a las mujeres con pocas posibilidades de decisión, más aún la salud sexual, tema tabú, alrededor del cual se han

construido una serie de mitos que justifican el nulo acceso de las mujeres indígenas a información científica sobre su sexualidad y a la ausencia de su voz en la toma de decisiones que atañen a su cuerpo, constituyendo así una serie de violaciones a sus derechos humanos.

4.1 ¿Cómo ubicamos a la sexualidad en el contexto indígena?

La sexualidad es un concepto relativamente joven, conformado a partir de ciertos rasgos básicos, biológicos propios de la especie animal que se reproduce a través del sexo. El maestro en historia Enrique Dávalos López señala que, el sistema erótico se refiere al conjunto de prácticas, relaciones, creencias, valores, normas y representaciones con que una sociedad conforma y da significado a una serie de necesidades, pulsiones, deseos, placeres, sensaciones y estímulos carnales, instintivos, eróticos y sexuales asociados a los órganos genitales pero abiertos a otra serie de experiencias cuya delimitación varía de una sociedad y de una cultura a otra. (DÁVALOS López, 1998)

La posición relativa del hombre y la mujer en las diversas sociedades afecta en forma muy sensible las concepciones en torno al valor de los individuos de uno o de otro sexo. Laura Valladares en su artículo Transgredir y construir una vida digna: el encuentro de la doctrina de los derechos humanos entre las mujeres indígenas en México (compilación de OLAVARRÍA, 2007), señala que una de las constantes en la situación de los derechos de las jóvenes, y de todas las mujeres indígenas en general, es el que negarles una gran cantidad de derechos que les asisten tiene que ver con la percepción que los hombres tienen sobre ellas.

La desigualdad de oportunidades y de derechos se manifiesta en todos los ámbitos de la vida. Por ejemplo, refiere Valladares, no les permiten a las niñas y jóvenes asistir a la escuela porque piensan que van a tener un comportamiento poco decoroso, para qué les pagan la escuela si se van a casar.

El nivel de descalificación y estigmatización hacia las mujeres es tal que, se piensa que si salen de sus casas serán infieles, lo que determina toda posibilidad de acceso de las mujeres al ámbito público.

En el derecho a la salud la situación de las mujeres indígenas no es mejor, el caso del derecho al control de la natalidad, aquellas que desean no tener más hijos consultan a sus esposos sobre las posibilidades de iniciar un control anticonceptivo, pero éstos se niegan con el argumento de que seguramente lo quieren para andar con otro hombre. Para las mujeres que han incursionado en actividades no tradicionales, los calificativos siempre serán los mismos: “chismosas, locas, marimachas, etcétera”.

El término sexualidad no existía en el siglo XVI, conceptos como sensualidad y carnalidad expresaron esa parte animal del ser humano, ligada inexorablemente a los deseos y placeres, no únicamente sexuales aunque sobre todo éstos, además de los placeres de la comida y la bebida, entre otros. Cuando necesitaron referirse más estrictamente al placer sexual, los autores hablaron de lascivia, lujuria y torpes amores. (DÁVALOS López, 1998).

El historiador mexicano Alfredo López Austin (2008) señala que al concebirse el hombre en el centro del cosmos, nacido en lo temporal en la culminación del equilibrio de los cinco puntos del plano terrestre, se creía el ser en el que confluían todas las cualidades de componentes del universo. Obviamente estos componentes únicos en el centro del cosmos debían participar en el hombre en forma equilibrada, haciendo de él la síntesis ordenada y estable del universo.

Si bien el hombre como especie se concedía el máximo equilibrio, el concepto de individuo tenía que responder a las patentes desigualdades biológicas y sociales: sexo, edad, grado de sociabilidad, posición grupal e intergrupal, cambios anímicos, temperamento, variaciones de salud, etcétera. Ni siquiera corporalmente podía responder el individuo a un absoluto equilibrio.

La causa de la primera desigualdad es el sexo y en la mitología náhuatl la ubicamos perfectamente. En la formación de la pareja original del Quinto Sol, el varón nació el

primer día de mezcladas las cenizas y el polvo de hueso de los muertos con la sangre de los dioses, mientras que la mujer tardó cuatro días en formarse.

Es necesario recordar que gran parte de lo que conocemos sobre las culturas prehispánicas es gracias a los escritos que se conservan de los conquistadores y de los frailes evangelizadores, de quienes además se retomaron, aprendieron y apropiaron algunas prácticas sociales, a ellos también debemos un sesgo informativo propio de la percepción española de la época.

Tras la Conquista y desde los primeros años de la evangelización, los frailes emprendieron su causa religiosa entre las culturas indígenas sobre lo cual escribieron. Sin embargo, su tratamiento de las sociedades fue desigual; de hecho, la mayor parte de sus noticias, fuentes y reflexiones provienen del centro de Nueva España, principalmente de las sociedades del valle de México y del área Tlaxcala y Puebla. Siguiendo a los frailes, en la zona central de la Nueva España, el centro político y geográfico de Mesoamérica en el periodo anterior a la conquista española, abarcaba los territorios de las actuales entidades federativas de Hidalgo, México, Tlaxcala, Morelos y Puebla, y el Distrito Federal. (LÓPEZ Austin, 1996)

Para los antiguos nahuas, el valor de la mujer era muy diferente en aquellas sociedades en las que las labores femeniles quedaban reducidas a las actividades hogareñas, y aquellas en las que existía la posibilidad de que la mujer interviniera en la producción de artículos destinados a la venta o pago de tributos, por ejemplo, los hilado y los tejidos de algodón.

4.2 Virginidad y abstinencia sexual

El discurso religioso que enaltecía las instituciones prehispánicas también daba cuenta de la cultura sexual del México prehispánico, aquellas que parecían más compatibles con la moral sexual cristiana, dejando en la sombra una serie de prácticas, relaciones y grupos

sociales cuya existencia estaba sujeta a la censura política y religiosa del clero regular, sobre todo de los franciscanos.

En el *Huehuetlahtolli* se leen las palabras que las madres y los padres les decían a sus hijas para darle a conocer las alegrías y penurias mundanas. Las referencias al placer sexual y a la felicidad de la reproducción son claras: "...pocas son las cosas que hacen de la tierra un sitio agradable, y entre éstas se encuentran en lugar del deleite sexual y el gozo de la procreación, valiosos dones de la divinidad a los hombres."

Por un lado, la virginidad de la mujer era muy estimada, y metafóricamente se equiparaba el himen íntegro a una joya. La virginidad o su pérdida eran dadas a conocer públicamente cuando la mujer llegaba al matrimonio.

Existía la costumbre de notificar a los invitados de la boda al sexto día de celebrada la fiesta. Los individuos recibían nuevamente comida: si se les servía en recipientes íntegros, se daba a conocer la virginidad de la novia; si en horadados, la incontinencia de su soltería y esta era causa de repudio. Así se exigía la entrega absoluta de la vida sexual al marido.

Ponían una "estera nueva" para que "se manifestasen las muestras de la virginidad de ella". (DURÁN, 1984, p. 57) Los israelitas, recuerda Torquemada, ponían a los novios una sábana nueva donde "se estampase el testimonio de la virginidad"; es posible, sugiere, que los indios quisiesen significar lo mismo, con "este cuidado de los viejos, de traer manta o sábana, y tenderla sobre la cama de los desposados". (TORQUEMADA, 1986, p. 46)

Regía también la vida sexual el principio del justo, mas no abuso, de los bienes terrenales. El equilibrio, el gozo temperado, era la regla central en materia de sexo: por una parte, la exaltación del valor de lo sexual, considerando como un don divino que se oponía a las miserias de la tierra, tanto las naturales como las derivadas de las relaciones sociales, era necesario disminuir las tensiones sociales, y una de las mejores vías era la contraposición del placer sexual y de la procreación a la miseria y a la fatiga) por otra, el valor de la castidad.

Así, para las indígenas prehispánicas era una exigencia social la virginidad, mientras que para los hombres la abstinencia sexual los acercaba a la divinidad.

La Nueva España nació en medio de una auténtica conquista sexual, resultado de la violenta entrada de los conquistadores. Frente a las mujeres indígenas la violencia sexual fue común, así se naturalizó la violencia sexual como una herramienta a través de la cual se ejercía poder y de prestigio para los perpetradores (ALBERRO, 1982), (BARBOSA Sánchez, 1994). Posteriormente, las relaciones entre indias y españoles se estabilizarían, dando lugar a vínculos de todo tipo, incluyendo esclavitud, vasallaje, raptos, poligamia, lenocinio, concubinato, amancebamiento, barraganía y, en ciertos casos notables, matrimonio. (DÁVALOS López, 1998)

Jean Louis Flandrin en *La vida sexual matrimonial en la sociedad antigua: de la doctrina de la Iglesia a la realidad de los comportamientos* (ARIES, 1987, p.153), señala que la doctrina sexual que los frailes predicaron a los pueblos indígenas tenía como fundamento, naturalmente, los valores de la Iglesia de la época basada, en principio, en una desconfianza profunda hacia los placeres carnales, ya que éstos hacen del espíritu un prisionero del cuerpo, impidiéndole elevarse hacia Dios. Sin embargo, no funcionaba igual para las mujeres.

Los homicidas eran condenados a muerte; esto incluye médicas aborteras y mujeres preñadas que "tomaban con que lanzar la criatura". Los adúlteros eran apedreados en público, como hacían los hebreos, según Torquemada. Pero si los culpables eran gente noble y principal, se les ajusticiaba en privado, para no ser "afrentados por los plebeyos". (TORQUEMADA, 1986, p. 378) La pena abarcaba a la esposa adúltera y a su amante; los textos no consideran el caso de un hombre que, casado, tuviera relaciones con otra mujer.

Por otro lado, los religiosos se sorprendieron de ver a los jueces indígenas castigar al esposo que, agraviado, ejecutaba a los adúlteros. "Entre nuestros españoles se permite matarlos, por el dolor grande que en el acto recibe el ofendido". De la misma manera,

vieron con extrañeza la imposibilidad del esposo indígena de perdonar a su mujer adúltera, opción contemplada en las leyes españolas (TORQUEMADA, 1986, p. 379).

Gracias a la evangelización, explica Motolinía, los nativos se habrían vuelto "grandes devotos" que guardaban la cuaresma con muchos sacrificios, como "el abstenerse de sus propias mujeres" y ejercitar la flagelación.

Entre las recomendaciones de fray Alonso de Molina a los nativos estaba la abstinencia de relaciones sexuales antes de la comunión. "Será cosa justa y recta que te guardes y abstengas de tu mujer no teniendo parte con ella dos o tres días antes de la comunión, para que con mayor limpieza recibas el santísimo sacramento" (MOLINA, 1984, 71), igual que fray Juan de Torquemada: "Es ceremonia digna de alabanza, y muy santa, esta de suspender los actos matrimoniales, por alguno, o algunos días, para vacar [dedicarse] a Dios, y pedirle los buenos fines del matrimonio" (TORQUEMADA, 1986, p. 416). El padre Mendieta, por su parte, sugería que los pecados de la carne habrían provocado la epidemia de peste de 1576. (MENDIETA, 1971, p.453).

Los frailes historiadores aparecen como un grupo relativamente homogéneo en cuanto a sus creencias y valores sexuales, al menos en el contexto de las complejas y diversas culturas sexuales de España y Nueva España del siglo XVI, representaron una posición radical e intransigente en la defensa de los valores cristianos del ascetismo y la templanza y consideraron que los indios mexicanos estaban dispuestos a asumir su radical doctrina sexual, al menos durante la primera mitad del siglo XVI. (DÁVALOS López, 1998)

En este sentido de moral cristiana, la abstinencia era bien valorada para los hombres en varios sentidos. Los jóvenes impuros eran menos confiables para el mando. Esta distinción también era clara para la prostitución la *macehualli* podía ejercerla libremente quien recibiera la reprobación moral; la mujer *pilli* prostituta era castigada con la pena de muerte

La familia era un bien venerado. Se resguardaba la integridad de la familia y los derechos sexuales del marido sobre la mujer. La homosexualidad era un atentado contra la idea de la virilidad juvenil, el padre esforzado o el marido guerrero.

4.3 Matrimonio o mujeres como botín de guerra

El matrimonio constituye uno de los ritos más importantes de la sociedad indígenas debido a sus implicaciones en términos de parentesco (consanguíneo, descendencia y compadrazgo); económicos (acceso a la circulación de bienes como parte de estrategias de supervivencia) y de reproducción social (reforzamiento y continuidad de los sistemas de representaciones). Esta ceremonia facilita la cohesión de una identidad grupal, preferentemente endogámica, aunque también puede ser exogámica. (GARCÍA, 2006, p. 73-89)

La concentración del matrimonio por parte de los padres de los futuros esposos han sido uno de los rasgos característicos del sistema de parentesco de los pueblos indígenas de México. El matrimonio concertado se decide solo entre los padres o a través de algún intermediario que puede ser el padrino del joven. Por ejemplo, entre los nahuas de Tlaola, Puebla y en algunas comunidades de Chicontepec en Veracruz, ambos nahuas.

El patrón es que los padres den en matrimonio a sus hijas desde niñas a partir de los 12 años, en este tipo de concertación existen hombres que pueden triplicar la edad de su futura esposa, además, en algunos casos, el acuerdo de entregar en matrimonio a una hija tiene que ver con haber recibido algún préstamo o ayuda de un hombre de la comunidad, o ante la incapacidad del padre o la cabeza de la familia de seguir manteniendo su núcleo familiar.

Otra práctica muy difundida es el robo de las mujeres para formar una nueva familia que presenta dos expresiones diferentes: la oposición de la mayoría de las mujeres, el robo sin consentimiento con alta incidencia en las comunidades nahuas de Puebla, también entre la comunidad mazahua del Estado de México y la purépecha de Michoacán. O bien, la huida concertada por dos jóvenes que rompen con la serie de rituales que acompañan el pedimento de esposa o en franco rechazo a asumir un matrimonio concertado.

Al respecto, Valladares refiere que de entre las mujeres de 40 o más años, son pocas las que tuvieron la oportunidad de conocer previamente a su esposo y no se les brindó la posibilidad de elección. (compilación de OLAVARRÍA, 2007)

Los frailes trajeron a Nueva España la convicción de instaurar el matrimonio cristiano, (RICARD, 1986, p. 200) no importaba cuánta tolerancia o amplitud de criterio mostrasen hacia los indios; era estratégico establecer un matrimonio exógamo, monógamo y consensual. Un matrimonio que siguiese, además, el mandato bíblico hacia la mujer: "estarás bajo la potestad o mando de tu marido, y él te dominará".

Muchos "letrados", explica Mendieta, alegaban "que entre los indios no había matrimonio". Los frailes, en cambio, "decían lo contrario, que los indios tenían legítimo matrimonio". (MENDIETA, 1971, p. 302) (RICARD, 1986, p. 201-209) Los adversarios de los frailes subrayaban la anarquía sexual de los indígenas: "¿no veis que tienen cuantas quieren, y dejan y toman las que se les antoja?". (MENDIETA, 1971, p. 301)

Motolinía define el matrimonio natural, siguiendo "los derechos y doctores" de la Iglesia. "Matrimonio es un ayuntamiento de macho y hembra, entre legítimas personas, de individuo a sociedad, que es compañía perpetua, indivisible e inseparable". (MOTOLINÍA, 1989, p. 549), por eso, se pensaba que el matrimonio indígena no cumplía las normas del derecho positivo evangélico, ni tampoco las leyes de Moisés, al menos se regía por las leyes del derecho divino natural.

Los campesinos pobres, "llamados macehuales", tomaban también a sus mujeres "con ánimo y afecto conyugal". Según Motolinía, estos labradores se amancebaban, esperando reunir más tarde los recursos suficientes para realizar una modesta ceremonia. "Y aunque pobres, hacían con pocos su fiesta", logrando así el reconocimiento de su comunidad. "De allí adelante eran tenidos por marido y mujer y vecinos del pueblo casados". Algunos jóvenes se amancebaban a escondidas de sus padres; no obstante, luego decidían casarse. El joven iba con los suegros, reconocía su falta, pedía disculpas y solicitaba su autorización para casarse. "Luego hacían el regocijo e solemnidad que su costilla alcanzaba, como pobres". (MOTOLINÍA, 1989, p. 543) Los humildes, en suma, reconocían también el legítimo matrimonio.

Pero además de sus legítimas mujeres, los indios principales mantenían numerosas mancebas. Tal abuso se toleraba, mas no se celebraba. "No se aprobaba ser justo ni

razonable, sino injusto y permisivo, como entre fieles". (MOTOLINÍA, 1989, p. 546) Pero esto no transgredía las leyes del derecho natural, aunque existía cierta tolerancia hacia los hombres "ningún gobernante podría suprimir todos los vicios y pecados". (LAS CASAS, 1967 p. 393)

La exigencia para las mujeres era distinta, los indios sabían distinguir una mujer "legítima y verdadera", una cihuatlantli, de una simple manceba, a la que llamaban temecauh o "manceba de soltero". Y si la manceba era de señor casado, que por abuso tomaban los principales para sí, entonces la llamaban cihuanemactli, es decir, mujer pedida a sus padres como regalo o merced. (MOTOLINÍA, 1989, p. 547)

Finalmente, las sociedades indianas seguían los preceptos bíblicos sobre la autoridad del hombre sobre la mujer. "Aunque infieles no se apartan del mandamiento de Dios, que dice y manda a las mujeres, que sean y estén so la subjeción y poderío de sus maridos". (MOTOLINÍA, 1989, p. 539) Cuando se casaban, según el padre Olmos, exhortaban a la mujer a obedecer al marido. "No le seas desacatada; mas en mandándote hacer algo, óyelo y obedece, y hazlo con alegría". (MENDIETA, 1971, p. 119) "Las mujeres obedecían a sus maridos en suma manera porque de su naturaleza todas aquellas gentes, más que nación en el mundo, son a sus mayores, las mujeres a sus maridos, los hijos a sus padres, los siervos a sus señores, los súbditos a sus reyes, príncipes y principales, obedientísimos". (LAS CASAS, 1967, p. 233) Los indios enseñaban a sus hijas a servir a sus padres, guardar honestidad de su persona y mostrar "amor y reverencia de su marido". (TORQUEMADA, 1986, p. 474)

Por otro lado, la poligamia prehispánica era entendida por los frailes como una manifestación de la debilidad y la lujuria humana, era una institución clave en el poder y la jerarquía de hombres sobre mujeres y de nobles pipiltin sobre el común de la población.

En principio, la poligamia fue derecho masculino. Algunos principales tuvieron cien, ciento cincuenta "y hasta doscientas mujeres", afirma Motolinía. Xicotécatl "tuvo más de quinientas mujeres y mancebas" (MUÑOZ Camargo, 1978, p. 84). Y el gran Moctezuma concentró tres mil mujeres, "entre señoras, criadas y esclavas" (TORQUEMADA, 1986, p.

230) A cambio, ninguna mujer, ni de más alto linaje, aparece en las crónicas ligada a más de un señor.

Un ejemplo es el control sexual expresado en las leyes del adulterio que eran para castigar la "traición" de la mujer. Y los dioses reforzaban estas leyes lanzando enfermedades terribles, ceguera, parálisis y pudredumbres en el cuerpo de las "esposas deshonestas". (SAHAGÚN, 1988 p. 373) En cambio, el hombre nunca "traicionaba" sexualmente a su mujer; la ley lo castigaba por otras razones, por entrometerse con la mujer de otro hombre.

Así, la poligamia expresaba la autoridad masculina, era una marca de prestigio. Cuando los señores salían a celebrar cierta fiesta, salían con "todas las mujeres y mancebas que tenían", las cuales iban "muy vestidas de galanos aderezos, todos los brazos emplumados de galanas plumas y zarcillos de oro y piedras". (DURÁN, 1984, p. 128) Cuando el señor de Yopitzinco llegó a Tenochtitlan causó muy buena impresión. Iban, tras él, "todas las mujeres y damas de su palacio, muy bien vestidas y aderezadas, las cuales traían mucha diferencia de comidas y géneros de frutas que en aquella provincia hay". En opinión de algunos, Moctezuma se hizo de tantas mujeres "por mostrar su gran majestad y señorío, porque lo tenían por gran estado." (DURÁN, 1984, p. 339)

La poligamia también establecía una jerarquía de los soberanos sobre las mujeres, pero también sobre los hombres de estratos populares, expresado en el derecho de los gobernantes de apoderarse de las mujeres de "sus vasallos". Un gobernante de Tlaxcala, Xicotécatl, se aficionó de "una mozueta de bajos padres", la cual pidió se la diesen, "que así se acostumbraba". (MUÑOZ Camargo, 1978, p. 192-201) En Texcoco, un señor "tenía cuantas mujeres quería". Su deseo era suficiente. "Luego enviaba por ella y, sin réplica, se la enviaban". (POMAR, 1986, p. 82) Incluso el virtuoso Nezahualcóyotl no se detuvo para organizar una emboscada contra Temictzin, "vasallo" suyo de Tlatelolco; lo condujo a la muerte para apoderarse de su mujer (TORQUEMADA, 1986, p. 154)

En suma, los hombres del pueblo estaban obligados a ofrecer sus hijas y hermanas a los soberanos. Durán narra la historia que funda el nacimiento de esta costumbre entre los mexicas. "Los principales decidieron pelear contra el señor de Azcapotzalco, para

liberarse de su yugo. El pueblo mexicana temía el combate, la derrota y la venganza de los tepanecas. Los señores insistieron en luchar, asegurando que triunfarían; en garantía, ofrecieron ir a la piedra de los sacrificios, si eran derrotados. La osadía de los guerreros sorprendió a los populares. Aceptaron entonces el desafío y ofrecieron "dar nuestras hijas y hermanas y sobrinas, para que os sirváis de ellas", en caso de ser los vencedores. (DURÁN, 1984, p. 80)

La expansión del poder extendía las redes de la poligamia; algunos pueblos sometidos tributaban con mujeres. "Los grandes tributos y riquezas que entraban en México de las provincias y ciudades que, por vía de guerra, habían sujetado". Algunas "provincias que carecían de bastimentos" adecuados, "tributaban mozas, muchachos y muchachas, las cuales repartían entre sí los señores, y aquellos llamaban esclavas y, así, casi todas las tomaban por mancebas y éstas parían y son los hijos de esclavos que algunos dicen". (DURÁN, 1984, p. 209)

El poder del adversario se reconocía con el otorgamiento de mujeres. Los tlaxcaltecas, "para mostrar a Cortés la buena voluntad con que le habían acogido, le presentaron más de trescientas mujeres, hermosas y muy bien ataviadas, para su servicio". El franciscano no niega que las tropas de Cortés, por propia iniciativa, se lanzaran sobre las mujeres indígenas, como ese soldado presuntuoso que Cortés mandó a ahorcar. (TORQUEMADA, 1986, p. 190 y 492) Es posible suponer que las demandas de los conquistadores aumentaran, luego de comprender la costumbre nativa de ofrecer a las mujeres como presente.

La poligamia se ligó inexorablemente a la guerra. Los pueblos vencidos sellaban su rendición ofreciendo sus mujeres al vencedor. Después de trece años de guerra con los mexicas, los chalcas capitularon; "fueron al rey Motecuzoma y a todos los principales y les ofrecieron muy hermosas doncellas para que se sirvieran de ellas". (DURÁN, 1984, p. 151 y 330) Igual con los huastecas, que derrotados pidieron "misericordia al rey Ahuítzol", ofreciendo, a cambio, telas, cacao, plumas, papagayos, chile, pepitas, "y juntamente sus hijas para que se sirvieran de ellas".

El uso de las mujeres como un medio esencial para el intercambio político era frecuente. Como en otras sociedades basadas en el parentesco, las hijas, esposas y hermanas "legítimas" de los antiguos señores mexicanos aparecían como eslabones cruciales de las alianzas entre familias, linajes y comunidades. Algunas distinguidas saltaban a la nobleza; como esa esclava de Acamapichtli, "tan hermosa y de tan buen parecer", y cuyo hijo "bastardo" Itzcóatl se convertiría en uno de los gobernantes mexicas sobresalientes. (DURÁN, 1984, p. 56) Pero las alianzas importantes se fundaban ofreciendo, o recibiendo, hijas y hermanas. (SAHAGÚN, 1988, p. 603)

A través del matrimonio se concertaban alianzas políticas, y a través de la acumulación y distribución de mujeres de alto linaje se extendían las relaciones entre gobernantes. Naturalmente, las alianzas no excluían los conflictos. Un relato explica cómo, en sus comienzos, el pueblo mexica se emparentó con el señorío de Azcapotzalco para tratar de reducir el tributo que debía pagar. Para esto, el soberano mexica Huitzilíhuitl fue desposado con Ayaucíhuatl, hija del señor de Azcapotzalco. De la unión nació Chimalpopoca, que se convirtió en el siguiente soberano mexica. Cuando las tensiones entre mexicas y tepanecas aumentaron a causa del tributo, la alianza se rompió y los tepanecas de Azcapotzalco atacaron a los mexicas y asesinaron a su señor. Justificaron la acción, según el relato de procedencia mexica, porque el parentesco de Chimalpopoca con los tepanecas era por el lado materno, y su fidelidad "siempre inclinaría a la parte del padre y no de la madre". (DURÁN, 1984, p. 61-73)

En términos generales la sociedad enaltecía el valor de lo masculino. Por ejemplo, cometía delito de adulterio tanto la mujer casada como el hombre soltero o el hombre casado que tenía relaciones sexuales con ella; sin embargo no era considerado adúltero el hombre casado que tenía relaciones con una mujer soltera. El casado licencioso llevaba a su casa el peligro de un contagio –lo que en nuestros días explica la feminización de infecciones como el VIH- y la ley lo castigaba por ello. En este caso se protegía, en forma directa la salud de la cónyuge burlada, puesto que se temía que fuese víctima de daño causado por las insanas fuerzas que generaba el libertinaje. En forma indirecta, el temor a la enfermedad era una defensa a la integridad de la familia.

En el primer caso, el del adulterio, era otro el bien que se protegía: el derecho sexual del hombre sobre la mujer. La existencia de la poligamia ejemplifica el predominio masculino.

Los frailes enaltecieron a las monjas o sacerdotisas indígenas a la vez que reconocieron la existencia de prostitutas en las sociedades prehispánicas, en un patrón similar al de la Europa cristiana, es decir, que las sacerdotisas o monjas del *telpochcalli* realizaban prácticas sexuales, que las prostitutas participaban en las fiestas religiosas, y que probablemente sacerdotisas y mujeres "alegres" no fueron grupos tajantemente diferenciables.

Entre los mexicas, Sahagún y Durán incluyen a las prostitutas como protagonistas de algunas ceremonias religiosas. Torquemada menciona, por ejemplo, que en la fiesta de Tlaxcala dedicada a Xochiquétzal, "se manifestaban las mujeres públicas y deshonestas". Igualmente, en las fiestas de Tlaxochimaco, danzaban "los más valientes hombres de la guerra", llevando como compañeras a las "mozas públicas". (SAHAGÚN, 1988, p. 110 y 140-142) Asimismo, en la festividad de Ochpaniztli, dedicada a la diosa de la Tierra Toci, se escenificaba una batalla ritual de mujeres, participando las médicas parteras, además de "algunas de las alegres o prostitutas", agrega el pasaje náhuatl de Sahagún, que no fue incorporado por el franciscano al texto castellano de su obra. A los caballeros y soldados más valerosos, agrega Durán, les permitían tener mancebas y bailar en las ceremonias con las "cantoneras" (DURÁN, 1984, p. 194)

Ciertas sacerdotisas o monjas de los templos-escuelas mexicanos cumplían, al parecer, funciones sexuales religiosas. Sahagún explica que en las fiestas de *Huei Tecuhuitl* se realizaba una danza que iniciaba al anochecer y terminaba a la media noche. "Iban las mujeres muy ataviadas, con ricos huipiles y nahuas, y labrados de diversas labores y muy costosos"; "los hombres andaban también muy ataviados"; "los mancebos que habían hecho alguna cosa señalada en guerra, llevaban unos bezotes redondos, como un círculo, con cuatro circuillos en cruz". (SAHAGÚN, 1988, p. 134)

4.4 Castigo de las diosas

La mitología náhuatl es la ventana hacia el pensamiento de las ancestras y ancestros que marcaron la ideología actual sobre el cuerpo humano. López Austin señala que existe una fuerte carga moral en la concepción indígena sobre el cuerpo, y sus estudios refieren que más aún respecto a las mujeres y su sexualidad.

Buena parte del control sobre las prácticas eróticas tenía que ejercerse en el campo de los temores hacia lo sobrenatural o atribuyendo a la conducta sexual no permitida consecuencias patógenas.

Los dioses creadores del acto sexual generaban los deseos venéreos en los hombres. Así se decía que *Tezcatlipoca* “daba vida al polvo, a la basura”, cuando recorría la tierra; que la diosa *Tlaelcuani* era tanto la inspiradora como la que perdonaba los pecados del sexo; que *Tlazolteotl* (distinta advocación de la misma diosa) recibía la confesión del enfermo de corazón torcido por daños de su lujuria, y que las diosas *Cihuateteo* provocaban los adulterios.

El mito de la pareja original *Oxomoco* y *Cipactonal* es el primer testigo sobre la división sexual del trabajo para los pobladores de la Gran Tenochtitlán. En este relato los dioses mandan al hombre a labrar la tierra y a la mujer a tejer y a hilar.

La figura de la diosa Xilonen es altamente sensual, por ejemplo en la fiesta dedicada a ella⁴⁴, las mujeres bailaban con el cabello suelto y tendido por los hombros, simulando los pelos de la mazorca del maíz. Era una diosa del maíz tierno con su ambivalencia sexual. (TIBÓN, 1984)

Xilonen significa “matriz de jilote” las mazorcas jóvenes de maíz o “la que vivió como el jilote” que quiere decir conservándose virgen, es decir, “virgen y madre del maíz”. Xilonen

⁴⁴ Los ritos a Xilonen son en las fiestas de Huey Tecuilhuitl, que significa la gran fiesta de los señores” octavo mes del calendario mexicano, llamada así, porque los señores ofrecían regalos y festines a la plebe para dar gracias por el nuevo maíz.

es el equivalente de Chicomecóatl "Siete-serpiente", la diosa mexicana de la subsistencia en especial del maíz, principal patrona de la vegetación y, por extensión, diosa también de la fertilidad. Xilonen, "la que permaneció doncella y sin pecado" se la consideraba "Joven Madre del maíz tierno" o jilote, así era protectora de una de las fases del ciclo del maíz. Xilonen también podía ser llamada Centeocíhatl.

Al enfrentar el complejo sistema religioso mesoamericano, los evangelizadores de la Nueva España tuvieron que asumir la existencia de una impresionante constelación de deidades. "Con esta ceguera y vicio, que maliciosamente siguieron, dividieron la divinidad en partes, atribuyendo a muchos dioses lo que es de uno solo, y lo que a uno solo pertenece, como si en la muchedumbre consistiese la perfección". Y entre la muchedumbre encontraron a las deidades "de la carnalidad", como ese "dios de los vicios y suciedades" al que llamaban Tlazoltéotl. (MENDIETA, 1971, p. 81)

La comprensión de esta religión "idólatra" y gentil impuso la necesidad de buscar modelos y referencias; las comparaciones fueron indispensables. Para esto, los frailes voltearon la vista hacia los pueblos del Viejo Mundo, especialmente judíos, griegos y romanos. Así, Tezcatlipoca se convirtió en Júpiter, Huitzilopochtli en Marte, Ometóchtli en Baco, Tlazoltéotl en Venus y Cihuacóatl en la madre Eva.

Los frailes no encontraron "dioses de la carnalidad" o de un pudor admirable, como Quetzalcóatl, "hombre honesto y templado", y una de las deidades principales. (MOTOLINÍA, 1989, p. 27) Llamado también Topiltzin, este dios "estaba siempre recogido en una celda, orando... Era hombre muy abstinento y ayunador; vivía castamente y muy penitenciero". Era tan virtuoso que pudo ser uno de los "sagrados apóstoles" mandados a predicar por el mundo. (DURÁN, 1984, p. 915) Pero no fue único, pues los indios "tuvieron más razón y discreción y honestidad" en la elección de sus dioses que las naciones gentiles del Viejo Mundo. "Hicieron en esto ventaja", indica fray Bartolomé. (LAS CASAS, 1967, p. 663)

El panteón indígena a divinidades con dominio sobre las experiencias sexuales. Identificada con Venus, Tlazoltéotl fue quien más atención recibió, aunque no fue la única. Ella era deidad de "vicios y suciedades". Tenía "poder para provocar a la luxuria", pero

también para perdonarla. Su nombre significaba diosa "del estiércol o de la basura", indica Torquemada. Le venía muy bien, agrega, pues ¿qué otra cosa podía ser una "diosa de amores y sensualidades" que una mujer "sucias, puerca y tiznada"? Sin embargo, el franciscano reconoció que Tlazoltéotl no era tan "desvergonzada" como Venus, pues los indios "la adoraban en orden de tenerla propia para el perdón de los pecados carnales y deshonestos, que aunque mentían en esto no era tan grave su pecado" (MOTOLINÍA, 1989, p. 529).

A diferencia de ciertas tradiciones católicas, las religiones mesoamericanas no disociaron el erotismo del campo de lo divino y ciertas fuerzas y divinidades tenían la capacidad de provocar apetitos sexuales. "Tenían poder para provocar a la luxuria, y para inspirar cosas carnales, y para favorecer los torpes amores". (SAHAGÚN, 1988, p. 43) Al mismo tiempo, estas deidades tenían autoridad para sancionar a los individuos que transgredían las normas sexuales.

Las enfermedades venéreas por ejemplo, les eran atribuidas. (VIESCA Treviño, 1984, p. 181) Macuilxóchitl, por ejemplo, se enfadaba cuando no se respetaban los cuatro días de continencia sexual exigidos en la víspera de su fiesta. "Este dios se ofendía mucho desto, y por esto hería con enfermedades de las partes secretas a los que tal hacían, como son almorranas, podredumbre del miembro secreto, deviesos y incordios". (SAHAGÚN, 1988, p. 49) Además, las deidades "de la carnalidad" presidían las ceremonias en que los transgresores sexuales eran ejecutados. El día de Itztlacoliuhqui, por ejemplo, "mataban a todos los hombres que tomaban en adulterio, porque a las mujeres, después de haberlas estrangulado ante la imagen de este dios o demonio, las paseaban por las plazas donde, desnudas, las apedreaban".

El poder de los seres divinos para incitar y castigar los deseos sexuales se complementaba con su autoridad para perdonar las culpas humanas. Algunos rituales que les permitían escapar al castigo era la confesión prehispánica, debido a su paralelismo con el ritual católico. De acuerdo a Sahagún, los indígenas limpiaban sus "suciedades" sexuales declarándolos ante los sacerdotes de Tezcatlipoca, en una "confesión auricular". (DURÁN, 1984, p. 156) Durán opinaba, en cambio, que los indios se bañaban en los ríos, hacían penitencia a los dioses y descubrían su condición de pecadores, sin manifestar la

cualidad de sus pecados. "Esta era la confesión que éstos tenían, y no vocal, como algunos han querido decir". En cualquier caso, las penitencias ante las deidades con dominio sobre el placer sexual era parte indispensable del perdón. Por ejemplo, ante las Cihuateteo.

Las que eran malas mujeres y adúlteras, cuando querían apartarse del pecado iban de noche solas y desnudas en velo a las encrucijadas de los caminos a donde decían que andaban aquellas brujas (demonios en figuras de mujeres) y allí se sacrificaban de las lenguas y dando sus nahuas y ropas que llevaban, las dejaban allí y esto era señal que dejaban el pecado.

Así, las diosas incitaban al placer sexual, castigaban las transgresiones sexuales y perdonaban sus excesos. La fuerza que emanaban influía sobre los humanos, actuaba en sus comportamientos y podía ser manipulada, especialmente por las alcahuetas tetlanochiliani y los brujos temacpalitotique, pues ellos "sabían palabras para hechizar a las mujeres y para inclinar los corazones a lo que quisiesen".

Para ganar el favor de una persona, para atraer sexualmente a una mujer, eran invocados seres muy diversos, sobre todo la diosa Xochiquétzal. Entre los objetos rituales eróticos más conocidos podemos mencionar las piedras de colores, la paja de las escobas, las flores de poyomatli y la sangre menstrual. Asimismo el colibrí, convertido en amuleto sexual por su vistoso cortejo, su largo pico y su manera de penetrar y succionar a las flores.

El hombre o la mujer poseída por las deidades de lo sexual despedía cierta energía nociva, quizás imperceptible para la sensibilidad humana, pero que ciertos roedores podían detectar. "Decían que los ratones saben cuando alguno está amancebado en alguna casa, y luego van allí y royen y agujerean los chiquihuites y esteras, y los vasos". (SAHAGÚN, 1988, p. 302) Era una emanación dañina, que fulminaba a seres indefensos, como las aves domésticas.

Ruiz de Alarcón denunció que, a principios del siglo XVII, los pueblos nahuas que recorrió mantenían la creencia en una especie de enfermedad llamada tlazolmiquiztli, que tradujo

como "daño causado de amor y deseo". Este trastorno era provocado por "el exceso de adulterios o amancebamientos", o por el simple contacto con alguien que los practicase. También se podía adquirir por contagio, por estar cerca, por ejemplo, de un varón que mucho deseara "alcanzar alguna mujer", o que codiciara cosas ajenas. El deseo insatisfecho afectaba tanto la salud del deseante como la de sus próximos. Como "los filósofos" decía el cura los indios creían que "por simpatía y redundancia" podía transmitirse el mal. Y los alcances del tlazolmiquiztli eran terribles:

El exceso sexual enfermaba, destruía, atraía la desdicha. Pero el deseo insatisfecho tampoco era buena solución. Sahagún cuenta la historia de la hija de Huémac, señor de Tula, que quedó prendida al ver el "miembro genital" de un extranjero que vendía chiles en el mercado. "Después de lo haber visto, la dicha hija entróse al palacio y antojósele el miembro de aquel tohueyo, que luego comenzó a estar muy mala por el amor de aquello que vio. Hinchósele todo el cuerpo". El mal no cedió hasta que la hija "durmió" con el extranjero. (SAHAGÚN, 1988, p. 210) Otros pasajes sugieren que el deseo insatisfecho era concebido por los nahuas como una enfermedad que causaba "mucho melancolía y tristeza", y motivaba al cuerpo "irse enflaqueciendo y secando". (RUIZ de Alarcón, 1988, p. 145) La carne de un ave llamada cocotli quitaba la tristeza y angustia de la gente, según los médicos nahuas informantes de Sahagún; por eso se la daban de comer a las mujeres celosas y a los amancebados: "dizque con ella dejarán el amancebamiento". (SAHAGÚN, 1988, p. 709)

Desde principios del siglo XX, los investigadores han identificado en los panteones del centro de Mesoamérica un número importante de deidades con dominio sobre lo sexual, de los cuales se han reconocido tres mayores: Tlazoltéotl, Xochiquétzal y Xochipilli. (QUEZADA, 1975, p. 21)

1. Tlazoltéotl era una deidad asociada con la zona huasteca, también conocida como "provincia de Pánuco". Esta deidad tenía varios nombres: Tlazoltéotl, significa "divinidad de la basura", Ixcuina, nombre que quizás provenga del huasteco con el significado de "señora del algodón" y como Tlaelcuani, "comedora de cosas sucias", en alusión a que, por ella, "mujeres y hombres carnales confesaban sus pecados". (SAHAGÚN, 1988, p. 44)

Identificada como mujer la mayoría de las veces, Tlazoltéotl aunque fue señalada como hombre (MOTOLINÍA, 1989, p. 529) Su atuendo característico era una banda de algodón en la cabeza con dos husos textiles a los lados; también traía la boca teñida de negro, como las prostitutas y "malas mujeres".

Los informantes nahuas de Sahagún comentan que los huastecas adoraban a Tlazoltéotl, pero que no se confesaban ante ella "porque la luxuria no la tenían por pecado". (SAHAGÚN, 1988, p. 328). También las parteras adoraban a la "diosa de la carnalidad". (CARRASCO Pizana, 1950, p. 146)

2. La diosa Xochiquétzal también era asociada al algodón y al trabajo textil femenino. Ella fue, probablemente, la deidad patrona de los tlalhuicas, un pueblo náhuatl que vivió en las tierras calientes del hoy estado de Morelos, y que, como los huastecos, eran productores de algodón. (ALCINA Franch, 1991, p. 75-79)

Xochiquétzal fue identificada con la juventud y con la maternidad temprana. "La figura de esta diosa Xochiquetzal era... de una mujer moza", escribió Durán. (DURÁN, 1984, p. 152) Torquemada narra una fiesta dedicada a la diosa Xochiquétzal. En ella participaban los hombres afeminados y femeninos, en hábito y traje de mujer. Era esta gente muy abatida, y tenida en poco, y menospreciada, y no trataban éstos sino con las mujeres y hacían oficios de mujeres y se labraban y rayaban las carnes (TORQUEMADA, 1986, p. 299).

Se le conoce como "plumaje de rosas" o "La de flores y plumas preciosas". Su atuendo se distingue por su corona de flores o por un tocado con plumas erguidas. Xochiquétzal fue una deidad con presencia notable en los relatos míticos de los nahuas, asociada a los dioses creadores, aparece como esposa del ser humano inicial o como mujer de Tláloc, señor de las lluvias, hasta que "la hurtó Tezcatlipoca, y la llevó a los nueve cielos y la convirtió en diosa del bien querer". (MUÑOZ Camargo, 1986, p. 203) Asimismo se cuenta que, cierto día, Quetzalcóatl expeló su semen sobre una piedra. De ahí "nació el murciélago, al que enviaron los dioses que mordiese a una diosa que ellos llaman Suchiquezal, que quiere decir rosa, que le cortase de un bocado lo que tiene dentro del

miembro femenino y estando ella durmiendo lo cortó y lo trajo delante de sus dioses y lo lavaron y del agua que de ello derramaron salieron rosas que no huelen bien". El relato explica cómo las flores fueron llevadas al mundo de los muertos para que obtuvieran buen olor.

Xochiquétzal representó a las prostitutas y "malas mujeres". Ella fue la gran seductora, la "ramera" que tentó al casto Quetzalcóatl. (DURÁN, 1984, p. 14) Para algunos, la diosa representaba "el pecado de la primera mujer", (comentario que, ciertamente, podría estar influenciado por las creencias cristianas del autor). Deidad por excelencia de las hilanderas, tejedoras y bordadoras, Xochiquétzal les transmitió su afición por el placer sexual. "Decían que las mujeres labranderas eran casi todas malas de su cuerpo". (SAHAGÚN, 1988, p. 236)

3. Xochipilli, o Señor de las Flores, reconocido como deidad del erotismo. Sahagún lo sitúa como un dios con dominio sobre las flores y con capacidad para enviar enfermedades "en las partes secretas" a quienes "ensuciaban su ayuno" con actividades sexuales. (SAHAGÚN, 1988, p. 49 y 99) Asimismo, el franciscano indica que Chicomexóchitl, (Señor Siete Flores), dios muy relacionado con Xochipilli, era honrado por los pintores el mismo día que hilanderas y tejedoras celebraban la fiesta de Xochiquétzal. Por otro lado, en el Códice Magliabechiano, aparece Xochipilli, bajo el nombre de Macuixóchitl o Cinco Flores, presidiendo el juego de pelota. Xochipilli era patrono de aquellos que "moraban en las casas de los señores o en los palacios de los principales", probablemente dedicados a la música, el canto, la danza, la escritura y artesanías finas.

El erotismo congregaba un número importante de divinidades cuyas identidades se sobreponían unas con las otras. Analizando dominios, atributos, atuendos y fiestas, los estudiosos han descubierto que los contornos se hacen confusos, que las identidades se mantienen a la vez que se transforman como las imágenes de un caleidoscopio en movimiento. Así, Xochiquétzal y Tlazoltéotl se entrelazan, y sus atributos se proyectan sobre Mayáhuel, diosa del pulque ese líquido sagrado tan asociado a los comportamientos sexuales, y sobre Chalchiuhtlicue, diosa del agua; asimismo sobre Huixtócíhuatl, diosa de la sal y sobre las Cihuateteo, mujeres diosas muertas en parto. Pero sobre todo se ven asociadas con Toci, la Diosa Abuela, la Madre Tierra, la deidad

femenina cósmica. A final de cuentas, estas diosas eran expresiones de un mismo principio erótico y sexual, el cual encontraba sus valores metafóricos en actividades y objetos diversos, como la flor o como el trabajo de hilanderas y costureras, como el acto de introducir el huso en su base, de enrollar el hilo que va creciendo como el hijo en el vientre de la madre después del coito. Así, el acto de hilar se volvía un símbolo de sexo y fecundación, una expresión de la gran "fábrica de la vida".

4.5 Frío- calor

Particularidades de poder, temperatura (la concepción de lo frío y lo caliente), olor, vulnerabilidad ante el peligro, carga de fuerzas nocivas, anormalidad o grado de amargura corporal eran algunos de los factores en los que se basaban la justificación y la explicación del lugar que ocupaba cada individuo en su mundo.

Estas categorías opuestas y complementarias regulan los estados del cuerpo humano y de sus componentes, así como diversos aspectos del hábitat como la alimentación, las enfermedades y remedios, el ciclo de vida y la reproducción, los fenómenos naturales, los colores de los objetos, los días de la semana y los meses del año; y de la vida cotidiana del hombre.

Algunos investigadores suponen que proviene de la teoría humoral europea que supone cuatro humores (frío, calor, húmedo y seco), y fue traído por los médicos españoles. Con el transcurso del tiempo, la díada se incorporó a la cultura popular de la Nueva España. López Austin refiere a la cosmovisión prehispánica, donde el cosmos se encontraba dividido por un plano horizontal que separaba al gran padre, el cielo y el Sol, de la gran madre, la tierra; el primero abarcaba todo lo caliente, y la segunda (que incluía las lluvias y los aires) era concebida como fría (LÓPEZ, 2008, p. 34-306).

Esta concepción supone que una enfermedad fría se cura con remedios calientes, y en ocasiones con remedios fríos; lo mismo sucede, pero a la inversa, con enfermedades calientes. En cuanto al cuerpo, las personas pueden nacer frías o calientes, o bien con una naturaleza débil o fuerte, la naturaleza débil está asociada al frío, y la fuerte al calor.

El caso más ilustrativo de una predestinación fría es la de los gemelos, quienes, por compartir una misma fuente de calor en la matriz, nacen descompensados y sus almas quedan siempre ávidas de dicho calor.

Aparte de los episodios de enfermedad que implican un cambio de estado, hay un evento fundamental en la vida de las mujeres que conlleva a un cambio: el embarazo. A las embarazadas se les señala como calientes (las mujeres que nacen excesivamente frías, son estériles). Una vez pasado el parto, la puérpera no regresa a su estado "térmico" normal; en varias regiones del país se dice que la puérpera está fría, y para que recupere un cierto equilibrio debe bañarse en el temazcal.

En lo tocante a la representación simbólica de las categorías, se considera que lo caliente representa la masculinidad, mientras que lo frío está asociado con lo femenino. Además, el calor se vincula con colores oscuros, como el rojo y el negro; lo frío se representa mediante el color blanco. Algunos autores reportan que tanto el azul como el verde claro son colores cordiales.

La salud se mantiene cuando el cuerpo está en equilibrio, y la enfermedad llega cuando se pierde este equilibrio (Ortiz de Montellano 1987; Sandstrom 1991; Signorini y Lupo 1989; Viesca Treviño 1986). Las más comunes causas de enfermedad para los actuales nahuas son los espíritus llamados ehecatl. Estos espíritus pueden meterse al cuerpo de una persona y traer mala fortuna, enfermedad o hasta la muerte. Este concepto etiológico puede asociarse fácilmente con la causa popular de "malos aires" encontrada en buena parte de Mesoamérica.

El tratamiento para la enfermedad entre los nahuas consiste en una serie de técnicas para sacar al espíritu ofensivo del cuerpo del paciente, incluyendo complejos rituales donde se usa una combinación de oraciones, invocaciones, plantas medicinales y figuras antropomorfas hechas de papel recortado. Una parte importante del ritual es la "barrida" o limpieza ritual, por medio de la cual el cuerpo es limpiado de los espíritus que causan la enfermedad. Se hacen ofrendas a los espíritus ofensivos, quienes son persuadidos a salir y exhortados a dejar el cuerpo (WILLIAMS, 2007, p. 4-5)

En el seno de la familia, la mujer india no tiene derecho de pensar o de sentir. Esto es claro en el caso de cambio religioso. Tradicionalmente los indios de México practican un catolicismo popular en el que conservan, mezclados, gran cantidad de ritos, prácticas y creencias de origen prehispánico junto a los católicos hispánicos. En décadas recientes ha habido una penetración de iglesias y sectas protestantes en el país y cada vez llegan más profundamente al mundo indio. Generalmente son los hombres los que deciden convertirse primero a la nueva religión, suponen que con esto sus mujeres y los menos de su familia deben de convertirse también. No hay posibilidad de negarse, pues ellas saben que deben hacer lo que pide el padre, el hermano mayor, el esposo o el hijo grande. (NOLASCO, 1988, pág. 7)

La composición de la familia determina para las mujeres indígenas sus posibilidades de apoyo y distribución de tareas, sus capacidades de generar ingresos o elevar sus niveles de vida, así como sus posibilidades efectivas de influir y normar las relaciones al interior del núcleo doméstico. (BONFIL Sánchez, 1999, p. 27)

Cuando la familia es nuclear, de reciente formación o que todavía no pasa a la etapa de dispersión de los hijos e hijas, la intensidad del trabajo de la mujer en edad reproductiva dependerá de la cantidad de hijas que tenga. Mientras más hijas haya, más ligera será la carga de trabajo doméstico y mientras más hijos se tengan, mayores posibilidades de ingresos habrá para la familia. Es por eso que la familia ideal en el imaginario indio es numerosa y representa una inversión para la vejez de los padres. De hecho, la familia numerosa constituye una estrategia para la sobrevivencia del grupo y para elevar el nivel de vida familiar.

Bonfil Sánchez sostiene que las culturas indígenas son sobre todo agrario-patriarcales, coexisten dentro de ellas una gran rigidez de roles de género y una combinación de sumisión-protección de las mujeres. Las mujeres indígenas se encuentran más desprotegidas que los varones, tanto al interior de sus comunidades como especialmente frente a la sociedad no indígena, pues transitan entre una cultura patriarcal que las somete y protege y otra, también patriarcal, que las rechaza por su origen étnico sin protegerlas como en sus comunidades de origen. Así, es probable que las mujeres hayan perdido más de lo que han ganado, al adscribirse a los patrones de conducta mestiza

occidental y resulten entonces ser las principales integrantes de los “sectores de riesgo” entre la población adulta.

Para las culturas ancestrales, cada uno de los aspectos de salud y la enfermedad tiene un referente mágico-religioso, un simbolismo asociado y una curación prescrita. Los pueblos indios han desarrollado asimismo una ideología de la salud tan variada como sus culturas mismas y que envuelve las ideas sobre esterilidad, preñez, alumbramiento, concepción, mitos y ritos propiciatorios de la fertilidad, ceremonias específicas en ocasión del nacimiento de un niño, el uso del baño de vapor o temazcal, los tabúes asociados a la reproducción, la herbolaria y las prácticas y procedimientos gineco-obstétricos y de toda índole. (BONFIL Sánchez, 1999, p. 157)

Las mujeres indígenas rara vez han tenido el control sobre sus cuerpos. (BONFIL Sánchez, 1999, p. 164) Las costumbres culturales que no permiten decidir sobre la fecundidad, la falta de elementos para hacerlo y la necesidad de una alta tasa de natalidad como garantía de supervivencia y hasta de estatus, han hecho de la procreación un complejo fenómeno que a veces es padecido pasivamente por las mujeres, y otras, utilizado como instrumento de resistencia

4.6 La menstruación

En el larguísimo transcurso de la prehistoria, mucho antes de que nuestros lejanos abuelos se dieran cuenta de la relación entre el acto sexual y la concepción, los varones se encontraron ante el misterio, angustioso y desconcertante, de la sangre femenina que mana luna tras luna de su cuerpo sin que se le haya herido: misterio todavía más hondo que el alumbramiento. (TIBÓN, 1984, p. 18).

“Al cabo de doce o trece años de ser igual a ella, la conversión de la niña en mujer es mucho más acentuada y espectacular que el correspondiente desarrollo de él mismo. Sí, verá con asombro el abultamiento de los senos de la niña, pero no se compara con el misterio de su primera sangre. La pubertad femenina es un acontecimiento incomparablemente más dramático que el primer derrame de

semen del hombre. ¿Cuándo lo recuerda el varón adolescente? Casi nunca; en tanto que la primera sangre de la niña es considerado, desde siempre y en todas partes, como un momento culminante en la vida de la mujer (TIBÓN, 1984, p. 19).

Las mujeres que sangran se vuelen tabú, intocables. Están sometidas a tabúes de conducta, de alimentación. Parte de ellos persiste hasta nuestros días. En distintas sociedades las mujeres tienen que someterse a un aislamiento purificador antes de volverse a integrar a su grupo, del cual se quedan momentáneamente excluidas. (CHEVALIER Jean, GHEERBRANT Alain, 1974)

En este sentido, la triada sangre, rojo y sol eran muy importante para las y los antiguos, por su relación natural: a sangre es roja, color del fuego, y por eso, del calor que es vida. Cada mañana se realiza el drama cósmico, en el que la tierra, la diosa Tierra, pare al sol. Se le ve salir poco a poco, del vientre, mejor dicho de la matriz, de su divina madre. (TIBÓN, 1984, p. 68) La sangre vuelve a presentarse como un elemento caliente propio de la naturaleza de las mujeres.

La población nahua concibe que las mujeres y los niños, por "la naturaleza débil" de su sangre, se encuentran más propensos a sufrir el padecimiento conocido como "tristeza", que se distingue por "el resecamiento de la sangre", por otro lado, una persona disgustada desarrolla "sangre ácida y fría"; el enojo y la tristeza producen el derramamiento de bilis en la sangre, y éste hace que las personas sean frías, por lo que un sujeto enojado puede parecer caliente, pero su temperamento ha empujado su calor corporal a través de la piel, dejando su cuerpo frío. Así, la menstruación revela una pérdida de calor, porque la sangre menstrual es portadora de parte del calor de la mujer.

En diversas áreas del país, la sangre se considera como un bien limitado, una sustancia vital no renovable, que una vez perdida nunca puede reponerse por medios normales, por ello se acostumbra ingerir atoles, caldos y sangre de diversos animales con el fin de recuperar un volumen o una densidad determinados, y así lograr un buen estado de salud.

Los antiguos nahuas consideraban a la sangre como uno de los componentes corporales a los que se atribuía la fuerza vital, López Austin hace notar que: "La sangre tenía como función fortalecer y hacer vivir y crecer a la gente, humedeciendo los músculos" (LÓPEZ; 2008)

La sangre también revitalizaba al Sol, divinidad que, al carecer de alimento, menguaría hasta el punto de ser incapaz de mantener el orden cósmico. Las lluvias, la fertilidad de la tierra, la salud del pueblo, la potencia bélica, eran 'compradas' a los dioses con la sangre de los sacrificados... Los sacerdotes sacrificadores untaban los labios de las imágenes con la sangre de los occisos en los ritos, y arrojaban gotas de sangre hacia los cuatro rumbos del plano horizontal para que todos los dioses distribuidos a lo largo y a lo ancho de la tierra recibieran su parte en el banquete (LÓPEZ, 2008, p. 372).

La filosofía náhuatl se basa en el sentido dual del mundo, hombres-mujeres, día-noche, vida-muerte, luz-oscuridad, frío-calor. Una forma de desequilibrio también es por transformaciones del estado de salud. La concepción indígena de las mujeres indica que las mujeres menstruantes, preñadas, puérperas o durante el parto tienen exceso de calor, por lo que se le aconseja no exponerse a enfriamientos de ningún tipo, a fin de evitar complicaciones que puedan culminar en la esterilidad; sin embargo, también se cree que a su término la mujer queda fría, debido a la "pérdida" de sangre menstrual.

La llegada de la menstruación, de estar en regla, la que "anda enferma de su mes", "anda mala de allí", "tiene su luna", "anda reglando" era vista como un indicador de que la joven puede iniciar su vida sexual, es decir, que está preparada para la procreación.

Por otro lado, la menstruación también es considerada por algunos grupos indígenas como una enfermedad que requiere aislamiento al igual que el puerperio, e incluso algo sucio y vergonzoso que la mujer debe ocultar. El aislamiento obedece a la creencia de que ese estado es peligroso: las casadas pueden debilitar al marido y "contaminar" los instrumentos de trabajo y enseres domésticos.

Aún en la actualidad, los nahuas poblanos de Yancuictlalpan creen que de mantenerse relaciones sexuales durante este periodo, dicha sangre puede causar enfermedades

venéreas u otras afecciones genitales, debido a que suponen que algo de la sangre puede penetrar en el canal de la uretra y pudrirse adentro, provocando una inflamación.

La relación entre el ciclo lunar y el menstrual, debido a la coincidencia entre la duración de ambos es usada en Yancuictlalpan, Puebla, "a la mujer la lleva la Luna" se le recomienda evitar alimentos de calidad fría que pueden ocasionarle "enfriamiento de vientre", o provocar que "se le hiele la matriz" o se detenga el flujo menstrual; rehuir alimentos ácidos porque se le "descompone la sangre" y le sale paño; así como evitar alimentos como frijoles, lentejas y plátano porque "caen pesados" y aumentan la intensidad de los dolores menstruales.

Por otro lado, existen creencias en torno al daño que la mujer en este estado puede causar a terceros: no debe asistir a la siembra porque se seca la semilla, ni debe mirar o visitar enfermos porque puede ocasionarles la muerte. Se le cree portadora del mal aire y agente causal del mal de ojo.

4.7 Reproducción

Bajo la concepción frío -calor, la atención al embarazo y el parto es brindada por las parteras-sobadoras y por las parteras, aunque en casos excepcionales el esposo mismo de la parturienta ofrece los primeros cuidados a la madre y al niño al momento del nacimiento. Incluso en aquellos casos en que existe la posibilidad de recibir atención especializada en una clínica del IMSS-Solidaridad presente en las cercanías de algunas comunidades, las mujeres prefieren alumbrar en la casa, en presencia de una terapeuta tradicional y del esposo, lo que les proporciona mayor seguridad y tranquilidad.

El cuidado de la gestante empieza en el momento mismo en que la partera le diagnostica el embarazo. Por lo general, la mujer acude a la terapeuta manifestando "estar mala, con dolores de panza, que son meses que ya no regla"; la presencia de náuseas y basca, y la falta de apetito que complementan el cuadro, permiten diagnosticar rápidamente su estado. Esta condición de la mujer provoca un cierto cambio social, al ser considerada

una suerte de enferma porque ya no puede realizar sus trabajos hogareños "como cuando no tiene nada".

Ciertas conductas de la embarazada, tales como la falta de cuidados, levantar cosas pesadas, correr, tener una asistencia médica precaria o tomar agua en cantidad insuficiente, son motivos para que el feto adquiriera una posición incorrecta, atravesada, lo que ocasiona dificultades al momento del parto y hace que el niño nazca débil.

Puede ocurrir que durante la sobada se detecte que el niño trae una mala posición porque la mujer trabaja, entonces el niño se pega de una manita o de una patita hacia las costillas dentro del vientre de la madre, y esto hace que se dificulte el parto. La manera de acomodar al niño, es decir, ponerlo nuevamente en posición cefálica, consiste en "campanear" a la parturienta, operación que se ejecuta poniendo un rebozo en el suelo y colocando a la mujer sobre él: la terapeuta agarra los extremos, lo levanta, y mueve a la paciente "hasta que se despegue el niño y pueda nacer".

Para atender en forma adecuada el parto, cada una tiene preparado el instrumental considerado necesario: las terapeutas que han recibido algún curso de capacitación reúnen pinzas, tijeras y gasas; las otras preparan aceite y algodón, trapos limpios, lienzos, sábanas y agua caliente, "para limpiar todo lo que arroja la enferma y para limpiar bien al niño una vez que nace".

Al nacer el niño, hay que "hacerlo llorar para que llene de aire sus pulmoncitos y empiece su vida en el exterior, y luego se le corta la tripita por donde se alimentaba de la madre". Inmediatamente después, la partera vuelve a ocuparse de la madre; le soba el vientre con aceite para que no agarre frío, y le administra otra taza de té de manzanilla "para que su vientre recobre el calor que perdió durante el parto". Las terapeutas de estos grupos acostumbran dar a la mujer un masaje en el vientre para acomodarle la matriz y evitar "que quede desparramada"

Transcurrido este periodo, durante el cual la enferma no puede levantarse de la cama, salir de su casa o hacer algún trabajo, se le permite caminar un poco "sin echar paso

grande", preparar su comida y bañarse. La puérpera presta particular atención al aseo de sus pechos, lo que hace cada día mientras dura la cuarentena.

El ombligo es una parte del cuerpo importante para las mujeres gestantes, ya que, además de sus funciones fisiológicas (es el elemento que vincula al feto con la madre, y a través del cual éste recibe los alimentos) también aparece dotado de numerosas funciones simbólicas: centro del cuerpo, determinante de la sexualidad y del erotismo, nexo entre el hombre y la madre tierra, factor que define el destino, punto central del hombre, de la Tierra y del cosmos e, incluso, recurso terapéutico de gran valor.

El muñón umbilical recibe un tratamiento ritual cuando se desprende, pues se piensa que sigue formando parte del individuo, y todo aquello que pudiera ocurrirle a aquél repercutiría en el bienestar de éste. La práctica está en función del sexo de la criatura, vinculada con su futuro destino: en el caso de ser niña, es enterrado frecuentemente en el interior de la casa, bajo o cerca del fogón, para augurar que sea una "mujer de su casa", diestra en las labores domésticas; el ombligo de los hombres se entierra o se deja en aquellos lugares asociados a las labores productivas, augurando de esta forma el éxito en sus obligaciones.

López Austin (2008) refiere que para los antiguos nahuas, el hecho de perder o abandonar el muñón, era símbolo de interrupción del vínculo con el cordón que quedaba enterrado junto a la placenta, para condicionar la vida del individuo: "... recibir en él un daño es sinónimo de ser víctima de burla, engaño, desdén y de pérdida de la estimación y de la honra".

Era una sociedad despreocupada por la densidad de la población. La organización política de los antiguos nahuas hacía necesario que el control de la población propia y de la conquistada se ejerciera por medio del logro de un constante equilibrio que permitiera el adecuado aprovechamiento de los recursos naturales, la organización del trabajo comunal, el control del trabajo libre, de su producción y de la tributación de sus excedentes, y el dominio de los sometidos, aprovechamiento que debía ser logrado con los recursos militares y burocráticos existentes.

La existencia del aparato gubernamental se basaba en la organización de las fuerzas productivas y en el control de la producción, se hacía necesaria la reproducción conservadora, en las que las relaciones se daban a partir del grupo doméstico como unidad de derechos y obligaciones. A través de la castidad se mantenía el vínculo entre un joven productivo y su hogar paterno, y se fortalecía místicamente la liga entre el joven y el templo-escuela dentro de los cánones religiosos que unían la castidad a las virtudes militares.

En una sociedad en la que la mortalidad infantil debió ser alta y en la que las bajas militares eran constantes y se toma en cuenta el valor económico de los menores y la temprana edad en que se incorporaban al trabajo, el templo, la familia o el *calpulli* se beneficiarían con el aumento de población a medida que los medios de producción lo permitiesen.

La mortalidad materna debió de ser elevada en las sociedades mesoamericanas. (VIESCA Treviño, 1984, p. 183) sin embargo, los frailes minimizaban el problema "Paren con menos trabajo y dolor que las nuestras españolas", (MOTOLINÍA, 1989, p. 65) "Parían tan sin riesgo que casi no lo sentían". (TORQUEMADA, 1986, p. 446)

4.8 La división sexual del trabajo

La división sexual del trabajo implica también una valoración diferente de las tareas realizadas y de quienes las realizan, aún cuando el sistema de reproducción material y social de las poblaciones indígenas está fincado en la complementariedad de actividades y en la cooperación y correspondencia de esfuerzos. (BONFIL Sánchez, 1999, p. 49)

Paloma Bonfil Sánchez y Raúl Del Pont Ralli señalan que la división del trabajo al interior de la unidad doméstica entre los grupos indígenas, está conformada por la familia, casi siempre nuclear, muchas veces ampliada y en ocasiones compuesta, que desarrolla en su interior las relaciones afectivas, sociales y productivas para la reproducción del grupo, en condiciones de cooperación y conflicto. La unidad doméstica es la base primera de organización y producción en las economías campesinas indígenas; el primer margen de

relaciones sociales y el vehículo central para la transmisión de la cultura, del sistema de valores y de las jerarquías y el poder. En este sentido, es en esta esfera dónde se determinan social y culturalmente, las identidades de género que permitirán más adelante a los individuos actuar bajo pautas socialmente reconocidas. En la organización de la producción y reproducción de la unidad doméstica se moldea la condición de las mujeres.

La división sexual del trabajo dentro de las comunidades indígenas no implica un predominio simbólico de las actividades masculinas sobre las femeninas y así se observa que en la reproducción ritual se veneran objetos de culto, por ejemplo, tanto los implementos agrícolas, como las ollas y los telares, en un reconocimiento de a la importancia y complementariedad de estas dos esferas de actividades masculinas y femeninas, claramente diferenciadas.

Una de las modalidades que toma el trabajo asalariado de las mujeres indígenas está ligada con la migración. Las migrantes indígenas, sea para trabajar en el servicio doméstico o el ambulante en las ciudades, como jornaleras en los campos agrícolas, o para buscar su alimento con la mendicidad en donde se pueda, pierden los espacios y lazos protegidos de que podrían disponer dentro de sus unidades domésticas y sus comunidades conformando por eso por eso uno de los sectores de la población más vulnerables y con menos garantías; pero al mismo tiempo pasan a recrear esos vínculos de solidaridad en nuevos contextos y condiciones sociales y culturales, generando así una experiencia nueva de reproducción de identidades étnicas.

El rol materno de las mujeres indígenas constituye una de las funciones sociales primordiales y no tiene solamente un contenido social sino que implica también una estrategia de reproducción económica: los hijos para las familias campesinas son también una fuerza de trabajo que asegura cargas más ligeras para los padres en su vejez; de estos dos factores depende el nivel de vida que tengan las familias. (BONFIL Sánchez, 1999, p. 69)

La migración ha provocado como fenómeno reciente el surgimiento de los hogares encabezados por mujeres y aún la aparición y el aumento de frecuencia de madres solteras. En estos casos, las indígenas han buscado soluciones que van desde la

contratación pagada de peones para el trabajo de la tierra cuando el marido o los hombres de la casa han migrado, el acuerdo mediero para la explotación de los terrenos, la renta de los mismos, la contratación de otras mujeres como trabajadoras asalariadas fuera de su unidad doméstica, el comercio, etc. (BONFIL Sánchez, 1999, p. 77)

En las zonas indígenas más tradicionales como Chiapas, Oaxaca, Guerrero y Puebla, se sigue todavía la costumbre de que una joven esposa se mude a vivir a la casa de los suegros. Esta situación la obliga a quedar bajo la autoridad de los padres de su marido quienes así controlan su trabajo, sus movimientos y sus relaciones con los demás integrantes del núcleo. Sólo cuando el marido no tiene tierras o la familia de la novia no tiene hijas se da la posibilidad de que él se “vaya de nuero”. Una de las opciones que tienen entonces las mujeres indígenas para acceder a mejores posibilidades de controlar los recursos de su familia, es “apartarse”, formar una unidad doméstica independiente de la generación de ingresos, la elaboración de los alimentos y la habitación. Esta posibilidad de ampliará cuando los hijos traigan a sus mujeres a vivir a la casa, y la madre-esposa tenga entonces la posibilidad de controlar el trabajo de las nueras. (NOLASCO, 1988, p.92)

5. Estudio de caso: mujeres indígenas del municipio Cuetzalan del Progreso en la Sierra Norte de Puebla

“Vivo en un país tan grande que todo queda lejos
la educación,
la comida,
la vivienda.
Tan extenso es mi país
que la justicia no alcanza para todos.”
Lina Zerón, Un gran país

La pobreza no es un problema nuevo ni menor en México. La riqueza está concentrada en un porcentaje mínimo de población, mientras millones de mujeres y hombres apenas sobreviven. Desde la perspectiva de la libertad, la pobreza debe ser vista como “la privación de las capacidades básicas y no como una mera falta de ingresos, que es el criterio habitual con el que se identifica la pobreza” (SEN, 2000, pág. 114)

Sen (2000) propone cinco capacidades que fortalecen la participación de las mujeres y la expansión de su libertad: leer y escribir, un nivel de educación formal, un ingreso independiente, trabajo fuera del hogar y tener derechos de propiedad. Estas cinco capacidades relacionadas empoderan a las mujeres.

Para las mujeres indígenas mexicanas disfrutar de estas cinco capacidades o empoderarse es casi imposible dados los contextos específicos en que viven y la condición histórica, étnica y de género que enfrentan: en las comunidades indígenas las mujeres presentan un índice de analfabetismo mayor que el de los hombres, dependen económicamente de su padre o esposo y no tienen derecho a heredar.

En el capítulo anterior di cuenta de la diferencia histórica de la particularidad de las mujeres en el contexto prehispánico. A lo largo de los siglos las mujeres han enfrentado una serie de mitos y estereotipos que las han colocado en una desventaja en todos los ámbitos de la vida, para el caso de la salud no es más favorable, espejo de las mujeres indígenas de la Sierra Negra de Puebla.

Las cinco capacidades propuestas por Sen, adquieren relevancia en el tema porque como él indica, el alfabetismo y el nivel educativo ayudan a que las mujeres ejerzan sus derechos y tomen decisiones relacionadas con la maternidad y la sexualidad; puedan

negociar la crianza de hijos e hijas y buscar trabajo fuera del hogar, generar ingresos independientes y cuidar su salud.

A la desigualdad de género en la familia hay que añadir otras limitaciones estructurales que se derivan de las características de la región en la que viven las mujeres y que son producto de su herencia ancestral: una deficiente infraestructura educativa y de salud que no contribuye al desarrollo de capacidades de las mujeres. Las posibilidades de empleo precarias, esporádicas y mal pagadas tampoco fomentan la expansión de su libertad. (SEN, 2000, pág. 31)

El actual Programa Nacional de Salud de (2007-2012) plantea que prácticamente toda la población indígena vive por debajo de la línea de pobreza “Una de cada tres viviendas en la zonas indígenas no cuenta con agua potable, la mitad no tiene drenaje... alrededor de 40 por ciento tiene piso de tierra, y en un alto porcentaje de ellas se cocina con combustibles sólidos... sólo 20 por ciento de los indígenas está afiliado al Seguro Popular y sólo 9 por ciento cuenta con acceso a servicios del IMSS Oportunidades.”

Las mujeres indígenas conforman un sector en nuestra sociedad desde siempre, presente y largamente ignorado que constituye un problema mayor: el de la identidad y el derecho a la diferencia. Lo “indígena” se ha definido oficialmente –censalmente- a partir del criterio del uso de la lengua; sin embargo, ese patrón no da cuenta de los diversos factores que constituyen la etnicidad y que siguen siendo parte de las relaciones sociales y culturales vigentes entre las poblaciones indígenas actuales de nuestro país. (BONFIL Sánchez, 1999, pág. 10)

Las mujeres constituyen el sector más tradicional de las sociedades indígenas: son ellas quienes cumplen la función de transmitir y preservar la cultura. Bonfil Sánchez refiere que de la distribución de hablantes de lengua indígena por sexo se desprende la importancia de las mujeres como agentes en la conservación y transmisión de la lengua y sus elementos culturales asociados. En las cinco lenguas principales, 60 por ciento de los hablantes monolingües son mujeres. (BONFIL Sánchez, 1999, pág. 34)

Paloma Bonfil Sánchez, especialista en desarrollo social de las mujeres indígenas, señala que una característica común entre las mujeres de los grupos étnicos es la pobreza,

expresada en la prolongada jornada de trabajo que se traduce como actividad constante que combina producción, reproducción y maternaje, dentro y fuera de la casa. Las mujeres indígenas desarrollan actividades domésticas: preparación de alimentos recolección de leña, acarreo de agua, cuidado de animales, lavado de ropa, confección de artículos para el autoconsumo doméstico, desarrollan actividades productivas – remuneradas o no- agricultura de traspatio, elaboración de productos para la venta al menudeo: artesanías, alimentos, pastoreo, agricultura y aún venta de la fuerza de trabajo o se integran a relaciones laborales formales; y también son ellas las encargadas del cuidado y la atención de las hijas/os, las y los ancianos, enfermos y del hogar.

Las funciones socialmente asignadas a las mujeres indígenas han permitido crear una tradición de conocimiento y la aparición de oficios vinculados a estos saberes: parteras, curanderas, yerberas, sobadoras, rezanderas, artesanas y comerciantes y agricultoras, como parte de sus actividades de especialización.

Bonfil Sánchez afirma “Las mujeres indígenas son pobres y son campesinas” aunque existen otros factores que determinan el impacto de la pobreza sobre las mujeres relacionados con su condición de género, edad, posición, condición y circunstancias de las indígenas influyen adicionalmente sobre sus posibilidades nutricionales, de trabajo o de educación; así por ejemplo, el sector más afectado por el impacto de la pobreza son las mujeres entre los 14 y 51 años, el espectro de la vida productiva y reproductiva. (BONFIL Sánchez, 1999, págs. 67-69)

En términos generales, señala Bonfil Sánchez, la vida de las mujeres indígenas es limitada pues no están en posibilidades de ejercer sus derechos políticos y públicos (BONFIL Sánchez, 1999, pág. 77) y es la salud donde se refleja la desigualdad.

Las poblaciones indígenas presentan una tasa de mortalidad infantil muy por encima del promedio nacional y sus principales causas de defunción son todas prevenibles bajo condiciones adecuadas de nutrición y sanidad. La alta natalidad por su parte, -un hijo más en promedio- constituye otro indicador común de situaciones de pobreza. (BONFIL Sánchez, 1999, pág. 38)

En las poblaciones indígenas de la Sierra Norte poblana se observa un tratamiento preferencial por los niños sobre las niñas, son considerados como futuro apoyo de la familia y fuente de sustento, por ende reciben alimentos y cuidados en condiciones preferenciales y son más estimulados por sus familias y la propia comunidad. Mientras las niñas son descuidadas, no asisten a la escuela, asumen responsabilidades y trabajos domésticos muy pesados a muy temprana edad y a menudo se les obliga precozmente a contraer matrimonio, incluso se les vende sin saber cuál será su suerte final, que en muchos casos, se convierte en prostitución o pornografía.

A las niñas se las amamanta por lapsos más breves, reciben menos calorías y padecen desnutrición que a la larga las conduce a la muerte o la discapacidad mental o física, con tasas superiores a las de los niños (ULLOA Ziáurriz, 2002, pág. 2).

Tan sólo en Puebla 56.1 por ciento de la población de 0 a 14 años vive en condiciones de riesgo nutricional muy alto o extremo, respecto a 31.1 nacional. (REDIM, 2009) Asimismo, las niñas tienen menor acceso a la atención de la salud. En los centros de salud, hay menor cantidad de niños que de niñas, aún cuando las niñas y los niños padecen episodios de diarrea con igual frecuencia. Por todas esas razones, las tasas de mortalidad de las niñas es entre una y cuatro veces superiores a la de los niños indígenas mexicanos. (ULLOA Ziáurriz, 2002).

La Red por los Derechos de la Infancia en México reportó en 2009 78.7 por ciento de la población menor de 17 años sin derecho-habidencia en Puebla, siendo la tasa nacional de 62.4 por ciento, al mismo tiempo que a las niñas se les vacuna menos que a los niños. (REDIM, 2009)

Teresa Ulloa, directora de la Coalición Contra el Tráfico de Mujeres y Niñas para América Latina y el Caribe (CATWLAC, por sus siglas en inglés), señala que las niñas indígenas viven en una constante situación de peligro. La falta de equidad de género está profundamente arraigada en la vida de las niñas indígenas desde su nacimiento, o incluso antes. No se trata de una violencia aleatoria: el factor de riesgo es ser mujer y ser indígenas, agravada por su edad lo que las coloca en una situación de mayor vulnerabilidad. (ULLOA Ziáurriz, 2002)

La salud sexual y reproductiva, en medio de tabúes y estereotipos sexuales culturalmente aprendidos deviene en un riesgo para la salud integral de las jóvenes indígenas. La tendencia de inicio de vida sexual entre mujeres indígenas es bastante temprana e inferior al promedio nacional, se produce alrededor de los 16 años y va asociada a un inmediato inicio de vida conyugal y a menudo seguido de manera inmediata de la primera gesta, es decir que hay una relación directa entre sexualidad, conyugalidad y maternidad.

Para la antropóloga Margarita Nolasco la vida de las niñas y jóvenes indígenas se divide en tres períodos críticos (NOLASCO, 1988, págs. 3-7):

1. De los 3 a los 4 años, la niña indígena inicia su colaboración en las tareas domésticas; a los 7 u 8 es la madre sustituta de sus hermanos más pequeños... y antes de los 10 conoce sus obligaciones: acarrear el agua, recolectar leña, hierbas comestibles y otros productos, ayudar en las tareas domésticas, hacerse cargo de los hermanos menores y empezar a ayudar en las tareas artesanales. Si se puede, va a la escuela.
2. A los 12 o 13 años tiene responsabilidades de adulta en las labores domésticas y agrícolas, lo que limita en buena medida sus posibilidades de asistencia escolar. Su mayor relación con el núcleo familiar se asocia con un nivel de bilingüismo mayor al de los hombres.
3. Dependiendo de la zona, entre los 13 y 16 las mujeres indígenas están listas para el matrimonio; entre los 16 y 19 inician un largo período de procreación, con alrededor de 12 o 15 embarazos en promedio, de lo que sobreviven 4 o 5 hijos.

La historia de salud de las mujeres indígenas está trazada, a grandes rasgos, por este guión: nacen desnutridas y atraviesan la infancia entre privaciones y duros trabajos; tienen el primer embarazo prácticamente en cuanto son fértiles y un emparejamiento inestable que, sin embargo, igualmente las mantendrá frecuentemente en gestación (a menos que sean esterilizadas, generalmente sin su conocimiento). Durante su vida adulta, los continuos embarazos no les impedirán el cuidado del hogar y el esfuerzo por obtener ingresos. Padecerán deficiencias nutricionales y frecuentes enfermedades que desembocarán en el fallecimiento a temprana edad. Apenas podrán diferenciar sexualidad de reproducción y tendrán un alto riesgo de maltrato en sus relaciones de pareja. (HERNÁNDEZ, 1993, pág. 122)

Lina Rosa Berrio Palomo, coordinadora Kinal Antzetik, señala que la mortalidad materna es más alta en regiones indígenas resultado de una deuda histórica que el Estado mexicano tiene en el acceso y la calidad de la atención de la salud que se ofrece para esta población, pues esto nos habla de inequidades sociales ya que son muertes asociadas a la pobreza y la marginación, esto aunado al mayor riesgo de la población adolescente.

La infraestructura, el personal médico disponible, la capacidad resolutive de las emergencias obstétricas, y la más importante, el reconocimiento a la diversidad cultural de los pueblos indígenas son deudas históricas para las comunidades indígenas, ya que según la especialista en salud materna de las mujeres indígenas, México no ha avanzado en políticas de salud intercultural para toda la población, como si se ha empezado a construir en otros países.

Berrio Palomo señala que las mujeres indígenas tiene acceso al primer nivel o nivel básico de atención, el que se realiza en los centros de salud de las comunidades donde reciben un número regular de consultas prenatales, cinco y en algunos casos hasta ocho. La implantación de programas como el Oportunidades obliga a las mujeres a llevar el control de su embarazo y otras más muestran interés por hacerlo. En el primer nivel las y los médicos deben ofertar un paquete de control del embarazo y post-embarazo, armar con ella el plan de seguridad, etcétera, este proceso lleva unos 20 minutos aproximadamente, sin embargo son las enfermeras y las promotoras de salud quienes están haciendo este trabajo.

En el segundo nivel de atención, en embarazos sin complicaciones, las mujeres llegan a los hospitales municipales donde empieza la saturación del servicio y se complica aún más cuando se presenta una emergencia obstétrica. La mujer llega en trabajo de parto y es atendida por un policia porque no hay médico de guardia, luego la acompaña un trabajo social porque no hay médico de urgencia, es decir que no hay disponibilidad de personal médico capacitado, ni plantas completas dado que es difícil encontrar a un ginecólogo y a un anesthesiólogo en el mismo hospital.

Aunque el Seguro Popular ha destrabado algunos problemas del servicio de salud, como el acceso económico al parto, no logra solucionarlo por completo, sigue habiendo

dificultad para la compra de medicamentos pues algunas veces no los surten en los hospitales o no existe convenio con las farmacéuticas.

En el foro Mortalidad Materna en Mujeres Indígenas organizado por CIMAC, Catalina Martínez, indígena triqui de Oaxaca comentó que en su comunidad si hay servicios de salud pero no medicamento suficiente, ni equipo para atender una complicación. Otro gran problema son los períodos cortos de atención pues en algunos casos el personal médico es enviado a las estas comunidades como en castigo, con un horario de atención de 9 a 3 pm de lunes a viernes, a veces sólo hasta el jueves.

Catalina Martínez ha observado en su comunidad que el tema de anticoncepción no se trata con las mujeres, reciben algunas pláticas pero nunca saben qué métodos existen, las ventajas o desventajas, además de la pena que significa para las mujeres compartir o preguntar qué es o cómo se usa y las enfermeras tampoco saben cómo explicarles porque usan términos muy complejos que dificultan la comunicación, además no hablan el mismo idioma.

Así como Oaxaca, en otras regiones el panorama de salud sexual no es más favorecedor para las mujeres indígenas. En Veracruz, Guerrero y Chiapas, el contexto es parecido, entidades en las que la organización Kinal Anteztik tiene un trabajo comprometido con las indígenas.

Por otro lado, el norte del país es también un foco rojo. Las cifras estatales que en general son positivas, encubren estas desigualdades, especialmente entre la población indígena que existe, tanto la originaria como la migrante que llega a estos estados. Por ejemplo, en el Valle de San Quintín, Baja California, las compañeras de la Casa de la Mujer Indígena reportan dos casos de muerte materna en 2010 los cuales aparentemente no están registrados, aunado al desabasto de anticonceptivos y que no se está ofertando la prueba de VIH a las embarazadas.

La población indígena que además es migrante vive otro grado de marginación. En el caso de Sinaloa hay una importante población migrante pero los indicadores de acceso a salud y especialmente salud reproductiva, son muy bajos, porque los gobiernos estatales

asumen que no les corresponden la atención a esta población quienes finalmente quedan desprotegidas.

La disponibilidad de métodos de anticoncepción cobra importancia cuando los miramos como una estrategia de reducción de la mortalidad materna, por la posibilidad de decidir sobre la fecundidad y un ejercicio de la maternidad voluntaria, segura, elegida y que no implique riesgos para las mujeres.

La posibilidad de decidir sobre el cuerpo y la fecundidad no siempre está presente, en algunos casos por planteamientos del orden cultural y esta noción de "tener los hijos que Dios mande", a veces tan arraigada en ciertas zonas del país, no solo indígenas, también rurales y urbano marginales.

El ámbito de la salud la percepción de las usuarias indígenas no es alentadora: *“Los médicos de los centros de salud cercanos a mi comunidad son racistas; dicen que no nos quieren atender porque no estamos muy bien aseados, y nos ponen una cara que hasta da miedo acercarse a ellos. Entonces mejor decidimos que nos atienda una curandera”* (purhépecha). *“A los médicos no les gusta nuestra manera de vestir –como nuestro uso de ceñidores–, nuestro uso de la medicina tradicional, nuestras costumbres alimentarias..”* (chocholteca). *“Tratan a la gente como ignorante, regañan a las parejas que tienen varios hijos y les imponen métodos anticonceptivos a fuerza y les regañan porque no entienden el idioma o se burlan”* (náhuatl). (GALL, 2010)

La salud representa un campo particularmente ilustrativo de la condición de las mujeres indígenas, del incumplimiento de sus derechos a muy distintos niveles. La falta de oportunidades para lograr un estado saludable permanente, en el que los episodios de enfermedad fueran ocasionales y la presencia en cambio, de afecciones y padecimientos que en la vida de los indígenas y especialmente de las mujeres, adquieren un carácter crónico (como la desnutrición, la anemia, el estrés, las enfermedades gastrointestinales y respiratorias, etcétera) son reflejo tanto de la condición de miseria en que nacen, crecen, viven y mueren las y los indígenas, como de las prioridades familiares y culturales que colocan a las mujeres en el último lugar para acceder a las estrechas posibilidades de atención en información disponibles en su entorno. (BONFIL Sánchez, 1999, p. 133)

En el plano biológico, la mujer se distingue del hombre por su papel protagónico en la reproducción. (GONZÁLEZ Montes, Las mujeres y la salud, 1995, p. 13) Puede vivir embarazos, alumbrar a sus hijos y amamantarlos, experimentan trastornos de la ovulación y de la gestación, viven el climaterio, abortos, padecen secuelas, presentan complicaciones de enfermedades crónicas u degenerativas como consecuencia de embarazos, o tienen complicaciones durante el parto y el puerperio.

Otra característica social común a las mujeres indígenas en la manera en que asumen su vocación para el matrimonio. La familia –dentro de la esfera doméstica- se considera culturalmente el espacio para el desarrollo de las mujeres. (BONFIL Sánchez, 1999, p. 26) Las mujeres indígenas empiezan su vida de casadas entre los 16 y 19 años (a veces antes) y con ella una larga historia de embarazos y partos: hijos que nacen y mueren con rapidez. A los 40 años de edad, una mujer ha dejado de ser fértil y representa generalmente 15 o 20 años más de los que tiene.

Las costumbres y tradiciones en torno a las cuales se reproducen creencias y valoraciones propias del grupo, a menudo en contradicción con las normas y valores de la sociedad hegemónica regional, en muchos casos implican violencia y alcohol, y revelan situaciones de conflicto y subordinación de las mujeres, pero sobre todo las expectativas culturales de los nahuas respecto a los roles sexuales.

Al interior del grupo doméstico entre los nahuas se refiere a problemas de maltrato y violencia que suelen romper con los roles sexuales: el hombre como proveedor del hogar, la mujer encargada de cuidar la casa y los hijos/os. (SIERRA, 2000, pág. 3), este rompimiento entre las costumbres y los roles lleva a una transformación para adecuarse a las exigencias de los contextos y de la misma cultura, tal es el caso del noviazgo y el matrimonio.

El modelo tradicional del matrimonio indígena basado en el intercambio matrimonial decidido por padres y parientes, basado en el servicio del novio o en la entrega de regalos (reconocido como el pago de la novia), y en rituales matrimoniales particulares, ha debido adaptarse a nuevas situaciones: ahora es común que los jóvenes salgan a trabajar como migrantes y jornaleros, debido a la falta de tierra o de trabajo en sus comunidades, lo cual les genera ciertos ingresos que les posibilitan no depender más del padre para

conseguir una novia, para las mujeres ir a la escuela les da posibilidades de salir y encontrarse con sus compañeros, lo que les ha abierto la posibilidad de elegir a sus parejas y no sólo aceptar las decisiones de los padres, explica Sierra.

En la Sierra Norte de Puebla los roles genéricos en el ámbito doméstico trastocan las formas tradicionales de heredar: es frecuente encontrar a mujeres disputando un bien; generalmente la casa, la parcela, lo que suele cuestionar costumbres arraigadas, como el hecho de heredar al xocoyote (al menor de la familia), y sobre todo a los hijos varones. La demanda de las mujeres en torno a la herencia parece ser un proceso relativamente reciente, que sin duda refleja la problemática económica que viven las mujeres cuando se quedan viudas, o se separan, sin nadie que las mantenga. (SIERRA, 2000, pág. 4)

5.1 Cuetzalan del Progreso, Sierra Norte de Puebla

La región de la Sierra Norte del Estado de Puebla comprende 65 municipios ubicados en una cadena montañosa que constituye el extremo sur de la Sierra Madre Occidental de México. Tiene una longitud aproximada de cien kilómetros, con anchuras de hasta 50 kilómetros. Ocupa el norte de Puebla y el oriente de Hidalgo. La sierra limita al oriente con la Llanura Costera del Golfo, y al poniente y al sur con el Eje Neovolcánico.

Son ocho municipios indígenas con alto o muy alto grado de marginación y un bajo o muy bajo índice de desarrollo humano en la Sierra Norte de Puebla: Ahuacatlán, Ayotoxco, Camocuautla, Cuetzalan, Huehuetla, Hueytlalpan, Zautla y Zoquiapan, donde conviven principalmente tres grupos indígenas el náhuatl, el totonaco y el otomí.

La historia de la Sierra Norte de Puebla está suficientemente documentada, ubicada en diferentes contextos y en distintos momentos entre Teotihuacan y El Tajín (GARCÍA Martínez, 1987, pág. 46), era el antiguo Totonacapan, ligado al señorío de Cempoala, una porción importante del sur del actual estado de Veracruz, además de algunos tramos comprendidos dentro de la Sierra Madre Oriental (hoy Sierra Norte), que actualmente corresponden al estado de Puebla.

Si bien el Totonacapan era habitado en su mayor parte por gente de habla totonaca, la intensa movilidad de la región dio lugar a que muchos de sus pobladores hablaran otras lenguas, como el náhuatl, el otomí y el tepehua.

Los nahuas, junto con los totonacas, otomíes y tepehuas, se mantuvieron casi como los únicos ocupantes de la Sierra Norte de Puebla hasta mediados del siglo XIX. Actualmente, la población nahua en el estado de Puebla es la que ocupa el primer lugar a nivel nacional; es también la que encabeza a este estado, siendo mayoritaria en la Sierra Norte de Puebla. La población total de hablantes de náhuatl de la Sierra Norte de Puebla es de 218 mil 83.

El origen de los nahuas en la Sierra Norte de Puebla obedece a diferentes migraciones, dos las migraciones que dejaron su huella: la de los olmeca-xicalancas, llegados del valle poblano-tlaxcalteca, que difundieron la lengua náhuatl, y la de los toltecas, provenientes del Altiplano Central, que arribaron a la región occidental e impusieron el náhuatl. (BÁEZ, 2004, págs. 18-19)

La Sierra Norte de Puebla es una región predominantemente rural, con un alto índice de población indígena y un elevado grado de marginalidad, sobre todo entre esta población, aspecto que explica el alto índice de expulsión de mano de obra que caracteriza a esta zona; aunque hasta hace unos diez años, los migrantes se dirigían a las ciudades de Puebla y México, donde trabajaban por lo general en la industria de la construcción, y otra población todavía más marginal buscaba trabajo en las fincas cafetaleras de Puebla y Veracruz. Actualmente, la migración hacia Estados Unidos se ha intensificado debido a la crisis que afectó el cultivo del café, las pocas posibilidades de desarrollo y la escasez de trabajo en las ciudades.

En la región desde el Altiplano poblano-tlaxcalteca el clima que predomina es el templado-frío, y los cultivos que se ven favorecidos son el de manzana, ciruela, pera, durazno, aguacate, al igual que el de flores propias de este clima. En esta franja, que corre de oriente a occidente, se ubican los principales centros rectores de la región, en donde se asientan los poderes que ejercen su influencia política, económica y social sobre el resto de los municipios. Estos centros cuentan con toda una infraestructura urbana: oficinas gubernamentales, centros educativos de todos los niveles y servicios asistenciales

especializados. Las principales ciudades que se encuentran en esta franja son: Huauchinango, Zacatlán, Chignahuapan, Tetela de Ocampo, Zacapoaxtla, Zaragoza y Teziutlán.

La Sierra Norte es una región muy húmeda, con clima templado-cálido, óptimo para el cultivo del café y la pimienta. En esta zona se ubican los municipios de Cuetzalan, Tuzamapan, Huehuetla, Xochitlán de Vicente Suárez, Zapotitlán de Méndez, Hueytlalpan, Ahuacatlán, Aquixtla, Olintla, Xicotepec de Juárez, Jopala, Zihuateutla, Pahuatlán y Naupan. En la zona árida, vinculada con el valle poblano-tlaxcalteca, se ubican grandes haciendas que utilizan alta tecnología y riego para sus cultivos de valor comercial, entre otros, la cebada y el trigo. Esta región es provechosa. Vista panorámica de Cuetzalan, Puebla. Los municipios que la conforman son: Ixtacamaxtitlán, Cuyoaco, Tepeyahualco, Libres y Ocoatepec. (BÁEZ, 2004, págs. 20-22)

En el siglo XV, las poblaciones de lengua náhuatl del altiplano que habían desplazado a los totonacos, estuvieron estrechamente aliados con la Triple Alianza: Tenochtitlan, Texcoco y Tlacopan. En 1475 el imperio mexica controlaba la región, y nombró Cuetzalan por las aves cuyas plumas eran el principal tributo, pero fue hasta 1968 cuando se le otorgó el rango de ciudad.

Los nahuas de Cuetzalan se llaman a sí mismos maseualmej (los que trabajan). Los primeros maseualmej llegaron de Texcoco, otros de Cholula y Tlaxcala. Con la llegada de los conquistadores, en 1552 la sierra ya estaba catequizada por los franciscanos y nombrada San Francisco Quetzalan. Durante el siglo XVII se le nombró corregimiento de San Juan de los Llanos, y en 1569 ya pertenecía territorialmente al antiguo distrito de Zacapoaxtla, hasta 1895, año en que se erigió como municipio libre. Su relativo aislamiento de los españoles y el alto índice de población indígena permitió que se mantuviera un desarrollo homogéneo, rico en costumbres y tradiciones. (MONTANER, 2009, p. 20-54)

En las confrontaciones de los maseualmej contra otros grupos participaban también las mujeres, luego fue sencilla su incursión como proveedoras del sustento diario que alentó su voluntad de adquirir voz en los asuntos domésticos y públicos, en la actualidad les ha valido la eficiente organización entre mujeres.

5.2 Atención a la salud materna en Cuetzalan

En la Sierra Norte existen diversos factores que promueven el rezago social y la marginación, 60 por ciento de las mujeres y 54 por ciento de los hombres de 13 a 15 años y 87 por ciento de las mujeres y 76 por ciento de los hombres de 16 a 19 años no asiste a la escuela y la educación que reciben durante los pocos años que asistieron no les brinda los conocimientos ni las herramientas necesarias para conocer y ejercer sus derechos humanos, para participar y beneficiarse del desarrollo social, para cubrir sus necesidades primarias o contribuir al bienestar familiar, para asumirse como actores sociales propositivos/as, autogestivos/as y empoderados/as. (DEGANTE Sánchez, 2008, pág. 2)

Frecuentemente la especificidad lingüística representa para las y los indígenas una barrera frente a las instituciones, el porcentaje de personas que no habla español es relativamente alto: 76.6 por ciento de la población de la zona de habla indígena también habla español, mientras que los demás 23.2 por ciento sólo hablan una lengua indígena, 15 por ciento de los hombres y 31.4 por ciento de las mujeres. (INEGI, 2000)

La violencia física, psicológica y patrimonial, así como violencia en la comunidad están presentes en la vida de las mujeres indígenas. Golpes con objetos o con el cuerpo, amarrarlas, que les roben dinero o bienes, que sean obligadas a tener relaciones sexuales o a hacer cosas que a ella no le gustan, destruir, tirar o esconder sus pertenencias, la prohibición para trabajar o estudiar, amenazas de abandono o de quitarle a sus hijas/os, avergonzarlas, menospreciarlas o humillarlas, decirle fea, ignorarlas o hacerlas sentir miedo son modalidades de esa violencia. (PÉREZ Nasser, Las Políticas Públicas y la Violencia de Género hacia las mujeres indígenas de Cuetzalan, Sierra Norte de Puebla, 2010, pág. 15)

En 2009 Puebla tenía una población total de población total 5 millones 647 mil 642 personas, de las cuales casi tres millones son mujeres (2 millones 961 mil 812), únicamente un millón 377 mil 243 cuenta con seguridad social y 2 millones 541 mil 439 del total. (ENADID, 2009) más de 90 por ciento de la población es indígena.

El Observatorio de Mortalidad Materna reportó en 2009, un millón 548 mil 85 de mujeres en edad reproductiva, es decir, de entre 15 a 49 años, con una Tasa Global de

Fecundidad de 2.3 hijas/os por mujer. (OMM, 2009). El mismo estudio señala que la Razón de mortalidad materna en 2009 era de 55.4.

La situación de las mujeres indígenas en relación a la violencia en espacios comunitarios está en deterioro: una de cada cinco mujeres indígenas de 15 años y más ha sido víctima de abuso sexual y casi la totalidad de ellas (92 por ciento) han sufrido de intimidación. (DEGANTE Sánchez, 2008, pág. 3)

En Puebla, 38.7 por ciento de las mujeres de 15 años y más han sufrido de agresiones en espacios comunitarios, de éstas, 90 por ciento ha sufrido intimidación y 35 por ciento violencia sexual. En tanto, la violencia intrafamiliar es un problema que afecta gravemente a las mujeres indígenas, 2 de cada cinco viven violencia por parte de su pareja siendo la violencia psicológica la más frecuente pero también son víctimas de violencia económica, física y sexual (15, 12 y 6 por ciento respectivamente).

Alma Sánchez Degante, responsable del Observatorio de Violencia de la Sierra de Puebla (OVSP) del Espacio Espiral de Cuetzalan señala que la violencia en el matrimonio es básicamente inexistente de manera que las estadísticas no muestran la gravedad del problema en la región.

El OVSP señala la dificultad para obtener información respecto a la violencia sexual, sobre todo con las autoridades y servidores/as públicos, quienes las más veces negaron su existencia o minimizaron los hechos ocurridos en sus municipios. Sin embargo, la percepción de las mujeres ante este tipo de violencia consideran las violaciones sexuales de cónyuges, parientes, conocidos o desconocidos a niñas/os y adultas; el acoso, el hostigamiento, el contagio de ITS, así como cuando los padres o madres no creen en sus hijas cuando les dicen que han sido violadas o cuando no hacen nada para ayudarlas.

Para las mujeres adultas casadas o unidas, es importante hablar de la violencia que viven cuando sus parejas toman las decisiones sobre su salud reproductiva, no sólo por el hecho de que dan o niegan los permisos para que ellas asistan a consultas o revisiones médicas, sino porque también deciden el número de hijas/os y el momento de tenerlas/os, así como el uso o no de anticonceptivos.

En este mismo sentido, el descuido de parejas de las propias familias de algunas mujeres durante sus embarazos y sus partos es considerado como violencia. La violencia psicológica y emocional incluye amenazas de golpes y de muerte, celos, desprecios, manipulaciones, silenciamiento de los episodios de violencia, ofensas, humillaciones. (DEGANTE Sánchez, 2008, pág. 14)

Según datos del OVSP las normas y estereotipos que se imponen socialmente por ser de un sexo o de otro favorecen el incremento de la violencia. Desde el ámbito familiar, a las niñas se les enseña a ser sumisas, se les asignan tareas en el cuidado de sus hermanas/os menores y en el aseo de la unidad doméstica; en tanto que los padres restringen la escolaridad de sus hijas, argumentando que esta es innecesaria dado que se dedicarán a tener y criar hijas/os y a atender al marido y a su casa; en este mismo sentido, a los niños se les enseña a ordenar, a competir con los demás, a pelearse, y a ingerir bebidas alcohólicas.

Las instancias de gobierno municipales indicadas para recibir y proporcionar algún tipo de atención jurídica están instaladas en las cabeceras de cada municipio. Con frecuencia la primera instancia a la que recurren las mujeres es al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

El sector salud refiere que son pocas las mujeres que acuden por atención médica a causa de violencia física y no cuentan con estadísticas al respecto. Los centros de salud de la Secretaría de Salud (SSA) y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) dependen de sus jurisdicciones sanitarias, quienes les piden un control mensual sobre el número de pláticas proporcionadas como parte del programa Oportunidades, donde destaca el tema de violencia intrafamiliar. (DEGANTE Sánchez, 2008, pág. 22)

La Coordinación regional del IMSS ubicada en Zacapoaxtla, cuenta con un departamento de salud reproductiva y reporta que de febrero a septiembre de 2008 había impartido mil 73 pláticas sobre violencia intrafamiliar a adolescentes y mujeres beneficiarias de oportunidades, así como 87 cursos y foros sobre la temática en los municipios de Jonotla, Huehuetla, Tepetzintla, Xacapoaxtla, Olintla, Ixtepec, Cuetzalan y Zautla.

En lo que respecta a la Jurisdicción Sanitaria de SSA ubicada en Zacapoaxtla, el departamento de salud sexual y reproductiva impartió 282 pláticas sobre prevención de la violencia a adolescentes y mujeres oportuna-habientes en unidades de Huehuetla, Olintla, Cuetzalan e Ixtepec. Las pláticas consisten en definir a la violencia familiar, sin brindar otro tipo de asesoría. (DEGANTE Sánchez, 2008, pág. 23).

Un reclamo constante es de una atención médica en las clínicas, con mejores instalaciones, especialistas y medicamentos. Las y los jóvenes manifiestan una necesidad de que les proporcionen información sobre salud sexual y reproductiva para evitar las ITS y la deserción escolar a causa de embarazos no planeados. (DEGANTE Sánchez, 2008, pág. 13)

En el primer trimestre del 2009 la SSA del estado de Puebla reporta 10 muertes maternas en los municipios de Ahuazotepec, Jalpan, Puebla, Quimixtlán, Tepetzintla, Xiutetelco y Zacapoaxtla). Las defunciones fueron de jóvenes de 10 a 39 años. (PINEDA Ruiz, 2002). Por su parte el Observatorio de Mortalidad Materna hizo un conteo de 78 muertes maternas en el mismo año en todo el estado y una razón de muerte materna (RMM) de 70.1.

El IMSS que tiene a su cargo las Unidades Médico Rurales de Camocuautla y San Felipe Tepatlán, municipios en los que viven aproximadamente 4 mil mujeres. Para el segundo trimestre del 2009 había atendido en estos municipios apenas 30 embarazadas, 23 de alto riesgo siendo la multigesta, cesárea previa, menores de 16 años y mayores de 40 las principales causas que provocaron la morbilidad. Entre las principales causas de morbi-mortalidad materna en la región están: preeclampsia, diabéticas con preeclampsia, aborto, violencia física durante el embarazo, VIH/SIDA.

En 2009, según la Secretaría de Planeación del estado de Puebla, señala que por cada mil habitantes hay 1.1 médicos en Cuetzalan y 1.5 en el estado. A pesar del número de muertes maternas, en su reporte no la señala como las principales cosas de mortandad (enfermedades del corazón, diabetes, enfermedades cerebro-vasculares, tumores malignos, y sólo ciertas afecciones originadas en el período perinatal con 38. 4 por cada 100 mil habitantes.

En ese periodo atendieron 4 partos, pero 3 presentaron complicaciones que fueron derivados al Hospital General de Zacatlán. (Observatorio de Violencia Sexual y de Género, 2009)

Un organismo de la sociedad civil que se ha dedicado a la investigación de la situación de las mujeres en el municipio es el Espacio Espiral, a través del Observatorio de Violencia Sexual y de Género (OVSG) monitorea los servicios de salud, entre otros temas, a los que acceden las mujeres: Unidades Médico Rurales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en cabeceras municipales y/o Juntas Auxiliares, Clínicas de la Secretaría de Salud (SSA) en Juntas Auxiliares, Casas de Salud de la SSA en Localidades, Hospitales Integrales de la SSA en 2 cabeceras municipales, Clínica del ISSSTEP en una cabecera municipal y el Módulo de Medicina Tradicional en una cabecera municipal.

El OVSG evaluó los programas Arranque Parejo en la vida o Embarazo Saludable y Seguro Popular de Salud de la SSA, y el Programa Oportunidades: Atención a Mujeres Embarazadas de la SEDESOL. Los hallazgos del OVSG evidencian un insuficiente personal médico de planta, de guardia y especialistas; instalaciones inadecuadas, insuficientes y donde no se brinda atención permanentemente; desabastecimiento de medicamentos y materiales; personal médico que incumple con los horarios de atención, que requiere de capacitación y sensibilización en temas de derechos humanos; insuficiente promoción y reconocimiento de la partería, falta de transporte para traslados de mujeres embarazadas de los centros de salud a los hospitales, falta de equipo de telecomunicación en centros de salud, falta de voluntad en el personal médico y/o incapacidad para atender partos en las unidades de primer nivel, insuficiente coordinación intersectorial entre el IMSS y la SSA, falta de traductores y traductoras entre el español y las lenguas indígenas.

Los requerimientos que señala el OVSG en la Campaña *“Tod@s unid@s para garantizar el derecho a la salud materna”* en Cuetzalan son: el cumplimiento de personal médico al horario establecido por Ley, el reconocimiento, promoción y respeto al ejercicio de la partería, la atención con calidad a usuarias (sensibilización a personal médico), unidades de primer nivel cuenten con equipamiento servible, seguimiento a la Segunda Etapa del Hospital General de Cuetzalan

Los efectos que la violencia doméstica tiene en los diversos integrantes de las familias indígenas son cada vez más estudiados, sobre todo los que se refieren a la salud reproductiva de las mujeres. Al respecto, las indígenas manifiestan una serie de malestares no sólo físicos sino también emocionales, muchos de ellos relacionados con cuestiones de salud reproductiva: “nos dan dolores de cabeza, de cintura, de abdomen; se siente tristeza en el corazón”; “sentimos temor, miedo para andar solas”; “nos sentimos sin libertad”; “se tienen embarazos no deseados”; “hay abortos muchas veces por los golpes durante el embarazo, o ya de por sí porque la mujer está triste o asustada”; “una se siente culpable, sin valor para participar”, “algunas mujeres se han muerto de las golpizas y porque luego no las atienden”.

Los usos y costumbres de cada pueblo son un amplio abanico de fenómenos socioculturales que abarcan la vida de los pueblos. La medicina tradicional, un elemento de suma importancia entre las comunidades indígenas sin acceso a los servicios de salud institucionalizados, son parte de un sistema de salud completo, que obedece a una cosmovisión y que es diferente, si bien no necesariamente contrapuesto, a la medicina alopática occidental.

Las largas distancias a los hospitales, las condiciones de vida insalubres y la ineficiencia de las clínicas locales, siguen representando una amenaza fatal para la salud reproductiva del país. Alrededor de 38 mil parteras tradicionales están registradas en el gobierno mexicano gobierno, más otras miles que no estén registradas oficialmente, quienes han proporcionado una cuerda de salvamento para madres embarazadas y lactantes en las regiones marginadas de México. Realizan exámenes de rutina a través del tacto y la intuición, la sustitución de las máquinas y las pastillas para las manos y los tratamientos a base de hierbas. (ICHIN, 2010)

5.3 El papel de las parteras y las traductoras

Las culturas indígenas en general, no facilitan el conocimiento, el control y la decisión de las mujeres sobre su propio cuerpo. El secuestro del cuerpo y la salud reproductiva de las mujeres indígenas no se da únicamente al interior de la familia y/ o la unidad doméstica.

Las mujeres indígenas presentan como constante una protesta entre los abusos médicos institucionalizados: el maltrato en la atención clínica hospitalaria, la desinformación, el miedo y las esterilizaciones forzosas de las que las mujeres han sido objeto. (BONFIL Sánchez, 1999, pág. 154)

La esperanza de vida de la población indígena es siete años inferior al resto de la población, es decir, que la esperanza de vida de una persona que vive en condiciones regulares de vida es de 76 años, mientras para una persona indígena es de 69 años.(ZOLLA, 2007)

La marginación se refleja en las altas tasas de desnutrición crónica y el predominio de enfermedades infecciosas (intestinales, influenza, neumonía, tuberculosis pulmonar) y de enfermedades relacionadas con la pobreza (cólera, paludismo, dengue, lepra, etcétera).

Las enfermedades del corazón, tumores, diabetes y cirrosis son superadas en casos entre la población nacional, mientras para la población indígena supera la incidencia en neumonías, tuberculosis, diarreas y muertes maternas (SSA, 2001).

El estudio de Zolla refiere que de 17 mil 859 localidades indígenas únicamente 46.5 por ciento tiene acceso a servicios de salud, mientras para el resto de la población 67.5 por ciento tiene acceso a servicios de salud: un millón 205 mil 884 (27.4 por ciento).

Cada vez más mujeres deciden atender su embarazo en dos vías, acuden simultáneamente a los servicios de la SSA y con una partera. Berrio Palomo explica que un trabajo de parto puede durar hasta un día, ante al incapacidad de atención e los hospitales que reciben a la mujeres hasta el momento expulsivo, las mujeres dan a luz fuera de los hospitales. Esta realidad sumada al maltrato psicológico, relacionado con el contexto cultural, las parteras han dejado de ser vistas como las responsables de la Mortalidad Materna como hasta hace unos años se creía.

De los terapeutas indígenas, 38 por ciento son parteras, ellas junto con las yerberas, sobadoras, curanderas, rezanderas u toda la gama intermedia de especialistas, cumplen una función indispensable para sus grupos étnicos y representan uno de los espacios en que con mayor fuerza se conserva y produce el conocimiento indio: la ciencias de la salud y la curación. La práctica terapéutica constituye uno de los nichos de reconocimiento para

las mujeres al interior de sus familias, pueblos y comunidades. Curar es limpiar, alejar las enfermedades y los malos aires, restablecer la armonía entre el cielo y la tierra, entre hombres y mujeres, entre el día y la noche. (GONZÁLEZ Montes, 1999, pág. 134)

La salud constituye un campo aceptado para la participación pública de las mujeres; las parteras indígenas como importante sector de profesionales han sido el primer grupo reconocido oficialmente, aunque no necesariamente tolerado en la práctica terapéutica.

Las organizaciones de parteras integrantes de las organizaciones de médicos tradicionales más amplias, han reunido por casi dos décadas ya una experiencia importante en la gestoría y el planteamiento de sus problemas y demandas de sus pueblos; y conforman un frente organizado de mujeres en los distintos grupos indígenas, comparable sólo quizá a las grandes cooperativas de artesanas o de comercializadoras de diversos productos manufacturados y agropecuarios. (BONFIL Sánchez, 1999, pág. 135)

En situaciones de violencia o maltrato, las mujeres indígenas de Cuetzalan señalan que generalmente acuden con las curanderas y con las parteras de sus comunidades, porque les tienen más confianza. A su vez, las parteras señalan que las mujeres presentan problemas frecuentes de susto y bilis, síntomas que guardan una estrecha relación con la violencia.

En los principios que orientan la medicina indígena se piensa que existe una relación directa entre las emociones con el organismo y la salud, y que la violencia puede desencadenar reacciones emocionales fuertes, que a su vez rompen el equilibrio corporal, propiciando que se instale la enfermedad. Es por eso que las curanderas y parteras perciben un gran número de conexiones entre la violencia y los padecimientos que presentan las mujeres, mucho más que los propios médicos alópatas.

A esto se agrega que la medicina tradicional cuenta con una serie de respuestas terapéuticas, no sólo para enfrentar los efectos físicos de la violencia, sino también para atender los desequilibrios anímicos. En ese sentido investigadoras, como Soledad González, recomiendan que en la intervención relacionada con la violencia doméstica y/o

de género deberá considerarse la participación de las parteras y curanderas tradicionales, en coordinación con la medicina alópata (MEJÍA S., 2010)

En Cuetzalan, Puebla, médicas/os tradicionales y parteras están agrupados en módulos de medicina tradicional de hospitales integrales de la SSA, o reciben capacitaciones del personal de la SSA, lo que en muchos casos ha significado una transformación de los espacios y formas de atención.

La falta de reconocimiento de las parteras se ha traducido en la desvalorización en la percepción de su trabajo. Las médicas y parteras a quienes el OVSP entrevistó consideran peligroso, dañino o malo ayudar a las mujeres para que den a luz en sus casa o para abortar, pues tienen prohibido interrumpir los embarazos, así aunque hayan sido violadas o aunque sean menores de edad, tratan de convencerlas para que desistan del aborto. En ciertos municipios, las parteras reciben en sus domicilios a mujeres que han sido violentadas para atenderlas, les dan alimento a ellas ya a sus hijas/os y a veces las acompañan con el Juez de Paz y dialogan con sus parejas para que no las traten mal. (DEGANTE Sánchez, 2008, pág. 11)

En materia de salud materna, señala Lina Rosa Berrio coordinadora de Kinal Antzetik, hay prácticas tradicionales en salud sumamente con una eficacia sumamente comprobada como por ejemplo el parto en forma tradicional que puede ser en diferentes posiciones: vertical, en cuclillas, agarrada, sentada, etc. Estas posiciones ayudan al proceso de expulsión a diferencia del parto horizontal que comprime el flujo sanguíneo y hace más difícil el proceso.

El uso de plantas tradicionales y bebidas que ayuden a calentar el cuerpo al momento de la expulsión y en el post parto, el acompañamiento de la partera y la participación de los familiares que ayudan a generar un clima de confianza y seguridad en la parturienta. A veces no importan las leyes o los derechos que apoyan a las mujeres indígenas en sus derechos por una sexualidad libre, pues también influyen los usos y costumbres de cada localidad del país.

En necesario, reafirma Berrio, diferenciar entre los usos y costumbres que son benéficos y reconocen los derechos de las mujeres y otros que atentan contra ellos y es necesario

cambiarlos, porque en algunas comunidades éstas prácticas se asumen como normales aunque vayan en contra de los derechos. Hay una gran presión de la familia y la comunidad para mantener el orden establecido y las prácticas tradicionales de unión y reproducción.

Una figura importante en el cuidado y atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas son las parteras y las y los traductores. En el caso de las traductoras, señala Berrio, es absolutamente efectiva e indispensable para garantizar que las mujeres puedan ser atendidas en su lengua o cuenten con alguien que les ayude a comprender el sentido de lo que se dice, no es solo un asunto de traducción de palabras sino del sentido que ciertos eventos y procesos tienen para las mujeres.

Berrio señala que una posibilidad es que del mismo modo en que se vienen contratando por el Seguro Popular, personal de salud para las unidades, se incorporen intérpretes indígenas con conocimiento en materia de salud sexual y reproductiva, que puedan apoyar a las mujeres, en los hospitales de segundo nivel de las zonas indígenas.

A las parteras tradicionales se les ha colocado en un lugar de mayor subordinación pues no son reconocidas ampliamente como un actor clave en el proceso de atención al embarazo, parto y puerperio. Las parteras no solo atienden partos sino que se constituyen en una figura clave de reconocimiento dentro de la comunidad, acompañan a la embarazada durante el proceso, incorporan prácticas locales que les son más cercanas y comparten una misma cosmovisión lo cual da seguridad y confianza a las mujeres. Hay una gran cantidad de estudios y experiencias en otros países que muestran que una articulación entre el sector salud y las parteras tradicionales contribuye a reducir la muerte materna, mejorar la calidad de la atención recibida, aumentar la satisfacción de las usuarias pues se sienten reconocidas en su cultura y su sistema de prácticas en salud.

En Ecuador, explica Berrio, hay hospitales donde las mujeres pueden tener sus hijos en la posición que gusten, en la sala de partos tradicionales y todo el personal de salud de gineco-obstetricia al igual que las parteras, están capacitados para acompañarla en el parto de la forma que ella decida. Esto ha bajado la mortalidad y ha incrementado de manera sustancial, la asistencia de las mujeres quechuas al hospital, es decir, son intervenciones que reconocen la diversidad cultural y el derecho de los pueblos indígenas

a preservar sus prácticas en salud. El reconocimiento a las parteras y traductoras es sin duda uno de los puntos centrales en el avance del reconocimiento de la interculturalidad en materia de salud.

La mortalidad materna se resuelve con el parto hospitalario. Las parteras constituyen un factor fundamental en la atención de la salud materna pero no tienen la solución al problema como tampoco son el problema, las parteras saben perfectamente que partos pueden atender y cuáles no, cuando está mal puesto, está atravesado, etcétera.. Representan un recurso de atención permanente que las y los médicos no ofrecen porque no hay suficientes servicios, es decir que sin ellas el sector salud colapsaría, explica Berrio Palomo.

Las parteras, además son un recurso local con pertinencia cultural que, en trabajo conjunto con el personal de la SSA potenciaría la calidad de la atención a la salud de las mujeres.

5.4 El papel de la sociedad civil

Las culturas indígenas no son estáticas y están sujetas a transformaciones históricas, no son receptoras pasivas de la influencia urbana, su existencia presente y distintiva constituye una prueba de su capacidad de permanencia y adaptabilidad. (BONFIL Sánchez, 1999, pág. 21). El elemento cohesionador de las culturas indígenas es la organización social en comunidades, basada en un sentido de la reciprocidad y en la identidad colectiva. También se distingue también el valor que se da al lugar que ocupan las personas (posición), a los seres animados y a los inanimados, que integran los diversos planos de la realidad. (BONFIL Sánchez, 1999, pág. 23)

Cuetzalan presenta un trabajo importante y avanzado en la organización de mujeres, ejemplo de ello son las agrupaciones de mujeres parteras, médicas, promotoras de salud o defensoras de derechos humanos de las mujeres.

Maseualpajti, es una organización que surge en 1992 como una iniciativa del Instituto Nacional Indigenista (INI) para conformar la Sociedad de Solidaridad Social de Médicos

Tradicionales Indígenas de la Sierra Norte de Puebla. La incorporación de los médicos/os tradicionales al Hospital Integral tiene como uno de sus objetivos, además del intercambio de conocimientos entre las y los médicos alópatas y tradicionales, la valoración de la medicina indígena.

En 1995, las parteras socias de la Maseualpajti, con el apoyo de los médicos alópatas del hospital, elaboraron un Manual de la partera indígena, escrito en náhuatl y español, donde hablan sobre el parto, la gestación, el aborto, la alimentación y la higiene. (BÁEZ, 2004, p. 34-36)

La experiencia de las mujeres indígenas de Cuetzalan ante la justicia y las instituciones comunitarias han profundizado en interculturalidad y género, y tienen un camino ya recorrido en la defensa de sus derechos humanos y su apuesta por la construcción de una justicia intercultural. (SIERRA, Las mujeres indígenas ante la justicia comunitaria. Perspectivas desde la interculturalidad y los derechos, 2009, p. 76)

Para Lina Berrio Palomo la interculturalidad la coexistencia de dos sistemas de salud en un trabajo de reconocimiento y valorización de las parteras que involucra una reflexión de las parteras sobre el grado de relación que desean, la adecuación cultural de los espacios físicos, el conocimiento de las mujeres sobre cómo quieren ser atendidas y otro grupo de adecuaciones respecto a las plantas tradicionales, la participación de la familia en el parto, etcétera.

El concepto de interculturalidad implica entonces una relación entre grupos sociales y culturas; las relaciones de poder entre grupos históricamente subordinados y hegemónicos; el reconocimiento de la diferencia colonial, o sea, la necesidad de valorar la diversidad y también una apuesta dialógica transformadora, que impacte al modelo de Estado unitario y a la democracia. (WALSH, 2002)

La apuesta de la interculturalidad en los derechos humanos y los derechos de las mujeres, hace relevante la condición histórica de subordinación de las mujeres indígenas como parte de sus pueblos sin justificar las subordinaciones de género al interior de las sociedades indígenas (SIERRA, Las mujeres indígenas ante la justicia comunitaria. Perspectivas desde la interculturalidad y los derechos, 2009, p. 76-77). Por eso, repensar

la interculturalidad desde el género implica también una apuesta política para las mujeres indígenas y la necesidad de trastocar el orden instituido dentro de sus propias comunidades y organizaciones.

En el campo de jurídico y legal, en el caso de Cuetzalan, el campo de la justicia se transformó a partir de la instalación del Juzgado Indígena en el año 2003. En su tesis de doctorado, Adriana Terven da seguimiento a este proceso de renovación de la justicia indígena y sus retos para considerar el punto de vista de las mujeres. (TERVEN, 2009)

Una particularidad de la justicia indígena que se desarrolla en el Juzgado ha sido la presencia significativa de mujeres nahuas en el Consejo del Juzgado, el discurso de los derechos humanos y los derechos indígenas, el discurso de los derechos de las mujeres es un referente continuo en los debates del Consejo y en los talleres y pláticas que suelen darse a las autoridades indígenas. En este proceso, la Casa de la Mujer Indígena (el Cami) ha desempeñado un papel clave al apoyar el seguimiento de casos en el Juzgado en los que están involucradas mujeres, pero también al impulsar un proyecto propio de intervención para atender casos de violencia doméstica.

El proceso de incidir en un campo tan particular como lo es la justicia indígena, espacio masculino por excelencia, no ha sido fácil porque implica intervenir en las maneras tradicionales de resolver los conflictos y en el ejercicio de la autoridad y, por tanto, en sus procedimientos y en los sistemas normativos. Las mujeres nahuas de Cuetzalan están construyendo sus derechos específicos como mujeres indígenas, y no solo eso sino que además están desarrollando diversas estrategias específicas para su defensa, tal es el caso de la “Maseuasiutkali”

A mediados de la década de los ochenta cuando las mujeres empiezan a construir abierta y colectivamente sus derechos como mujeres indígenas, a través de la reflexión y diálogo permanente en sus organizaciones y con sus asesoras mestizas, grupo del cual Susana Mejía Doctorante en Desarrollo Rural por la Universidad Autónoma de México unidad Xochimilco, y asesora de la Casa de la Mujer Indígena formó parte. Sus derechos los construyen en relación directa con la satisfacción de sus necesidades (MEJÍA, 2006, p. 2)

En el año de 2003 las organizaciones de mujeres indígenas de Cuetzalan, ya unidas en Red, junto con el CADEM (Centro de Asesoría y Desarrollo entre Mujeres A.C.), fueron convocadas por la CDI (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas) para impulsar el proyecto de Casas de la salud, en regiones indígenas del país. Es así como en la Casa confluyen diversas organizaciones de mujeres indígenas tanto la “Maseualsiuamej Mosenyolchicauanij”, pero también otras organizaciones de mujeres indígenas, que ya venían trabajando juntas en la apropiación de sus derechos, como la “Yankuiksiuat” que fue impulsada por un grupo de religiosos de la teoría de la liberación, y la “Maseualchikaukatejkitini” impulsada de manera autónoma por sus integrantes a raíz de una invitación de la presidencia municipal de Cuetzalan y recibiendo durante varios años asesoría de parte del programa indígena de Desarrollo del entonces INI. (MEJÍA, 2006, p. 13-16)

Además de a interculturalidad, el empoderamiento es y ha sido una herramienta indispensable para el mejoramiento del nivel de vida de las mujeres indígenas. (PÉREZ Nasser, 2008, p. 5-12)

El proceso de empoderamiento de mujeres indígenas organizadas desde una perspectiva de género organizadas, significa desplegar su capacidad de poder controlar e influir en decisiones que tengan que ver con su cuerpo, con su medio físico, social, cultural, político, económico y natural.

La maestra en desarrollo rural Elia Pérez Nasser señala que el “empoderamiento” implica “poder” ejerciéndose en las relaciones sociales, económicas y políticas tanto entre individuos, clases, grupos o géneros de las sociedades. Las mujeres siempre han intentado, desde su posición de género (madre, esposa y trabajadora), no sólo influir en su ambiente privado, sino también de expandir su espacio a través de variadas formas de resistencia, transgresiones y contra-violencias, que si bien no han cambiado su situación de subordinación, han conformado espacios sociales y subjetivos de significación, que de alguna manera crean condiciones para que ese fin sea posible (Fernández: 1993 en Martínez y Montecinos: 1996).

Sin embargo, la sociedad patriarcal prevaleciente, promotora de los valores de sumisión, sacrificio, obediencia y sufrimiento silencioso, frecuentemente boicotea estos intentos

femeninos de hacerse oír o de exigir su parte de los recursos. A pesar de ello, existen alternativas en las que la gente y específicamente las mujeres, pueden sentirse empoderadas colectivamente al estar organizadas y unidas con un propósito o compromiso común.

5.5 La organización entre mujeres

Pérez Nasser distingue tres dimensiones o ámbitos en los cuales influye el empoderamiento: el personal o de autopercepción individual, las relaciones cercanas en las que se despliegan habilidades o destrezas para negociar e influir en la naturaleza de la relación y, la colectiva cuando los individuos trabajan colectivamente para lograr un mayor impacto trascendiendo como sujetos sociales a nivel institucional, político, local, regional e internacional.

En Cuetzalan numerosas mujeres nahuas, desde sus organizaciones, han elaborado un discurso propio. Comenzaron hace más de veinte años. Ellas promueven y establecen importantes cambios en las familias y en la comunidad. Definen y defienden sus derechos y necesidades de autonomía. En las asambleas comunitarias participan en las decisiones y acuerdos. Comercializan sus artesanías de manera colectiva y directa. Crean pequeñas empresas en plena armonía con la naturaleza. Valoran su cultura, cuidan su patrimonio vivo. Ejercen oficios tradicionales con sabiduría ancestral y renovada, tanto en tejido, hilados, bordados y en diversas artesanías, como en la medicina tradicional.

La doctora Graciela Freyermuth Enciso señala que el problema en la población indígena no hablante de español es la perpetuación de la inequidad y el rezago, más las circunstancias que privan de manera individual y hacen posible la naturalización de las condiciones de inequidad, ya sea mediante la internalización por parte de las personas afectadas, sean las mujeres o sus familias, de su condición de subordinación, lo que las lleva a una limitada capacidad para tomar decisiones en diversos ámbitos (como en la familia, la comunidad o las instituciones gubernamentales), para exigir el cumplimiento de sus derechos, o en el convencimiento de que no es posible cambiar estas tragedias y ligarlas al destino, la suerte, la envidia o brujería. Estos aspectos sin duda abonan

igualmente a la perpetuación del rezago estructural y dificultan que las muertes maternas sean evitadas.

Debemos de incidir en lo que tenemos mejorar por ejemplo la calidad de la atención, los retos para mejorar la calidad de la atención no son menores, ya que se requiere modificar no solamente las habilidades y capacidades técnicas de las y los médicos en activo, sino incidir en la calidad de la educación médica del país y en el compromiso que este personal le debe a la población.

La certificación permanente del personal de salud y los resultados de su práctica, asociado a incentivos económicos podría ser una estrategia que en un corto plazo mejorara la atención. Calidad de la atención versus oportunidad en la búsqueda de atención son dos elementos que deben ser monitoreados muy cercanamente en los servicios de salud. La reciente iniciativa presidencial para la atención de la urgencia obstétrica en hospitales del ISSSTE, IMSS y la SSA, independientemente de la condición de derecho-habencia, es un buen paso para el acceso a los servicios. Sin embargo, esta iniciativa ha sido muy poco promocionada y será necesario dar seguimiento a las mujeres que están siendo atendidas bajo estas condiciones para reconocer si tal instrumento permite disminuir las brechas entre mujeres o ahondarlas aún más. Es decir, ¿quién hace uso de las iniciativas y quién conoce estos beneficios? Muchas veces son las personas más cercanas al personal de salud, no derecho-habientes ciertamente, pero que cuentan con un capital social y cultural mayor que el de las mujeres pobres o indígenas. El manejo discrecional de las iniciativas institucionales ha beneficiando solamente a unos pocos, lo que no permite remontar los rezagos entre la población más vulnerable.

Remontar las inequidades en el acceso a los servicios de salud es responsabilidad de los médicos y demás personal de salud de las clínicas de adscripción de estas mujeres, ya que la operación de la mayoría de los programas incluye no sólo la educación en salud, sino el asegurar la demanda de los servicios, y por tanto el uso oportuno de los mismos; solamente a través del compromiso y responsabilidad de estos actores podrá asegurarse que no ocurran más muertes de mujeres por actos de negligencia y omisión.

En México aún no se ha conseguido minimizar la desigualdad entre hombres y mujeres; la dramática condición de subordinación que guardan las mujeres en muchos hogares contribuye a la atención tardía e inapropiada de las urgencias obstétricas. Esta subordinación se construye desde la infancia y va determinando poca capacidad para decidir.

Entre las características de las mujeres y sus familias que condicionan las desigualdades entre el propio género femenino destacan: a) el capital económico, en el que se incluyen los recursos materiales con los que cuenta la familia; b) el capital humano, constituido por el nivel educativo y los conocimientos e información que se tiene acerca de las complicaciones durante la maternidad, y el grado del manejo del castellano, y c) el capital social o redes de apoyo, que permitan movilizar recursos materiales y humanos que posibilitan distintas opciones para la resolución de los problemas. Una buena política de comunicación social en salud y de educación a la salud puede incidir en el fortalecimiento del capital humano, contribuyendo a promover una cultura de la salud y adicionalmente mejorando el capital social a través de las redes de apoyo que se establecen mediante los programas de desarrollo social como el de Oportunidades.

En un país como México, con grandes desigualdades, atender las necesidades de salud de las personas indígenas ha representado un gran reto. Los problemas de salud se acentúan en las comunidades rurales, en las cuales se asientan la mayoría de estos grupos. Esta situación es ampliamente conocida por la Secretaría de Salud, la cual en el Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006 planteaba como una de sus líneas de acción para mejorar la salud y la nutrición de los miembros de los pueblos indígenas.

6. Propuesta para la cobertura periodística de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres Indígenas

Nuestras voces resuenan
por el mundo/ desde el diálogo uterino
que el feto entabla/ con el cuerpo que lo alberga.
Desde la naturaleza/ la cultura y la historia,
que hemos perpetuado/ y son nombres de mujeres
Desde la marginal/ e injusta situación
en que estamos sumergidas,/ invadimos la tierra
y rescatamos la vida,/ las voces milenarias
de mujeres en el tiempo/ y el espacio.
Voces De Mujeres, Norma García Mainieri

El recrudecimiento de la violencia, la militarización, la feminización de la pobreza y la criminalización de la protesta, inciden en todos los ámbitos de la vida. Los medios de comunicación juegan un papel fundamental, sea como repetidores de estereotipos o como agentes críticos de los procesos sociales.

Si un Estado pretende alcanzar la democracia, debe asegurar el respeto a la diversidad de opiniones y a hacer válidos los derechos humanos de sus hombres y mujeres. El derecho a la comunicación es básico en el ejercicio del resto de los derechos, incluido el derecho a la libertad de expresión y a la salud.

La concentración de los medios de comunicación es un elemento clave en la distribución-difusión de información en medios locales, nacionales e internacionales, sean urbanos o rurales y de distintos formatos, televisión, radio, prensa, digitales, etcétera.

La comunicóloga, analista feminista e integrante de la Red de Investigadoras por la Vida y la Libertad de las Mujeres, Aimée Vega Montiel señala que en México, dos empresas controlan 98 por ciento del contenido de los medios de comunicación, llámese radio, televisión, prensa e incluso, de internet.

México ha firmado y ratificado distintos convenios y tratados internacionales en los que se compromete a respetar y promover los derechos humanos y la participación de las mujeres en todas las esferas sociales.

En el capítulo J de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing, China,

(1995) sobre la mujer y los medios de difusión, señala que aunque ha aumentado el número de mujeres que hace carrera en el sector de las comunicaciones, pocas son las que han llegado a ocupar puestos directivos o que forman parte de las juntas directivas y órganos que influyen en la política de los medios de difusión. Se nota la desatención a la cuestión del género en los medios de información por la persistencia de los estereotipos basados en el género que divulgan las organizaciones de difusión pública y privada locales, nacionales e internacionales.

El capítulo J de Beijing está dedicado a la promoción e inclusión de la participación de las mujeres en los niveles de la estructura y contenidos de los medios de comunicación, a promover el respeto y la no reproducción de estereotipos que perjudiquen o atenten contra la dignidad de las mujeres.

Beijing tuvo como objetivo aumentar el acceso de la mujer y su participación en la expresión de sus ideas y la adopción de decisiones en los medios de difusión y por conducto de ellos, así como las nuevas tecnologías de comunicación, para ello se dictaron algunas medidas que los gobiernos deberían, entre otras cosas:

- a) Fomentar la educación, la capacitación y el empleo de las mujeres a fin de promover y asegurar su igual acceso a todas las esferas y niveles de los medios de difusión
- b) Fomentar la investigación de todos los aspectos de la imagen de la mujer en los medios de difusión para determinar las esferas que requieren atención y acción a examinar las actuales políticas de difusión con miras a integrar una perspectiva de género
- c) Promover la participación plena y equitativa de la mujer en los medios de difusión, incluida la participación en la gestión, la reproducción de programas, la educación, la capacitación y la investigación
- d) Procurar que se distribuyan equitativamente los nombramientos de mujeres u hombres en todos los órganos consultivos, de gestión, de reglamentación o de supervisión incluidos los relacionados con los medios de difusión privados y estatales o públicos
- e) Alentar a esos órganos, en la medida en que ello no atente contra la libertad de expresión, que aumente el número de programas destinados a la mujer y realizados por mujeres, para velar por las necesidades y los problemas de la

mujer se tarten en forma apropiada

- f) Estimular y reococer las redes de comunicación de mujeres, entre ellas las redes electrónicas y otras nuevas tecnologías aplicadas a la comunicación, como medio para la difucion de información y el intercambio de ideas, incluso en el plano internacional, y brindar apoyo a los grupos de mujeres que participan en todos lo ámbitos de los medios de difusión y de los sistemas de comunicación a ese efecto.

Atendiendo al caso mexicano, los medios de comunicación impresos, elcestrónicos o digitales están muy lejos de cumplir con la normatividad internacional. Presentar una imagen equilibrada y diferenciada, no estereotipada y promover la participación de la mujer en los medios de difusión no son efectivos en nuestro país.

Para Beijing, una tarea pendiente es establecer Códigos de conducta y de ética u otros mecanismos apropiados de autorregulación para asegurar el respeto a los derechos humanos de las mujeres en su derecho a la comunicación.

Por ello, en marzo del 2008, la Red de Investigadoras por la Vida y la Libertad de las Mujeres presentó en el Senado de la República mexicana la propuesta de “Lineamientos y mecanismos para una legislación de medios de comunicación con perspectiva de género”. La iniciativa forma parte del compromiso de la Red de impulsar procesos legislativos y promover políticas y acciones de gobierno a fin de garantizar el acceso de las mujeres y las niñas a una vida libre de violencia y el respeto pleno a todos sus derechos humanos y ciudadanos, entre los que se encuentran: su acceso a la comunicación y la información, sin discriminación de ninguna índole y bajo ninguna circunstancia.

Se basa en los acuerdos internacionales firmados por México (especialmente con los acuerdos emanados de la IV Conferencia Mundial de la Mujer, realizada en Beijing en 1995, y los tratados aprobados en la Organización de las Naciones Unidas) y en un análisis de los marcos jurídicos nacionales como la Constitución (artículos, 1, 6 y 7), Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y Ley General de Igualdad entre Mujeres y Hombres, entre otros que existen en la materia “que llaman a la necesidad de que la Ley de Medios promueva los derechos humanos de las mujeres y las niñas en nuestro país”.

Como lo mencioné en los capítulos anteriores, históricamente las mujeres han sido colocadas en un espacio distinto, aislado, en una desigualdad que origina una vulnerabilidad naturalizada socialmente. Durante muchos años los medios de comunicación se mostraron indiferentes ante la violencia enfocada en más de la mitad de la población, 51.4 por ciento de la población mexicana son mujeres (INEGI, 2005). Las mujeres han sufrido maltrato físico y psicológico en una proporción que quizá hubiera sido un escándalo si las víctimas fueran otras. (LARA Klahr, 2010, p. 106)

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDRH) de 2003, revela que en México 46.6 por ciento de las mujeres entrevistadas reconocieron haber sufrido violencia por parte de su pareja. (GONZÁLEZ Balboa, 2005)

El Monitoreo Global de Medios en su informe de 2010⁴⁵ la WACC revela que solamente 24 por ciento de las personas que aparecen, dan su opinión o sobre las cuales se lee en las noticias, son mujeres y sólo 16 por ciento de las noticias se enfocan específicamente en las mujeres. Un 48 por ciento de los contenidos de los medios refuerzan los estereotipos de género y solamente 8 por ciento de las noticias los cuestionan.

Al respecto, el periodista Marco Lara Klahr señala que en muchos países esta realidad comenzó a cambiar de forma significativa en los años noventa, cuando los medios incluyeron la violencia como un hecho sobre el cual se debía informar.

La información periodística ha sacado de la oscuridad el ámbito privado del problema, para convertirlo en un problema de debate público, ha motivado que se incluya en la agenda política sobre la que hay que incidir. Otro de sus efectos es la movilización de las instituciones, en particular del sistema penal.

La violencia de género se hizo pública y de mayor interés social a partir de los feminicidios de Ciudad Juárez, Chihuahua, fenómeno que ha cuestionado la eficacia institucional y alarmado a la sociedad. (LARA Klahr, 2010, p. 106)

⁴⁵ Coordinado por la Asociación Mundial para la Comunicación Cristiana (WACC, por sus siglas en inglés), realizado los diarios, noticiarios radiales y televisivos de 42 países de todos los continentes

Los medios de comunicación y sus dueños se enfrentan ante un dilema: informar sobre los actos violentos u ofrecer un panorama distinto. Por una parte, centran su atención en hechos sangrientos, en aquellos acontecimientos más dramáticos, como la muerte violenta de mujeres (aunque la mortalidad materna no es tomada como una muerte violenta), donde la víctima es un actor pasivo del horror, presentan cada caso como un asunto personal, aislado, como si nada tuviera que ver con los valores machistas de la sociedad y en claves dramática, con un lenguaje que pretende más impactar a los sentimientos que aportar al pensamiento. Al mismo que invisibiliza a las mujeres.

En 1998 en el grueso de las noticias 12 por ciento es sobre mujeres y en cuanto a fotografías, ellas ocupan 8.8 por ciento, frente al 66.7 por ciento de los hombres, es decir, el masculino es el género predominante en el discurso periodístico. (LARA Klahr, 2010, p. 107), (GALLEGO, 1990)

Así los medios de comunicación presentan una imagen distorsionada y limitada de la sociedad y de las mujeres en particular. A su vez, las y los periodistas producen y reproducen buena parte de los estereotipos de género presentes en las industrias culturales. A pesar de que la mujer ocupa hoy un lugar destacado en los espacios de la vida pública tradicionalmente reservados a los hombres, tal presencia todavía no se manifiesta en los medios de comunicación. (BACH, 2000)

Pero, los medios de comunicación no funcionan como un elemento único, autónomo. En el proceso de la información influyen mujeres y hombres dejan su huella en ese fragmento de la realidad, a la vez que participan como intérpretes, vendedoras y vendedores de historias e importantes de opinión, lo que a su vez brinda la posibilidad de ser agentes de cambio o ser quienes repitan y perpetúen la violencia de género en los medios de comunicación.

6.1 Periodistas

¿Qué se necesita para hacer buen periodismo? En el prólogo para el Manual de Periodismo no Sexista la periodista y activista por una vida libre de violencia de las mujeres y niñas Lydia Cacho señala que para hacer un buen periodismo debes encontrar

el sentido de tu misión como periodista.

El sentido de la misión implica descubrir nuestras herramientas personales, intelectuales y emocionales para ponerlas al servicio de la verdad, especializarse para desentrañar las múltiples realidades que conforman a nuestras sociedades.

“Para que la misión se fortalezca precisamos estudiar y modernizarnos. El concepto de objetividad como principio periodístico resulta anticuado. Somos sujetas, sujetos, y desde esa subjetividad, desde nuestra concepción del mundo, desde nuestro buen, o mal uso del lenguaje, es que abordamos una historia o un hecho por concreto que este sea. Kapuscinsky ha dicho que para ser buen periodista se precisa ser buena persona, y ¿qué es ser buena persona?, ¿es lo mismo ser mujeres que ser hombres?, ¿entendemos la versión moderna de persona que el maestro nos propone? Podemos, pregunto yo, ser buenas reporteras o buenos reporteros si somos incapaces de cuestionar nuestro uso del lenguaje tradicional bajo el argumento de que es más fácil y rápido. Cuántas personas en nuestra profesión pueden explicar las repercusiones y los efectos sociológicos y políticos que tiene la persistente presencia del sexismo en la cobertura de guerras, de injusticias, de actos de corrupción, de todas las formas de violencia e incluso en el ejercicio del poder del Estado”. (CIMAC, 2009, p. 1)

Para Lara Khlar, el periodista es un recolector de información que luego debe interpretar. Dedicar buena parte de su jornada laboral a la búsqueda de noticias y sobre todo a la consecución de primicias informativas que le permitan a él y a su medio destacar entre la competencia, ofrecer a la audiencia algo mejor y más atractivo que lo que muestran los otros. Su éxito y reconocimiento profesional dependerá en gran parte de la consecución de estos objetivos. (LARA Klahr, 2010, p. 232)

Sin embargo, señala Riva Palacio va mucho más allá de las definiciones, hay quienes con colaborar semanalmente en un medio ya se identifica como periodista, por ello, delimita: “periodista es el reportero o reportera quien vibra y se emociona cuando por primera vez su nombre rubrica una información y su estomago cosquillea nerviosamente cuando intuye que tiene una gran noticia, y sus ojos y mente miran al mundo en forma de columnas, de imágenes y de reacciones”. (RIVA Palacio, 2006)

También docente, Lara Klahr (2010) señala que el periodista no debe olvidar: que los hechos no son evidentes por sí mismos. La manifestación de los hechos no es independiente de quien los comunica, es decir que tiene mucho que ver con quiénes intervienen en su desenvolvimiento y, sobre todo, con la forma en la cual fueron comunicados, momento hasta el cual gozan de existencia.

La alta currícula de estudiantes de comunicación y periodismo, aunado a quienes se integran a los medios aún sin tener esta profesión han arrojado a las calles un sin número de reporteros y reporteras quienes deben competir por colocar su información en los medios de comunicación de por sí censurados, cooptados por el crimen organizado o cuyos dueños son empresarios y los administran como negocios antes de como casas editoriales. Por ello CIMAC refiere “Hoy quien ejerce el periodismo es una persona anónima, que nadie conoce y mucho menos se sabe quién es”.

Todo se debe al cambio más importante que sucedió en las rutinas de trabajo: el producto final que crea una o un trabajador de los medios masivos no es de su autoría, sino que constituye el resultado de una cadena de gente que participó en la construcción de la noticia. Como consecuencia, en la profesión se perdió algo central “el orgullo de lo personal”, un orgullo que implicaba también la responsabilidad del periodista por su trabajo.

Aunado a lo anterior, las y los periodistas deben cumplir con otro tipo de jornada de trabajo en la que tienen que entregar cuatro o más productos informativos para dos o más medios. El avance tecnológico ha obligado a las y los trabajadores de la comunicación a adecuar sus informaciones a otros soportes: además de hacer cuatro notas, preparan un reportaje o dos semanales, tienen citas para entrevistas agendadas, cubren conferencias, *twuitean* su nota, son productores de la cápsula para radio y para televisión y suben a la página del medio y a su blog estos mismos productos.

Otro aspecto a tomarse en cuenta de esta nueva realidad, es la relevancia de los medios de comunicación que crece a medida que avanza el siglo. De ahí que quien ejerce como periodista se desarrollará en una civilización donde el ejercicio periodístico importará cada vez más por dos razones: porque es una profesión a través de la cual se puede manipular a la opinión pública y porque los mecanismos de los medios construyen un mundo virtual

que reemplaza al mundo real.

Hoy, en cambio, con el desarrollo de los medios, señala Kapuscinski (2003) “vivimos en un mundo donde la historia se ha vuelto doble, donde conviven dos historias simultáneas: aquella que aprendimos en la escuela y en la familia, de manera personal, y la que nos inculcan los medios, que fijamos –a veces subconscientemente– a través de la televisión, la radio y los métodos de distribución electrónica. El gran problema se presenta cuando, con el tiempo, esta acumulación de construcciones de los medios nos hace vivir cada vez menos en la historia real y cada vez más en la ficticia”.

6.2 Mensajes

El discurso periodístico muestra a los hombres como los actores principales y a las mujeres como las actrices secundarias. Los medios de comunicación deben informar de una manera que contribuya a la erradicación de estas prácticas, que a la vez sea respetuosa de los derechos ciudadanos y los derechos humanos. (LARA Klahr, 2010, p. 107)

Para lograr reflejar en los medios de comunicación la realidad de hombres y mujeres, es necesario crear nuevos discursos que visibilicen la condición social de las mujeres y acompañar, desde el periodismo, los procesos de vida y, de esta forma denunciar la violencia que se ejerce, naturalizada e históricamente, contra las mujeres.

Lara Klahr (2010, p. 109) señala que los desafíos de los periodistas en esta materia son:

1. Definir la violencia de género en el marco de los derechos humanos.
2. Visualizar el fenómeno, mostrarlo en su complejidad e incluir en su agenda los temas relacionados con las manifestaciones de la violencia de género.
3. Recurrir a fuentes diversas y especializadas a fin de evitar la transmisión de estereotipos, hay que dar voz a las entidades sociales que trabajan por erradicar la violencia contra la mujer porque permiten situar las causas y explicar el proceso de la violencia.
4. Preservar el anonimato de la víctima.

5. Evitar el establecimiento de relaciones causa-efecto entre la agresión y las circunstancias de las personas implicadas que puedan justificar la violencia.
6. Evitar descripciones estereotipadas y morbosas que no ayudan a la comprensión del problema.
7. No debe hacerse de la violencia de género un drama de sangre: el sensacionalismo no enriquece la información.

6.3 La perspectiva de género y el proceso de producción de noticias

La construcción cultural histórica de los siglos XVIII y XIX y antes de ellos, determinó describir la diferencia entre hombre y mujer designando a lo femenino como “la naturaleza” y a lo masculino como “la razón”. En la actualidad la presencia de las mujeres en la estructura de las empresas comunicacionales y en los contenidos de las noticias sigue obedeciendo a esta concepción.

La perspectiva de género surge en la segunda mitad del siglo XX en el ámbito de las ciencias sociales, particularmente de la teoría de género. Responde a la necesidad de abordar de manera integral, histórica y dialéctica, la sexualidad humana y sus implicaciones económicas, políticas, psicológicas y culturales en la vida social de los géneros o de los particulares, es decir, en la organización patriarcal de la sociedad. (CAZÉS, 2000)

Algunas mujeres aparecen en los medios de comunicación como fuente o como noticia, sin embargo el trato con el que aparecen no es el mismo en el que se toma a sus contrapartes hombres.

No es sino gracias al desarrollo del pensamiento filosófico feminista que comprendimos que durante centenares de años una serie de disparates sexistas surgieron de la postura personal de un grupo relativamente pequeño de hombres de poder, en cuyas manos estaba la responsabilidad de iluminar y guiar a la humanidad, imponiendo modelos de educación y comunicación. La sociedad es, simplemente, producto de esta cultura. (CIMAC, 2009, p. 2)

Es necesario destacar que el periodismo no sexista no antepone a las mujeres, no es hecho exclusivamente por mujeres ni trata temas de mujeres. Para ejercer un periodismo no sexista es necesario reconocer la desigualdad histórica de la que también son parte los hombres, es hablar de forma incluyente y tolerante y, además de temas sociales.

“La información sobre las mujeres es necesariamente información sobre los hombres. No se trata de dos cuestiones que se puedan separar. Dada la confusión que se establece por la acepción tradicional del término género, una regla útil es tratar de hablar de las mujeres y los hombres como sexos y dejar el concepto género para referirse al conjunto de ideas, prescripciones y valoraciones sociales sobre lo femenino y lo masculino.” (LAMAS, 1997)

En la cobertura de temas como la salud de las mujeres, los hombres tienen mucho que decir, pero más allá de ser hombres, Marcela Lagarde y De los Ríos dice que no lo podrían tratar igual, a la vez que las mujeres no ejerceríamos el poder de la misma forma en que lo ejercen los hombres, porque ellos no comparten la desigualdad histórica que las mujeres hemos vivido.

Realizar un periodismo no sexista requiere, necesariamente, de un trabajo profesional con perspectiva de género que visibilice, desde un lenguaje sin estereotipos, la condición social que viven las mujeres. (CIMAC, 2009, p. 6)

El teórico de la perspectiva de género Daniel Cazés (2000) señala que la teoría de género no implica a mujeres y hombres como seres dados, eternos e inmutables, sino como sujetos históricos contruidos socialmente, producto de la organización de género dominante en la sociedad; por ello puede dar cuenta de las relaciones de producción y reproducción social como espacios de construcción de género.

Así, la perspectiva de género se contruye con una visión interdisciplinaria, amplia y abierta que conjuga diferentes saberes científicos, paradigmas y procesos de construcción del conocimiento. Así, aborda la realidad y sus transformaciones históricas para dar cuenta de los múltiples procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales que, articulados en unidad histórica dialéctica, integran la sexualidad humana.

Al ser periodistas también somos investigadoras. La investigación es la base de cualquier

reportaje sea cualitativa, cuantitativa, documental, de campo, etcétera, las personas quienes ejercen el periodismo deben siempre estar dispuestas a investigar.

El proceso de investigación para la producción de noticias pasa por cuatro etapas: (CIMAC, 2009)

1. Planificación: es el momento en que las jefaturas de información dan la orden de investigación para la agenda del día siguiente. Se valora la importancia de los acontecimientos con base en el interés editorial de la empresa, aunque también es posible que exista la influencia de lo que las o los reporteros saben que ocurrirá en la jornada y consideran que es importante.
2. Recopilación: las y los reporteros salen a la calle a recabar información con base en la agenda (orden de trabajo) acordada con su medio, salen a reportear, investigar, entrevistar, cubrir, observar y regresan a sus redacciones a escribir.
3. Selección: en este proceso participan básicamente las jefaturas de información y de redacción para valorar la información obtenida por varias vías, periodistas del medio y corresponsales, agencias de noticias, así como boletines, transcripciones y otros documentos que hayan sido enviados a la redacción.
4. Producción: la nota, una vez aprobada, se escribe o se graba. La jefatura de redacción le asigna un espacio en alguna plana, sección o estructura del noticiario. La revisa un redactor (periódico, revista, web) o un productor (medios electrónicos), quien examina la estructura, redacción y ortografía, nuevamente valora la información, define el titular y entrega la nota a un editor, quien finalmente delimita el espacio que ocupará en el medio, y si considera necesario reducirá el contenido para ajustarlo al espacio seleccionado.

Un factor de suma importancia en la producción de la información es la objetividad que en la investigación social, es fundamental se alcanza tras tomar en cuenta las condiciones y situaciones de género, edad, clase, etnia, preferencia erótica, filiación política, creencia religiosa, escolaridad, ocupación, etcétera.

Los especialistas en género Lagarde y Cazés, son fundamentales para entender esta teoría y señalan, en materia de sexualidad, que la perspectiva de género permite abordar de manera integral, histórica y dialéctica, la sexualidad humana patriarcal. Es decir, de

acceso al análisis y la interpretación de las condiciones y las situaciones vitales, concretas y subjetivas. Conocerlas permite comprender la inclusión y las formas de participación pasiva o activa en los sujetos en el desarrollo de los procesos sociales y, en su caso, explicar su marginación o exclusión de los mismos.

En la perspectiva de género se conceptualiza a la sexualidad humana como la expresión biológica, psicológica, política y erótica de los sujetos. Éstos se visualizan en tanto seres sexuados integrados en una sociedad y culturas determinadas históricamente que los incluyen de manera excluyente en uno u otro género. El contenido de los géneros es la síntesis de la concepción patriarcal y sexista del mundo:

“El término género es precisamente el eje en torno al cual se desarrolla esta perspectiva, porque permite explicar la diversidad humana, sus relaciones y sus contradicciones desde un enfoque científico, filosófico, ético y político”. (CAZÉS, 2000, p. 4)

En La perspectiva de género, guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles, Lagarde y Cazés destacan el *desiderátum* o mandato cultural de cada sociedad en torno a la sexualidad, con el que se forman y se estructuran las personas, los géneros y sus relaciones.

En el *desiderátum* está consagrado que de los hombres son: la creatividad, la sabiduría y la posesión natural de los poderes del dominio, la racionalidad y la violencia; los hombres son presentados como los únicos capaces y responsables de la conducción de los demás, en particular de las mujeres y de las decisiones sobre las vidas propias y ajenas. De las mujeres son: la abnegación, la sumisión, la dependencia, la imposibilidad de autonomía y el cuidado de los demás.

Por su parte, el sexo remite en primer lugar a los seres orgánicos identificados como macho y hembra, a las cualidades que los distinguen según sus características estructurales y funcionales, es el hecho biológico (fisiológico y anatómico) que marca, de manera diferenciada, la posibilidad de intervención de machos o hembras en la reproducción de la especie. El sexo en sí mismo no tiene implicaciones sociales, culturales ni históricas. Únicamente define la existencia de un ser, no de una persona.

Por lo anterior, el género se constituye en la relación entre lo biológico: el sexo (genético, hormonal y gonádico), lo psíquico (los procesos y estructuras conscientes e inconscientes que estructuran intelectual y afectivamente a los sujetos), lo social (la organización de la vida colectiva, las instituciones y las relaciones entre los individuos y los grupos) y lo cultural (las concepciones, los valores, las normas, los mitos, los ritos, las tradiciones), el género es histórico.

En las sociedades patriarcales los cuidados, la alimentación, la higiene, la salud y la educación de las hijas e hijos se consideran como asuntos propios y exclusivos de las mujeres, y como ajenos a los hombres. Esto es así porque se concibe como extensión natural del embarazo, como derivación biológica o como parte fisiológicamente integrante de la forma en que el cuerpo de las mujeres interviene en la procreación.

Para la perspectiva de género la maternidad además de sus incuestionables bases biológicas que concluyen con el nacimiento, es un hecho social cuyas determinaciones, condiciones y circunstancias son de índole cultural e histórica, y, por lo tanto transformables.

“En la maternidad, en todas las maternidades particulares coexiste el deseo, la obligatoriedad, el afecto, la libertad, la violencia, la voluntad y, desde luego, la opresión. Su origen, su carácter y su devenir no tienen nada que ver con la naturaleza biológica.” (CAZÉS, 2000)

En la construcción de una noticia influyen varios elementos, dos de los más significativos son (Bach Arús, Marta, et al, 2000): el criterio de lo que los medios de comunicación consideran noticia (el hecho noticioso) y la manera como la presentan (estructura informativa), y la elección de las personas, grupos e instituciones que son requeridas por la organización periodística para que se aporten los datos (fuentes).

6.4 Las fuentes dan legitimidad

Los reporteros solo tienen tres maneras de obtener la información: a) porque han presenciado los hechos, b) porque alguien se los ha contado, y c) porque se han

documentados sobre ellos. (GRIJELMO, 1997) Generalmente la actividad periodística es una combinación de todas ellas, dependiendo del tipo de acontecimiento y de las formas de trabajar de la o el reportero.

Rizard Kapuscinsky afirma: “Para los periodistas que trabajamos con las personas, que intentamos comprender sus historias, que tenemos que explorar y que investigar, la experiencia personal es, naturalmente, fundamental. La fuente principal de nuestro conocimiento periodístico son “los otros”. Los otros son los que nos dirigen, nos dan sus opiniones, interpretan para nosotros el mundo que intentamos comprender y describir. No hay periodismo posible al margen de la relación con los otros seres humanos. (KAPUSCINSKI, 2002, p. 37-38)

Las fuentes de información son un recurso estratégico de los medios en su objetivo de producción informativa (BORRAT, 1989). Las y los periodistas deben informarse para actuar, narrar y comentar la actualidad, pero sobre todo para hacer ellos mismos productores de conocimiento sobre la realidad.

“La credibilidad es lo más difícil de construir y lo más fácil de perder” (RIVA Palacio, 2006, p. 25) Cuanto mayor sea la cantidad, calidad y diversidad de las fuentes, mejor cumplirán su función en la sociedad. La relación con estos importantes operadores que median entre los reporteros y los hechos continúan siendo uno de los elementos clave del buen hacer periodismo. (LARA Klahr, 2010, p. 334)

Los medios de comunicación colocan primero a las instituciones oficiales, “legitimadas como una fuente de discurso por los medios, de tal manera que sus datos y las personas que actúan como interlocutoras no suelen ser contrastadas por la organización periodística” con otras voces. Le siguen otras instancias, grupos o personas de la sociedad civil que, a diferencia de las anteriores, pretenden convertirse en fuentes informativas y para conseguirlo “tendrán que observar los requisitos y las demandas mediáticas (de los medios de comunicación) en un proceso que se irá retroalimentando”. (BACH, 2000, p. 26)

En este caso, y para que puedan ser tomadas en cuenta, sus informaciones tendrían que cubrir las características de noticiabilidad que necesiten los medios de comunicación, es

decir, que formen parte de la agenda de los noticieros de prensa escrita, medios electrónicos (televisión, radio, cable) o vía internet.

Ante la versión “oficial” de los hechos que pueden brindarnos las instituciones, los voceros, los personajes cuya declaración es vendible, las organizaciones de la sociedad civil (OSC), pueden abonar una versión distinta de la realidad.

Las OSC son entes que, en algunos casos, su razón de existir es el análisis, registro e investigación de los hechos sociales, es así como, recurriendo a ellas como fuentes de información, podemos obtener una información distinta a la “oficial” que enriquecerá nuestro trabajo.

En el ámbito de la salud, múltiples OSC han dedicado su trabajo al seguimiento y análisis de los programas de salud, acciones emprendidas por el Estado, el marco jurídico, el marco presupuestario y la incidencia y cabildeo político que en materia de salud sexual, reproductiva y materna existe.

La Coalición por la Salud de las Mujeres es un ejemplo de la organización entre mujeres comprometidas con los derechos humanos de las mujeres. La Coalición la integran diez OSC quienes dirigen sus esfuerzos a mejorar la calidad de los servicios de salud que reciben las mujeres: Fundar Centro de Análisis e Investigación A.C, Balance, Consorcio para el Diálogo Parlamentario, Salud Integral para la Mujer (Sipam), Kinal Antzetik, Fundación Mexicana para la Familia (Mexfam), IPAS México, Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (CPMSM), Observatorio de Mortalidad Materna (OMM) y Comunicación e Información para la Mujer A. C (CIMAC).

A estas fuentes habría que agregar otras que poco se toman en cuenta: la academia y las instituciones internacionales, ambas con información actualizada y especialistas en temas varios.

Cuando la o el reportero entra en contacto con las fuentes, ya sea a través de un boletín o por iniciativa propia, no acostumbra preguntarse si el género puede modificar la información que están dando; si conseguirían la misma historia en el caso de que la diera la responsable real de un proyecto y no su jefe, si los datos tendrían una amplitud significativa desglosados por sexos o si la noticia aportaría más información a la audiencia

incorporando opiniones de fuentes como las asociaciones profesionales integradas por mujeres o los institutos de las mujeres (Bach Arús, Marta, et al, 2000).

6.5 Lenguaje no sexista

Álex Grijelmo dijo "...llegará un día en que el masculino genérico no reduzca el papel de la mujer, porque su presencia en la sociedad habrá cambiado hasta el punto de alterar el contenido de las palabras, aunque las palabras permanezcan en los libros y en nuestros labios para que podamos seguir entendiendo a las generaciones pasadas".

La reproducción del sexismo a través del lenguaje, los contenidos, las imágenes se originan en la sobrevivencia de ideologías, ideas, creencias y tradiciones arraigadas y asentadas en la cultura de la desigualdad que legitimó secularmente la discriminación y opresión de las mujeres. (MOYA Richard, 1961, p. 2)

Este capítulo no pretende explicar el lenguaje no sexista pero si intenta dar algunos elementos que permitan escribir y cubrir de la mejor manera la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas, para lo cual el lenguaje es un elemento primordial, ya que cuando nombramos damos existencia y sentido a lo existente.

A partir de Álex Grijelmo "El estilo del periodista", Norma Valle, Bertha Hiriart y Ana María Amado "El abc de un periodismo no sexista" y "El Manual de periodismo no sexista" editado por CIMAC, estas son algunas recomendaciones para evitar el uso del lenguaje sexista.

1. Sexismo lingüístico

Tradicionalmente se ha utilizado las palabras hombre y hombres con un sentido universal, ocultando o desdibujando la presencia, las aportaciones y el protagonismo de las mujeres, en lugar de hombre puede utilizarse la humanidad, el ser humano, las mujeres y los hombres o las personas. No basta con poner la "a" pero si es necesario utilizar los sustantivo en femenino.

2. Salto semántico

Al empleo en determinadas frases, que reduce o elimina el papel de las mujeres en el lenguaje y en la sociedad, se le llama “salto semántico”, lo que constituye un problema de sexismo, pero también una incorrección lingüística que se comete con frecuencia en los medios de comunicación.

3. Regla de la inversión

La regla de inversión puede aplicarse a cualquier situación social, a un texto escrito, a la conducta verbal. Si, después de la inversión, todo queda más o menos igual, puede asegurarse que no hay sexismo. Si, por el contrario, aparece algo raro o chocante, la luz roja de alarma se ha encendido y debe analizarse nuevamente la situación directa a esta nueva luz. Casi siempre se encontrará como resultado final una situación sexista.

4. Equilibrio lingüístico

Dar un trato paritario a las mujeres y a los hombres. En caso de duda, hay que preguntarse si se ofrecería la información de la misma manera si el personaje fuese del otro sexo.

5. Rechazar los estereotipos.

Es necesario rechazar todo prejuicio o estereotipo de manera que las historias que se explican hagan referencia a personas, no a clichés que proponen una interpretación sesgada. Evitar los que tipifican a las mujeres como: víctimas, objetos de investigación, usuarias de la sanidad, consumidoras y otros papeles tradicionales, así como las palabras que las señalan como “putas”, “sensuales”, “vírgenes”, “madres”, etcétera.

6. Transversalidad del género

La transversalidad ofrece una buena posibilidad de integrar un enfoque de género en el trabajo cotidiano. Consiste en la consideración y evaluación del impacto, para mujeres y hombres, de los temas políticos y sociales que son objeto de cobertura.

7. Evitar alusiones despectivas, groseras o demasiado elogiosas que no aporten

nuevos contenidos informativos

8. Identificar correctamente a las personas por su nombre y apellidos, cargo y/o profesión, sin añadir palabras como “mujer” o “señora” al cargo o actividad a que se hace referencia. Evitar referencias de parentesco: esposa, viuda, hija, amante, amiga, siempre y cuando no sea un dato relevante para entender la información.
9. Acudir al uso de perífrasis que resuelvan la ambigüedad que ocasiona el masculino plural, si no es posible disponer de nombres genéricos, colectivos o abstractos.
10. Evitar en lo posible los desdoblamientos y las barras.
11. Eludir el uso de la arroba.
12. Otro sexismo

El hecho de que, según un estudio del Instituto de la Mujer Español, las menciones que se hacen a las mujeres en los contenidos informativos de la prensa sólo suponen el 9 por ciento de los nombres propios que aparecen diariamente en los periódicos. Del total de las mujeres mencionadas, 63 por ciento lo es en calidad de actrices, cantantes, presentadoras de televisión y radio. Un 12 por ciento representa el conjunto del resto de mujeres mencionadas por otras actividades profesionales; y 11 por ciento por un papel en relación con un hombre: esposas, hijas o madres de personajes públicos.

Ante toda recomendación vale la pena anteponer la pregunta ¿yo discrimino cuando digo...? y tener una convicción por el respeto de los derechos humanos de las mujeres, por el contrario, si la o el periodista sólo sigue consejos muy fácilmente será que haga uso del lenguaje sexista en su discurso periodístico.

6.6 Ética periodística

El ejercicio de la información se ve regulado por normas escritas y no escritas. Las primeras corresponden a lo dicho y se formulan de forma implícita en estatutos de redacción como en libros de estilo y códigos deontológicos. Las segundas, son el resultado de un complejo proceso de aprendizaje en el que interactúan elementos como los valores éticos individuales, los valores periodísticos y los valores de producción que

adquieren los profesionales en su labor cotidiana. En conjunto integran lo que podríamos llamar la cultura periodística. (LARA Klahr, 2010, p. 110)

¿Qué es la ética? Es conocido que dicho término proviene del griego *ethos*, que significa “la manera de ser a través de los actos y hábitos”. No solo hace referencia a un tratado de costumbres sino también a la forma como el ser humano ha configurado su realidad personal. (LARA Klahr, 2010, p. 111) Desde un punto de vista etimológico el término deontología proviene del griego *déon* (deber) y *logos* (ciencia). A diferencia de la ética que pone el acento en el bien hacer, la deontología permite tomar conciencia de los límites, las reglas y las normas del comportamiento profesional. La deontología es la ciencia de los deberes profesionales de los individuos que integran los colectivos.

Ernesto Villanueva (1996) define a la deontología periodística como “el conjunto de principios éticos asumidos voluntariamente por los que ejercen el periodismo, por razones de integridad, profesionalismo y responsabilidad social... implica para el informador un compromiso de identidad con el rol que juega en la vida social y una percepción amplia del valor que tiene la información como ingrediente de primera importancia para traducir en hechos concretos la idea de la democracia.”

El establecimiento de mecanismos de autoregulación y códigos deontológicos es el resultado de esa toma de conciencia sobre la gran responsabilidad que tienen los medios noticiosos y en los últimos años se ha plasmado en un movimiento de autorregulación. Hugo Aznar plantea:

1. Formular públicamente normas éticas para guiar la actividad de los medios.
2. Contribuir a que se den las condiciones laborales, profesionales y sociales que hagan posible el cumplimiento normal de las exigencias éticas y deontológicas de la comunicación.
3. Examinar, juzgar y poner en conocimiento de la opinión pública aquellos casos en que no se cumplen dichas normas éticas. Esta función debe permitir denunciar las faltas y corregir los errores, evitando así en lo posible que se vuelvan a repetir en el futuro.

La autorregulación; es decir, el estudio, la discusión y el juicio de las cataciones éticas

conflictivas que se dan en los medios permiten que la profesión, quien la realiza y el público en general pueda aprender sobre la dimensión moral de esta actividad. (AZNAR, 1999, p. 43-45)

Isabelle Moya Richard señala algunas regularidades observadas en los medios de comunicación: las mujeres solo aparecen en casos de catástrofes y conflictos y su situación se utiliza para justificar “actos patrióticos”, guerras preventivas” y luego el tema es abandonado de los medios, además, se presentan las mujeres como un todo único, homogéneo y estereotipado sin reparar en su pluralidad y multiculturalidad, se presenta a la mujer fragmentada y dicotómica como madre- esposa o sexual- devoradora.

A menudo, la violencia contra la mujer es tratada como un show mediático descontextualizado y se justifica. Los temas que interesan a las mujeres son considerados secundarios, de menor importancia y con frecuencia se vanalizan, se reproducen las ideas y prácticas de subordinación y los estereotipos sexistas aunque se hable de “la mujer de hoy” o “la mujer liberada”, el cuerpo femenino se reduce a un modelo que niega la diversidad.

Además que no se profundiza en las causas de la desigualdad entre hombres y mujeres sino que se presenta como algo natural, en las mujeres empoderadas se resalta su estado civil, su condición o no de maternidad, su forma de vestir o su físico.

Basada en los textos de Bach, Aznar, Grijelmo, Borrat, Riva Palacio, Lara Klahr, Moya, Cimac, Lagarde y Cazés, me atrevo a proponer el siguiente decálogo para la cobertura de los derechos sexuales y reproductivos en un marco de derechos humanos de las mujeres:

1. No considerar los hechos aislados y enmarcarlos en un problema más amplio: la violencia de género viola los derechos humanos de las mujeres; es fruto de relaciones asimétricas, atraviesa concepción y estructuras, inhibe el desarrollo de un país. Es un problema público aunque se manifiesta en el ámbito privado. Tiene grados de invisibilidad y tolerancia, es un problema de legislación, de salud y es un problema que debe erradicarse. Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos, la muerte de una mujer al ejercer su sexualidad o su

maternidad es un problema de salud pública.

2. Contextualizar el problema: las informaciones no se limitarán al suceso en sí mismo, sino que tratarán la falta de acceso a los servicios de salud como una alerta de la violencia de género, como un grave problema social y educativo y se mostrará el problema en su complejidad.
3. Respetar el derecho a la intimidad y cuidar su seguridad: no se utilizarán nunca las imágenes ni las identidades de las víctimas. No mostraremos imágenes degradantes que reproduzcan estereotipos o atenten contra la integridad de la víctima. En algunos casos, hacer públicos los casos de violencia puede salvar la vida de las mujeres pues compromete a las autoridades al verse señaladas ante la impunidad.
4. Retribuir a la víctima con nuestro trabajo: no podemos llegar a levantar testimonios publicar y olvidarnos de quien confió en nosotras, es recomendable regresar y mostrarle lo que hicimos con lo que ella nos proporcionó, si es posible, debemos remunerarle económicamente su aportación.
5. No emitir ni publicar imágenes o texto de carácter vejatorio. Ha de evitarse la difusión de comentarios despectivos con relación a las víctimas o que justifiquen a los agresores.
6. Evitar la localización del caso: la información eludirá cualquier referencia que permita la identificación y localización concreta de los domicilios de las personas implicadas.
7. Rechazar la explotación comercial del suceso.
8. Tratar digna, respetuosa, tolerante y pertinentemente a las mujeres a las que recurrimos para obtener información.
9. Proteger los datos personales de las entrevistadas: correos, teléfonos, direcciones, fotografías, expedientes, etcétera.
10. Dar voz a las mujeres: que sean ellas quienes hablen sobre sus cuerpos.

La perspectiva de género ofrece datos mucho más correctos y mas profundos. Tiene en cuenta que la audiencia es plural y está formada, también por hombres y por mujeres con diversas formas y concepciones del mundo. La información no puede dejar de buscar nuevos caminos y nuevas fórmulas y la perspectiva de género puede ser aplicada en cualquier ámbito informaiivo. (BACH, 2000, p. 113)

La perspectiva de género en la información es una manera diferente de mirar, de interpretar la realidad con otros ojos, de hacer posible que aparezcan otras visiones del mundo, ello obligaría a cada periodista a romper con las inercias profesionales, las rutinas establecidas y los dogmas no cuestionados. “Ya no se trata de ofrecer “lo que pasa”, sino de que los medios de comunicación tienen que enfocar parcelas de la vida humana nuevas, ámbitos sociales nuevos sobre los cuales dirigir su interés. (BACH, 2000)

Reportera o reportero que desea cubrir periodísticamente los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas pondrá especial atención en: un mensaje claro a favor de los derechos humanos, del respeto a la sexualidad sin importar la edad de la mujer, sin criminalizarla por recurrir a un aborto, estar embarazada a temprana edad o por querer atender según sus creencias.

Es importante atender, buscar y diversificar las fuentes de nuestros productos noticiosos a través de las informaciones que puedan proporcionarnos las organizaciones no gubernamentales, la academia y los testimonios de las mujeres.

La utilización de un lenguaje con perspectiva de género, incluyente y no sexista es básico para la cobertura de este tema con una mirada de derechos humanos e intercultural.

Conclusiones

El objetivo de esta investigación fue analizar el acceso a la salud pública como un derecho humano de las mujeres, particularmente, de las indígenas de la Sierra Norte de Puebla para caracterizar la calidad de los servicios que reciben en sus comunidades y desarrollar una propuesta para el seguimiento periodístico del cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las indígenas.

Para lograr el objetivo general se plantearon las hipótesis sobre la necesidad de los medios de comunicación y de los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva de una visión de derechos humanos con perspectiva de género y pertinencia cultural, a partir de lo cual encontré:

Siendo parte de los Derechos Humanos, los Derechos Sexuales y Reproductivos están directamente relacionados con las libertades civiles y políticas, la salud y la calidad de vida de las mujeres, niñas, adolescentes, la población en general sea rural o urbana.

A pesar de su importancia en la realización integral de las personas y de las ciudadanas, persisten indicadores de retroceso en la materia, como la ausencia de sensibilización, prestación de servicios y la misma legislación con pertinencia cultural que garantice la decisión y ejercicio científicamente informado con pertinencia cultural para las mujeres indígenas.

Diversos hechos han puesto de manifiesto que ya no es posible desvincular el derecho de las mujeres a la salud del contexto de cada entidad, donde las desigualdades sociales de género y de etnia impiden el ejercicio de los derechos humanos.

Aunque hay esfuerzos institucionales encaminados a favorecer la salud sexual y reproductiva y la equidad de género, no son suficientes ni alcanzan a contrarrestar los problemas y carencias de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas. Algunas de esas dificultades son los altos índices de morbi-mortalidad materna y embarazos en adolescentes concentrados en las comunidades indígenas, la baja cobertura y disponibilidad de métodos de anticoncepción, poca promoción de información y educación sexual y reproductiva, feminización del VIH y poca tolerancia a la cultura indígena y su aportación en la atención de la salud materna.

Las condiciones de pobreza y las oportunidades de vida limitadas están estrechamente relacionadas con tener un hijo a temprana edad, perpetúan la inequidad de género y la desventaja social para las mujeres. Esta relación funciona en ambos sentidos: las mujeres jóvenes que crecieron en condiciones de pobreza y con poca educación son las que tienen mayor probabilidad de unirse y tener hijos a corta edad; al mismo tiempo, el matrimonio y la maternidad a edad temprana disminuyen sus probabilidades de terminar los estudios, desarrollar su potencial profesional e integrarse a la fuerza laboral remunerada.

Dado que el gobierno estaba preocupado por el rápido crecimiento de la población y el impacto económico que esto tendría, desde inicios de la década de 1970 le dio prioridad a reducir los niveles de fecundidad, a partir de entonces se ofrece información y servicios sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos en unidades de salud del sector público.

La mayoría de los programas y las actividades en salud sexual y reproductiva son realizadas por el sector público, en particular por el CONAPO, la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública. Sin embargo, las organizaciones civiles han sido pioneras en este campo desde los años de 1960, y han diseñado distintos modelos para la atención de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes; han utilizado múltiples enfoques para implementarlos; y han apoyado en mucho a los programas gubernamentales en esta área.

Por ejemplo, las organizaciones no gubernamentales han dado capacitación al personal que trabaja en los servicios amigables para adolescentes. Además, han dado apoyo especializado para el desarrollo de los planes de estudio y de los libros de texto sobre educación sexual para escuelas primarias y secundarias, así como para la creación y difusión de la Cartilla de los Derechos Sexuales. Algunas ONG proveen directamente servicios médicos y educación sexual para los jóvenes, análisis e investigación especializada en acceso a la salud, salud sexual, salud reproductiva, derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres en todas las edades, urbanas y rurales.

Las organizaciones también han introducido nuevas estrategias, las han monitoreado y evaluado pero, sobre todo, han sido una alternativa ante la insuficiente y falta de contundencia y continuidad de los programas gubernamentales en este campo.

Los rasgos que definen lo que se denomina la “cultura indígena” en Cuetzalan del Progreso, Puebla, son determinados no sólo por la lengua, la visión del mundo, la forma de impartir justicia, de organización para el trabajo y otros, están presentes en casi todas las comunidades de la región, y están frecuentemente interrelacionados con las tradiciones y costumbres conservan. (MARTÍNEZ, 2000). La cultura indígena de Cuetzalan está sustentada en sus mujeres y a la vez, son éstas quienes sufren mayor grado de marginación dentro y fuera del hogar.

La Sierra Norte de Puebla es reconocida por la producción de textiles, reflejo de un sincretismo cultural entre tradiciones autóctonas y las implantadas a partir del catolicismo, importante para la generación de ingresos y la sobrevivencia del grupo doméstico, (MARTÍNEZ, 2000, p. 142) porque las mujeres, además de tejedoras, desempeñan una serie de actividades con las cuales pueden sostener los gastos de su casa: son agricultoras, vendedoras y algunas parteras o sobadoras al servicio de otras mujeres

Los problemas de pobreza extrema que caracterizan a las regiones y a la población indígena se traducen en limitaciones estructurales para el ejercicio de los derechos. Una reacción ha sido el movimiento armado de Chiapas en 1994, donde las demandas de las mujeres se manifestaron en la Ley Revolucionaria de Mujeres, entre las que destacan algunas demandas como: el derecho a exigir que se cambien las malas costumbres que nos afectan, el derecho a no ser maltratada, insultada o golpeada, a heredar, a organizarse, el derecho de hijas e hijos a igual alimento y cuidado del padre, a decidir si quieren, cuando y con quién casarse, a ocupar cargos públicos, entre otras.(MARTÍNEZ, 2000)

En relación con el ejercicio de su derecho a la salud sexual y reproductiva, las mujeres indígenas no han sido consideradas sujetas de políticas específicas mas que en apoyo a la reproducción biológica atendiendo al papel tradicional de género, no han sido tomadas como sujetas de derechos o como beneficiarias de la acción institucional, y han sido

relegadas de los espacios públicos, (BONFIL, 1999, p. 146) esto significa que han sido violentadas institucionalmente por omisión.

La salud de las mujeres indígenas de Cuetzalan es reflejo de las condiciones de vida en que nacen, crecen, viven y mueren. En general, entre la población indígena y rural se encuentra la mayor incidencia de lo que se ha llamado, “patología de la pobreza” - desnutrición, anemia, enfermedades gastrointestinales, respiratorias y otras-. Que adquieren carácter crónico. (MARTÍNEZ, 2000, p. 214) Las mujeres y los niños y niñas son las que más padecen enfermedades y desnutrición por condicionamiento de género y otros relacionados con las prioridades de los grupos domésticos en cuanto a su salud, donde nuevamente las mujeres ocupan un lugar subordinado: se les vacuna menos cuando niñas, presentan mayor desnutrición que los niños, sufren embarazos no deseados, están expuestas a abortos inseguros y, el extremo violento, expuestas a morir por causas relacionadas con su maternidad y/o sexualidad.

La salud de las mujeres también está determinada, además de su condición de género, por su subordinación ante el poder que se ejerce sobre su cuerpo, traducido en negación de información o no poder tomar decisiones sobre su cuerpo si no está presente su esposo, novio o padre, como usar un método anticonceptivo, hacerse una prueba de embarazo o practicarse un aborto.

La perspectiva de género, utilizada en esta investigación, permite ubicar al Estado como impulsor de políticas, a sus instituciones y representantes, inmersos en una red de relaciones de poder, entre las cuales se encuentran las relaciones de género. Al mismo tiempo, sitúa al Estado como un medio de cambio o de control sobre la vida de las mujeres, y un facilitador u obstaculizador del ejercicio de sus derechos.

Caroline Moser (citada por MARTÍNEZ, 2000) clasifica las políticas de desarrollo dirigidas a las mujeres en: el enfoque del “bienestar” de los años cincuenta y sesenta, basado en los estereotipos occidentales del trabajo de las mujeres, restringiendo el papel reproductivo y marginadas de bienes y servicios; el enfoque de “equidad” surgido a principios de los setenta, carente de un análisis de género y de las estructuras de poder; el enfoque “antipobreza” centralizado en las necesidades básicas y en los papeles productivos de las mujeres; el enfoque de la “eficiencia” como una aproximación

instrumental que considera a las mujeres como un recurso humano para el desarrollo y el enfoque de “empoderamiento” como una visión de género del desarrollo que plantea que el fortalecimiento y la extensión del poder a las mujeres de base debe acabar con las inequidades. Ésta última alcanzada en algunas comunidades, consolidada en Cuetzalan gracias al movimiento de mujeres y fundamental para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Así desde los cuatro niveles de poder, las mujeres pueden alcanzar la autonomía desde el ejercicio de sus derechos (ZAPATA, 1994): el control físico de la sexualidad femenina y a la reproducción, desde la economía en el acceso igualitario a los bienes y recursos, al conocimiento, la toma de decisiones y a ocupar posiciones de poder, a nivel político en la autodeterminación y la organización y a nivel sociocultural referido a los aspectos ideológicos referidos a la masculinidad y femineidad, el derecho a la propia identidad y a la autovaloración.

Beatriz Martínez Corona (2000, p. 105) señala algunas estrategias de empoderamiento como la construcción de identidades colectivas y la movilización para el cambio donde la organización es la base de la integración de mujeres como “un espacio para actuar en la transformación de la realidad y la conciencia y lograr los intereses estratégicos de género en relación a la problemática económica, ambiental, de combate a la pobreza, aspectos a contemplarse en una visión de desarrollo sustentable. Conocer, compartir y analizar experiencias de organizaciones de mujeres rurales que han avanzado en estos procesos, es indispensable. Las estrategias de empoderamiento contribuyen a la promoción de la equidad en el desarrollo, aspecto contemplado como elemento constitutivo de las propuestas más críticas y avanzadas del desarrollo sustentable.

De acuerdo con este planteamiento las mujeres pueden “empoderarse” si están conscientes de su subordinación de género, de clase, de etnia o de raza, organizadas en forma colectiva para enfrentar las múltiples formas de explotación y opresión. Este proceso es el que ocurrió con las mujeres indígenas de Cuetzalan, quienes, organizadas y empoderadas, promueven su auto-sustentabilidad, la formación de promotoras de salud, la profesionalización de las parteras y la atención integral a las mujeres en su vida sexual y reproductiva.

Lina Rosa Berrio Palomo, directora general de la organización Kinal Antzetik afirma que el inicio de la sexualidad y la conyugalidad ocurre de manera más temprana en contextos rurales e indígenas. La edad media de la primera relación sexual es a los 19.6 años y de la primera unión a los 21.8, sin embargo, entre las mujeres indígenas, ambos eventos ocurren antes, alrededor de los 16 años (CONAPO, 2009)

Berrio Palomo enfatiza en la fuerte relación existente entre sexualidad, conyugalidad y maternidad porque a través de la reproducción las mujeres y hombres no sólo configuran su propia historia de vida sino que garantizan la reproducción de su estructura social.

En las comunidades indígenas, la vida sexual de las mujeres está valorada en torno a su reproducción. Se valora su exclusividad sexual y se minimiza la sexualidad fuera de la maternidad, es decir, es en la reproducción donde mayor control se ejerce sobre su cuerpo.

Se observa también al embarazo como un depositario de los saberes tradicionales para la atención, alternativa no contemplada por las instituciones. Es durante el embarazo, parto y puerperio cuando las mujeres indígenas recurren más a los servicios de salud a la vez que asisten con parteras y sobadoras tradicionales.

En el inicio de la vida reproductiva, el primer parto, así como de la vida sexual en la primera regla, es una experiencia marcante en la vida de la mujer, comienza a funcionar la organización de las mujeres como respuesta al control masculino. La familia apoya a la primeriza mientras el esposo o el padre marcan las limitaciones de este cambio en el cuerpo de las mujeres.

Es por lo anterior, que identifiqué los procesos de empoderamiento como tocantes particularmente a las mujeres de espacios rurales, quienes para responder a esa situación intensifican y diversifican su jornada de trabajo, afectando con ello sus condiciones de salud en la lucha por la sobrevivencia del grupo doméstico. (MARTÍNEZ, 2000) También es señalada la relación de la pobreza con la degradación del ambiente, sin considerar los aspectos estructurales que determinan la distribución de la riqueza, el acceso a la educación, al empleo y servicios.

Los procesos de empoderamiento no han sido objeto de investigación en los medios de comunicación. Las limitaciones para ejercer derechos, así como el camino hacia su ejercicio pleno son temas que debemos documentar a través de los medios de comunicación masiva, al mismo tiempo que hacemos un periodismo con una mirada distinta, una mirada del reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres y hacer énfasis en su importancia para el reconocimiento de sus necesidades informativas, de los mismos derechos sexuales y reproductivos y de la construcción de su ciudadanía.

Logro de los objetivos de la investigación:

Los objetivos planteados para esta investigación se cubrieron dado que proporcioné un panorama del estado actual de acceso a servicios y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas de la Sierra Norte de Puebla, atendiendo al análisis de la inclusión de la cultura de la región en la atención de estas mujeres.

Pude detectar las carencias en el sistema de salud para el acceso pleno a la salud sexual y reproductiva como la ausencia de una mirada intercultural en los centros de salud, así como en los programas dirigidos a las mujeres.

En conclusión, las mujeres indígenas del municipio de Cuetzalan del Progreso de la Sierra Norte de Puebla no ejercen plenamente su ciudadanía ni sus derechos humanos ya que las instituciones no actúan con una mirada incluyente y respetuosa de la cultura que asegure su acceso a la salud sexual y reproductiva y, por lo tanto, no ejercen sus derechos sexuales y reproductivos.

Ante esta situación los medios de comunicación deben cumplir su función social, por ello, para el seguimiento periodístico de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres indígenas propongo mirar cada mujer violentada en su salud sexual y reproductiva en relación con su entorno, en su contexto histórico, ubicarla en su situación geográfica y temporal en un marco de derechos humanos parte de la violencia de género.

En este sentido, la mortalidad materna debe ser vista como la forma más violenta o de violencia extrema de muerte de una mujer en relación con sus derechos sexuales y reproductivos y su nulo acceso a una vida libre de violencia.

Considero imprescindible que la o el reportero debe cuidar sus fuentes pues éstas le dan credibilidad a su trabajo, de tal forma que diversificarlas, dando voz a las especialistas y las víctimas. Parte importante es la aportación de las organizaciones de la sociedad civil expertas en el estudio y análisis de la situación de la salud de las mujeres.

Más allá de lo que la periodista busca en sus fuentes, lo que ella diga será un discurso capaz de generar corriente de opinión por ello, es vital la convicción, el pleno convencimiento de informar con una mirada respetuosa de los derechos humanos de las mujeres, hacer uso del lenguaje no sexista y la perspectiva de género para ofrecer un producto noticioso elaborado, profundo, plural, novedoso e intercultural.

En el caso específico de las mujeres de Cuetzalan del Progreso, las mujeres han consolidado una organización que les permite ejercer sus derechos, apoyar sus liderazgos y crecer sumando esfuerzos. El papel de las organizaciones no gubernamentales en el acceso y promoción de los servicios de salud ha sido fundamental tanto en la atención de la salud como en nuestra labor periodística, ejemplo de ello son las promotoras de salud y el observatorio de violencia de género.

La perspectiva de género utilizada en esta investigación permite cuestionar la condición subordinada de las mujeres, estimular la capacidad crítica y reflexiva para encontrar propuestas transformadoras, en el campo de la comunicación, toma de conciencia para la identidad de las mujeres y el reforzamiento de la identidad de género de la mujer como un proceso de aprendizaje colectivo para el movimiento de mujeres.

En la comunicación partimos de los hechos, pero no es suficiente, debemos mirar la participación colectiva de la mujer en su entorno, partir de su realidad y de sus experiencia desde su condición genérica y de etnia para entender en su totalidad, las causas y consecuencias del ejercicio o no ejercicio de sus derechos humanos y ubicar sus derechos sexuales y reproductivos en esta perspectiva amplia.

El Estado influye en el comportamiento sexual y reproductivo de sus ciudadanas, sea

desde la omisión o desde la garantía de derechos, de la censura o de la criminalización al respeto individual. Un gobierno puede establecer medidas relativas al comportamiento sexual a través de las políticas públicas sociales y económicas de apoyo, otorgar incentivos a las madres solteras o becas a estudiantes, o bien, en sentido inverso, en forma de leyes penalizadoras, preocupadas por la moral, restrictivas o seculares, por ejemplo, criminalizando la homosexualidad, regulando la prostitución o penalizando el aborto.

Un Estado que no garantiza el respeto a la integridad de sus ciudadanas y ciudadanos, a la diversidad de manifestaciones culturales ancestrales, el respeto a los derechos sexuales, a los derechos reproductivos, el acceso a la salud, a la información, a la salud sexual, a la salud reproductiva, a la libre decisión, entonces no garantiza el ejercicio de los derechos humanos, y por tanto, no puede presumirse como un Estado democrático, plural, tolerante o incluyente.

Glosario⁴⁶

Accesibilidad: referente a la cercanía con las usuarias. Los servicios de salud deben ser accesibles sin discriminación de edad, condición social, etnia, etcétera.

Calidad: además de ser respetuosos de la diversidad cultural, los servicios de salud deberán ser apropiados científica y médicamente.

Ciudadanía: es la posesión de derechos y la posibilidad de contribuir a la vida pública de la comunidad a través de la participación.

Condición: es una propiedad de la realidad que determina la situación de las mujeres en relación con su entorno y que afectan su posibilidad de ejercer sus derechos humanos y ejercer su ciudadanía. El marco en el que las mujeres ejercen sus derechos humanos están limitadas por su condición de género, de clase, de etnia, de edad, etcétera.

Cosificación: reducir el papel de las mujeres, su presencia e identidad a una cosa u objeto.

Cosmovisión: forma particular en que una cultura caracteriza el mundo y desde la cual elabora sus construcciones sociales de género.

Cultura: conjunto de actividades y productos materiales y espirituales que distinguen a una sociedad de otra, resultado de una dinámica social específica y responde a necesidades colectivas y se conforma de tres elementos: como proceso colectivo de creación y recreación, herencia acumulada y como conjunto de elementos dinámicos que pueden ser transferidos de grupo a grupo y en sus caso, aceptados, reinterpretados o rechazados, por grupos sociales diversos.

Derecho a decidir: implica la decisión personal informada de tener o no tener hijos; al espaciamiento de los nacimientos y el acceso a las formas de regular la fecundidad.

⁴⁶ Todas las definiciones están sujetas a los efectos de esta investigación no es su sentido general.

Derecho a la autonomía, integridad y seguridad corporal: este derecho abarca el control y disfrute del propio cuerpo propio.

Derecho a la información: implica la posibilidad de disponer de información amplia, objetiva y verídica sobre la sexualidad humana que permita tomar decisiones respecto a la propia vida sexual.

Derecho a la salud: derecho a vivir una vida plena, libre de enfermedades, con bienestar físico, emocional, espiritual e intelectual.

Derecho sexual: implica el ejercicio pleno de la sexualidad según cada persona lo decida bajo sus deseos y ética personal, libre de censura, con información y responsabilidad sobre su cuerpo.

Derecho a una educación sexual: es el derecho a la información sobre la sexualidad humana, métodos de anticoncepción, enfermedades de transmisión sexual y procesos relacionados con la reproducción.

Derecho a la comunicación: es el derecho a ser informada, a comunicarse y formar parte cualquier espacio y nivel de la comunicación, de acceder a información.

Derechos Humanos: son los derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición.

Derechos reproductivos: derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre tener o no tener hijas o hijos, el número de éstos y el espaciamiento entre ellos.

Derechos sexuales: derecho a ejercer la sexualidad propia desde la ética personal, libre e informadamente

Discriminación contra la mujer: cualquier acto de exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de sus derechos.

Disponibilidad: existencia suficiente y con cercanía de las usuarias de establecimientos, programas, bienes y servicios públicos de salud, centros de atención de salud, provistos agua potable, personal capacitado y bien remunerado.

Empoderamiento: de “empowerment” que se puede traducir como fortalecimiento. Palabra que adquiere una definición más amplia y particular a partir del movimiento de mujeres cuando se empieza a definir como poderío o alcance y control de los derechos de las mujeres por ellas mismas.

Ética: atención a las problemáticas sociales desde una perspectiva respetuosa, particular y responsable.

Feminismo: corriente ideológica que propone una reflexión profunda sobre la identidad femenina a partir de la construcción de género elaborada por una sociedad y la deconstrucción de mitos que caracterizan a hombres y mujeres. Plantea la el empoderamiento de las mujeres a partir de la adquisición de conciencia de género para ser las protagonistas de su propia vida. Retoma la experiencia de las mujeres y parte de ellas para revalorar la aportación y participación de las mujeres en la sociedad.

Género: construcción social sobre los sexos hombre y mujer como masculino y femenino que otorga valor a las acciones a partir de esta condición.

Morbilidad materna: mujeres que enferman después de su parto, la mayoría de las veces por negligencia médica.

Muerte materna: es la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, puerperio o aborto.

Perspectiva de género: teoría de análisis de la sociedad que cuestiona la condición subordinada de las mujeres, estimula la capacidad crítica y reflexiva, la toma de conciencia para la identidad de las mujeres y el reforzamiento de la identidad de género y permite ubicar al Estado como impulsor de políticas, a sus instituciones y representantes, inmersos en una red de relaciones de poder, entre las cuales se encuentran las relaciones de género. Al mismo tiempo, sitúa al Estado como un medio de cambio o de

control sobre la vida de las mujeres, y un facilitador u obstaculizador del ejercicio de sus derechos.

Salud reproductiva: estado de bienestar físico, mental y social, en relación con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos, entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos y con libertad de decidir sobre la reproducción.

Salud sexual: resultado del reconocimiento y respeto de los derechos sexuales que incluyen: el derecho a la libertad sexual, a la autonomía, a la integridad sexual y a la seguridad corporal, a la vida privada en el terreno de la sexualidad, a la equidad y al placer sexual, a la expresión sexual emocional, a la libre asociación sexual, a la educación sexual integral, a la atención de la salud sexual, a la información basada en el conocimiento científico y a la toma de decisiones reproductivas libres y responsables.

Sexo: condición orgánica relativa a las diferencias de los órganos sexuales de las personas.

Sexualidad: parte integral de la personalidad de todo ser humano que depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

Vulnerabilidad: que está en una condición de riesgo y por lo tanto, de no disfrute ni ejercicio de sus derechos humanos.

Índice de gráficos

Tabla 1. Equidad de género y programas de salud. Ipas México, 2010.	88
Tabla 2. Estrategias del Plan de Acción en Salud Reproductiva, Ipas México, 2010.....	90
Gráfico 1. Esperanza de vida al nacimiento por sexo 2000-2050, World Population Prospects, 2002.....	93
Gráfico 2. Transición demográfica mundial 1950-2050, World Population Prospects, 2002.....	94
Gráfico 3. Población mundial 1950-2050, World Population Prospects, 2002.....	94
Gráfico 4. Pirámide de la población mundial 2000-2050, World Population Prospects, 2002.....	95
Gráfico 5. Transición demográfica 1955-1005, Ipas México, 2010.....	96
Mapa 1. Porcentaje de población de 60 años y más 2000, World Population Prospects, 2002.....	97
Mapa 2. Porcentaje de población de 60 años y más 2050, World Population Prospects, 2002.....	97
Gráfico 6. Transición epidemiológica, Ipas México, 2010.....	100
Tabla 3. Tres demoras en la atención a la salud materna, Ipas México 2010.....	111
Mapa 3. Cáncer de Mama y Cáncer Cérvico-uterino, CONAPO, 2006.....	116
Mapa 4. Cáncer de Mama y Cáncer Cérvico Uterino, Ipas México, 2010.....	117

Fuentes

Bibliografía

AIESON Aída, Cuerpo y persona, FCE, México, 1981.

ALBERRO Solange, La sexualidad manipulada en Nueva España, en Familia y sexualidad en Nueva España: Memoria del primer simposio de historia de las mentalidades, FCE, México, 1982.

ALCINA Franch, José, Procreación, amor y sexo entre los mexicas, Estudios de cultura náhuatl, v. 21, UNAM, México, 1991.

AMORÓS Celia, Feminismo de la igualdad y de la diferencia, PUEG-UNAM, México, 1994.

---, Hacia una crítica de la razón patriarcal, Anthopos, España, 1985.

ARANGO Durling Virginia, Derechos humanos de la mujer, Ediciones Panamá, Panamá, 1994.

ARIES, A. Béjin, M. Foucault, Sexualidades occidentales, Paidós, México, 1987.

ÁVILA Letanía María, Feminismo y ciudadanía: la producción de nuevos derechos, en Scciavone Lucila (comp.) Género y las salud reproductiva en América Latina, Libro Universitario Regional, Costa Rica, 1999.

AYALA Castro Concepción et.al., Guía para un uso igualitario del lenguaje periodístico, Diputación de Malaga, España, 2006.

AZNAR Hugo, Ética y periodismo. Códigos, estatutos y otros documentos de autorregulación, Paidós, España, 1999.

BACH Marta, El sexo de la noticia. Reflexiones sobre el género en la información y recomendaciones de estilo, Icaria, España, 2000, 137 p.

BÁEZ Lourdes, Nahuas de la Sierra Norte de Puebla, CDI- PNUD, México, 2004, 39 p.

BARBOSA Sánchez Araceli, Sexo y conquista, UNAM, México, 1994.

BASAGLIA Franca, La mujer, una voz. Universidad Autónoma de Puebla, México, 1986.

---, Mujer, locura y sociedad, Universidad Autónoma de Puebla, México, 1983

BEAUVOIR Simone, El sagrado sexo. Los hechos y los mitos. La experiencia vivida, Siglo XX, Argentina, 1981.

---, El segundo sexo, Siglo XX, Argentina, 1981.

BELLUCCI Mabel, De los estudios de la mujer a los estudios de género: han recorrido un largo camino, Paidós, Argentina, 1992.

BISELL Sharon Ma., MEJÍA Consuelo y MERCADO Patricia, El Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población: asociaciones de colaboración entre ONG y el gobierno por la salud reproductiva en México, El Colegio de México, México, 2000.

BONFIL Sánchez Paloma y DEL PONT Lalli Raúl Marcó, Las mujeres indígenas al final del milenio, UNFPA, México, 1999.

BORRAT, Héctor, El periódico, actor político, Barcelona, 1989.

BUNCH Charlotte et. al., Los derechos de las mujeres son derechos humanos, Rutgers, Edamex, México, 2000.

BURIN Mabel, Estudios sobre la subjetividad femenina, Mujeres y salud mental, Grupo Editor Latinoamericano, col. Controversia, Argentina, 1987.

BUXO REY María de Jesús, Antropología de la mujer. Cognición, lengua e ideología cultural, Anthropos, España, 1988.

CALNEK, Edward E., Conjunto urbano y modelo residencial en Tenochtitlan, en MORENO Toscano Alejandra (comp.), Ensayos sobre el desarrollo urbano de México, SEP, México, 1974.

CARASCO Pizana, Pedro, La sociedad mexicana antes de la conquista, en COSÍO Villegas Daniel, Historia General de México, coord., 2v., El Colegio de México, México, 1981, v. 1.

---, Los otomíes. Cultura e historia de los pueblos mesoamericanos de habla otomiana, UNAM-INAH, México, 1986, 355 p.

CARBONELL Sánchez, Miguel y CARBONELL José, La construcción de igualdad de género: Estado de bienestar y políticas públicas, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México, 2010.

CASTELLS Carme (comp.) Perspectiva feminista en teoría política, Paidós, Argentina, 1996.

CAZÉS Daniel (coord.), La perspectiva de género, guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles, CONAPO, México, 2000.

COLOMBRES Adolfo, La cultura popular, Premia editora, México, 1991.

CONDE Silvia, ¿Qué son los derechos humanos?, Movimiento ciudadano por la democracia, México, 1997.

CRUZ Parcero Juan A. y Vázquez Rodolfo (coords.), Derechos de las Mujeres en el Derecho Internacional, Editorial Fontana, Tomo 1, México, 2010, 276 p.

---, Debates Constitucionales sobre Derechos Humanos de las Mujeres, Editorial Fontana, Tomo 2, México, 2010, 280 p.

---, Género, Cultura y Sociedad, Editorial Fontana, Tomo 5, México, 2010, 280 p.

DÁUBETERRE B, María Eugenia, Mujeres indígenas campesinas y violencia sexual: un estudio de caso de la Sierra Norte de Puebla, en STERN Claudio y ECHARRI Carlos Javier (comp.) Salud reproductiva y sociedad, El Colegio de México, México, 2000.

DE LAURETIS Teresa, Estudios feministas. Estudios críticos: problemas, conceptos y contextos, en Carmen Ramos Escardón (comp.) El género en perspectiva de la dominación universal a la representación múltiple, UAM-I, México, 1991.

DEGANTE Sánchez, Alma Osiris, CANO Azcárraga Gabriela y ZÁNCHEZ Andrade Liliana, Reporte de investigación: resultados y metodología del proceso de investigación cuantitativa y cualitativa sobre la situación de la violencia de género en la Sierra Norte de Puebla, Espacio Espiral A.C, México, 2008, 42 p.

DELGADO Juan Manuel, Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales, Síntesis, México, 1999, 669 p.

DÍAZ del Castillo, Bernal, Historia verdadera de la conquista de la Nueva España, Porrúa, México, 1972.

DUARTE Patricia, Violencia y salud de la Mujer: consecuencias emocionales del maltrato hacia las mujeres dentro del hogar, en Ma. Carmen Elú y Ana Langer (eds.) Maternidad sin Riesgos en México, IMSS-SSA-Population Council-Ford Foundation-CIMAC-FNUAP, México, 1994.

DURÁN Diego, Historia de las Indias de Nueva España e islas de la tierra firme, vol. 2, Editorial Porrúa, México, 1984.

ESPINOSA Gisela, Compromisos y realidades de la salud reproductiva en México. Una mirada a la situación nacional y a cuatro estados UAM- El Atajo ediciones, México, 2000.

FACIO Alda, Los Derechos Sexuales y los Derechos Humanos, ¿de qué estamos hablando?, Centro de Investigaciones de la Mujer, Costa Rica, 1994.

---, Cuando el género suena cambios trae: una metodología para el análisis de género del fenómeno legal, ILANUD, Programa Mujer, Justicia y Género, 3ª edición, 1996, 131 p.

---, Los derechos reproductivos son derechos humanos, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Costa Rica, 2008.

FERNÁNDEZ Ana María, Las mujeres en la imaginación colectiva, Paidós, Argentina, 1992.

FERRAJOLI Luigi, Derechos y garantías. La ley del más débil, Andrés Ibarra y Andrea Greppi (trad.), 2ª ed, Trota, España, 2001.

FREYERMUTH Enciso María Graciela, Mortalidad materna. Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres, CIESAS-Sureste- CONEVA, México, 2010.

GALEANA Patricia (coord.), Los Derechos Humanos de las Mujeres en México, en Informe de las Instituciones Gubernamentales Dedicadas a la Mujer, México, UNAM– FEMU, México, 1996.

GALLEGO Joana, Género e información, Asociación de los Periodistas, España, 1990.

GARCÍA Luz María, Paradojas de un Mundo en Transición, Instituto “Matías Romero” de Estudios Diplomáticos, S.R.E., México, 1993, 275 pp.

---, Las mujeres indígenas de México: su contexto socioeconómico, demográfico y de salud. Inmujeres-CONAPO-CDI-SSA, México, 2006.

GONZÁLEZ Montes Soledad (comp.) Las mujeres y la salud, PIEM- El Colegio de México, México, 1995.

--- (coord.), Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva, El Colegio de México, México, 1999.

---, Familias y mujeres en México, El Colegio de México, México, 1997.

---, Las costumbres del matrimonio en el México indígena contemporáneo, en México diverso y desigual: Enfoques sociodemográficos. México, Colegio de México y Sociedad Mexicana de Demografía, 1999, p. 87-105.

---, Mujeres y relaciones de género en la antropología latinoamericana, El Colegio de México, México, 1997.

GOTHMANN Katrin, Manual del género en el periodismo, Fundación Friedrich Ebert, Ecuador, 2001.

GRIJELMO Alex, El estilo del periodista, Santillana, España, 1997.

---, La seducción de las palabras, Santillana Ediciones Generales, España, 2007.

GRUNZINSKI, Serge, Confesión, alianza y sexualidad entre los indios de Nueva España, en Seminario de Historia de las Mentalidades, El placer de pecar y el afán de normar, Joaquín Mortiz e INAH, México, 1987.

---, La conquista de los cuerpos, en Familia y sexualidad en Nueva España: Memoria del primer simposio de historia de las mentalidades, México, FCE, 1982.

GUTIÉRREZ Chong Natividad, (comp.) Mujeres y nacionalismos en América Latina: de la independencia a la nación del nuevo milenio, UNAM- Instituto de Investigaciones Sociales, México, 2004.

GUIROLA Yolanda, Estudio y análisis sobre la legislación nacional e internacional en salud, derechos sexuales y derechos reproductivos, Alianza para la Salud Sexual y Reproductiva en El Salvador, El Salvador, 2007, 59 p.

GUZMÁN Stein, et.al., Estudios básicos de Derechos Humanos, IIDH, ASDI, Comisión de la Unión europea, Costa Rica, 1997.

HERNÁNDEZ Teresita y MURGUIALDAY Clara, Mujeres indígenas ayer y hoy. Aportes para una discusión desde una perspectiva de género, Puntos de Encuentro, Nicaragua, 1993.

HERNÁNDEZ, Francisco, Antigüedades de la Nueva España. Ed. Ascensión H. de León-Portilla, España, 1986.

IXTLILXÓCHITL Fernando de Alva, Obras históricas. 2 vols., UNAM, México, 1975.

JOHANSSON Patrick, Miccacuícatl: Las exequias. Ritos mortuorios de los antiguos nahuas. McGraw-Hill, México, 1998

JUÁREZ Fátima (et. al.) Las Necesidades de Salud Sexual y Reproductiva de las Adolescentes en México: Retos y Oportunidades, Guttmacher Institute, México, 2010, 235 p.

KANOUSI Dora, La cultura de la opresión, en Memorias del primer encuentro sindical sobre la condición de la mujer, SUNTUAP 15, México, 1980.

KAPUSCINSKI, Ryszard, Los cínicos no sirven para este oficio. Sobre el buen periodismo, Anagrama, España, 2002.

KUMATE Jesús, La transición epidemiológica del siglo XX ¿vino nuevo en odres viejos?, Méndez editores, México, 2001.

LABASTIDA, Jaime, Cuerpo, territorio, mito, Siglo XXI, México, 2000.

LAGARDE y De los Ríos Marcela, Enemistad y sororidad: hacia una nueva cultura feminista, Memoria 25, Centro de Estudios del Movimiento Obrero y Socialista, México, 1989.

---, Metodología de trabajo con mujeres, Pedagogía de género, Red de Educación popular entre Mujeres, Ecuador, 1991.

---, Identidad y subjetividad femenina, Fundación Puntos de Encuentro, Nicaragua, 1992

---, Los cautiverios de las mujeres: madre- esposas, monjas, locas, presas y putas, UNAM- Posgrado, México, 1993.

LAMAS Martha, El feminismo mexicano y la lucha por legalizar el aborto, Política y cultura, no. 1, México, 1992.

---, La perspectiva de género: una herramienta para construir equidad entre mujeres y hombres, DIF, México, 1997.

LANGER Ana y TOLBERT Kathy, Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México, Edamex, México, 1996.

LARA Klahr Marco y BARATA Francesc, Nota roja, Debate, México, 2010, 364 p.

LAS CASAS Bartolomé de, Apologética historia sumaria, edición preparada por Edmundo O'Gorman, 2 v., UNAM, IIH, México, 1967.

LEÓN Magdalena (comp.), Poder y empoderamiento de las mujeres, Tercer Mundo, Colombia, 1997, 245 p.

LÓPEZ Austin Alfredo, La sexualidad entre los antiguos nahuas, en Familia y sexualidad en Nueva España, FCE, México, 1982.

---, Educación mexicana. Antología de textos sahuagunianos, UNAM, Instituto de Investigaciones Antropológicas, México, 1985.

---, Los mitos del tlacuache. Caminos de la mitología mesoamericana, México, Alianza Editorial Mexicana, 1990.

---, y LÓPEZ Luján Leonardo, El pasado indígena, El Colegio de México-FCE, México, 1996.

---, Cuerpo humano e ideología, UNAM, México, 2008.

MARTÍN M. Kay y VOORHIES Bárbara, La mujer: un enfoque antropológico, Anagrama, España, 1978.

MARTÍNEZ Corona Beatriz y MEJÍA, Susana, Prácticas y Costumbres en delitos cometidos contra Mujeres Indígenas, Porrúa, México, 1998.

---, Género, empoderamiento y sustentabilidad, una experiencia de microempresa artesanal de mujeres indígenas, Serie Pensa 2, México, 2000, 328 p.

--- y ZAPATA Martelo Emma (coords.) Espacio múltiples, horas interminables, quehaceres de mujeres, Instituto de la Mujer Guanajuatense, México, 2003, 308 p.

MEJÍA Susana, Los derechos de las mujeres nahuas de Cuetzalan. La construcción de un feminismo indígena, desde la necesidad, en HERNÁNDEZ Aída, Etnografías e historias de resistencia. Mujeres indígenas, procesos organizativos y nuevas identidades políticas, CIESAS -UNAM, México, 2008 p. 453-502.

---, Mujer Indígena y Violencia: Entre esencialismos y racismos, CDI, No. 5, México, 2010.

MENDIETA Gerónimo de, Historia eclesiástica indiana. México: Dialogía, metáforas y albures en cantos eróticos nahuas, Porrúa, México, 1980.

MOLINA Alonso de, Confesionario mayor en la lengua mexicana y castellana, UNAM-Instituto de Investigaciones Históricas, México 1984.

MONTANER Mariliana, (ed), Palabra y pensamiento, mujeres indígenas, UNIFEM, México, 2009, 155 p.

MONTIEL Romero Lucía, La salud en México: una perspectiva de Derechos Humanos, Cuadernos de Derechos Humanos, Universidad Iberoamericana, México, 2011, 171 p.

MOTOLINÍA Toribio de Benavente, El libro perdido, CONACULTA, México, 1989.

MOYA Richard Isabel, La mujer y los medios de comunicación. Voces secuestradas, Argent Press, Cuba, 1961.

MUÑOZ Camargo Diego, Descripción de la ciudad y provincia de Tlaxcala, en Relaciones geográficas del siglo XVI, edición de Rene Acuña, vol. 4, UNAM- Instituto de Investigaciones Antropológicas, México, 1986.

---, Historia de Tlaxcala, México, Editorial Innovación, 1978.

NOLASCO, Margarita, La mujer indígena, CDI-México indígena, México, 1988.

OLÁIZ Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T y colaboradores. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.

OLAVARRÍA María Eugenia (coord.), Simbolismo y poder, UAM-Porrúa, México, 2007.

PARTIDA Bush Virgilio, La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México, CONAPO, México, 2004.

---, Proyecciones de la población de México, de las entidades federativas, de los municipios y localidades, 2000-2050, CONAPO, México, 2003.

QUEZADA, Noemí, Amor y magia amorosa entre los aztecas. Supervivencias en el México colonial, UNAM, México, 1975.

QUIJANO Aníbal, El regreso del futuro y las cuestiones del conocimiento, en WALSH Catherine Walsh, SCHIWY Freya y CASTO- Gómez Santiago, Indisciplinar las ciencias sociales, Universidad Andina Simón Bolívar, Ecuador, 2002.

RICARD, Robert, La conquista espiritual de México, FCE, México, 1986.

RIVA Palacio Raymundo, Manual para un nuevo periodismo, Plaza Janés, México, 2006, 204 p.

ROBINSON Stundebaker Scott, TEJERA Gaona Héctor y VALLADARES de la Cruz Laura coord., Política, etnicidad e inclusión digital en los albores del milenio, UAM-Porrúa, México, 2007.

RODRÍGUEZ Shadow María J, La mujer azteca, UAEM, 1991.

RUIZ de Alarcón Hernando, Tratado de las supersticiones y costumbres gentílicas que hoy viven entre los indios naturales desta Nueva España, SEP; México, 1988.

SAHAGÚN Bernardino de, Historia General de las cosas de Nueva España, 2 v., México, CONACULTA, Alianza Editorial Mexicana, México, 1988.

SÁNCHEZ Olivera Alma Rosa, Derechos sexuales y reproductivos en México: feminismo y construcción de ciudadanía para las mujeres, FES Acatlán-UNAM, México, 2009.

SANTOS Preciado José Ignacio, VILLA Barragán Juan Pablo, GARCÍA Avilés Martha Angélica et. al., La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México, Salud pública, v.45 supl.1, México, 2003.

SAYAVEDRA Gloria y Eugenia Flores (coord.), Ser mujer ¿un riesgo para la salud?, Red de mujeres AC, México, 1997.

SCCIAVOVE Lucila (comp.), Género y salud reproductiva en América Latina, Libro Universitario Regional, Costa Rica, 1999.

SEN, Amartya Kumar, Bienestar, justicia y mercado, Paidós-ICEUAB, España, 1998.

---, Desarrollo y libertad. México, Planeta, España, 2000.

SIERRA María Teresa, Justicia, interlegalidad y derechos en la Sierra norte de Puebla, en SIERRA María Teresa (ed.), Haciendo justicia. Interlegalidad, derecho y género en regiones indígenas, CIESAS- Porrúa, México, pp. 115-186, 2004.

---, Diálogos y prácticas interculturales. Derechos humanos, derechos de las mujeres y políticas de identidad, Desacatos, núm. 15-16, CIESAS, México, 2004, pp. 126-148.

---, Las mujeres indígenas ante la justicia comunitaria. Perspectivas desde la interculturalidad y los derechos, CIESAS, Desacatos, núm. 31, México, 2009.

---, Derechos Humanos, etnicidad y género en contextos multiculturales. Reconocimientos legales y retos antropológicos, CIESAS, México, 2002.

STOLLER Robert J., Sex and Gender, Science House, Estados Unidos, 1968

TAMBIAH Yasmin, Sexualidad y derechos humanos, Margaret Schuler, Washington D.C., 1995.

TIBÓN Gutierrez, Los ritos mágicos y trágicos de la pubertad femenina, Diana, México, 1984.

TORQUEMADA, Juan de, Monarquía indiana. 2 vols, UNAM, México, 1992.

TUÑÓN Pablós Enriqueta, La historia del voto femenino en México, CIMAC Dimensión Antropológica, vol. 25, México, 2002.

ULLOA Ziáurriz Teresa, La situación de las mujeres indígenas en México, Universidad Andina Simón Bolívar, México, 2002.

VALLE Norma, HIRIART Bertha y AMADO Ana María, El abc de un periodismo no sexista, Espacio para la igualdad, Fempress, Chile 1996.

VALLEJO Ivette, Relaciones de género, mujeres nahuas y usos de la legalidad en Cuetzalan, Puebla, en SIERRA María Teresa (ed.), Haciendo justicia. Interlegalidad, derecho y género en regiones indígenas, CIESASA- Porrúa, México, 2004, pp. 187-236.

VARELA Nuria, Feminismo para principiantes, Ediciones B, España, 2008.

VIESCA Treviño Carlos, Epidemiología entre los Mexicas, en LÓPEZ Austin Alfredo y VIESCA Treviño Carlos (comps.) Historia general de la medicina en México, tomo 1, México Antiguo, UNAM-Facultad de Medicina, México, 1984.

WALSH Catherine, Indisciplinar las ciencias sociales, Universidad Andina Simón Bolívar, Ecuador, 2002.

WILLIAMS Eduardo, (trad). La Medicina Tradicional Entre los Nahuas: Plantas Medicinales Contemporáneas y Antiguas, FAMSI, México, 2007.

WOOLF Virginia, Una habitación propia, Editorial Seix Barral, España, 2008, 81 p.

ZAPATA M. Emma, Mujeres rurales ante el nuevo milenio, Montecillo, México, 1994.

ZAVALA Cosío María Eugenia, Dos momentos en la transición demográfica. Demos, México, 1989.

---, Cambios de fecundidad en México y políticas de población, El Colegio de México, FCE, México, 1992.

ZOLLA Carlos, et al. Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana, INI, México, 2000.

---, La salud de los pueblos indígenas de México, INI, México, 2007.

Hemerografía

BERISTÁIN, Helena, La densidad figurada del lenguaje alburero, Revista de Retórica y Teoría de Comunicación, México, 2001, pp.1- 53.

FEMENÍAS María Luisa y SOZA Rossi Paula, Sociologías 45, Sociologías, Porto Alegre, año 11, nº 21, jan./jun. 2009, p. 42-65.

FIGUEROA Perea Juan Guillermo y RIVERA Reyes Gabriela, Algunas reflexiones sobre la representación social de la sexualidad femenina, Revista Nueva Antropología, marzo, año/vol. XII, número 041, México, 1992, pp.101-121.

GALL Olivia, Racismo y Sexismo en la historia y presente de México. Reflexiones acompañadas de la palabra de mujeres lideresas de 18 pueblos indios, CDI- Revista México Indígena No.5, México, 2010.

---, Racismo y Mestizaje, Debate Feminista, año 12, vol. 24, octubre, México, 2001.

HERNÁNDEZ Castillo Aída, Entre el etnocentrismo feminista y el esencialismo étnico. Las mujeres indígenas y sus demandas de género. En Racismo y Mestizaje, Debate Feminista año 12, Vol. 24 Octubre, 2001.

ICHIN Merit, Midwives face the front line, The News, p. 18-19, 2010.

JOHANSON Patrick, Dilogía, metáforas y albures en cantos eróticos nahuas del siglo XVI, UNAM- Instituto de Investigaciones Históricas, México Revista de Literaturas populares, Año VI / No. 1 / ene-jun 2006.

LAMAS Martha, Aborto, derecho y religión en el siglo XXI. En: Debate feminista, año 14, vol. 27, abril, 2003, pág. 139-164.

MÚÑOZ Rodríguez, Carolina, VÁZQUEZ García Verónica, ZAPATA Martelo Emma, (et al). Pobreza real y desarrollo de capacidades en mujeres indígenas de la Sierra Norte de Puebla, Revista de Estudios de Género La Ventana, col. IV núm. 31, Guadalajara, México, 2010 p. 64-100.

PINEDA Ruiz, Siboney, La mujer indígena: ante la pobreza, Espacio Abierto, vol. 11, no. 2, abril-junio 2002, p. 251-264.

Consulta de Tesis

CHÁVEZ Claudia, Del deber ser a la praxis. Los jueces de paz en el renovado campo judicial de Cuetzalan. ¿Hacia un fortalecimiento de la jurisdicción indígena? Tesis de maestría en antropología social, CIESAS, México, 2008.

DÁVALOS López Enrique, Templanza y carnalidad en el México prehispánico: Creencias y costumbres sexuales en la obra de los frailes historiadores. Tesis de Maestría en Historia Facultad de Filosofía y Letras, UNAM, México, 1998. Disponible en <http://sexualidadmexicoprehispanico.blogspot.com>.

PÉREZ Nasser Elia, El proceso de empoderamiento de mujeres indígenas organizadas desde una perspectiva de género Artículo basado en la Tesis para optar por el grado de maestra en Desarrollo Rural. UUAM -Xochimilco. División en Ciencias Sociales y Humanidades, México, 2008.

TERVEN Adriana, Revitalización de la costumbre jurídica en el Juzgado Indígena de Cuetzalan. Retos desde el Estado. Tesis de maestría en antropología social, CIESAS; México, 2005.

---, Justicia indígena en tiempos multiculturales. Concepciones encontradas y propuestas alternas de resistencia. La experiencia de Cuetzalan. Tesis de doctorado en antropología social, CIESAS, México, 2009.

VALLEJO Ivette, Mujeres Maseualmej y usos de la legalidad: Conflictos genéricos en la Sierra Norte de Puebla. Tesis para optar por el grado de Maestra en Antropología Social, CIESAS; México 1999.

Ponencias, memorias, foros y conferencias

IV Conferencia Internacional sobre la Mujer (Beijing, 1995), Declaración de Beijing, Plataforma de Acción (Capítulo J), Conmujer, UNICEF, Milenio feminista, México, 1999.

ESPINOZA Damián Gisela, Avances y retos de la salud reproductiva en México: discurso, financiamiento y praxis, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, México, 2000.

--- y PAREDES Lorena, Salud sexual y reproductiva en México: los programas, los procesos, los recursos financieros, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, México, 1999.

GONZÁLEZ Balboa María Elia, Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003 en Reunión Internacional sobre Atención y Prevención de Violencia hacia las Mujeres, Inmujeres, México, 2005.

LAGARDE y De los Ríos Marcela, Las mujeres en la cultura poblana, Tercer Foro Interno Colegio de Antropología Social, UAP, México, 1983.

---, El feminismo y la mirada entre mujeres, Seminario Internacional sobre Liderazgo y dirección para Mujeres “Poder y Empoderamiento de las Mujeres”, España, 2003.

LÓPEZ Austin Alfredo, La sexualización del cosmos, ponencia presentada en el congreso de FEMESS, Aguascalientes, México 1996.

MEJÍA, Susana y CRUZ Celestina, Género y justicia en comunidades nahuas de Cuetzalan. La experiencia de la Casa de la Mujer Indígena, ponencia presentada en el V Congreso de la Red Latinoamericana de Antropología Jurídica, Oaxtepec, México, octubre de 2006.

Memorias del primer taller de la Red Latinoamericana de educación popular entre mujeres, Memorias del primer taller de Liderazgo Feminista, Venezuela, marzo 1992.

SIERRA María Teresa, Hay derechos humanos en Zacapoaxtla: género, legalidad y derechos en la Sierra Norte de Puebla, Ponencia presentada en el XII Congreso Internacional, “Derecho Consuetudinario y Pluralismo Legal: Desafíos en el Tercer Milenio”, Universidad de Chile y Universidad de Tarapacá, Arica, Chile. Marzo 13-17 del 2000.

TERRAZAS Ana Cecilia, Los medios de comunicación: ¿habitaciones propias?, ponencia en IV Encuentro de la Red Nacional de Periodistas, Tamaulipas, México, julio 2011.

Documentos, informes, manuales, otros

Acción para el siglo XXI, salud y derechos reproductivos para todos, Family Care International, Estados Unidos, 1994.

Campaña Regional Por una Maternidad Libre y Voluntaria, CIMAC, México, 2010-2011.

Cantares mexicanos, Manuscrito de la Biblioteca Nacional de México. México: UNAM, 1994.

Catálogo Universal de Servicios de Salud 2010, Sistema de Protección Social en Salud, Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, México, 2010.

Centro Nacional para el Control del VIH/SIDA. Programa Nacional de Control del VIH/SIDA 2001-2006, SSA, México, 2002.

Cobertura efectiva del sistema de salud en México 2000-2003. SSA, México, 2006.

Códice Chimalpopoca (Anales de Cuauhtitlan y Leyenda de los Soles), UNAM, México, 1992.

Códice florentino (Testimonios de los informantes de Sahagún), Giunta Barbera, México, 1979.

Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgo en México, Maternidad sin riesgos en México, carpeta informativa, México, 1994.

Conteo de Población y Vivienda II, 2005, INEGI, México, 2005.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917.

Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, 1965.

Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, 1979.

Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer, 1952.

Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, México, 2009.

Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana, Gouges de Olympe, 1791.

Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, 1789.

Declaración de los Derechos del Hombre, Estados Unidos, 1776.

Declaración de los Derechos Humanos, 1948.

Declaración de Valencia, 1997.

Declaración del 13 Congreso Mundial de Sexología, Valencia, España, 1997

Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 1967.

El problema del aborto en México, CONAPO, México, 2000.

Encuesta Nacional de Juventud 2000. Resultados Generales, SEP- Instituto Mexicano de la Juventud, México, agosto 2002.

Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, ENDIREH- INEGI, México, 2006.

Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Mujer, datos de Puebla, INEGI, México, 2009.

Geografía e Informática. Daños a la salud. Tabulados Básicos y por Entidad, INEGI, México, 2000.

Hacia la construcción de un periodismo no sexista, CIMAC-UNESCO, México, 2009.

I Censo de Población y Vivienda, INEGI, México 1995.

II Censo de Población y Vivienda, INEGI, México, 2005.

Indicadores de resultado 2001-2006, SSA, México, 2006.

Informe de pobreza multidimensional en México, CONEVAL, México, 2008.

Informe Mundial sobre la violencia y la salud, OMS, Ginebra, 2002.

Informe Nacional sobre Violencia y Salud, SSA, México, 2006.

Informe sobre Desarrollo Humano, PNUD, México, 1997.

Informe sobre Desarrollo Humano de los Pueblos Indígenas en México, PNUD y CDI, México, 2010.

Informe sobre la Salud en el Mundo 2002.Reducir los riesgos y promover una vida sana, OMS, Ginebra, 2002.

Informe sobre la Salud en el Mundo 2003. Forjemos el futuro, OMS, Ginebra, 2003.

Informe sobre la Salud en el Mundo 2004, Cambiemos el rumbo de la historia, OMS, Ginebra, 2004.

Informe sobre la Salud en el Mundo 2006. Trabajando juntos por la salud, OMS, Ginebra, 2006.

Informe WACC, Monitoreo Global de Medios, coordinado por la Asociación Mundial para la Comunicación Cristiana (WACC), 2010.

IWANKA Raya Mairin, Mujeres indígenas confrontan la violencia Informe complementario al estudio sobre violencia contra mujeres indígenas del Secretariado General de las Naciones Unidas, FIMI (Foro Internacional de Mujeres Indígenas), 2007, disponible en: <http://www.indigenousandwomensforum.org>.

La Infancia cuenta en México 2009: las niñas, Red por los Derechos de la Infancia en México, Redim, México, 2009.

La mortalidad en México 2000-2004. Muertes evitables: magnitud, distribución y tendencias, SSA, México, 2006.

La salud en México: 2006-2012, Fundación Mexicana para la Salud, México, 2006.

La salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, SSA-DGSR, México, 1999.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, 2007.

Ley General de Población, 1974.

Ley General de Salud, 1984.

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, 2005.

Ley para el acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Puebla, octubre, 2007.

Ley para la Igualdad entre Mujeres y Hombres del estado de Puebla, agosto, 2008.

Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, niños y Adolescentes, 2006.

Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación, 2003.

Ley para Prevenir y Sancionar la Trata de Personas, 2007.

Lineamientos de atención al parto vertical. Dirección de Medicina tradicional y salud intercultural, SSA, México, 1999.

Manual de Derechos Humanos, CNDH, México, 1997.

Manual Estrategias de comunicación y visibilidad para las organizaciones de la sociedad civil, CIMAC, México, 2004.

Manual de Periodismo no sexista, CIMAC, México, 2009.

Modelo integrador de atención a la salud, SSA, México, 2006.

Mujeres y hombres en México 2007, INEGI-INM, México, 2007.

Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, NOM-005-SSA2-1993.

Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, NOM-003-SSA2-1993.

Norma Oficial Mexicana Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, NOM-190-SSA1-1999.

Norma Oficial Mexicana Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención. NOM-046-SSA2-2005.

Objetivos de Desarrollo del Milenio, seguimiento 2010.

Observatorio de Violencia Sexual y de Género en la Sierra Norte de Puebla, Espacio Espiral AC. Promoción Cultural, Desarrollo Sustentable y Equidad, Cuetzalan, Puebla, 1999.

Organización Mundial de la Salud, Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud, OMS, serie de informes temáticos, no. 572, Suiza, 1975

Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, 1966.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966.

Programa Arranque Parejo a la Vida 2007-2012, SSA, México, 2007.

Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 1994.

Programa de Acción: Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud, SSA, México, 2002.

Programa de Acción: Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, 2001-2006.

Programa de Acción: Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, 2007-2012.

Programa Nacional de Población 2001-2006, CONAPO, México, 2001.

Programa Nacional de Salud 2007-2012, SSA, México, 2007.

Proyecciones de población de México 2000-2050, CONAPO, México.

Situación actual de las y los jóvenes en México. Diagnóstico sociodemográfico, CONAPO, México, 2002.

VII Censo General de Población y Vivienda 1950. Resumen General, INEGI; México, 1952.

XI Censo General de Población y Vivienda, INEGI, México, 1990.

XII Censo General de Población y Vivienda, INEGI, México, 2000.

Consultas electrónicas:

www.cdi.gob.mx. Junio-diciembre 2011.

www.cimacnoticias.com. Junio-diciembre 2011.

www.cimac.org.mx. Junio-diciembre 2011.

www.conapo.gob.mx. Junio-diciembre 2011.

www.debatefeminista.com . Junio-diciembre 2011.

www.elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx

- Foro Mortalidad Materna en México, Doctora Graciela Freyermuth, Secretaria Técnica del Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (CPMSM), 24 de junio de 2011.

- Foro Morbilidad Materna en México, Doctora Susana Collado, 8 de julio de 2011.

- Foro VIH, vulnerabilidad de las mujeres, Alejandrina García Rojas del programa de VIH mujeres de Salud Integral para la Mujer (Sipam), 5 de agosto de 2011.

- Foro Políticas públicas para la salud materna, Doctora Raffaella Schiavon, directora general IPAS México, 19 de agosto de 2011.

- Foro VIH Transmisión perinatal, Tamil Kendall asesora externa de Balance, 26 de agosto de 2011.

- Foro Anticoncepción y adolescentes, Esperanza Delgado colaboradora de Fundación Mexicana para la Planeación Familiar A.C (Mexfam), 1 de septiembre de 2011.
- Foro Aborto, Mariana Winocur coordinadora de comunicación social del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), 23 de septiembre de 2011.
- Foro Mortalidad Materna en mujeres indígenas, Lina Rosa Berrio directora de Kinal Antzetik, 9 de noviembre de 2011.
- Foro Medios de Comunicación y Mortalidad Materna, Lucía Lagunes Huerta directora de Comunicación e Información de la Mujer A.C (CIMAC), 18 de noviembre de 2011.

www.gire.org.mx. Junio-diciembre 2011.

www.inegi.org.mx. Junio-diciembre 2011.

www.inmujeres.gob.mx. Junio-diciembre 2011.

www.ipas.org/spanish/. Junio-diciembre 2011.

www.kinal.org.mx. Junio-diciembre 2011.

www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx. Junio-diciembre 2011.

www.ssa.gob.mx. Junio-diciembre 2011.