



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE POSGRADO EN ESTUDIOS LATINOAMERICANOS
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
CAMPO DE CONOCIMIENTO: CULTURA, PROCESOS IDENTITARIOS, ARTÍSTICOS Y CULTURA
POLÍTICA EN AMÉRICA LATINA

SALUD EN CUERPO DE MUJER

TESIS QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE DOCTORA EN ESTUDIOS LATINOAMERICANOS

PRESENTA:

ELMA CONSTANZA DEL ROCÍO FLETSCHER FERNÁNDEZ

TUTORA:

DOCTORA NORMA BLAZQUEZ GRAF

CENTRO DE INVESTIGACIONES INTERDISCIPLINARES EN CIENCIAS Y HUMANIDADES

MÉXICO, D.F., JUNIO DE 2015



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.

Contenido

Agradecimientos

Resumen

Abstract

Introducción

Preámbulo. Contexto para la lectura

Interludios.

Primero. “Lo que te pasa a ti me pasa a mí”

Capítulo I.

El cruce de los campos. El traslape del capital religioso

1.1 La teoría de los campos

1.1.1 El campo médico

1.1.2 Campo religioso

1.2 La intersección de los campos

1.3 El pensamiento conservador

Interludios.

Segundo.

“Lo que es de todos, es de la mujer de la casa”

Capítulo II.

Persiguiendo al perseguidor

2.1 Caso Colombia

2.1.1 De la historia

2.2 De las políticas

2.3 Así estamos en América Latina

2.4 Ecuador y Bolivia. Dos apuntes finales

2.4.1 Correa y su reprimenda a las mujeres

2.4.2 Las mujeres indígenas de Bolivia

Interludios.

Tercero.

“Al movernos nosotras se mueven otras”

Capítulo III.

Del control sobre el cuerpo de las mujeres

3.1 El cuerpo y el control sobre las mujeres

3.1.1 Cuerpo de las mujeres

3.1.2 Mecanismos de control

3.1.2.1 Moralización

3.1.2.2 Patologización

3.1.2.3 Encerrar: Los cautiverios de las mujeres

3.2 La circularidad. El sí pero no

Interludios.

Cuarto.

“Nosotras que nos queremos tanto”

Capítulo IV.

Siguiendo el trabajo de campo. Del método y la metodología

4.1 Las mujeres representadas

4.1.1 Talleres con profesionales en salud

4.1.1.1 Taller Uno

4.1.1.2 Taller Dos

4.2 Las mujeres se representan

4.2.1 Mujeres Fasol.

4.2.2 A través de la imagen

Interludios.

Quinto

Lleva una iglesia en tu corazón

Capítulo V.

V. A modo de conclusiones.

5.1 Lo emocional es político

5.2 Los caminos de salida

Interludios.

Sexto

“ - Las verduras para los burros. - Por eso las hice para ti, mi amor”

Glosario

Bibliografía

Anexos

- | | |
|---------------|--|
| Anexo Uno. | Esquema prestación de los servicios de salud en Colombia. |
| Anexo Dos. | Las mujeres representadas. Talleres con profesionales. |
| Anexo Tres. | Las mujeres representadas. Taller Diciembre 2013. |
| Anexo Cuatro. | Las mujeres se representan. Relación de trabajo de campo |
| Anexo Cinco. | Talleres de Fotografía. Sesión uno. |
| Anexo Seis. | Talleres de Fotografía. Sesión dos & trabajo Insumos para la muestra itinerante. |
| Anexo Siete. | “Vi mi foto y sentí emoción, satisfacción”. Exposición de fotografía. |

A Eri, mi hermana en el mundo de los cielos.

A Mimi, nuestra eterna ángel.

Agradecimientos

A,

El alma de México, la gente que en esta tierra habita, que en su inmensa solidaridad me otorgó una beca para cursar mi doctorado. Me brindó un seguro de salud para allí traer a mi hija a este camino y me puso cerca de un médico con quien viví la privilegiada experiencia de un parto humanizado.

La UNAM que me permitió estudiar, por primera vez, en el marco real de la educación pública. Por permitirme aprender, conocer y ser una chica Puma.

Mi Abril Victoria, que hizo conmigo cada momento de este doctorado. Ella desde la pancita ha acompañado la experiencia más difícil y más contundente por la que he pasado hasta ahora, mi vida en México. Y le dio una nueva forma a la maternidad, y aunque no recibiré diploma, es otro grado que se junta a esta tesis.

Mi Sofita que me anima a vivir desde el día que llegó a este mundo.

Mi profesora Norma, que ha sido una ángel que la vida puso en nuestro camino. Yo puedo contar que fui de la mano de una maestra que ama lo que hace, es solidaria, comprometida académica y una maravillosa humana.

Mi profesora Patricia Castañeda, que me ha deslumbrado cada día con su capacidad analítica; su calmada, profunda y respetuosa forma de enseñar. Y me permitió un espacio para que yo pudiera aprender con ella.

Las profesoras Fátima y Lucía por dedicar tantas horas de su vida a leer mis tareas, por comprender mi camino en la maternidad, impulsarme, motivarme y sugerirme otros caminos para salir de mis preguntas. Por su confianza en mí.

Francesca, por sumarse a esta tarea de leer una nueva tesis y permitirme conocerla e incorporar sus profundas reflexiones en mi camino feminista.

Las amigas y amigos con quienes iniciamos camino en este país y que sé, se quedarán.

Karito que me regaló un montón de horas de su vida para ayudarme a respirar, estudiar y escribir. Su humildad y su ángel se han quedado en nuestro corazón.

Atita y Akuki que aprendieron a usar todas las herramientas virtuales para no dejarnos solas ni un solo día. Que lloraron y se emocionaron conmigo, me acompañaron y se sacrificaron para que yo terminara este camino con la sonrisa que hoy compartimos.

Mis hermanos, hermana y Kiss que me acompañaron y ayudaron en los días pesados. Y que siempre se preguntan qué rayos es eso que traigo en la cabeza.

Adri, María y mis tías que creen en mí. Cololina que no se baja nunca de mi barco. A Isabel que hoy es parte de esta familia inmensa que siempre tuvo un momento de su tiempo para acompañarnos y sacar unas horas para que yo pudiera sentarme a escribir.

Tica que salvó mi trabajo de campo.

Mi comadre y a mi linda Astromelia por ser parte de nuestra historia a diario.

Rodri y al Tren, por todas las conversaciones que por nuestros doctorados nos debemos.

Quienes un día aportaron desde su solidaridad para que yo pudiera regresar a este país a seguir estudiando.

Alexander, porque espero que este capítulo de la historia construyendo esta gran apuesta para nuestras vidas no se pierda nunca en tu recuerdo y fortalezca tu sentir frente a la solidaridad. Que las derrotas, las premuras, los sueños, como los que aquí hemos pasado, sean siempre templanza para el espíritu.

Mis hoy amigas de Fasol que me recibieron como una más de ellas. Hicieron de mi trabajo de campo una felicidad, un descubrimiento de muchas más certezas. Confirmando lo que aprendí en algún aula sobre la antropología y lo que las calles me han enseñado sobre ser mujer feminista.

Cris que me emociona con su forma cercana y respetuosa de acompañar a las mujeres.

Marthica por haberme recibido y confiar en mi presencia.

Gracias a Marlén, Mary, María Jesús, Flor, Flor Marina, Ermina, Dora, Solecita, Yeimy, Elena, Lili, María Elena, Gladys, Herminia, y todas quienes hoy me regalan una sonrisa haciéndome una más de ustedes.

Merce por regalarme, además, su amistad y su confianza en esta etapa tan fuerte e intensa de su vida.

Aracelly por su colaboración y buenas gestiones de siempre.

La subsecretaría de salud pública de la Secretaría Distrital de Salud que avaló esta investigación surgida de la experiencia que allí viví.

Zulema por ser una jefa cómplice y respetuosa de nuestros saberes.

Me llevo de México una vida nueva.

Soy aún más feminista. Aprendí por montones. Soy mamá de una mujer espectacular. Ahora soy de un país que ya es parte absoluta de mi vida.

Hoy entrego una tesis que contribuyó a confirmar lo acertado de mis decisiones y de mis caminos. Y que espero funde más rutas certeras para seguir feministando por una vida digna para nosotras, las mujeres.

Gracias a la tierra mexicana, siempre.

Resumen

“*Salud en cuerpo de mujer*” es una etnografía feminista desarrollada junto a las mujeres del Centro de Promoción y Cultura, CPC, Fasol, en la localidad de Kennedy de Bogotá, donde problematizo el impacto en la vida de las mujeres del *pensamiento conservador* representado en el lugar de ellas en los sistemas de salud. Para tal fin me concentro en una reflexión acerca de los servicios de salud pública en la ciudad de Bogotá.

Propongo los conceptos de *patologizar*, *moralizar* y *encerrar* como tecnologías de control sobre el cuerpo de las mujeres basándome en las categorías fundamentales de la tesis. Además desarrollo el concepto de circularidad haciendo referencia a las constantes contradicciones al interior del sistema de salud cuando de atención de las mujeres se trata. Propongo que éste se convierta en una categoría para analizar los programas de atención en salud pública que se diseñan con enfoque de género.

Junto a los capítulos teóricos y el metodológico, relato la etnografía a través de una serie de narraciones denominadas *interludios* que describen a profundidad el ser político de la organización a través, por supuesto, de las voces de las mujeres. Además, a partir de su mirada, construimos una exposición de fotografías tomadas por ellas mismas durante el trabajo de campo.

Concluyo sosteniendo que la inferioridad de las mujeres aporta a la desigualdad social de un país como Colombia, profundizando en diferentes reflexiones sobre los impactos del pensamiento conservador, y las tecnologías de control ya nombradas, en la vida de las mujeres, y proponiendo la categoría *salud amoralizada* como parte del horizonte político de la acción colectiva feminista.

El camino para deconstruir las barreras de acceso a las mujeres en salud es quebrar en la base la dominación hacia las mujeres. En tanto, primero hemos de identificar los mecanismos de control y cada una de las acciones que operan la discriminación a través de estereotipos que favorecen la tradición, la inferioridad femenina y las creencias religiosas como estandartes de las políticas de salud.

Abstract

"*Health woman's body*" is a feminist ethnography developed with women Promotion Center and Culture, CPC, Fasol, in the town of Kennedy in Bogotá, where I problematize the impact on the lives of women in conservative thinking represented in their places in health systems. To this goal I focus a reflection on public health services in the city of Bogotá.

I propose concepts *pathologizing, moralizing and enclosing as* control technologies on women's body based on the fundamental categories of the thesis. Besides developing the concept of *circularity* referring to the constant contradictions within the health system of care when it comes to women. I propose that this becomes a category to analyze care programs in public health that are designed with a gender perspective.

Along with the theoretical and methodological chapters, I recount the ethnography through a series of stories called *Interludes* that describe in depth the political being of the organization through, of course, women's voices. Moreover, from its look, we built an exhibition of photographs taken by them during the fieldwork.

I conclude by arguing that the inferiority of women contributes to social inequality in a country like Colombia, exploring different reflections on the impact of conservative thought, and control technologies already named in the lives of women, health and proposing category *amoralize health* as part of the political horizon of the feminist collective action.

The way to deconstruct the barriers to women's health is to break the base the domination of women. Meanwhile, we must first identify the mechanisms of control and each of the discrimination shares operating through stereotypes that favor tradition, female inferiority and religious beliefs as standards of health policies.

Introducción

La tesis que presento a continuación se titula “*Salud en cuerpo de mujer*” denominación que aspiro se convierta, a futuro, en una categoría para conformar un amazón conceptual que permita leer, problematizar, analizar y proponer programas de atención en salud para las mujeres.

La he realizado desde 2011 en el marco de mis estudios de doctorado interesada en problematizar la atención en salud pública para las mujeres en Bogotá. El rango que estudio comprende los años 2008 a 2015 y en él enmarco un período clave de las acciones de los grupos conservadores en contra del ejercicio de los derechos de las mujeres en la ciudad.

Esta tesis es mi apuesta feminista para problematizar la atención en salud para las mujeres desde una de sus raíces más profundas: el pensamiento conservador que subyace en la inferiorización de las mujeres. Lo que cuestiono representa una explicación macro a muchas de esas denuncias que conocemos a diario como exigencias de las mujeres o como denuncias que muchas veces terminan en su muerte.

Oreo, además, que el marco explicativo que desarrollo permite apuntarle a la diversidad de caminos que componen la salud de las mujeres y puede adaptarse a los contextos de otros países.

Aquí he intentado poner a las mujeres en el centro y moverme en el espectro de la apuesta epistemológica basada en el Punto de vista. Inicialmente la epistemología feminista me permitió pensar esta tesis desde la influencia de roles y valores sociales y políticos en la investigación y la objetividad y neutralidad que están en la base de las políticas de salud para las mujeres. (Blazquez Graf, 2010:23).

“Teoría del Punto de Vista Feminista: Sostiene que el mundo se representa desde una perspectiva particular situada socialmente, que se basa en una posición epistémica privilegiada. Cuestiona las suposiciones fundamentales del método científico, sus corolarios de objetividad y neutralidad, así como sus implicaciones; pone en duda la utilidad de algunas mediciones cuantitativas y cuestiona los métodos que ponen distancia entre quien conoce y lo que se conoce, destacando el

conocimiento situado basado en la experiencia de las mujeres que les permite el Punto de Vista del mundo distinto“ (Blazquez Graf, 2010: 29)

Investigo desde el conocimiento situado, desde mi apuesta feminista, con todas las herramientas y la formación que este doctorado me ha permitido.

Problema re planteado

¿En la vida de las mujeres, en la localidad Kennedy de Bogotá, qué implicaciones tienen las creencias que subyacen en la atención en salud?

Pregunta

¿Para ejercer el control en el cuerpo de las mujeres cómo y a través de qué mecanismos opera la intersección entre las creencias religiosas y la biomedicina?

Objetivos

General

Amoralizar el lugar de las mujeres en los servicios de salud problematizando la concepción que de ellas se ha instalado como natural y propia de su lugar en el mundo y representando la acción colectiva como el camino político para dicha transformación.

Específicos

- Caracterizar el mecanismo por el cual el capital religioso se traslapa en el capital que circula en el campo médico
- Historizar los mecanismos por los que, desde la biomedicina, se ha construido el lugar para las mujeres y, por ende, las características para su atención en salud
- Describir a profundidad la experiencia de mujeres en Bogotá que han vivido las barreras de acceso a los servicios de salud generadas por el hecho de ser mujeres
- Proponer derroteros para la intervención en salud pública respecto de la promoción y prevención en la salud para las mujeres

Epígrafe. Contexto para la lectura

Contiene una primera elaboración en la que ubico, a quien lee, en el universo de la salud pública. De manera que sea claro que aunque muchas de las reflexiones que presento aplican de manera general a

la atención en salud para las mujeres, los caminos de salida se asientan justamente en la tensión saber-poder que está latente en la promoción de los servicios de salud.

Como punto de partida, la claridad fundamental es que la acepción de salud pública en la que me concentro no se refiere sólo al carácter público y universal de los servicios en sí, sino al componente de la prestación de estos concentrado en la promoción y prevención tendiente a generar bienestar a la población antes que a evitar los riesgos exclusivamente.

Interludios

A modo de un entremés ubican a quien sigue el texto en los apartados fundamentales de mi etnografía tomando, como hilo conductor, el quehacer político de las mujeres del Centro de Promoción y Cultura CPC-Fasol. En algunos de sus apartados se escucha mi voz pero fundamentalmente los escribí concentrada en lo que es en sí misma la organización y el significado político de la apuesta feminista para ellas en sus barrios, en su localidad y en la ciudad.

Si se quiere, se constituyen como una parte concreta de los resultados de mi investigación. Así que en ellos avanzo de lo más general, la organización Fasol, hacia lo particular, el Comité de Salud.

El primero, *Lo que te pasa a ti, me pasa a mí*, relata el inicio de Fasol, la organización de mujeres que es el centro de la propuesta política de mi tesis.

El segundo, *Lo que es de todos, es de la mujer de la casa*, recupera la fuerza y la esencia política de la organización a través del relato de algunos de mis encuentros con ellas.

En el tercero, *Nosotras que nos queremos tanto*, plasmo otros momentos del trabajo de campo con las mujeres de Fasol. Específicamente describo nuestro primer encuentro.

En el cuarto, *Al movernos nosotras se mueven otras*, me concentro en el Comité de Salud que es la instancia determinada por la organización para encargarse de las acciones pertinentes frente al derecho a

la salud. Allí recupero algunos de nuestros encuentros y la entrevista a Magdalena, una de las mujeres que lo dinamiza.

El quinto, - *Las verduras para los burros. - Por eso las hice para ti, mi amor*, recoge nuestra construcción colectiva respecto de qué es la salud para las mujeres. Como uno de los aportes de esta tesis combina la experiencia de nuestras sesiones alrededor de la fotografía y una deliciosa conversa donde le dimos forma a uno de los principales objetivos de la apuesta política del Comité de Salud. Decir en palabras concretas qué hace particular la salud para las mujeres.

Capítulos

He escrito mi investigación en cinco capítulos. En el primero problematizo el vínculo entre religión y medicina desde el lugar de las creencias religiosas. Aplicando la teoría de los campos de Pierre Bourdieu, desarrollo el concepto de pensamiento conservador que he construido a partir de elaboraciones de Michel Foucault y de Evelina Dagnino.

En el capítulo dos muestro el caso Colombia y caracterizo una reciente tendencia de gobierno que ha consolidado una fuerte oposición conservadora a los derechos de las mujeres. Dicha cruzada fue liderada por Alejandro Ordóñez, el Procurador General de la Nación, y dado que fue reelecto, ha sostenido su proyecto en los últimos ocho años. Aquí centro su actuación en el contexto histórico de Colombia que demuestra la presencia permanente del discurso conservador en la construcción de país descartando que la dominación hacia las mujeres sea meramente coyuntural. A partir de este caso definí el período de la investigación entre los años 2008 y 2015.

El capítulo tres corresponde a las relaciones entre las categorías aplicadas a las vivencias de las mujeres y a la salud pública. Utilizo la teoría feminista para establecer cómo la inferioridad de las mujeres ha sido instalada por la biomedicina y de allí se ha construido un cuerpo femenino que es diferente, inferior y objeto de control.

En consecuencia propongo tres conceptos, a modo de tecnologías de poder, respecto del control sobre el cuerpo de las mujeres: moralización, patologización y encierro.

Además allí propongo la circularidad como categoría para analizar las políticas de salud para las mujeres.

En el capítulo cuatro presento mi trabajo de campo. Desarrollado entre enero de 2012 y junio de 2015. Allí incluyo las generalidades metodológicas que desarrollo a profundidad, según mi interés investigativo, en los interludios. La información restante la incorporé en los anexos.

El capítulo cinco, muestra los resultados de mi investigación a través de las discusiones que enuncié y las conclusiones de mi etnografía. Además propongo los caminos de salida al problema que desarrollé y esbozo algunos elementos que deberían incorporar los servicios de salud para las mujeres.

Anexos

Están organizados cronológicamente acorde al trabajo de campo. Recogen los resultados de la investigación organizados en tablas con narrativas o imágenes según el caso.

Uno. Corresponde a los esquemas que ejemplifican la red de prestación de servicios de salud en Bogotá y la Estrategia Promocional de Calidad de vida y Salud que describo en el preámbulo.

Dos. Como apartado del capítulo cuatro, en el apartado *Las mujeres representadas*, en este presento la relación de los hallazgos en los talleres con profesionales de diferentes procesos en el hospital y los materiales usados para desarrollarlos.

Tres. Incluye la información del taller con las profesionales que trabajan con las organizaciones de mujeres desde los hospitales de la red pública. También es parte del apartado *Las mujeres representadas*.

Cuatro. Presento la relación de actividades realizadas en el apartado *Las mujeres se representan*.

Cinco. Contiene lo producido en el apartado *Las mujeres se representan* con énfasis en lo desarrollado en el primer taller centrado en la imagen.

Seis. Incluye las imágenes producidas y que se constituyen en la muestra fotográfica que acompaña la presentación de esta investigación. Son parte de nuestro segundo encuentro y del trabajo independiente realizado por ellas en otros momentos.

En el siguiente cuadro relaciono las preguntas de investigación, el objetivo con el que pretendo darle respuesta, el capítulo donde la desarrollo, las categorías y los conceptos en los que me apoyo.

Siete. Describe el diálogo que acompañó la exposición de fotografía y en el que resalto cómo la emocionalidad toma un lugar central tanto en el acercamiento a la salud como en el ejercicio político mismo de la organización.

Glosario

Contiene una explicación de algunos términos usados en el texto que en su mayoría provienen del trabajo de campo. El símbolo * durante toda la tesis remite a su consulta.

Pregunta de investigación	Objetivo específico	Capítulo	Categorías/Conceptos
¿Cómo definir desde el feminismo la apuesta política de los grupos conservadores?	Caracterizar el mecanismo por el cual el capital religioso se traslapa en el capital que circula en el campo médico	Capítulo uno. El cruce de los campos. Traslape del capital religioso	Campo médico - campo religioso - Pensamiento conservador
¿Cómo se reproducen socialmente las formas de dominación hacia las mujeres desde el conservadurismo?		Capítulo dos. Caso Colombia. Persiguiendo al perseguidor	
¿Se evidencian dichas formas de dominación en la construcción que la medicina ha hecho de las mujeres como sujetos para la atención?	Historizar los mecanismos por los que, desde la biomedicina, se ha construido el lugar para las mujeres y, por ende, las características para su atención en salud	Capítulo tres. Del control sobre el cuerpo de las mujeres	Moralizar Patologizar Encerrar Circularidad
¿Se evidencian estos discursos como prácticas en la atención cotidiana para las mujeres?	Describir a profundidad la experiencia de mujeres en Bogotá frente a las barreras de acceso generadas por el hecho de ser mujeres	Capítulo cuatro. Siguiendo el trabajo de campo	
¿Cómo se desmontan las múltiples barreras de acceso en la atención en salud para las mujeres?		Interludios	
	Proponer derroteros para la intervención en salud pública respecto de la promoción y prevención de la salud de las mujeres	Capítulo quinto. El camino de salida	Amoralizar los servicios de salud Desigualdad social Acción política feminista

Preámbulo. Contexto para la lectura

¿Por qué esta ruta que escogí se centra en la salud? Como apuesta feminista la salud de las mujeres ha sido un derrotero fundamental en el que se conjugan momentos políticos fundamentales (al poner de relieve el cuerpo de las mujeres como escenario del ejercicio de los derechos, territorio de ciudadanía, estandarte del ejercicio de la autonomía y la posibilidad de decidir, o hacerlo notar en tanto botín de guerra en los diversos escenarios de conflicto) y para mí todos estos momentos comprometen de manera directa la posibilidad de gozar y vivir en bienestar.

He escogido conceptualizar la salud de las mujeres como ese gran escenario en el que planteo la interacción de diferentes prácticas sociales y que, en su detrimento, favorecen el control sobre sus cuerpos y limitan sus posibilidades de vida. En este sentido, ese bienestar del que hablo convoca las diferentes esferas de la vivencia de la salud en tanto considero dicho cuerpo como la humanidad misma de cada mujer que no puede fragmentarse en pedazos o en sistemas.

Me concentraré en la salud pública porque en ella encuentro elementos más políticos en el ejercicio de la promoción y la prevención. Específicamente haré énfasis en la promoción de la salud desde esa dimensión en que las posibilidades de interacción con las personas en sus comunidades, en sus casas, en sus lugares de trabajo es vital dado que le compete en su razón de ser. Mi propuesta crítica se enmarca en un enfoque de lectura colectiva de las señales relativas al bienestar de las mujeres antes que en uno asistencial de la salud siguiendo la línea que pretende sacarla de los consultorios o los hospitales e incidir en sus condicionantes desde la vivencia, desde la realidad de las personas.

Poner en discusión un tema como la vida digna de las mujeres nos obliga a considerar una diversidad de elementos que allí se conjugan. Desde el lugar en que yo la leo mi punto de partida será la posibilidad de vivir el bienestar en sus vidas partiendo del acceso y disfrute de su salud en tanto escenario en el que convergen aspectos que se denominan de múltiples formas, bien sea físicos, biológicos, emocionales, sociales, económicos, educativos; camino en el que necesariamente se requiere la garantía de servicios de salud gratuitos y efectivos que potencien dicho bienestar, una vida sana y, claro, lo primordial es que

le garanticen vivir. Esto me lleva, de nuevo, a la promoción de la salud, escenario en el cual se conjugan dichas condiciones agrupadas en el espectro de la determinación social de la salud.

Promoción de la salud

La definición de la promoción de la salud se sigue generalmente de la dada en la Conferencia para la Promoción de la Salud celebrada en Ottawa, Canadá, en 1986 en la que se expidió la Carta de Ottawa según la cual

“la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla”(Secretaría de Salud México, 2013).

Una de las áreas de acción que propuso fue la construcción de políticas públicas saludables refiriéndose al marco general de éstas y no sólo a las relativas a la salud; esto marcó un importante derrotero para su alcance pues propone una reflexión que le apunta a que todas las acciones del estado deben involucrar propender por la salud y el bienestar de las poblaciones.

Una segunda área de acción fue definida como la reorientación de los servicios sanitarios en la que aclara que

“la responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos. Todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud. El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible y respete las necesidades culturales de los individuos. Asimismo deberán favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos.” (Secretaría de Salud México, 2013)

Es decir, la sociedad en general ha de asumir la labor de promoción de la salud. Sin embargo creo que esto implica una lectura menos literal, es decir, si bien la labor no pertenece solo al sistema de salud, si es éste el encargado de liderarla al menos en términos de lo que a afectaciones para la salud se refiere. Una de estas formas sería que los servicios de salud mantengan el canal entre el conocimiento y la práctica, es decir, circulen la información pertinente de manera fundamental a las comunidades para que en ellas pueda darse el proceso de exigibilidad y veeduría¹ necesario para mantener al sistema en funcionamiento.

Esta concepción de promoción de la salud será la que maneje a lo largo de la tesis; enfatizando, que como delimitación de mi escenario de análisis me concentraré exclusivamente en lo relativo a la salud pública.

Salud Pública

“Es el arte de impedir enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia por el esfuerzo organizado de la comunidad para: el saneamiento del medio; el control de enfermedades transmisibles; educación en higiene personal; organización de los servicios médicos y enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades y el desarrollo del mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud; organizando estos beneficios para que cada ciudadano se encuentre en condiciones de su derecho natural a la salud y a la longevidad.

... En la categoría de salud pública se debe analizar tanto el significado de "salud" como el de "pública". La palabra "pública" no se relaciona con el tipo de servicios (estatal, privado, mixto o no lucrativo), sino con el criterio de que la SP alcanza a toda la comunidad y al individuo sin distinciones, con equidad.

¹ A partir de la constitución de 1991 se crearon una serie de mecanismos para la participación ciudadana. Uno de estos es la veeduría que representa, grosso modo, la posibilidad de hacer seguimiento y control desde la ciudadanía a la labor de los y las funcionarias públicas, por ende, a las políticas públicas, los presupuestos, los recursos públicos, entre otros.

En cuanto a "salud" se refiere tanto a la salud o enfermedad individual como a la colectiva. Tiene además la consideración de que la definición de salud y de enfermedad no se enfocan como dos categorías opuestas ni de forma estática, sino como un proceso: el proceso salud o enfermedad, que puede ser definido como "Un proceso en relación con el bienestar físico, mental y social, que es individual, particular y global, dinámico y variable y consecuencia de múltiples factores positivos o negativos". (Ramos Domínguez, 2000:79,81)

A partir de estas claridades he definido el escenario de la salud en el que me moveré pues como en cualquier otra construcción teórica puede ser susceptible de otras interpretaciones.

En el marco del amplio sistema de salud, como lo enuncié en la introducción, la salud pública será para mí el contexto en el que aplicaré mi análisis focalizándome en la promoción como estrategia para la garantía de la atención a las mujeres.

Salud pública en Bogotá

En Colombia la salud se ordena a partir de la Ley 100 de 1993. Esta generó un importante impacto porque reorganizó todo el sistema de salud del país. Fundamentalmente entregó parte de la atención a prestadoras privadas de servicios de salud que se llaman Entidades Promotoras de Salud, EPS.

Las personas se afilian en tres niveles: contributivo, subsidiado, población vinculada. En el régimen contributivo se incluyen "las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago." (Senado de la República de Colombia, 1993:68).

En el régimen subsidiado se incluyen las personas sin capacidad de pago ante el sistema; incluye a la población más pobre y vulnerable.

"Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y posparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus

subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago". (Senado de la República de Colombia, 1993:68)

La población vinculada incluye a quienes no cuentan con capacidad de pago alguna y tampoco tienen afiliación al régimen subsidiado. Tienen derecho a recibir servicios en instituciones públicas y en las privadas que tienen convenios con el Estado para la prestación de estos.

Los servicios de salud pública se ordenan en Colombia a partir del Plan Decenal de Salud Pública² y tienen bajo su responsabilidad la promoción y prevención; es decir corresponden al primer nivel de atención de atención en salud.

En Bogotá, la entidad rectora de su prestación es la Secretaría Distrital de Salud. Los servicios destinados a atender a la población más pobre de la ciudad, régimen subsidiado y población vinculada, se prestan a partir de la Red Pública. Esta consta de los 23 hospitales, divididos en 12 hospitales de primer nivel de atención, 5 de segundo y 5 de tercer nivel.

Los niveles de atención corresponden al ordenamiento de toda la prestación de servicios que es donde concentro mi reflexión, al menos general, pues considero que puede ser aplicada a otros niveles. (Anexo 1)

"- Primer nivel. En este nivel se resuelve la gran mayoría de las necesidades en salud de la población y se regula el uso servicios de otro nivel, para un mejor aprovechamiento de su oferta. Aquí se prestan servicios ambulatorios, prioritarios y de urgencias, de consulta no especializada, médica y odontológica; laboratorio clínico y rayos X; medicamentos, citología y otras actividades de promoción, prevención y control; cirugías y hospitalización; atención obstétrica; y otros no especializados, en Unidades Básicas de Atención en Salud – UBAS, Unidades Primarias de Atención en Salud – UPAS y Centros de Atención Médica Inmediata – CAMI. Hace parte de este

² Puede consultarse en: Consultado en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobación.pdf>

nivel la atención a personas y familias con dificultad para la movilización y pacientes crónicos, entre otros, prestada por los equipos de respuesta inmediata y los de respuesta complementaria de la estrategia "Territorios Saludables", en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS).

- Segundo Nivel. Presta los servicios mencionados para el primer nivel, pero apoyados en tecnologías más complejas. Igualmente se incluyen especialidades como medicina interna, cirugía, ginecología, obstetricia, pediatría, psiquiatría, anestesiología, traumatología y rehabilitación. Esta atención la prestan los hospitales de II nivel y algunos CAMI.

- Tercer Nivel. La atención que aquí se presta es de una mayor complejidad que la anterior, sumada a una más amplia variedad de especialidades con la intervención de subespecialistas." (Secretaría Distrital de Salud, 2013:5)

Las acciones específicas de las divisiones de salud pública de los hospitales derivan del Plan de Salud de Intervenciones Colectivas (PIC) que busca generar acciones que articulen los diferentes planes de beneficio y promover la participación social de actores y sectores en procura de reconocer el carácter colectivo de la salud y la corresponsabilidad de la sociedad en la construcción de políticas saludables que garanticen la dignidad humana como el más alto valor de la sociedad, a la vez que se posibilite la incidencia de los sujetos en las decisiones públicas para su garantía. (Secretaría Distrital de Salud, 2011)³.

La estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud (EPCVS)

Esta corresponde a lo epistemológico de la apuesta del PIC. Está basada en una propuesta incluyente de la vivencia de la salud desde la integralidad de diferentes procesos y enfoques.

"Esta estrategia es una construcción de la Secretaría de Salud de Bogotá que recoge la propuesta de enfoque de determinantes sociales de la salud. Es un instrumento que plantea el imperativo ético de comprender y dimensionar toda la complejidad de los determinantes explicativos de los problemas que atentan contra la calidad de vida y salud de las personas y colectividades, y que busca asegurar la preservación y desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades para hacer efectivos los derechos sociales.

³ En la cita anterior se denominó Territorios Saludables. Los cambios de nombre solo obedecen a cambios de programas de gobierno. Para los fines de esta investigación cumplen los mismo efectos y lo denominaré PIC.

Es transversal a todas las acciones de la producción de la salud, es decir, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento, la rehabilitación y la atención de urgencias, su propósito es analizar las desigualdades que se encuentran en el centro de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto de los recursos y del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo.

La participación social forma parte de la estrategia de promoción de la calidad de vida y salud, porque es una de las condiciones indispensables para el desarrollo de la autonomía y el ejercicio pleno de potencialidades de individuos y poblaciones.

Esta estrategia se comporta como un paraguas que reorienta el contenido y dirección de cada uno de los sectores sociales e impacta en el reordenamiento de las acciones, generando la convergencia de respuestas dirigidas a combatir todas aquellas causas que comprometan, obstaculicen o provoquen la pérdida de autonomía o de las potencialidades para su desarrollo, y que son evidencia de las debilidades sociales para garantizar el ejercicio de los derechos.

Como estrategias que orientan el accionar del sector y promueven la intersectorialidad y el abordaje integral de los determinantes sociales de la salud, congruentes con el enfoque promocional de CVS, se acogen:

- La estrategia de Atención Primaria en salud Renovada.
- La estrategia de Gestión Social Integral.” (Secretaría Distrital de Salud, 2011)

En mi paso laboral por la Secretaría logré incorporar en la operación de ésta precisiones sobre el enfoque de género como categoría para la lectura de la salud de las mujeres y parte de lo que allí se denomina una transversalidad junto al proceso de atención a personas de sectores LGBTI. Dichas aclaraciones diferenciaron los dos procesos que se denominaron componente de mujer y género y componente de orientación sexual e identidad de género.

En el anexo 1 presento un mapa de esta Estrategia y de la prestación de servicios de salud en Colombia y en Bogotá.

Interludios

Primero.

“Lo que te pasa a ti, me pasa a mí⁴”

Hacia el año 1978 llegó al barrio Britalia, Trini. Proveniente de El Salvador esta mujer, que traía la cabeza llena de revolución, encontró un espacio en el que había todo por hacer.

Las condiciones de salubridad, de vivienda, de vida la hicieron pensar en el mundo posible para las niñas y niños que allí habitaban.

Para ella la opción era el trabajo organizado, eso era lo que tenía para darles. Con toda esa efervescencia arrancó la labor en junta⁵ y esta apuesta empezó a tener sus frutos en la Casa de los niños y las niñas en el marco de los programas de cuidado a la niñez que apoya el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF.

Con el tiempo lograron un segundo espacio, la biblioteca comunitaria, que empezó a funcionar en el hoy Centro Cultural del barrio Timiza. Allí el trabajo se centra en jóvenes.

Durante todo este tiempo, al acercarse y compartir pensamientos, historias y condiciones reales, Trini y las compañeras que se venían sumando, recogían el dolor de ser mujer en los barrios. Ya habían logrado juntarse alrededor de las necesidades que las tocaban directamente en algunos de los papeles que a diario asumían. Ahora lo harían por el hecho de ser ellas mismas. Y así nació Fasol, Familias Solidarias, un nombre donde todas y todos trabajarían solidariamente por mejores condiciones de vida y habitabilidad.

⁴ Está construido desde el relato de Magdalena.

⁵ Las mujeres campesinas del Comité de mujeres de Inzá, Tierradentro, Cauca, en Colombia, con quienes he compartido, acción feminista, han usado esta palabra para nombrar sus apuestas conjuntas, la organización, lo colectivo. Cuando todas y todos trabajamos para un mismo fin.

CPC - Fasol, es la manera de nombrar la organización. Ellas tienen claro que el hablar de familias, en su creación, no supone el mismo estereotipo contra el que ahora se mueven. El que la mujer sea equivalente a la familia.

Durante estos 36 años el trabajo del CPC ha estado conformado por tres líneas de trabajo:

- . Primera infancia: Trabajan a través de la Casa de los niños y las niñas, ubicada en el barrio Britalia. Atienden 120 niñas y niños, entre los 2 y 5 años.

- . Juventud: Acompañan procesos de aprovechamiento del tiempo libre para niños, niñas y jóvenes entre 10 y 18 años. Su sede es el Centro Cultural en el barrio Timiza

- . Mujeres: Desde hace alrededor de 22 años trabajan por el reconocimiento del ser mujer. Su sede es la Casa Fasol, ubicada en El Amparo.

Así funciona Fasol en la voz de Magdalena,

“El trabajo que hacemos en Fasol tiene algo más de 22 años. Se asienta sobre el reconocimiento del ser mujer, también el reconocimiento de los derechos de las mujeres y su exigencia para que tengan una ciudadanía plena.

La casa Fasol es un primer acercamiento de construcción de confianza con las mujeres. Allá hay un equipo de 12 mujeres que acompañan un espacio que se llama núcleo, núcleo de vida.

Allí nosotras nos reunimos con las mujeres un día en la semana, en este momento es los martes. Yo acompaño el sector de La Rivera, tengo otra compañera que lo hace en Brasil, otra en Britalia, El Amparo⁶.

Lo que hacemos es ir con el voz a voz; invitamos a las mujeres desde sus casas. Yo, por lo menos, no tengo donde reunirme con ellas, o sea no tengo un espacio fijo. La idea es que una primera construcción de confianza es decirle, “¿podemos reunimos en tu casa?” y allá llegan las otras mujeres.

⁶ Corresponden a los nombres de barrios de la localidad.

Lo que te pasa a ti, me pasa a mí y vamos generando confianza entre nosotras.

A través de ese trabajo nos damos cuenta que no estamos caminando solas. Eso también hace que las mujeres empiecen a darse cuenta que hay algo más allá de las cuatro paredes de su casa, del ámbito privado, que les puede empezar a gustar lo de afuera, que no es cierto que las mujeres no podamos ser amigas o que tengamos que estar solas todo el tiempo.

Las mujeres tenemos los derechos.

Pero, claro, tú no puedes entrar a hablarle a las mujeres de una: mira tus derechos son estos, tienes que exigirlos. No, eso es un proceso que se va haciendo poco a poco. No puedes sacar a las mujeres de su casa de un momento a otro.

Primero empezamos con una primera mirada a que las mujeres podemos hacer mucho más, que podemos conspirar juntas para otras cosas. Así vamos rompiendo esa estructura de no somos amigas o que si va otra mujer a mi casa es para quitarme el marido o si va otra mujer a mi casa es para criticar.

Cómo trabajo.

Llevo 6 años acompañando mi núcleo; solo paramos por mis circunstancias personales del año pasado y no nos reunimos. Puedo hablar de un grupo base de 10; las mujeres van y vienen; ha llegado el momento donde nos reunimos 20, 25. Nos encontramos tres veces al mes, 1 día a la semana y 1 más las mujeres van a formación. Esta ya no se hace en las casas sino en los espacios del CPC. Nosotras lo hemos denominado escuela de formación política para mujeres populares.

Allí hay tres niveles. Un primer nivel que es donde con las chicas iniciamos todo el reconocimiento de ser mujer, de plantearnos qué ha pasado por nuestra vida, de mirar cómo es que estoy viviendo mi ser mujer desde lo patriarcal y desde la cultura.

El segundo nivel, que es el que acompaño con mi compañera Marcela y con Yadi, que es donde nosotras empezamos a hablar de participación política, y esa vaina con qué se come, para qué, por qué se hace. Empezamos a trabajar un poco los derechos.

El tercer nivel que lo acompañan Bernarda y Alejandra que es donde empiezan a hacer incidencia en espacios de decisión.

Nos hemos preguntado qué queremos, qué hacemos porque aunque hay legislación es difícil conocerla, sobre todo en cuestiones de violencia.

Hoy sé que es más fácil contarle a la vecina y si ella tiene la información, tiene la ruta clara, si le dice toca ir allí o allá, la mujer puede ganar mucho más que ir a otra instancia que no le va a solucionar nada y sí la puede maltratar.

Este año lo que hemos estado haciendo con ellas es que conozcan los espacios en la localidad. Por ejemplo, la psicóloga de la Casa de igualdad* fue y les contó que era, para qué servía. Después vinimos a conocerla. Porque si yo te digo que la casa de igualdad queda allá en la treinta y algo, pero ni tú sabes bien, ni yo tampoco pues no hicimos nada.

Yo espero que al menos haya en el barrio 10 mujeres que sepan que hay una casa de justicia, que hay un centro de salud, una casa de igualdad; que puedan llevar las mujeres y puedan colaborarle a las vecinas de la cuadra. Para mí eso es una gran ganancia. Así que yo siempre les endulzo el oído diciéndoles que son las promotoras sociales de este barrio."

I. El cruce de los campos. El traslape del capital religioso

“Decía entonces Habermas, ¿Y qué son esos presupuestos (sic) pre políticos?

Son los valores y los principios que no son creados por los tribunales constitucionales, como cree mucha gente, sino que están en nuestras tradiciones, en nuestras convicciones.

Son nuestra identidad cultural y Colombia ha sido un país que fue construido, su cultura (sic), sus tradiciones bajo el alero de la tradición cristiana. Y cuando yo digo esto no hago ninguna afirmación confesional, no, es un hecho sociológico que es objetivo y no es una pretendida utilización de la función con propósitos confesionales, no es cierto. Estoy señalando una realidad sociológica”⁷

A partir de mi experiencia con la prestación de servicios de salud para las mujeres empecé a preguntarme cómo era que estos no lograban satisfacer las particularidades que implica atender a las mujeres. Aunque en algunas instancias logró incluirse el enfoque de género - tras largas y permanentes gestiones - en las acciones concretas siempre quedaban faltando “5 centavos para el peso”, como se dice coloquialmente en Colombia. En el marco de esa vivencia son diversas las circunstancias que enfrentan a las mujeres con la inequidad de los servicios de salud.

Para iniciar, en este capítulo propongo el entrecruce de las categorías en las que baso mi argumentación y explico las relaciones entre ellas. Esto a partir de una propuesta teórica para la comprensión de cómo el control en la vida de las mujeres involucra una serie de condicionantes que lo preservan en aras de la tradición y el mantenimiento del orden social.

1.1 La teoría de los campos

“Cada vez que se estudia un nuevo campo, ya sea el de la filología del siglo XIX, el de la moda de nuestros días o el de la religión en la Edad Media, se descubren propiedades específicas, propias de un campo en particular, al tiempo que se contribuye al progreso del conocimiento de los mecanismos universales de los campos que se especifican en función de variables secundarias” (Bourdieu, 2002:119).

⁷ Apoyo al Procurador Ordóñez. (25 de Marzo de 2012). Colombia ha sido construida bajo el alero de la tradición cristiana: Alejandro Ordóñez. Recuperado el 28 de Abril de 2012, de http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=UA7rXthMPhA#!

Pierre Bourdieu desarrolló una teoría interpretativa de la sociedad, la teoría de los campos; ésta permite analizar la circulación del poder en escenarios específicos que denominó campos. “Los campos se presentan para la aprehensión sincrónica como espacios estructurados de posiciones (o de puestos) cuyas propiedades dependen de su posición en dichos espacios y pueden analizarse en forma independiente de las características de sus ocupantes (en parte determinados por ellas) (Bourdieu, 2002 :119). ”

Bourdieu especifica que existen leyes generales de los campos: “Campos tan diferentes como el de la política, el de la filosofía o el de la religión tienen leyes de funcionamiento invariantes (gracias a esto el proyecto de una teoría general no resulta absurdo y ya desde ahora es posible utilizar lo que se aprende sobre el funcionamiento de cada campo en particular para interrogar e interpretar a otros campos, con lo cual se logra superar la antinomia mortal de la monografía ideográfica y de la teoría formal y vacía)” (Bourdieu, 2002:120).

Estas leyes son:

- Un campo se define al determinarse lo que está en juego y cuáles son los intereses específicos de quienes allí se involucran. Estos, por supuesto, deben ser diferentes a los que se implican en otro campo.
- Estas consideraciones serán notadas por quien se ha entrenado o preparado en el marco de los intereses que allí se juegan. Así para quienes están fuera del campo lo que aquí se juega puede llegar a considerarse inútil o absurdo.
- El capital del que se habla en el campo toma valor en tanto es allí donde se le precia como tal. Éste se convierte en el fundamento del poder o de la autoridad que allí se pone en juego.
- Por lo general se ubican dos posiciones: quienes poseen el capital y quienes intentan acceder a él.
- Se genera en su interior un juego en el que quienes participan intercambian un lenguaje común, conocen su historia, reconocen y creen en el valor de éste. Esto supone, por tanto, la generación de una especie de complicidad entre quienes comparten intereses en dicho juego.
- Quienes tienen el poder en su interior se remiten a estrategias para preservarlo que son de carácter conservador, podríamos decir, mientras que quienes luchan por el poder, muchas veces con una permanencia más reciente, se encaminan a estrategias más novedosas o creativas. Aquellas son enmarcadas por Bourdieu como defensa de la ortodoxia, mientras que éstas las denomina estrategias de subversión: herejía. “La herejía, la heterodoxia, como ruptura crítica, que está a menudo ligada a la crisis,

junto con la doxa, es la que obliga a los dominantes a salir de su silencio y les impone la obligación de producir el discurso defensivo de la ortodoxia, un pensamiento derecho y de derechas que trata de restaurar un equivalente de la adhesión silenciosa de la doxa." (Bourdieu, 1990:137)

- Quienes recién llegan al campo permanentemente leen códigos que les permitan entender el juego y si desean realizar estrategias de subversión deben mantener los parámetros impuestos al interior o pueden ser excluidos. De manera que dichas estrategias no cuestionan los fundamentos del campo sino que regresan a sus orígenes para denunciar una suerte de banalización.

- Un indicio claro de su constitución es que se van posicionando quienes escriben acerca lo que se produce en el campo y de las estrategias propias de conservarlo.

- Siguiendo a Bourdieu, "existe el campo cuando ya no se puede comprender una obra (y el valor, es decir la creencia que se le otorga) sin conocer la historia de su campo de producción." (1990:139) Sin embargo, los campos que a continuación desarrollaré no se caracterizan, precisamente, por la producción de obras, estéticamente hablando, mas sí por una serie de prácticas simbólicas que requieren de una lectura específica para ser entendidas como pertenecientes a él.

- El habitus y el campo hacen parte de lo que Bourdieu denomina el sentido práctico y del que hace una analogía con "el sentido del juego", el cual le proporciona el carácter subjetivo "es decir, una significación, una razón de ser, una dirección, una orientación, un por-venir para aquellos que participan en él." (Bourdieu, 1991:107).

Dado lo anterior, en cada campo se establece un juego particular y, por ende, el interés que se juega. Dicho interés es denominado *illusio* por Bourdieu.

Para que funcione un campo, es necesario que haya algo en juego y gente dispuesta a jugar, que esté dotado de los habitus que implican el conocimiento y reconocimiento de las leyes inmanentes al juego, de lo que está en juego, etcétera. Para la comprensión del intercambio, en el juego, Bourdieu construyó el concepto de habitus "como sistema de las disposiciones socialmente constituidas que, en cuanto estructuras estructuradas y estructurantes, son el principio generador y unificador del conjunto de las prácticas y de las ideologías características de un grupo de agentes." (Bourdieu, 2002:107).

"El principio unificador y generador de todas las prácticas, y en particular de las orientaciones habitualmente descritas como "elecciones" de la "vocación" o directamente como efectos de la "toma de conciencia", no es otro que el habitus, sistema de disposiciones inconscientes producido por la interiorización de estructuras objetivas. Como lugar geométrico de los

determinismos objetivos y de las esperanzas subjetivas, el habitus tiende a producir prácticas (y en consecuencia carreras) objetivamente adherentes a las estructuras objetivas.” (Bourdieu, 2002:118)

Quiere decir esto que en la interacción propia del campo se identifican una serie de prácticas guiadas por un aprendizaje social que lleva a quienes allí juegan a intercambiar una serie de códigos de manera naturalizada.

Justo ahí se asienta mi interés en el análisis feminista de ese juego (como lo define Bourdieu) que se da en torno al control del cuerpo de las mujeres. Por tanto, paso seguido me concentraré en dos de los campos que, considero, se comprometen: el campo médico y el campo religioso. En el primero me referiré al conjunto de prácticas involucradas en la atención en salud para las mujeres, abriré la reflexión sobre la biomedicina.

En el segundo describiré la relación entre religión y creencias para explicar cuál es la base que desde allí se asienta como dogma en relación a las mujeres y a su lugar para preservar la tradición.

1.1.1 El campo médico

Citando el trabajo de Roberto Castro, ilustraré lo que aquí entenderé por campo médico aplicando a las prácticas sociales los conceptos de Bourdieu.

“El campo médico, entonces, abarca al conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre sí relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como de la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello. Así entendido, el campo médico está formado por el conjunto de instituciones políticas que regulan, mediante leyes y reglamentos, la cuestión sanitaria de la sociedad; por las instituciones de salud y seguridad social que prestan servicios directamente a la población; por las instituciones que forman a los nuevos cuadros profesionales que eventualmente pasarán a formar parte del campo; por los agentes que operan aquellas y estas instituciones, como los formuladores

de políticas, los médicos, el personal de enfermería, el personal paramédico, así como los profesores y estudiantes de todas estas especialidades; por los centros de investigación que generan el conocimiento legítimo y hegemónico (científico) del campo; por los representantes de las medicinas subalternas (desde la homeopatía hasta las diversas modalidades de medicina tradicional); por las diversas industrias (de aparatos, farmacéutica, de seguros), y finalmente, de manera más marginal (en tanto que suelen ser los actores con menos poder para operar dentro del campo) por los y las usuarias y las y los clientes de toda la gama de servicios existentes en el campo” (Castro, 2013:148)

Es decir que, para los fines de esta investigación, dentro de éste se encuentran tanto los y las profesionales de salud que prestan servicios de salud pública como las mujeres usuarias de estos.

En consecuencia define el habitus médico

“como el conjunto de predisposiciones que resultan de la incorporación de las estructuras objetivas del campo médico, que adquieren los profesionales de este campo, en primer lugar los médicos, que engendra todas las conductas “razonables” y de “sentido común” posibles en tanto profesionales, al mismo tiempo que transforma en impensables o inconcebibles otra serie de potenciales conductas que no se ajustan a las condiciones objetivas estructurantes de la acción. La coincidencia entre el campo médico y el habitus médico da lugar a un sentido práctico propio del campo, es decir, a una práctica casi intuitiva, espontánea, inconsciente (debido a su determinación social de origen), que permite la realización permanente de conductas eficaces para los fines del campo, y que por tanto son más prácticas que lógicas, o bien son lógicas sólo hasta el punto en que no dejen de ser prácticas” (Castro, 2013:148)

Dentro del habitus médico es fundamental poner de presente el poder que a la profesión médica se le ha asignado para tomar decisiones que, a la vez que modifican la vida de las personas y la determinan, permiten configurar el orden social y acentuar la reproducción social sobre la salud - la enfermedad, lo sano - lo patológico, lo normal - lo anormal. En el caso de las asignaciones sociales a las mujeres y a su rol reproductivo toma particular importancia “la clasificación que se asigna a los diversos casos de aborto constituye el principio de prácticas tendientes a la reafirmación o a la restauración (según el caso) de un orden social que se presume como el único legítimo en relación a la maternidad y al papel reproductivo de las mujeres” (Erviti, Castro & Sosa, 2006:639)

La definición del campo médico como un escenario donde moveré mi reflexión se constituye en un primer paso para el ejercicio analítico en la medida que permite problematizar la atención en salud para las mujeres fuera del solo ejercicio de la responsabilidad médica, de las atribuciones que a estos compete en su tarea profesional. Así lo presenta Castro, quien hace énfasis en este aspecto y en su calidad de problema sociológico a fin de estudiar el poder que allí subyace.

"... resulta indispensable redefinir el problema sustrayéndolo de la lógica médica (que tiende a reducirlo a cuestiones meramente instrumentales), y reconstruyéndolo como un problema sociológico en el marco del análisis de las cuestiones de ciudadanía y de derechos en salud. Sólo en la medida en que podamos comprender que la violación de los derechos de las mujeres en los servicios de salud reproductiva es un epifenómeno de la estructura de poder dentro del campo médico, estaremos en condiciones de aprehender mucho más radicalmente las características centrales del problema y de influir en su transformación" (Castro, 2013:147)

Tomando esta reflexión como parámetro de referencia, más que un acercamiento a todo el campo médico, además de los fines teóricos al usarlo como categoría, lo tomaré metodológicamente como el escenario en el que me concentraré para centrar mis preguntas sobre la subjetividad de las personas atendidas y en cómo, específicamente para las mujeres, está permeado por la moralización del ejercicio médico y, por ende, de la atención.

"Esta "terapéutica" revela asombrosos paisajes imaginarios, y sobre todo una complicidad de la medicina y de la moral, que da todo su sentido a esas prácticas de la purificación... La percepción médica está subordinada a esta intuición ética." (Foucault, 1967: 65)

1.1.2 Campo religioso

"Por el contrario, en los campos de producción de bienes culturales, como la religión, la literatura o el arte, la subversión herética afirma ser un retorno a los orígenes, al espíritu, a la verdad en juego en contra de la banalización y degradación de que ha sido objeto" (Bourdieu, 1990:138)

A partir de las aproximaciones del apartado anterior Bourdieu define el campo religioso como,

“El resultado de la monopolización de la gestión de los bienes de salvación por un cuerpo de especialistas religiosos, socialmente reconocidos como los poseedores exclusivos de esa competencia específica, necesaria en la producción y reproducción de un cuerpo organizado de saberes secretos. La constitución de un campo religioso es correlativa a la desposesión objetiva de los que son excluidos ...en tanto que laicos (o profanos), desposeídos del capital religioso (como trabajo simbólico acumulado) y reconocen la legitimidad de esta desposesión por el solo hecho que la desconocen como tal” (Bourdieu, 1971:304. Traducción propia)

Aquí se marca una de las leyes de los campos, relativa a la diferencia entre los actores; quienes poseen el capital y quienes son desposeídos de éste. Igualmente Bourdieu define el capital religioso como una forma de capital simbólico investido por lo sagrado. En el campo religioso se da el juego por el capital religioso constituido por una serie de dogmas y creencias que constituyen, por tanto, no sólo el cuerpo de conocimientos o preceptos que allí se intercambian sino el sentido de la vida de quienes le siguen. “Se trata la religión como una lengua, es decir, como un instrumento de comunicación y un instrumento de conocimiento; es decir, medio simbólico a la vez estructurado y estructurante” (Bourdieu,1971:295. Traducción propia.)

Bourdieu, al describir la génesis del campo religioso, señala cómo “Weber y Marx establecen que la religión cumple una función de conservación del orden social en contribución, por hablar en su misma lengua, a la "legitimación" del poder de los "dominantes" y a la "domesticación de los dominados”” (Bourdieu, 1971:299. Traducción propia).

Otro elemento fundamental en este campo lo constituye

“Llegado este punto, basta con reformular la pregunta de Durkheim de las "funciones sociales" que la religión cumple por el "cuerpo social" en su conjunto bajo la forma de la pregunta de las funciones políticas que la religión cumple, por las diferentes clases sociales de una formación social determinada, en virtud de su eficacia propiamente simbólica, por estar dirigida a la raíz común de dos tradiciones particulares y mutuamente excluyentes: si se toma en serio a la vez la hipótesis de Durkheim de la génesis social de las formas de pensamiento, de percepción, de apreciación y de acción y el hecho de la división de clases, esto necesariamente conduce a la

hipótesis que existe una correspondencia entre las estructuras sociales (propriadamente dicho, las estructuras de poder) y las estructuras mentales, correspondencia que se establece por la intermediación de la estructura de los sistemas simbólicos, lengua, religión, arte, etc. O más precisamente que la religión contribuye a la imposición (disimulada) de los principios de estructuración de la percepción y del pensamiento del mundo y en particular del mundo social en la medida en que ella impone un sistema de prácticas y de representaciones cuya estructura, objetivamente fundada sobre un principio de división política, se presenta como la estructura natural del cosmos". (Bourdieu, 1971: 300)

Circunscribo el campo religioso a la Iglesia, como institución social, donde se produce y reproduce la creencia en un dogma particular, y a los agentes que la componen quienes imparten, siguen, se integran a dicha iglesia y, por ende, comparten los diferentes ritos de iniciación o actualización. Incluyo también la religión en tanto dicho dogma que se reproduce socialmente corresponde a los preceptos históricos de ésta; "no hay religión sin iglesia" (Durkheim, 2008:61).

Incluyo también a quienes siguen dicha doxa, a través de diferentes ritos y de su actualización permanente según la sociedad en que viven. Es pertinente aclarar que acá no analizaré los componentes de alguna religión o de sus ritos; ni es mi interés identificar cuál es el nivel de la relación de las personas con su iglesia. Mi objetivo es encontrar la relación entre ésta, como institución social, y las prácticas concretas que se convierten en barreras de acceso para las mujeres en el marco de la salud pública.

La religión se convierte en un elemento que concentra sentimientos y deseos alrededor de ese creer y que, además, se toma en un factor constitutivo del sentido práctico como lo define Bourdieu, el cual encarna el habitus convirtiéndose en una serie de prácticas que toman sentido como constitutivas de la vida cotidiana de las personas y, por lo general, no requieren de un paso por explicaciones conscientes para ser aceptadas por cada quien.

Como lo había contextualizado anteriormente para quienes comparten un campo se convierte en fundamental el creer en lo que allí se intercambia, en el juego y en la capacidad de ser parte de él. Aquí toma particular importancia el concepto de creencia pues, además de lo intercambiado en el campo, toma un significado en la medida que esa es justo una de las apuestas de la Iglesia, que quienes les

siguen, crean. Perteneciente al campo, la creencia se constituye en un estado de cuerpo, no de alma, pues mucho de lo que los agentes hacen tiene más sentido del que reconocen (Bourdieu, 1991:111); la creencia es un estado encarnado, incorporado.

La defino aquí como parte de dicho capital simbólico constitutivo del campo y que se convierte en el motor de lo que se pone en lucha en el juego. Aquello en lo que se cree determina firmemente lo que se hace aunque no tengamos plena conciencia del alcance de esto que hacemos. Básicamente se cree en lo que se considera sagrado, eso que he definido como lo que da sentido a la vida de cada quien.

Para Durkheim la oposición entre lo sagrado y lo profano es una de las más profundas en el pensamiento humano.

“Las cosas sagradas son aquellas que las interdicciones protegen y aíslan; las cosas profanas, aquéllas a las cuales se aplican esas interdicciones y que deben mantenerse a distancia de las primeras. Las creencias religiosas son representaciones que expresan la naturaleza de las cosas sagradas y las relaciones que ellas mantienen ya sea unas con otras, ya sea con las cosas profanas. En fin, los ritos son reglas de conducta prescriben cómo el hombre debe comportarse con las cosas sagradas.” (Durkheim, 2008:56)

“Para nosotros las cosas y los lugares sagrados han de estar protegidos contra la profanación. La santidad y la impureza se hallan en polos opuestos... Lo sagrado debe de estar continuamente circundado de prohibiciones. Debe siempre ser considerado como contagioso porque las relaciones que se establecen con lo sagrado han, a la fuerza, de expresarse con rituales de separación, de demarcación y por creencias en el peligro de cruzar fronteras prohibidas” (Douglas, 1973:18).

Así, se constituye el universo de lo sagrado. Es eso que se convierte en el sentido de la vida, como lo definió Weber, que da razón y se consolida como esencia de lo que se hace y, en gran medida de lo que se dice que se hace. Es el sentido práctico, como lo definió Bourdieu. Lo sagrado no necesariamente es religioso, como lo vemos en la consagración que diferentes grupos hacen de sus actos o sus consignas, de su ideología. Por ende las creencias, del carácter que sean, son sagradas para quien las vive y las profesa.

Preciso mi análisis citando a Graciela Hierro quien denomina creencias morales a dichos elementos que se suman al análisis de la dominación hacia las mujeres definiéndolas así, “son verdades garantizadas por el consenso de la humanidad... Son la síntesis de la experiencia moral humana que se expresa en reglas comunes a distintas épocas y localizaciones geográficas” (Hierro, 1990:11).

En tanto referidas a lo individual como constitutivas del ser y del sentido práctico, las creencias están vinculadas con la moral y lo siguen estando al momento de ser compartidas por la colectividad, y como parte constitutiva del hábitus.

1.2 La intersección de los campos

“En vez de ver esta alma como los restos re-activados de una ideología (es decir la cristiana) se vería como el correlativo actual de una cierta tecnología de poder sobre el cuerpo ... Ésta es la realidad histórica de este alma que, a diferencia del alma, representada por la teología cristiana, no ha nacido en pecado ni está sometida a castigo, sino que nace más bien de métodos de castigo, supervisión y control ... el alma es la consecuencia y el instrumento de una anatomía política; el alma es la prisión del cuerpo... Es necesario definir mejor la identidad del guardián” (Heller & Fehér, 1995:10)

Para este momento sostengo que la atención en salud a las mujeres está ligada con creencias de carácter moral y pongo en cuestión los discursos que enmarcan los paradigmas médicos que, a su vez, determinan tanto la prevención, la promoción como las opciones de intervención a los malestares de las mujeres.

Los paradigmas relativos al cuerpo de las mujeres se han permeado de representaciones de la moral en la que se evidencia el lugar que ellas deben mantener para así, a su vez, mantener la estructura de la familia, institución social que tiene un carácter sagrado en el mantenimiento del orden natural y que se ha endilgado justo a las mujeres, en esos mismos términos, los morales.

“Histerización del cuerpo de la mujer: triple proceso según el cual el cuerpo de la mujer fue analizado - cualificado y descualificado - como cuerpo íntegramente saturado de sexualidad; de este modo este cuerpo fue integrado, bajo el efecto de una patología que le sería intrínseca, al

campo de las prácticas médicas; y por último, fue puesto en comunicación orgánica con el cuerpo social (cuya fecundidad regulada debe asegurar), con el espacio familiar (del que debe ser el elemento sustancial y funcional) y con la vida de los niños (que produce y debe garantizar, por una responsabilidad biológico-moral que dura todo el tiempo de la educación): la Madre, con su imagen negativa que es la “mujer nerviosa”, constituye la forma más visible de esta histerización.” (Foucault, 2011:98)

En el apartado anterior sobre el campo religioso cité a Bourdieu al definir el capital religioso como “capital simbólico investido por lo sagrado”. El nudo problemático para mí inicia cuando éste no sólo se intercambia en este campo sino que se intercambia y se reproduce en el campo médico generando el entrecruce de los dos campos. Podríamos decir que hay, entonces, un corto circuito en la circulación del capital que debe estar ocasionado por un mecanismo que justifica que lo religioso no sea parte sólo de la iglesia, sino que se mantenga como constitutivo de la sociedad en sí.

Este cruce de los campos, que corresponde más exactamente al traslape de uno en otro, requiere de un eje articulador que permita explicar cómo socialmente se encuadra al sujeto mujer en los escenarios de la atención médica. Mi propuesta explicativa arranca proponiendo que dicho elemento es el pensamiento conservador, constitutivo del capital simbólico que se intercambia en el campo religioso y presente en el intercambio simbólico del campo médico.

1.3 El pensamiento conservador

“Ya se ha mencionado el apelativo correcto del guardián de Foucault (que mantiene el Cuerpo encerrado en las celdas del presidio: escuelas, prisiones, sanatorios para enfermos mentales, etc). No es ya el alma cristiana, una mitad de un término binario, sino la nueva invención, “lo espiritual”. El nuevo concepto nunca ha cortado del todo el cordón umbilical que lo vincula a la tradición cristiana” (Heller y Fehér, 1995:11)

Como categoría analítica conceptualizo el pensamiento conservador con base en dos elementos constitutivos:

-Se configura como un **dispositivo de control** en tanto se constituye a partir de diferentes prácticas y discursos con un hilo conductor específico y claro.

El concepto dispositivo, elaborado por Foucault, concentra discursos y prácticas (es decir, tecnologías) que definen la sexualidad de los sujetos. "El dispositivo tiene una función estratégica, responde a una urgencia histórica y está constituido por una red de relaciones que se establecen entre elementos heterogéneos, discursos, prácticas, instituciones, arquitectura, leyes, postulados científicos, proposiciones filosóficas" (Muñiz, 2010:37).

Es una red que se establece entre esos diferentes elementos, tienen un carácter estratégico. Se crean con un carácter político y son usados para incidir en la conducta de los sujetos; por ende son dispositivos de poder. (Lechuga:2008:150)

En el marco de esta red Foucault reconoció diferentes tecnologías que denominó "1) tecnologías de producción: permiten producir, transformar, manipular cosas; 2) tecnologías de sistemas de signos: permiten utilizar signos, sentidos, símbolos o significaciones; 3) tecnologías de poder: determinan la conducta de los individuos, los someten a cierto tipo de fines o de dominación y consisten en una objetivación del sujeto; 4) tecnologías del yo: que permiten a los individuos efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conductas o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismo con el fin de alcanzar cierto grado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad." (Muñiz, 2010:38)

Dentro de las tecnologías de poder incluyó la disciplinarización, la medicalización, el panoptismo y la biopolítica. Centradas en el cuerpo, la disciplinarización y la medicalización se instauraron de manera tal que al favorecer el control lo corporal tomó un lugar central. "En un principio el interés medicalizador se orientó hacia el cuidado del cuerpo laboral... pero después el proceso de medicalización invadió paulatinamente toda la vida social, a tal grado que el cuidado de lo biológico, lo somático, lo corporal se volvió indispensable para el desarrollo del capitalismo, con lo que el cuerpo se convirtió en una realidad biopolítica y la medicina en una estrategia biopolítica" (Lechuga, 2008:141).

Para mi investigación planteo otras tecnologías - de poder y del yo - que se operan en aras de perpetuar el pensamiento conservador como columna vertebral de la inamovible relación entre las mujeres y la familia tradicional, el cimentar sus valores y, principalmente, sostenerlos. Así, en función de impregnar

diferentes campos sociales con creencias religiosas y del control de los sujetos a partir de la dupla familia - cuerpo éstas apoyan la reproducción social del pensamiento conservador, como dispositivo.

. Tecnologías Ideológicas: Relacionadas con estrategias a cargo de personas conservadoras en cargos públicos, figuras representativas de partidos políticos u organizaciones de la sociedad civil que desde sus diferentes espacios de injerencia inciden en el sostenimiento de la hegemonía conservadora así no se tenga un contacto directo con quien lidera la reproducción del pensamiento conservador. La ubico como tecnología de poder.

▪ Tecnologías Burocráticas: Como tecnologías del yo, están relacionadas con la construcción de estrategias de asignación de empleos que permitan sostener dicha estructura hegemónica y desde los cuales el poder circula y se reproduce en función de la hegemonía del pensamiento conservador.

- Como un **proyecto político** orienta la acción política de ciertos sujetos, quienes actúan como jerarquía en el campo, (en este caso de la intersección ya definida) y marca pautas para la práctica con el fin que otras personas se adhieran aunque.

Entiendo por proyecto político⁸,

“La noción de proyecto político está siendo utilizada aquí para designar los conjuntos de creencias, intereses concepciones del mundo y representaciones de lo que debe ser la vida en sociedad, los cuales orientan la acción política de los diferentes sujetos...”

La noción de proyecto trae consigo, así, la afirmación de la política como un terreno que también se encuentra estructurado por opciones que se manifiestan en las acciones de sujetos, orientados, a su vez, por un conjunto de representaciones, valores, creencias e intereses...

Nuestra hipótesis central sobre la noción de proyectos políticos es que no se reducen a estrategias de actuación política en el sentido estricto, sino que expresan, vehículan y producen significados que integran matrices culturales más amplias...

Una tercera consideración a resaltarse en esta definición de proyecto político es que no se limita a formulaciones sistematizadas y abarcadoras como los proyectos partidarios, por ejemplo, sino

⁸ Aclaro, de nuevo, que lo defino así en el marco del análisis del control sobre el cuerpo de las mujeres en el contexto de los servicios de salud pública pues el uso de proyecto político en otras dimensiones del análisis puede tener diferentes repercusiones conceptuales como lo desarrolla Dagnino en el texto citado.

que recubre una amplia gama de formatos en los cuales las representaciones, creencias e intereses se expresan en acciones políticas con distintos grados de explicitación y coherencia... Así, los proyectos políticos son colectivos y se caracterizan fundamentalmente por su dimensión societaria, pues contienen visiones de lo que debe ser la vida en sociedad. Como criterio que nos permite distinguir esta noción de proyecto de otras formulaciones que también expresan visiones de la sociedad, vale insistir aquí en lo que afirmamos antes en su caracterización inicial: su carácter distintivo reposa en su vinculación con la acción política, en el hecho de que los contenidos de un proyecto político orientan esta acción en las diferentes formas que ella asume" (Dagnino, Olvera & Panfichi, 2006:43-45).

Siguiendo estos dos elementos el pensamiento conservador, como elemento constitutivo de discursos y prácticas, se caracteriza por:

- Asumir como uno de sus derroteros estructurales el control sobre el cuerpo de las mujeres a fin de vigilar la preservación y permanencia del orden social (orden natural) a través de su elemento central y constitutivo: la familia. Lo que lo conservador conserva, parafraseando a Mujica (2007), es la estructura inmanente e inamovible de la familia y toda la serie de cargas morales y sociales que ella implica. Las guardianas históricas de dicho capital son las mujeres.

- Asumir como máxima que el orden social es el orden natural. Una de las funciones de la religión (como lo vimos en el apartado anterior con Durkheim), es explicar la estructura natural de la sociedad. Esto sumado a la naturalización de ciertos mandatos para los cuerpos, como la inferioridad femenina, consolidan un conjunto de preceptos alrededor de la tradición que mantienen el férreo mandato de lo sagrado como asignación de la vida social.

- La filiación con una iglesia. De manera fundamental quienes lo permean en sus prácticas, si bien no siempre representan a una única iglesia, generalmente se encuentran ligados o relacionados con alguna forma de religión en algún momento de su vida y son creyentes. El pensamiento conservador se relaciona fuertemente con los dogmas religiosos que reproduce socialmente la Iglesia.

- Su reproducción social opera a través de personas que se ubican en ciertos escenarios o cargos, no de personas aisladas “se trata de redes complejas de organización e interacción que se articulan desde hace muchos años” (Mujica, 2007a:21). La profundidad de temas como el aborto, la eutanasia, las alianzas, matrimonios o adopciones por parte de parejas del mismo sexo han acentuado la necesidad de operar de manera conjunta y facilitado el hecho de reconocerse en diferentes escenarios a partir de declaraciones o actos que pueden ser muy sutiles. Para implementar acciones de carácter conservador no necesariamente se debe pertenecer a un grupo; sino que el hecho de hacerse públicos y generar opinión se convierte en elemento suficiente para sentirse parte de ese campo, en los términos con que aquí lo he definido.

- La filiación política. De manera fundamental los grupos conservadores no son necesariamente grupos de ultraderecha. Si bien a lo largo de la historia ha sido la derecha su tendencia política para este momento también es claro que no es unidireccional la vía entre la garantía de las libertades individuales para las mujeres y los gobiernos progresistas.

- Con el paso del tiempo se ha constituido en parte han puesto en su horizonte político la intervención institucional en la promulgación y diseño de políticas públicas (Álvarez Enriquez, 2004:209). De esta manera no sólo inciden en ciertos momentos jurídicos de los países, desde entes como el Congreso o Cámara de diputados por ejemplo, sino que en lo relativo a los cuerpos han entendido lo fundamental de seguir aquellos mecanismos a través de los que se operan y se vuelven cotidianos en los territorios y, por ende, en las personas, es decir, las políticas públicas y sus correspondientes programas.

1.3.1 Los grupos conservadores

Los grupos conservadores en Latinoamérica han estado relacionados desde sus inicios con las formas occidentales clásicas del conservadurismo con fuertes cimientos en la exclusión étnica, racial, económica y de género y, en consonancia, han reconstruido sus discursos con el remezón que a la modernidad provocó el fin del siglo XX y que, por supuesto, exigen repensarse el lugar que se ocupa en el marco de la democracia. (Mujica, 2007:33)

Los imaginarios sociales y los discursos normativos comunes daban por sentada habitualmente (habitus) la exclusión de las mujeres y otros grupos de género de los procesos políticos y de las estructuras de poder (formales y de la vida cotidiana). La preocupación central de los

conservadores radicaba en la difusión de la religión católica y de la separación de clases sociales. Distinguímos así un posible eje en el periodo clásico del conservadurismo latinoamericano: la iglesia y la religiosidad como núcleo de salvación y la captación a través de una labor de purificación “pastoral”; todo ello, reproducido en discursos que ligaban las lógicas de discriminación étnica, de género, de clase, etcétera (tanto en formas de exclusión como en formas paternalistas y tutelares). Se trataba entonces de un esfuerzo claro y directo por separar, diferenciar al “otro”. (Mujica, 2007a:34)

A razón de esa diferenciación, exclusión de la diferencia, y del auge de diferentes discursos donde se reivindica justo su inclusión los grupos conservadores han tenido que aprender a interpretar las exigencias sociales para moverse entre ese “sí pero no” al momento de aceptar hasta donde negocian esa amplia gama de los derechos humanos. Esto implica que no sólo se mueven en las altas esferas de la política de los países sino que han desarrollado estrategias para incorporarse en las instituciones y diferentes áreas del Estado y en desarrollar organizaciones de la sociedad civil, en apariencia no relacionadas con alguna iglesia, y desde las cuales moverse en el mismo escenario de la lucha de los y las activistas por los derechos humanos, el ámbito jurídico, y pelear la definición de álgidos temas en las huestes del derecho. Este punto es clave para la comprensión del pensamiento conservador pues no son, como se había pensado, personas aferradas al pasado. “Lo que hay que entender es que los conservadores lo son en tanto protegen o defienden ciertos principios clásicos (la Tradición), pero sus estrategias son actuales. Consideran los cambios del sistema y del contexto histórico y político. Entender a los conservadores en su disposición actual implica identificar precisamente las maneras en que se adecuan al sistema para poder seguir actuando y hacerlo con eficiencia”. (Mujica, 2007a:54)

O en términos de Bourdieu y su teoría de los campos, “La herejía, la heterodoxia, como ruptura crítica, que está a menudo ligada a la crisis, junto con la doxa, es la que obliga a los dominantes a salir de su silencio y les impone la obligación de producir el discurso defensivo de la ortodoxia, un pensamiento derecho y de derechas que trata de restaurar un equivalente de la adhesión silenciosa de la doxa” (Bourdieu, 1990:137)

En el marco de lo que debe evitar ser tomado por la herejía, se asienta fuertemente la tradición y por ello se convierte en un concepto central para mi análisis. Lo que se rompe en la búsqueda de las libertades

individuales es la unidad de la familia y en consecuencia, el orden social. La tradición defiende la familia con papá, mamá, e hijos e hijas⁹; con la obligación de reproducirse, por ende, la planificación familiar está condicionada; el cuidado y la reproducción de los valores y la moral están a cargo de las mujeres y, por supuesto, el cuidado de cada ser de esta unidad es responsabilidad de ellas, siempre siendo las últimas en la lista de prioridades o desapareciendo de esta, pues ser madre es sacrificarse a sí misma en pro del bienestar general.

Esto permite entender el panorama actual de los derechos sexuales y reproductivos en Colombia. Diferentes corrientes de pensamiento se enfrentan en pro o en contra de los derechos de las mujeres, de las personas de sectores LGBTI y en el fondo de los debates se juegan una serie de elementos que permiten dilucidar este juego de los campos, pero especialmente la supremacía de uno: el religioso. De manera que lo que se pone en entre dicho al momento de garantizar derechos y libertades individuales es el carácter laico de las políticas. Y a la par que estas restricciones se van haciendo visibles desde el activismo político las formas en que los grupos conservadores se repliegan se van especializando de manera que los discursos sobre los derechos de las mujeres, de las personas de sectores LGBTI - en el amplio contexto de los derechos humanos - no son parte solo de la acción social que pretende emanciparse frente a la hegemonía del pensamiento conservador sino que también son usadas por estos mismos grupos para defender posturas segregacionistas.

El concepto de “politización reactiva” ha sido acuñado para dar cuenta de la influencia política de sectores católicos en Latinoamérica y que obedecen a la voz de alerta que desde el Vaticano se ha lanzado frente a la acción social relativa a la libertad individual y la sexualidad. Dicho término se refiere a los actores, los argumentos y las estrategias.

“A nivel de los actores, son cada vez más visibles las autodenominadas organizaciones provida o profamilia. Así, agrupaciones de profesionales católicos (abogados, médicos, etcétera) y grupos específicamente creados para defender el magisterio de la iglesia católica son la cara cada vez más visible del activismo católico conservador. Otro desplazamiento notable es el crecien uso de argumentaciones seculares en defensa de la tradición religiosa. Allí donde los movimientos logran incluir sus demandas públicamente, los sectores de oposición cada vez más circulan justificaciones médicas, psicológicas, bioéticas o legales para rechazarlas”. (Vaggione, 2013:24)

⁹ Aunque el tener hijas también se matiza en ciertas sociedades donde se practican abortos selectivos por sexo.

De aquí que otro de los cruces que urge profundizar, analítica y políticamente, es el del campo político y el campo religioso en la reproducción del pensamiento conservador. Pregunta que no asumiré en este escrito pero que mantiene el interés sobre las libertades individuales y los intereses de los grupos conservadores.

En el siguiente capítulo amplío los mecanismos concretos en que opera dicho pensamiento conservador a través del caso Colombia. Allí los plasmo en cuerpo de los opositores.

Interludios

Segundo.

“Lo que es de todos, es de la mujer de la casa”

“Porque creo en todo lo que nos debemos. Porque creo en esta nuestra rebelión
De amorosa vida, de amorosa fuerza. De amorosa rabia, de amoroso amor”
Creo. (Parodi, 2001)

Llego a la sesión. Mi hija aún duerme en casa porque salí muy temprano a tomar el transmilenio*. El barrio* queda a una hora y media de recorrido.

Esta mañana me toma re-conociendo la ciudad, con un agradable frío, los barrios residenciales, llenos de tiendas, de panaderías; fachadas de casas como eran en el barrio donde crecí; los olores; la gente encontrándose a tomarse un tinto* en la tienda de la esquina.

Mis encuentros con las mujeres Fasol han sido eso. La nueva bienvenida a casa y revivir lo que tantas veces el feminismo me ha permitido: encontrarme con que mucho de lo conversado en los salones de clase es día a día la realidad de muchas mujeres que quizá nunca lo han leído. La vida de las mujeres, la vida propia es el lugar donde han aprendido a cuestionar, a compartir, a entender otras maneras de nombrar el mundo.

Fasol ha sido el espacio para volver al barrio, a las reuniones de mujeres que dejé hace algunos años para irme a México. Lugares donde las lecciones de sencillez frente a lo poco o mucho que se logra en un salón de clase nunca se agotan. Una mañana, en una reunión en la que se planeaba la agenda de la organización para el siguiente año, me junté con el grupo que trataba el derecho a la participación política. Allí Yolanda intervino para contarnos que años atrás cuando le hablaban de política ella se preguntaba ¿cuál sería la ultraderecha, si ella solo tenía mano derecha e izquierda? ¿Si votar por cada cual implicaba usar la mano correspondiente para marcar el tarjetón*?

Su frase no ha dejado de dar vueltas en mi cabeza. Habla de esos supuestos de los que partimos y nos movemos pero que nos distancian, y muchas veces enormemente, porque quizá en espacios políticos el punto de partida no es suficientemente construido en común.

La política que circula entre las mujeres se forma de los momentos para pensar aquello que posibilita la vida. Para ellas cualquier alternativa de ejercicio político lo que logramos construir entre nosotras, colectivamente, debe superar los discursos sobre lo integral; eso que se ha vuelto un lugar común. Y convertirse más en un asunto circular. Pasar por todas las posibilidades de vida, esas que otros piensan que se nos vienen en contra.

De esa reunión salió la necesidad de dar otro salto. A futuro deberán acompañar a una mujer para que se de la pela* en los escenarios de decisión locales, como la Junta Administradora Local, JAL*. Necesitan una edilesa*. Una mujer que asuma la discusión, poner allí la necesidad de asignar más recursos a los proyectos pensados y ejecutados por y para las mujeres. Pero claro, para todo eso son necesarias mujeres con cuerpo y pensamiento de mujer. Su camino les ha mostrado que ni la apatía política, ni las mujeres que terminan trabajando para los caciques* son la opción.

Pero además la acción colectiva que han sostenido durante estos más de treinta años les ha mostrado que esos son espacios históricamente masculinos - y quizá por eso los habrían evitado hasta ahora - y una de las guías para hacer política desde las mujeres es desarrollar planes de cuidado y contención para la otra. Es decir, que esa mujer que les represente tenga un lugar donde estar, donde ser recibida, donde pueda hablar de sus preguntas, sus miedos y, por supuesto, de sus equivocaciones. Darle autoridad es uno de sus caminos. **Autorizar** a la otra se convierte en una de sus apuestas políticas; pues así ella podrá hablar, errar, acertar, decidir, jugársela por todas en un escenario donde gran parte del tiempo estará sola. Hasta que logremos movernos tantas que muchas mujeres con cuerpos y pensamiento de mujer, estén allí sentadas.

Así es, ese salto es necesario. Porque se dice que lo que corresponde a las mujeres es transversal a los demás asuntos, que allí estamos, que de allí somos. Pero no, dice Marisela "Lo que es de todos, es de la mujer de la casa" para afirmar que eso que se presume que se hace entre muchas personas generalmente se vuelve responsabilidad de esa mujer que se lo echa al hombro pero en términos de

trabajo político, comunitario no de recursos económicos ni de reconocimientos públicos. Siempre con esa figura de estar detrás de ese otro.

En ese nuevo e inmenso mar que han encontrado, otra lección feminista es que las mujeres somos diversas políticamente. Porque cada una es ella misma, es lo que cree, lo que sabe y lo que no, lo que aporta al colectivo, lo que la atemoriza, lo que la alienta y lo que sueña con cambiar.

Y se reafirman en lo imperante que es trabajar juntas, tener un lugar seguro al cual volver, en donde sostenemos, porque el camino necesita de la otra para reconocer que eso que a ti te descoloca seguramente me ha pasado a mí, nos ha pasado a todas.

Como lo mostró Yolanda, con ese comentario que removi6 mucho de lo obvio, el espacio de lo propio es aquel que tenemos que recuperar. Ese, donde cada una tiene la posibilidad de ser para sí misma y siempre sin “perder la noci6n de la calle.”

II. ¿Persiguiendo al perseguidor?¹⁰

2.1 Caso Colombia

Con el lema de “Libertad, igualdad y fraternidad” la Revolución Francesa, apostándole a la igualdad para los seres humanos, quiso cerrarle la puerta a una de las mayores proclamas del cristianismo medieval que defendía la desigualdad natural para la sociedad. Es así como, la modernidad sostiene que los hechos sociales dependen de las mismas condiciones sociales y no de fuerzas divinas o sobrenaturales. Movimientos revolucionarios como los liberales iluministas, socialistas, anarquistas, comunistas sostienen que cada quien es arquitecto de su propio destino¹¹. (Hernández, 2014:47)

La iglesia en el marco de la ideología que abandera perpetúa de diferentes formas las desigualdades entre los seres humanos como parte de una diferenciación que hizo su Dios. Y quienes le siguen sostienen dicha diferencia desde los recursos que tienen en su haber. Y es este el capital que alimenta el pensamiento conservador y al que me he venido refiriendo.

Desde la política su reproducción ha estado en cabeza de grupos o partidos políticos, generalmente, adscritos a los grupos conservadores pero que no necesariamente se manifiestan abiertamente como grupos de derecha. En el caso Colombia, el panorama para el 2014 muestra toda esta gama. Acérrimos conservadores oponiéndose a garantizar las libertades individuales, liberales que en momentos decisivos votan en contra de proyectos de este mismo corte y sectores más progresistas co-responsables, en su momento, de la elección del Procurador General de la Nación.

El gobierno de Álvaro Uribe (2002-2010) dejó claro que el pensamiento conservador es el derrotero del país ideal, el país de la política de seguridad democrática, y que sostener dicha estructura debía ser una obra del Estado en su conjunto, por supuesto, guiando al pueblo a sentirse a salvo dentro de su patria. Así las cosas, una de las apuestas de Uribe para allanar el camino de manera contundente hacia dicha

¹⁰ Presenté la versión inicial de este capítulo como el artículo ““Procura que no restrinja nuestro derecho a decidir. A propósito de los grupos conservadores y los derechos de las mujeres en Colombia” para la Revista Mala Idea. Fue publicado en el no. 5, Marzo 2014, pp. 153- 164. ISSN 1390-6453.

¹¹ Es importante no perder de vista que todas estas consignas se referían a los hombres y no es un mero asunto semántico. Las mujeres estaban excluidas de dicha igualdad.

hegemonía, su hegemonía, fue posicionar como titular de la Procuraduría General de la Nación¹² a una sólida figura del ideario cristiano, el señor Alejandro Ordóñez Maldonado, quien a cabalidad ha mostrado de qué está hecho, en qué cree y cómo el apasionamiento por la doctrina religiosa es su derrotero para ejercer el alto cargo público. Es un hombre formado en las juventudes conservadoras, fue seminarista en uno de los centros de monseñor Marcel Lefebvre en Suiza y es parte de la Fraternidad Sacerdotal Pío X¹³⁻¹⁴. En 2008 recibió el título de caballero de la Orden de la Legitimidad proscrita de parte de Don Sixto Enrique de Borbón, líder de la agrupación política Comunión Tradicionalista.

Con el paso de estos últimos años y a razón de sus actuaciones evaluadas como contrarias a los principios democráticos de la entidad que lidera, mucho se ha puesto de presente sobre el pensamiento de Alejandro Ordóñez. Se sabe, además, que dedicó su tesis de grado como abogado en el año 1979, “Presupuestos Fundamentales del Estado Católico”, a la Virgen María pidiéndole su ayuda para preservar el orden cristiano y acabar con quienes eran contrarios a sus preceptos. “A nuestra señora la VIRGEN MARÍA, Madre de Dios y Madre nuestra, Coredentora del linaje humano, medianera de todas las gracias, suplicándole la restauración del Orden Cristiano y el aplastamiento del comunismo ateo, para que brille por doquier la Fé Católica pues sin ella no hay esperanza para las sociedades y para los hombres” (Albarracín, 2013).

¹² “La Procuraduría General de la Nación es la Entidad que representa a los ciudadanos ante el Estado. Es el máximo organismo del Ministerio Público, conformado además por la Defensoría del Pueblo y la Personería. Es su obligación velar por el correcto ejercicio de las funciones encomendadas en la Constitución y la Ley a servidores públicos y lo hace a través de sus tres funciones misionales principales:

La función preventiva: [...] Vigilar el actuar de los servidores públicos y advertir cualquier hecho que pueda ser violatorio de las normas vigentes, sin que ello implique coadministración o intromisión en la gestión de las entidades estatales.

La función de intervención: [...]

La función disciplinaria: La Procuraduría General de la Nación es la encargada de iniciar, adelantar y fallar las investigaciones que por faltas disciplinarias se adelanten contra los servidores públicos y contra los particulares que ejercen funciones públicas o manejan dineros del estado, de conformidad con lo establecido en el Código Único Disciplinario ó Ley 734 de 2002.” Consultado en: www.procuraduria.gov.co/portal/Objetivos-y-funciones.page.

¹³ Información disponible en <http://www.fsspx-sudamerica.org/fraternidad/index.php>

¹⁴ Pío X es considerado como uno de los Papas más reaccionarios de la iglesia católica. Fue férrea su oposición a la doctrina modernista a la que calificó como un conjunto de herejías y varios de sus escritos se refirieron a cómo prevenir el impacto de los modernistas en las creencias religiosas y a las estrategias para neutralizar sus acciones. “El papado de Pío X produjo un documento que dejó más huella que ningún otro: el Motu Proprio Sacrorum Antistitum, un juramento contra el modernismo, que debía jurar todo el clero, los pastores, confesores, predicadores, superiores religiosos y profesores de filosofía y teología en seminarios y que fue instituido en 1910. El juramento comienza así “Yo N.N., abrazo y recibo firmemente todas y cada una de las verdades que la Iglesia por su magisterio, que no puede errar, ha definido, afirmado y declarado, principalmente los textos de doctrina que van directamente dirigidos contra los errores de los tiempos”” (Hernández, 2014:69)

En este documento Ordóñez dice

“que su tesis de abogado: “puede sintetizarse en el siguiente grito: NADA SIN DIOS””. También dice que su tesis puede ser acusada de “anacrónica, incluso medieval”, y no le falta razón. En el texto, el Procurador defiende “la cosmovisión católica del Estado” y a Dios como fuente de autoridad del poder político. El pueblo no tiene ni poder creador de derecho ni es fuente de legitimidad del Estado. Es un enemigo de la democracia: citando a Blas Piñar dice: “no hay soberanía popular que derogue el decálogo”. El Procurador considera necesario “apelar a una concepción deísta del orden público” porque “el Estado no podría prosperar si desprecia la religión”, la cual es nuestra única salvación ante los males públicos.” (Albarracín, 2013)

Lo que más llama la atención es que al pasar de los años su pensamiento se mantiene en esta línea. Él aboga por la constitución cristiana del Estado, es enemigo de la igualdad social, la democracia y las libertades; se opone a los preceptos de la modernidad que llegaron con la Revolución Francesa y defiende el carácter sagrado de la autoridad. Según Hernández (2014) esta corriente de pensamiento se denomina iusnaturalismo o doctrina del derecho natural y en ella las normas provienen de una deidad; la doctrina contraria es el positivismo jurídico.

Y así lo muestra su producción escrita de la cual refiero algunas citas a continuación:

- “El gran reto de la revolución cultural hoy, es disolver los principios y valores sobre los que se funda la familia cristiana, su carácter heterosexual, monógamo, indisoluble y fecundo; son obstáculos que quieren remover a toda costa mediante la aprobación, en principio, del divorcio, la anticoncepción, el aborto y el matrimonio homosexual, primera fase que está por concluir.” (Ordóñez, 2006:23)

- “En resumen, podemos concluir que la perspectiva de género es una filosofía o mejor una ideología mediante la cual se pretende desconstruir (sic) los conceptos de familia, matrimonio y sexo, tal como los concebimos desde hace 2000 años, negando la existencia de un orden natural previo a la voluntad humana y determinante de la naturaleza de las cosas. Es, en suma, una revolución contra todo orden que no sea creado y manipulado por los detentores del poder financiero..., hoy lo que se pretende es destruir

a la familia normal para reconstruir un concepto de familia nuevo, contrario al orden natural.” (Ordóñez, 2006:38)

- “Resulta apenas comprensible que si se tiene como propósito desconstruir - yo prefiero, respetando nuestro idioma decir disolver- la religión, la familia, el sexo, el idioma, la educación, el derecho, en suma, la cultura occidental y cristiana, fundada en el reconocimiento de un orden natural creado por Dios, lo primero que se debe objetar o mejor negar, para que no tenga inconvenientes la demolición ulterior, es la existencia del orden natural como matriz del orden positivo.” (Ordóñez, 2006:105)

- Ordóñez describe así la que él llama “ideología de género”:

Hace pocas horas la Corte Constitucional Colombiana despenalizó el aborto [...] La declaratoria de inexequibilidad no es solamente un problema jurídico, es una pieza más dentro de un esquema muy bien diseñado para disolver culturalmente a nuestra nación y especialmente su identidad Cristiana. Después vendrá por la misma vía judicial, el matrimonio homosexual, la adopción de hijos por tales parejas, la eutanasia, la eugenesia, la manipulación de embriones, el desmonte de la patria potestad, la despenalización de la pedofilia, en suma, la androginización de la cultura. No quiero ser profeta y ojalá me equivoque, pero si usted, amable lector, lee con detenimiento la información consignada en este opúsculo, conocerá que en este proceso estamos muy avanzados; no se trata de delirantes decisiones tomadas por accidentales mayorías del órgano judicial referido, como algunos erróneamente creen. Muchos otros estamentos del Estado están en ellos comprometidos [...] Estamos frente al fundamentalismo libertario avalado por las decisiones judiciales [...] Ello hoy es parte de la arqueología, no del derecho constitucional. Desde luego, que ese será el pretexto para obtener los propósitos mencionados. “Bienvenidos al futuro” (Ordóñez, 2006:8)

Y es que para Ordóñez el punto álgido está en la individualidad que reconoce el derecho moderno, en la noción de lo justo que se diluye ante la garantía de la libertad de las personas -siguiendo a Kant-, en la primacía de los derechos individuales sobre la del bien común, pues de ese modo corre peligro el orden natural y divino que, en representación de Dios, debe estar en manos del Estado. Es tarea conjunta superar los supuestos doctrinales del derecho moderno pues “Es necesario como lo aconseja Massini “Dar la espalda a los mitos y conjuros del pensamiento moderno e iniciar la marcha hacia la boca de la caverna, donde nos espera la luz que dimana de la verdad objetiva.”” (Ordóñez, 2005: 48)

En el libro citado, sus críticas al orden social se refieren a que en la protección del libre desarrollo de la personalidad se incursiona en el amoralismo sui generis y a partir de una revisión de diversas sentencias de la Corte Constitucional relacionadas con la interrupción del embarazo, la eutanasia -homicidio piadoso-, la despenalización del consumo de drogas, unión de homosexuales sustenta que la alta corte usa una serie de paradojas “con apariencia de juricidad, queriendo ser un estamento novedoso y progresista olvidando que “la realidad debe primar sobre los prejuicios y esquemas ideológicos que con frecuencia se pretenden imponer prevalidos de la laicidad Estatal y de su acendrado agnosticismo.” (Ordóñez, 2005: 23)

A la par de su posicionamiento como líder de la moral, en estos seis años, el Procurador ha inhabilitado a una importante cantidad de funcionarios y funcionarias públicas, y se ha convertido en el imaginario de muchos y muchas colombianas, de la mano de los medios de comunicación tradicionales del país, en el paladín contra la corrupción. Sin embargo, el periodismo crítico, diversas organizaciones no gubernamentales y activistas le han puesto contra la pared, aunque sea sólo en el papel. Así lo muestran sus actuaciones frente a los intentos por “llamarle al orden” de los que describo a continuación tres casos específicos.

El primero de ellos, en 2012, fue la rectificación que la Corte Constitucional le ordenó respecto a la Sentencia C-355 de 2006 que despenalizó el aborto en el país, y sobre la cual él y dos de sus procuradoras delegadas incurrieron en omisiones, errores y falsedades que inducían al país a confusiones y, por ende, al incumplimiento de un fallo constitucional. Si bien cumplió, sobre el límite, con los plazos asignados, convirtió tal jalón de orejas en una oportunidad al entregar la información pero sin dejar de lado, algunos toques personales:

- . Rectificó la expresión proveniente de su despacho en el que se llamaban a las campañas encaminadas a difundir la Sentencia C-355 como “campañas masivas de promoción del aborto como derecho”.
- . Eliminó de una circular expedida en 2011 un apartado que afirmaba la existencia de libertad de conciencia de las instituciones y también derogó otra circular donde decía que la objeción de conciencia no tenía límites en tanto ambas generaban confusión.

. Ratificó en su cargo a Ilva Myriam Hoyos y a María Eugenia Carreño, las procuradoras delegadas que también fueron llamadas a corregir acciones e información, calificándolas como dos excelentes profesionales que el país necesitaba.

La anticoncepción oral de emergencia es parte del comunicado expedido por la entidad mas en su alocución omitió que:

«...en Colombia, la anticoncepción oral de emergencia (i) no tiene carácter abortivo sino anticonceptivo, (ii) su uso no está restringido a las hipótesis despenalizadas de aborto, (iii) las mujeres que hacen uso de ella fuera de las causales despenalizadas de aborto no incurrir, en ningún caso, en el delito de aborto y (iv) hace parte de los servicios de salud reproductiva que las mujeres colombianas pueden libremente elegir.» (León, 2012)

Corroboró que su actuación correspondía a la verdad y que entablaría una acción para pedir la nulidad de la Sentencia por la cual se le ordenaba dicha rectificación. Y aprovechó para pedir a la sala plena de la Corte Constitucional que resolviera dicha nulidad lo más pronto posible pues presentaba “graves deficiencias e inconsistencias en su contenido”. Celebró esta “discusión interpretativa” y resaltó que en un estado pluralista, como el colombiano, esos disensos son sanos y necesarios. A la vez, pidió al Consejo de Estado acelerar la anulación del decreto que reglamentó el aborto en los casos excepcionales permitidos por la Corte y al Congreso impulsar una ley para regular la misma sentencia.

Finalizó su intervención “asegurándole a los colombianos que ‘podían estar tranquilos’ porque el Procurador seguiría defendiendo la familia y la vida ‘desde la concepción hasta la muerte’. De esta manera, Alejandro Ordóñez convirtió la derrota que significó la orden de rectificación de la Corte Constitucional por haber usado su cargo para mentirle a los colombianos en una victoria con múltiples objetivos”. (León, 2012)

Un segundo episodio, fue la demanda que ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos – CIDH– interpusieron representantes de dieciocho organizaciones que encabezan acciones respecto de los derechos de las mujeres y de personas de sectores LGBTI a razón de la persecución ejercida en su contra por la Procuraduría. La audiencia para escuchar a las partes fue citada para el viernes 2 de noviembre de 2012 mas fue suspendida porque el Estado colombiano -con la Procuraduría a la cabeza- no se hizo presente. Sus razones aducían la supuesta cancelación por parte de la propia CIDH. En este

panorama, por demás lleno de imprecisiones sobre la ausencia del gobierno nacional, las organizaciones allí presentes se entrevistaron con delegados de la Comisión; mas el Procurador, de nuevo, evadió esta instancia de control. Mientras tanto en Colombia circularon una serie de correos electrónicos que fueron publicados por la prensa alternativa, por supuesto, en los que una organización pro-vida instaba a la masiva respuesta frente a la demanda contra Ordóñez pues ésta obedecía a la persecución religiosa de la que él estaba siendo víctima. En el mensaje se solicita la firma masiva de una carta dirigida a la CIDH, asegurando que lo relativo a dicha demanda era un escándalo, con fines políticos, favorecido por activistas de derechos humanos -que señala con nombre propio- a quienes, con la venia del magistrado ponente de la Corte Constitucional, buscaban desprestigiar al Procurador frente a dicha instancia y, así, evitar su re-elección. La señalan como la más grande amenaza que él, y la campaña por la defensa de la vida que lidera, han sufrido.

Finalmente dicha audiencia se realizó en marzo de 2013, con la presencia de Ilva Miryam Hoyos (Procuradora delegada de la Niñez y la Familia). Por parte de las organizaciones de la sociedad civil se dejó en claro la persecución que desde la Procuraduría se desarrolla contra los y las defensoras de derechos humanos, específicamente en el tema de derechos sexuales y reproductivos; igualmente se llamó la atención sobre cómo esta institución estatal se empeña en poner cortapisas a las garantías constitucionales y a sentencias proferidas por la Corte Constitucional del país. En respuesta, y a resumidas cuentas, la señora Hoyos fue enfática al aclarar que la Procuraduría no tiene una posición político-religiosa, que su labor es la preservar la integridad y la vida de las personas y que el carácter de derecho al acceso al aborto es una interpretación de las activistas de derechos humanos.

“En este sentido Hoyos manifestó que el trabajo de la Procuraduría General ha sido el de adelantar acciones de vigilancia y control de gestión “en relación al desarrollo pleno de la salud sexual y reproductiva”. La representante del Ministerio Público indicó que en diversas oportunidades ha alertado al Estado para que cumpla con los objetivos trazados en convenios internacionales para defender y proteger los derechos de las mujeres. Entre estas acciones mencionó las campañas emprendidas para “reconocer los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, pero sin dar al aborto ese carácter”. “La Procuraduría reitera, como ya lo ha expresado ante esta Comisión, que seguirá defendiendo a la persona humana y a sus derechos, y que se opone a todo acto de hostigamiento y persecución que se realice en contra

no sólo de los defensores de derechos humanos, sino de todo titular de derechos”, precisó.” (Diario El Espectador, 2013)

Si bien Ordóñez usa el poder de su cargo en la función pública para generar trabas a la obligación del Estado de garantizar los derechos humanos de las mujeres, a la vez, es experto en blindarse, antes de ser cuestionado, por medio de un discurso que parte del mismo marco de derechos.

Un tercer caso tuvo lugar el 8 de abril de 2013 cuando en una emisora radial el periodista Héctor Abad Faciolince le preguntó por su posición como Lefebvrista frente al Holocausto nazi, ante esto Ordóñez cerró la entrevista sin responder (Emisora Bluradio, 2013): De inmediato se levantó una encendida polémica en el país que llevó a que la comunidad judía interpelara al Procurador sobre su posición frente al Holocausto nazi. Algunos medios publicaron que Ordóñez ya había aclarado con la comunidad judía que no es negacionista mas, también, utilizó el hecho para el beneficio de sus discursos. En una intervención pública del mes de mayo del mismo año dice que “Se atenta cuando se considera que el aborto es un derecho y un derecho fundamental de la madre, ello se está convirtiendo en el más cruel y silencioso holocausto contemporáneo... Hoy el derecho a la eutanasia y la eugenesia aparece como políticamente correcto, esta es la verdadera herencia del nazismo” (Noticiero Noticias Uno, 2012)

Sus acciones siempre teñidas por sus conocimientos jurídicos, son muestra de una serie de creencias morales en operación. Su argumento de la persecución religiosa enmascara que la apuesta es la preservación de la tradición y la estructura familiar cristiana, lo cual es común al conservadurismo en Latinoamérica:

Su labor ha incluido diversas acciones y maneja una lógica de intervención política formal. Sin embargo, hay que tener en claro que estos mecanismos se han modificado con el paso del tiempo hasta concentrarse actualmente en las formas de denuncia como agrupación de la sociedad civil. El objetivo hoy es influir en la opinión y en las políticas públicas formales introduciendo las ideas pro-vida: ya no se trata de una persecución directa de los “desvíos”. Este camino les permite posicionarse como entidad formal y construir nexos entre la legalidad exterior y sus dispositivos de creencias y valores frente a temas de interés público. (Mujica, 2007:108)

En múltiples declaraciones, Ordóñez ha manifestado que está siendo perseguido por sus creencias religiosas. Puede decirse, entonces, que parte de la empresa del conservadurismo se está consolidando

gracias a la variación de su discurso, ya no exclusivamente cristiano, sino puesto en la base de los derechos humanos. El hecho de presentarse como perseguidos religiosos habla de cómo estos se les son vulnerados por quienes, además de atentar contra la honra y los valores fundamentales de la convivencia social, lo hacen contra la familia, el bien común y la correcta acepción de la libertad humana. Así, ante la opinión pública, convierten esta discusión en un asunto personal referido a sus creencias, a su integridad personal, y dan un giro a su favor a los argumentos de sus contradictores. Pues uno de los elementos centrales de la crítica es que las creencias religiosas deben ser parte de la esfera íntima y no del ejercicio de sus funciones como servidores o servidoras públicas¹⁵.

Parafraseando a García, “Lo que más molesta de Ordóñez no es que sea moralmente inescrupuloso; si así fuera, pasaría desapercibido entre tantos que hay. Lo que fastidia es que sea eso y que se presente a sí mismo (y que la gente le crea) como un paladín de la honestidad por el hecho de ser muy religioso: es el hecho de haber logrado difundir, en la opinión pública, la idea de que el país tiene en la Procuraduría a un protector de la moral pública por el solo hecho de ser Ordóñez un fundamentalista de la fe” (García, 2013). Aquí se condensan las tecnologías, ideológicas y burocráticas, que enuncié en el capítulo anterior.

Es así que dichas creencias no son parte únicamente del comportamiento de algunos actores sociales que se legitiman como opositores de los derechos de las mujeres sino que muestran un extendido sentido común que se hace visible frente a apuestas concretas que se convierten en afrentas para el orden social natural. Como sucedió en las manifestaciones en contra del matrimonio de personas del mismo sexo que tuvieron lugar en 2012 en Bogotá. Casi un centenar de personas se agolparon para hacer contrapeso a los grupos de personas de sectores LGBTI y a quienes les apoyaban para exponer la campaña llamada “1 hombre + 1 mujer. La única y perfecta ecuación del matrimonio”¹⁶. Allí se hicieron visibles varios-as cabildantes del Senado mas con su slogan mostraban que eran gente del común, reforzando la idea que la mayoría del país eran quienes no apoyaban que dicho proyecto cursara en el Congreso de la República. Elemento que acentúo por ser fundamental en todo este posicionamiento

¹⁵ A propósito de esta reflexión cito la columna de Mauricio Vargas Villegas, ¿Fundamentalista yo?

¹⁶ Durante el debate en el Congreso de la República, 2012, en el que se discutió la aprobación de la unión de parejas del mismo sexo, apareció la Fundación 1 hombre, 1 mujer. Actuando como organización civil, manifestó su oposición a dicho proyecto de ley. A su dirección electrónica ya no existe; tampoco la página de facebook en Colombia. El enlace desde el que actualmente haciendo activismo está disponible en Twitter: <https://twitter.com/1Hombre1Mujer>

conservador. Pues en aras de la democracia del país esta oposición sigue siendo la defensa de las mayorías en un país que no negocia la moral¹⁷.

De esta manera, al enarbolar sus derrotas como triunfos, los grupos conservadores generan eco en la opinión pública y crean polémica usando, a su favor, las mismas demandas políticas de los grupos o de las personas que sus actuaciones vulneran. Además, el uso de discursos que enaltecen los disensos muestra a sus opositores u opositoras como poco tolerantes, que discriminan a las personas religiosas y no tienen interés en pensar la sociedad en términos de la pluralidad necesaria para convivir. Lo que justamente la movilización social exige, en este caso al Procurador, el respeto por la diversidad y el darle cabida a las diferentes formas de ver el mundo, especialmente aquellas no cristianas.

Los grupos conservadores señalan a los y las activistas por apoyar causas nocivas para la estructura fundamental de la sociedad, es decir la familia, las cuales son contrarias a la protección de la vida desde la concepción -por métodos no artificiales- hasta la muerte natural y, por ende, al orden natural establecido ya que ha de ser preservado por el estado en tanto su representante.

Además este discurso tiene otra función fundamental, mostrar a la opinión pública como sí protege al sujeto en cuestión. Por ejemplo, no están de acuerdo con el aborto porque su principal interés es proteger la vida, pero también lo es, cuidar a las mujeres de perder la capacidad reproductiva que las constituye como tales; para tal fin, deciden por ellas. A la vez, otorgarle el carácter de persona al nasciturus centra la discusión en la vida y en cómo las mujeres, y quienes apelan al derecho moderno y laico, no tienen la potestad para cuestionarla puesto que ésta ya ha sido otorgada y definida por la autoridad divina. Para la muestra un botón: "del derecho se puede abusar de mil formas sin violar la ley." (García, 2013)

Ordóñez es percibido, por un sector de la opinión pública, como un hombre con una honestidad a toda prueba y un defensor a ultranza de la vida y de los valores de la familia y del bien común, tanto que se oyen rumores sobre su candidatura como representante de las filas del Partido Conservador para las elecciones presidenciales de 2018 y ha sido objeto de varios homenajes reseñados por los medios de comunicación; a la vez sigue siendo blanco de críticas en tanto dichas manifestaciones se consideran

¹⁷ Golpes de opinión que siguen estando en el orden del día durante 2015 con la mesa de negociación al proceso de paz que el Gobierno de Colombia sostiene en La Habana con la guerrilla de las FARC-EP.

formas de manifestación en política prohibidas explícitamente para las y los funcionarios públicos en Colombia.

Ternado por la Corte Suprema de Justicia, en 2012 fue re-elegido como Procurador por un nuevo período de 4 años con el 80% de un Congreso que le manifestó abiertamente su apoyo (incluyendo la llamada ala liberal) y allí la crítica puso, de nuevo, el dedo en la llaga. Se le acusa de entregar cargos en la Procuraduría a magistrados y políticos a quienes les debía favores o quienes ahora se los deben; así como de beneficiar a ciertos políticos en investigaciones que ha archivado de manera selectiva. “Reclama transparencia en las entidades públicas, pero él mismo ha protagonizado nepotismos cruzados y una de sus más altas funcionarias trabaja en la misma entidad con su hermana y su cuñada” (Coronel, 2012)

El Procurador fue objeto de más de estas fuertes críticas durante 2012 y 2013, casi semanalmente, cuando se hacía evidente cómo protege a quienes son de su séquito, conservadores o con quienes ha intercambiado favores. Mientras atacaba a quienes pertenecen a la oposición política, son activistas de derechos humanos y defienden causas relacionadas con la preservación de las libertades individuales. Sin embargo en 2014 se dio un campanazo a su inmenso poder. A razón de una demanda interpuesta ante el Consejo de Estado por vicios en su reelección (la Constitución no la permitía) se estudió su destitución.

El Procurador guardó silencio durante esos tiempos difíciles para él. El primer debate se llevaría a cabo en la Comisión Quinta de dicho Consejo; así que Ordóñez usó la figura de la recusación para generar que dos de tres de quienes tomarían la decisión fueran declarados impedidos para participar. De esta manera el proceso pasó a la Sala Plena del Consejo de Estado en donde, se dice, muchas personas le deben favores. Algo que la prensa crítica ha denominado como “Yo te elijo. Tú me eliges” (Bejarano, 2014). Por ser así, varios magistrados y magistradas declararon su impedimento para participar en la decisión y deberán designarse conjueces. Esto se convirtió en el salvavidas de Ordóñez pues ahora el tiempo corre a su favor y quizá termine su período en diciembre de 2016. Aquí las tecnologías burocráticas han actuado en beneficio. Funcionaron para aquello que fueron dispuestas.

El caso del Procurador General de Colombia es una excelente muestra de cómo se configura el poder a partir de dichas tecnologías y de cómo el pensamiento conservador es un proyecto político que funciona

como una máquina sincronizada en las diferentes esferas de la vida social en las que pone su interés a fin de sostener el orden natural como orden social. En Colombia, el gobierno de Uribe fue un nuevo aire para el pensamiento conservador que con fuerza se ha re-posicionado a fin de derribar la laicidad del estado. Para 2014 volvió a las elecciones de parlamento en Colombia a través de su partido Centro Democrático mano firme corazón grande, y a las presidenciales con un candidato hecho a la imagen y semejanza de su líder. Ante lo cual se dio algo inusitado; diferentes fuerzas políticas del país se unieron para evitar que Uribe gobernara el país, de nuevo.

La polarización que durante la última década se consolidó en torno a oposiciones y alianzas de Uribe, retomó su camino. Colombia es hoy, 2015, una tierra dividida a favor o en contra del proceso de paz, de lo que representa la guerrilla de las FARC, del gobierno de Santos, del aborto, de las uniones de personas del mismo sexo, de la legalización de las drogas, el pensamiento crítico representado en intelectuales asesinados-as o destituidos-as de sus cargos públicos (por Ordóñez, por supuesto). Los derechos humanos se convirtieron en el discurso comodín para que los sectores más retardatarios menoscaben la laicidad del estado porque si son cuestionados se ataca su libertad para creer. El objetivo se está cumpliendo. Quienes no apoyan las libertades individuales, en una inmensa gama de sentidos, han puesto a numerosos sectores de la opinión pública de su lado al ubicarse en el lugar vulnerado.

2.1.1 De la historia

Colombia ha sido un país dividido por dos tendencias políticas, liberal y conservadora, en el sentido partidista de los términos. Su historia se asienta en ese bipartidismo y así nos la enseñan en la escuela, por ejemplo, la relatan mostrando a Francisco de Paula Santander y a Simón Bolívar como los abanderados de las dos tendencias. De ahí en adelante la política se presenta como la pugna de fuerzas entre éstas. Lo cierto es que esa división dio origen a la cruda violencia que el país vive desde los años 40 del siglo pasado y a ese cruel episodio de nuestra historia que se conoce como La Violencia, en mayúsculas, y cuyas consecuencias como conflicto armado interno, aún no terminan.

Uno de los claros tintes de esta pugna entre liberales y conservadores¹⁸ fue la incidencia de la iglesia en política y su interés en ciertas instancias, especialmente sociales, donde se cuentan la educación y la salud. Un año de quiebre para esta dinámica fue 1886, momento en el que las relaciones Iglesia - Estado tomaron para el país un rumbo definitivo dada la promulgación de la Constitución Política que, casi sin modificaciones rigió hasta 1991. Para este momento existían diferentes tendencias entre el liberalismo que se diferenciaban básicamente por su disposición a permitir la injerencia del Clero en los asuntos políticos del país. Y entre los conservadores la tensión radicaba en asumir o no la defensa de la Iglesia como bandera pues eso implicaba una instrumentalización del argumento religioso (González, 1997: 249)

En el marco de esas pugnas y la fuerte incidencia del Clero se firmó el Concordato de 1887 -como una consecuencia lógica de la Constitución de 1886 - la cual se expidió

“en nombre de Dios como toda autoridad, declara que la religión católica, apostólica y romana es la de la nación, por lo cual los poderes públicos se obligan a proteger y hacerla respetar como elemento esencial del orden social. Sin embargo, se aclara luego que la Iglesia católica no es ni será oficial y que conservará su independencia... Dictamina que la educación pública será organizada y dirigida en concordancia con la religión católica (artículo 41)” (González, 1997: 255)

El Concordato reconoce la libertad de la Iglesia para ejercer su autoridad espiritual, que la autoridad canónica debe ser diferente de la civil mas debe ser respetada por dichas autoridades, reconoce la libre posesión y el ser eximidos de impuestos. El artículo 12 consagra que

“la educación e instrucción pública en las universidades, colegios, escuelas y demás centros de enseñanza se organizarán y dirigirán en conformidad con los dogmas y la moral de la religión católica: en esos centros será obligatoria la enseñanza religiosa y se observarán sus prácticas piadosas. Consecuentemente, el artículo 13 otorga a los obispos diocesanos el derecho de inspección de los textos de religión y moral: podrían elegir los textos de esas materias. En el resto de las materias el gobierno se compromete a impedir que se propaguen ideas contrarias al dogma

¹⁸ Una importante claridad en esta investigación es que al hablar de conservadurismo no me refiero, necesariamente, al partido conservador. Acá lo he utilizado como una referencia a la ideología que tiene que ver con éste mas que también abraza a diferentes corrientes de pensamiento y partidos políticos en el país y en América Latina.

católico y el respecto y veneración debidos a la iglesia. El artículo 14 concede a los maestros la facultad de enseñar tales materias, si no lo hacen en conformidad con la doctrina ortodoxa.” (González, 1997: 258)

Así la iglesia cedió algunos de sus privilegios económicos pero mantuvo el monopolio de la educación como era en la época de la Colonia. Ahora, este punto llama mi atención en tanto las labores de asistencia social están concentradas en sus manos. Al punto que el documento de identificación de la población es el acta de bautizo. González en su análisis muestra esta relativa ventaja como lo opuesto argumentando que a lo largo del siglo XX la secularización del mundo tomó por sorpresa a la iglesia colombiana en tanto se concentró en evangelizar desde el aparato educativo oficial.

Sin embargo, leyéndolo desde el punto crítico de mi investigación este escenario se muestra como una de las bases donde se asienta la profunda dominación hacia las mujeres en tanto la movilidad del lugar destinado a ellas se torna imposible. Y además porque, como reina de la asistencia social, otro de los fuertes de la iglesia fue la prestación de servicios de salud que, vistos siempre desde la piedad cristiana, permitieron su hegemonía en el control de los cuerpos.

Lo que se concreta en elementos claves de la vida social del país para inicios del siglo XX

“Los hombres de la República burguesa no descuidaban instruir en la conducta correcta a quienes estaban en lugares inferiores de la jerarquía social... El joven médico y erudito soltero, Luis López de Mesa, combinada los hechos científicos y las metáforas románticas y orgánicas para explicar la fidelidad femenina en 1920, comparó el alma de la mujer con un óvulo.... “También así el alma femenina, una vez que dijo cabida a un gran amor, cierra sus oídos a todo nuevo halago”. Durante comienzos del siglo XX, el lugar subordinado de las mujeres en la sociedad colombiana fue sancionado y reforzado a través de dos tradiciones ideológicas diferentes. La primera era la católica romana, que sostenía que el matrimonio y el hogar eran el destino propio de la mayoría de las mujeres, y que las mujeres casadas no debían ahorrar ningún sacrificio en aras de su esposo y sus hijos. La segunda, ejemplificada en los pronunciamientos de López de Meza, transmitía el mismo mensaje, pero envuelto en el lenguaje del darwinismo social tan popular en la Colombia de la época” (Henderson, 2006:119)

La corriente que seguía López de Mesa utilizaba como estrategia para referirse a los mismos asuntos que el marianismo, como se conocía a la corriente de la iglesia católica, secularizar el mensaje. A la par que se aseguraba a las mujeres que tenían un cerebro más pequeño pero tenían habilidades propias de otros campos a fin de completar la misión de los hombres. También para quienes no pertenecían a dichas élites el discurso se sostenía en que las personas de mayores clases habían sido bendecidas no solo con mayores recursos materiales sino con mayor inteligencia y virtud.

"Existía la difundida creencia de que, en una sociedad religiosa y correcta, todos los ciudadanos acataban lo que comúnmente se denominaba el principio de autoridad.... Las campesinas que vivían cerca del montañoso obispado de Santa Rosa de Osos, en Antioquia, obedecían al principio de autoridad cuando caminaban kilómetros por las tortuosas sendas de la montaña, aunque el sentido común indicaba que deberían más bien montar los caballos o las mulas de las que disponían. Pero el obispo Miguel Ángel Builes les había prohibido esta práctica a las mujeres de su diócesis, afirmando que la costumbre de que las mujeres cabalgaran a horcajadas era un pecado contra la ley natural por los desastrosos efectos que causa." (Henderson, 2006:121)

Durante esta parte del siglo XX la jerarquía religiosa seguía perpetuando las diferencias entre unas y otros que además matizaba con las basadas en la clase en tanto recalca su interés por acompañar las causas sociales pero en las que no se comprometiera objetivos revolucionarios. De manera que así condicionaba los apoyos para causas obreras, por ejemplo. Efectivamente algunas facciones de la iglesia mostraban su interés por crear conciencia respecto de los problemas del mundo obrero y campesino y construir algo más que la visión paternalista que escondía lo estructural pero eso también fue motivo de enormes tensiones a su interior. Lo cual trajo consigo que quienes promulgaban las visiones liberadoras de la teología pasaran al lado de la sospecha, donde han permanecido.

Para la mitad del siglo llega a la presidencia uno de los personajes más influyentes en la historia del pensamiento conservador en Colombia, Laureano Gómez, quien asentó fuertes bases de esta ideología en la historia contemporánea del país. Presidente entre agosto de 1950 y noviembre de 1951, intentó regresar al poder en 1953 y el único golpe de estado de la historia reciente del país tuvo lugar cuando el general Rojas Pinilla lo depuso del cargo.

Para esta época el principio de autoridad regía en diferentes formas y esta sociedad de mediados de siglo es una muestra tanto de la mixtura de la población como de las estrategias hegemónicas por sostener la diferenciación. Quienes pertenecían a las familias acaudaladas del país difundieron ampliamente la necesidad de aclarar la piel favoreciendo la migración europea para evitar que el país no llegara al progreso.

Un excelente, y pertinente, reflejo de este momento se muestra en el análisis de Ingrid Bolívar respecto del reinado nacional de belleza.

“Así, por ejemplo, en 1947, la revista *Semana* describe a diferentes candidatas en términos que articulan procedencia familiar y rasgos físicos. De Enriqueta Guerrero Rodríguez, Señorita Cauca, señala que era “nieta del general Carlos J. Guerrero, antiguo parlamentario y dirigente político, y uno de los hombres de más hermosa apostura que haya dado el sur de Colombia ... por línea materna es nieta del eminente ciudadano Pedro Rodríguez”. Más adelante puntualiza: “tiene los ojos oscuros, perfecta la cutis, y una extremada gracia en el andar... Es apasionada lectora de versos”. De Piedad Gómez Román, quien era la Señorita Bolívar y fue elegida Miss Colombia, dice “nacida en Cartagena, de familias hondamente vinculadas a la historia de la ciudad legendaria, la muchacha elegida reina, es alta y esbelta, se mueve con la cadencia de palmera de las mujeres compenetradas con la vida del mar” Más adelante recalca: “El óvalo de su rostro es de una suavidad exquisita y la piel pura y ligeramente trigueña realza su suave encanto entre el marco de los cabellos castaños... Vio la luz en el aristocrático barrio de Manga, en Cartagena. Es suave, cándida y alegre y ama la lectura y la pintura”. De la señorita Caldas, Beatriz Ronga, dice: A la perfección de sus facciones, une esta niña un aire de distinción que la asemeja a los retratos de las herederas de las casas reales”. Más adelante señala: “tiene los ojos rasgados, recta la nariz, fina la boca, largo y arqueado el cuello de cisne.” En seguida, se da información detallada de quiénes eran sus padres y quiénes sus abuelos por ambas líneas. La procedencia familiar de cada candidata se reconstruye en detalle, al tiempo que se “describen” otros de sus rasgos... Las descripciones de las candidatas están llenas de mensajes de este tipo. Se trata de damas de “buenas familias”, damas de “rancia alcurnia social”, hijas, hermanas y nietas de próceres e importantes políticos y hombres públicos, damas que se destacan por su suavidad, su majestad, su cortesía, su talento para tocar el piano, su sensibilidad al leer poesía, su modestia. De ahí que algunas practiquen el baile como “obligación social”, pero que detesten ritmos como el popular

“Pachito Eché”, que la señorita Cundinamarca de 1949, “ni silba, ni canta, ni piensa aprender nunca” pues a ella “le encanta es la música clásica”” (Bolívar, 2011:184)

Desde este ángulo de la vida social del país, el reinado nacional, es evidente cómo, además, esa mezcla de género, clase y raza le apunta a acentuar la inferioridad de las mujeres en la sociedad colombiana. Como lo elabora Bolívar, esos rasgos que se presumen privados como los datos familiares, gustos y rasgos corporales se convierten en públicos a fin de afianzar el lugar social de las mujeres y hacer pública, además - y si se me permite ese juego de palabras - una modalidad de vida pública para ellas. La autora argumenta que de este modo dichos rasgos se muestran “como pruebas de la valía moral de las damas concursantes, de su pertenencia a las mejores familias, de su incontrovertible derecho a reinar como las mujeres más bellas y, por esa línea, a acompañar como esposas a los hombres destinados a gobernar. *Las mujeres reinan; los hombres gobiernan.*” (Bolívar, 2011:184)

Y es que efectivamente, dichos rasgos privados no se relacionan, en modo alguno, con asuntos privados de la vida de las mujeres sino que ratifican la pureza, la moral, las buenas costumbres como asignaciones que hacen de ellas las mujeres ideales a la mirada de los otros y el ejemplo para las otras. Finalmente cada una puede ser la reina de su hogar¹⁹.

Estos principios morales asentados y validados por diferentes mecanismos, como lo muestra este ejemplo, siguen siendo un fiel reflejo del principio de autoridad que Laureano Gómez siguió usando como estandarte, “lo consideraba como base del catolicismo: La sola doctrina, sin autoridad sería un catolicismo muerto” (Henderson, 2006:121). Lo interesante es que éste no aplicaba únicamente para la doctrina que se predicaba - practicaba en la iglesia, sino que fue eje de su ejercicio político.

“Una observación elemental demuestra que la inteligencia no está repartida en porciones iguales entre los sujetos de la especie humana. Por este aspecto la sociedad semeja una pirámide cuyo vértice ocupa el genio, si existe en un país dado, o individuo de calidad destacadísima por sus condiciones intelectuales. Por debajo se encuentran quienes, con menos capacidades, son más numerosos. Continúa así una especie de estratificación de capas sociales, unas abundantes en

¹⁹ Y es interesante observar cómo los sectores más populares han incorporado los reinados como formas quizá, de oposición, a esas diferencias de clases. Aunque sí sostengan la objetivación de las mujeres.

proporción inversa al brillo de su inteligencia hasta llegar a la base, la más amplia y nutrida que soporta toda la pirámide y está integrada por el oscuro e inepto vulgo, donde la racionalidad apenas aparece para diferenciar los seres humanos de los brutos" (Hernández, 2014: 48)

Es interesante como dicho principio de autoridad y la discriminación no son sólo una actitud, digamos propia de la mezcla social, sino que se convierten en el sustento de sus apuestas políticas. En 1953 Laureano Gómez intenta proponer una reforma a la constitución donde se abolía el mito del sufragio universal a través del corporativismo, de manera que se pusiera fin a la embestida comunista. En esta propuesta se reducían las sesiones del Congreso y se limitaban sus poderes para incidir en las decisiones del presidente o de hacerle seguimiento a sus acciones, y éste elegiría a la Corte Suprema de Justicia; se aumentaba el período presidencial²⁰.

"La convicción conservadora de que el Estado está ordenado según la ley natural, y que sus ciudadanos poseen ciertos derechos y obligaciones conferidos por Dios, explica el tono moralista de la Reforma de 1953. En todo el documento se conmina a los ciudadanos a comportarse de una manera moral y armoniosa. El conflicto de clase se prohíbe explícitamente y se exige a los miembros del Congreso que tengan siempre en mente el bien común en el transcurso de sus deliberaciones. A los funcionarios públicos se les encarga mantener un alto nivel de responsabilidad social, y las faltas a este respecto son sancionadas despojándolos del derecho al sufragio." (Henderson, 2006:520)

Se protegía a la familia como el ente central del funcionamiento de la sociedad antes que al individuo en sí, lo cual es un fuerte argumento de los grupos conservadores a lo largo de la historia. El carácter que se le imprime a ésta como institución social ha avanzado con los tiempos consolidándose en pro de diferentes fenómenos como La Violencia, por ejemplo.

"Un aspecto importante a tener en cuenta es que la familia en Colombia se ha regido más por creencias, tradiciones y valores de la comunidad, que por abundantes y estrictos códigos jurídicos. Hasta comienzos del siglo XX la familia se rigió por cánones muy antiguos, entre ellos por las Siete Partidas de Alfonso XII, El Sabio, y las Leyes de Toro, que defendían las familias de atropellos de extraños y confirman la autoridad de los padres. Mas leyes que contemplaran derechos

²⁰ Coincidencias en el proyecto político de Uribe Vélez que no dejan de notarse.

patrimoniales y jurídicos de la esposa y los hijos, o de los hijos naturales, sólo fueron creadas en décadas muy recientes. " (Rodríguez, 2004:277)

Y hubo un punto de quiebre fundamental. La profesionalización de las clases medias llevó a las mujeres al mundo del trabajo y eso removió la estructura de las familias de la sociedad colombiana durante el siglo XX. En palabras del historiador Pablo Rodríguez este fenómeno no fue percibido en su importancia por la pastoral familiar y educacional de la iglesia dado que se generaron gran número de divorcios y separaciones que modificaron el modelo de familia y dieron paso a la familia organizada por un solo progenitor, a nuevas uniones de hecho que modificaron las costumbres (2004:203).

"Lejos de toda inmovilidad o marginalidad, la familia es una institución central en la historia colombiana. Los aspectos comentados, con desigual énfasis, intentan indicar sin romanticismo que la familia ha jugado un papel demasiado importante para el país. Que sus características y peculiaridades nos llenan de interrogantes sobre el hilo de continuidad de esta sociedad. La familia anidó las mayores contradicciones de sus orígenes: la violencia del mestizaje y la bisagra legitimidad/ilegitimidad. Esta última, no cabe duda, hasta tiempo reciente fue un principio ordenador de la sociedad, que determinaba a la misma familia. Este es uno de los buenos ejemplos para observar la relación familia-sociedad, ya que definía el valor y la proyección de todos los individuos.

Familia peculiar que, es bueno reiterarlo, ha tenido en las mujeres su principal apoyo. En los cinco siglos de su historia, la jefatura femenina del hogar ha sido tan persistente, que bien podría considerársele como uno de sus componentes formativos. Familia en la que debe valorarse su flexibilidad, su capacidad para reconstruir formas en desaparición y acoger en su seno a los parientes desvalidos, especialmente a los ancianos, a los niños abandonados y a las viudas. Tal vez, los colombianos habríamos sido siempre más pobres si no hubiéramos contado con este recurso protector. La sociedad colombiana, como se ha visto, ha sido una sociedad familiar.

Es cierto, la familia en mucho ha dejado de ser el eje organizador de la gran economía y la alta política, como en esencial lo fue en el pasado, mas, sigue siendo el principal vínculo social de todo individuo. Papel valioso que cumple ahora en tiempos de guerra y pobreza:

refugio, protección, afecto y asistencia. Pero, ¿hasta cuando podrá cumplirlo?" (Rodríguez, 2014:287)

Siguiendo la línea de los cambios generados por las mujeres, Rodríguez apunta:

"Esta inadecuación se ve reflejada en la legislación familiar que el Concordato ratificado en 1985 no permitía modificar. Otro punto particularmente conflictivo ha sido el referente a la planificación familiar, que se ha extendido por todo el país, produciendo una baja de la tasa de natalidad imprevisible hace veinte años. Se calcula que a pesar de las enseñanzas oficiales de los papas y obispos, más de la mitad de las mujeres en edad fértil planifican de algún modo, incluso en las zonas campesinas de Boyacá, Nariño y Oriente Antioqueño, donde se considera que es más fuerte el control social del clero. En este aspecto puede también haber influido el hecho de que ha sido el control natal un punto conflictivo en la ruptura del consenso de la propia Iglesia: muchos teólogos y sacerdotes expresaron, tanto en público como en privado, su distanciamiento frente a las enseñanzas oficiales de la jerarquía en este punto subrayando la importancia de la decisión que la conciencia de las parejas podían tomar sobre el control natal. Frente a este distanciamiento, el episcopado colombiano ha condenado unánimemente cualquier opinión teológica que permitiera esa libre decisión de la pareja así los argumentos teológicos usados fueran admitidos por teólogos y jerarquías católicas en otras partes del mundo" (2004:204)

Esta puntualización relativa a las mujeres, y enfatizada en las campesinas, deja ver esa idea de minoría de edad (desde Kant) asumida por las políticas más conservadoras y, que como ya lo dije antes, estaban a cargo de la iglesia. Las letras de este historiador son valiosas como retrato de una historia contada, sutilmente, desde esa misma percepción conservadora y patriarcal y que deja ver cómo el poder permitido a las mujeres cambió la sociedad y la familia generándose unas nuevas formas en Colombia que se han sostenido.

La forma soterrada de responsabilizarlas acompaña la reafirmación moral que se deja ver en el fondo del mensaje, mas se lee como profundamente normal en nuestro contexto, y que se evidencia en las políticas de atención en salud, en la legislación, en la prensa, en las novelas, en las alocuciones del Procurador, en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, en fin, en la cotidianidad. Como lo desarrollé durante este capítulo, es parte fundamental de las apuestas conservadoras hacer pasar por normal, por

eso que las mayorías aceptan y desean, por lo que es parte de nuestra cultura y que debería ser inamovible, toda esa suerte de creencias morales y el destino que a ellas nos amarra.

Con este ejemplo referido directamente a la salud de las mujeres cierro, en este segundo capítulo, el caso Colombia. No sin antes dejar un énfasis en el año 1991 cuando se generó un movimiento social que impulsó la Asamblea Nacional Constituyente desde la cual se expidió una nueva Carta Magna que: consagró a la familia, de nuevo, como el núcleo de la sociedad; validó las uniones de hecho; reconoció la igualdad de derechos y deberes de la pareja; sancionó la violencia contra las mujeres al representar un logro de mujeres que en el país abanderaban las luchas de género; y, por primera vez, reconoció el carácter pluriétnico y multicultural del país dándole un enorme impulso a la acción social y a la organización y representación en diferentes instancias políticas. Pero los intersticios pesan. Así que a pesar de esos avances de corte liberal, este país consagrado al Sagrado Corazón de Jesús dejó claro en el preámbulo de su nueva Constitución:

“El pueblo de Colombia, en ejercicio de su poder soberano, representado por sus delegatarios a la Asamblea Nacional Constituyente, invocando la protección de **Dios**, y con el fin de fortalecer la unidad de la Nación y asegurar a sus integrantes la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo que garantice un orden político, económico y social justo, y comprometido a impulsar la integración de la comunidad latinoamericana decreta, sanciona y promulga ... ” (Resaltado en negrita propio) (República de Colombia, 1991:1)

2.2 De las políticas

Esta tesis es fruto de mi experiencia como feminista, por supuesto. Aquí se conjugan una serie de reflexiones que he venido trayendo a mi vida a partir de mi vivencia de la salud y de las restricciones de ésta para las mujeres. Desde 2007 mi experiencia en la Secretaría de Salud de Bogotá me introdujo en un giro importante.

Logramos vincular a una compañera en cada uno de los hospitales de la red pública que prestaban servicios de salud pública. Y trabajando juntas éramos 13 o 14 mujeres pensándonos cómo remover las barreras para su trabajo y para el acceso de las mujeres a diferentes servicios.

Dado que la Interrupción Voluntaria del Embarazo estaba despenalizada en el país para las tres causales le dimos mucha fuerza a regar el cuento; es decir, a que las mujeres se enteraran. Nos articulamos con las Casas de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres* de cada localidad y con las organizaciones de mujeres. Paulatinamente ellas en el hospital, y yo en la Secretaría, empezamos a vivir una suerte de persecución de algunas -os funcionarios empeñados en tildarnos como abortistas y ponernos la piedra en el zapato. Con los meses nos concentramos en estudiar las líneas de trabajo que debían seguir personas de distintas áreas de la salud pública y así entender hasta donde cumplían con apuestas distritales o sólo seguían sus creencias personales.

En este ejercicio encontramos esa profunda brecha entre el ejercicio de los derechos de las mujeres y su lugar como madres, esposas, cuidadoras, amas de casa, en fin, siempre homologadas con la familia como seres equivalentes. Pero fundamentalmente era ella la responsable de ésta última y de muchas tareas provenientes de ese vínculo como la vacunación, el cuidado de la alimentación, el cuidado de la discapacidad, la actividad física, los llamados hábitos de vida saludables, la salud oral, la salud mental, el fomento del buen trato. Lo referente a ella incluía un dejo de culpa como lo relativo a practicarse la citología, reclamar el resultado, realizarse el autoexamen de seno, acudir a tiempo a la consulta, cuidar su peso, vigilar los signos de alerta del embarazo, por ejemplo.

De esta manera un paso analítico que consideré fundamental para proponer esta investigación se concentró en que efectivamente el pensamiento conservador se constituye en un dispositivo de control evidente en diferentes prácticas y discursos. Y como proyecto político opera a través de diferentes elementos uno de ellos, de carácter innegociable al momento de poner talanqueras al acceso de las mujeres al goce de su salud, las políticas públicas en donde ellas son percibidas como “población objeto”. Mas también aquí se incluyen aquellas donde son el vehículo para llegar a otras personas como las que enumeré en el párrafo anterior y donde se invisibilizan como sujetos de su propio cuidado.

Así que la intervención institucional en la promulgación y diseño de políticas públicas (Álvarez Enriquez, 2004:209) es una característica central de la apuesta conservadora. Y es lo que podemos leer en los diferentes casos de oposición al aborto, por ejemplo. Como lo desarrollé en el capítulo uno, las que denominé tecnologías burocráticas e ideológicas, le apuntan a infiltrarse en el camino para que las políticas existan y salgan a la luz. Y en el caso en que ya existen, como en el colombiano, y no lograron

llegar a tiempo, dichos aparatajes funcionan como elementos de vigilancia y así encontrar toda clase de trabas que se materializan en barreras de acceso.

Un corto recorrido por América Latina nos permite entender que efectivamente el mecanismo que se juega tras los debates, la oposición, la restricción al acceso digno a la salud para las mujeres se materializa a través del monitoreo, control y limitación del campo de cubrimiento de las políticas públicas.

2.3 Así estamos en América Latina

A través del caso colombiano he mostrado cómo el vínculo entre ideología conservadora y oposición a la autonomía de las mujeres es una dupla desde la cual se han mantenido la moral y la tradición como ejes de la contención a la sexualidad y al cuerpo de las mujeres.

Sin embargo América Latina nos deja ver un maravilloso escenario para entender que esta dupla no es unívoca en el sentido partidista. Es decir, no sólo la derecha se cuenta en los actores que recrean este juego. Para lo cual luego de un muy breve recorrido describiré dos momentos de los debates en Bolivia y Ecuador.

La tabla a continuación nos muestra el estado de la práctica del aborto en nuestra región.

Los países y territorios en América Latina y el Caribe pueden clasificarse en seis categorías, según las causales por las cuales se permite legalmente el aborto.	
Razón	País
Prohibido totalmente o sin excepción legal explícita para salvar la vida de la mujer	Chile, El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Surinam
Para salvar la vida de la mujer	Antigua y Barbuda, Brasil (a), Dominica, Guatemala, México (a,d,g), Panamá (a,d,f), Paraguay, Venezuela
Para preservar la salud física (y para salvar la vida de la mujer)*	Argentina (b), Bahamas, Bolivia (a,c), Costa Rica, Ecuador (a), Granada, Perú, Uruguay (a)
Para preservar la salud mental (y todas las razones anteriores)	Colombia (a,c,d), Jamaica (f), San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía (a,c), Trinidad y Tobago
Razones socioeconómicas (y todas las razones anteriores)	Barbados (a,c,d,f), Belice (d), San Vicente y las Granadinas (a,c,d)
Sin restricción de causales	Cuba (f), Guyana, Puerto Rico
*Incluye países con leyes que se refieren simplemente a causales de "salud" o "terapéuticas", las cuales pueden interpretarse más ampliamente que la salud física. Notas: Algunos países también permiten el aborto en casos de (a) violación, (b) violación de una mujer mentalmente discapacitada, (c) incesto o (d) malformación fetal. Algunos países restringen el aborto al requerir (e) autorización del esposo o (f) autorización de los padres. En México (g) la legalidad del aborto se determina a nivel de los estados y la clasificación legal que aquí se presenta refleja la situación para la mayoría de las mujeres. Los países que permiten el aborto por razones socioeconómicas o sin restricción en cuanto a razón tienen límites gestacionales (generalmente el primer trimestre); el aborto puede ser permitido después de la edad gestacional especificada, pero solamente bajo condiciones prescritas.	
Tabla tomada de Instituto Guttmacher,2012.	

Cito esta información porque dentro de esta investigación he considerado la interrupción del embarazo como un importantísimo punto de quiebre que muestra la estructura del pensamiento conservador frente a los derechos de la mujer. Al ser un tema que mueve las profundas bases conservadoras de las sociedades e identifica de lleno la toma de posición política ante el lugar de las mujeres en los servicios de salud.

Uruguay, hasta el reciente final del gobierno de José Mujica, se mantuvo como el único país donde las opciones políticas del partido de gobierno fueron coherentes con la garantía de la vida y la salud de las mujeres. Veremos lo consecuente con el nuevo gobierno de Tabaré Vázquez quien ya en 2008 manifestó su desacuerdo y, usando el lenguaje médico propio de su profesión de ginecólogo, mantuvo la discusión de la vida del cigoto como garantía de derechos constitucionales.

México mantiene la despenalización del aborto en el Distrito Federal, desde el año 2007, siendo el estado abanderado en dicha disposición. En la actualidad 16 de los 32 estados establecen protección al derecho a la vida desde su concepción. “Asimismo, la interrupción del embarazo en casos donde el embarazo es producto de una violación es legal en todo el país. Sin embargo, el acceso depende del lugar de residencia, del grupo socioeconómico al que pertenezcan, del nivel de información que tengan y del estigma en su entorno social.” (GIRE, 2015)

En Argentina, la presidenta Cristina Fernández mantiene su postura anti-abortista a nivel personal, a pesar de que la mayor parte del “kirchenismo” esté a favor. Como se lee del avance de la norma técnica,

“Es preciso destacar que el Poder Ejecutivo nacional tampoco ha cumplido aún con lo dispuesto por el Máximo Tribunal. Hasta el momento, el Ministerio de Salud de la Nación, responsable de la política sanitaria de nuestro país, no le ha dado rango de resolución ministerial a la Guía Técnica de Atención Integral de Abortos No Punibles, paso ineludible para que dicho instrumento tenga el efecto legal necesario para garantizar el acceso efectivo a la interrupción del embarazo.” (Ramón Michel, Ramos & Romero, 2014)

El debate se ha mantenido durante los últimos años en tanto el aborto está despenalizado bajo el modelo de causales desde la aprobación del Código Penal en 1922. “La norma penal justifica el aborto en tres supuestos: peligro para la vida, peligro para la salud, y en caso de embarazo impuesto por violación. En este último caso, se prevé un permiso genérico y uno específico para las mujeres con discapacidad mental.” (Ramón Michel, Ramos & Romero, 2014)

En Chile la discusión está en ciernes durante este año. La re elegida presidenta Michel Bachelet tiene entre sus compromisos pues dejó este tema pendiente en su mandato anterior. La propuesta presentada pretende despenalizar el aborto en tres situaciones: si el embrión o feto padeciese alteraciones congénitas o genéticas incompatibles con la vida extrauterina, en caso de violación o de riesgo para la vida de la mujer. Sin embargo las organizaciones de mujeres han presentado sus críticas justo por ser una despenalización parcial.

“El proyecto presidencial fue escrito e ideado en el contexto de la negociación entre los distintos partidos que conforman “Nueva Mayoría”, la coalición gobernante, basados en el posicionamiento

que cada uno tiene sobre el tema del aborto. Es necesario señalar que el Partido Demócrata Cristiano integra dicha coalición, y es el que durante las más de dos décadas de democracia se ha negado insistentemente a formar parte de cualquier iniciativa que modifique la actual penalización absoluta del aborto en Chile. Así se logró crear este proyecto que claramente no logra asegurar el derecho a decidir de las mujeres chilenas, ya que afectaría aproximadamente al 3% de los abortos que se realizan en Chile. Las razones para que el proyecto se acotara a las tres causales, a nuestro entender, fue el poder generar un acuerdo al interior de la coalición gobernante”. (Cicco, 2015)

En El Salvador, la represión y cárcel a las mujeres fueron parte del reciente gobierno de Mauricio Funes, partido de izquierda Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN), quien se opuso en diferentes ocasiones a la despenalización del aborto y no favoreció ninguna reforma a la Constitución sobre tal fin. En el actual gobierno -Salvador Sánchez Cerén, del mismo partido político- la situación no ha variado. Justo en el mes de abril de 2015:

“El Centro de Derechos Reproductivos, la Agrupación Ciudadana por la Despenalización del Aborto Terapéutico Ético y Eugenésico y la Colectiva Feminista para el Desarrollo Local realizaron una conferencia de prensa para anunciar que el Estado salvadoreño debe dar una respuesta con respecto a su responsabilidad internacional en la muerte de una mujer conocida como “Manuela”, quien sufrió una emergencia obstétrica, fue erróneamente acusada de haber tenido un aborto, fue enviada a prisión y sentenciada a 30 años de la cárcel por homicidio agravado y murió tras las rejas unos meses después a causa de un cáncer linfático que padecía (Linfoma de Hodgkins).

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, envió una carta formal al Estado Salvadoreño el día de ayer, pidiéndole que en un plazo no mayor a tres meses de una respuesta a la petición que el Centro, la Agrupación Ciudadana y la Colectiva presentaron ante la Comisión Interamericana en marzo del 2012, alegando la responsabilidad Internacional del Estado en las múltiples violaciones de derechos humanos que sufrió “Manuela” debido a la total criminalización del aborto en El Salvador.” (Agrupación ciudadana por la despenalización del aborto El Salvador, 2015).

En Nicaragua, el gobierno de Daniel Ortega, sandinista y ex-guerrillero, rechazó las enmiendas que despenalizaban el aborto terapéutico y el país mantiene una de las más fuertes represiones hacia las mujeres que son acusadas de practicarlo.

En Venezuela, el presidente Nicolás Maduro, como su predecesor Hugo Chávez, legalizaría el aborto solo en los casos de violación e incesto.

Honduras mantiene sus difíciles condiciones en la represión a las mujeres a tono con el corte de las políticas sociales de su presidente “El aborto es ilegal, prohibido en todas sus formas, aunque el código ético médico lo permite para salvaguardar la vida de la mujer. Requisitos: consentimiento de la mujer, consentimiento del marido, y consulta médica previa.” (Aborto en latinoamérica, 2014)

En Brasil “el aborto es reconocido por el Código Penal de 1.940 como delito contra la vida pero se permite si es el resultado de una violación, cuando hay riesgo de vida para la mujer gestante y cuando se detecta anencefalia en el feto. En 27 hospitales de diferentes estados establecen la legalidad del aborto desde 1988 y se practican abortos, incluidos Río de Janeiro y San Pablo... Existe una Norma Técnica de Atención Humanizada del aborto y un programa sobre el aborto por medios químicos y de la Anticoncepción de Urgencia, a realizarse en hospitales del servicio público como en privados autorizados.” (Aborto en latinoamérica, 2014). En 2013 se aprobó la distribución de un fármaco abortivo en todo el sistema sanitario del país.

En Perú, el aborto desde 1924 en que el Código Penal admitió la interrupción del embarazo en casos en que la vida de la gestante estuviera en riesgo o si su salud pueda sufrir un daño grave y permanente. En la actualidad se dan debates sobre la salud mental y su interpretación para ser incluida como causal salud. Y en este momento, abril de 2015, tiene lugar el debate del proyecto de ley para despenalizar el aborto en casos de violación sexual donde por supuesto ha salido a relucir toda la oposición basada en la vida desde la concepción.

2.4 Ecuador y Bolivia. Dos apuntes finales

2.4.1 Correa y su reprimenda a las mujeres

En octubre de 2013 en el Ecuador tuvo la discusión sobre causales para la despenalización del aborto. La discusión se concentró en la violación a la mujer que no tuviera alguna discapacidad mental en el

seno del segundo debate del nuevo Código Orgánico Integral Penal (COIP). El pedido fue eliminar del aborto no punible la frase “con discapacidad mental” y provino de diferentes mujeres - y hombres - del oficialismo y otras más. En éste tuvo lugar el tradicional choque de argumentos sobre la opción de decidir, el momento en que inicia la vida, el derecho a la vida, etc.

Sin embargo lo que llama la atención, por la particularidad y significación políticas, fue la reacción del presidente Correa. De inmediato se enfrentó a las mujeres de Alianza País, su partido político, acusándolas de traición a la bancada y amenazando públicamente con renunciar a su cargo. Para Correa esto se trató de una deslealtad y de una afrenta a la democracia al utilizar para beneficios personales.

Algunas de sus frases,

“Si siguen estas traiciones y deslealtades, si mañana se evidencia algo que está muy lamentable dentro del bloque de (Alianza PAIS), yo presentaré mi renuncia al cargo”

“Jamás aprobaré la despenalización del aborto, más allá de lo que consta en las actuales leyes. Por mis principios, por defender la vida, estoy dispuesto a renunciar”. Rafael Correa.” (El Universo, 2013)

“Yo estoy cansado de esto,” manifestó Correa, “de que se tomen decisiones, se llenan la boca hablando de democracia, y luego hacen todo lo contrario para ver si aprovechan la oportunidad.”

“Personalmente yo estoy contra el aborto,” continuó. “Hacemos la consulta popular para el aborto, la inmensa mayoría del pueblo ecuatoriano rechaza la eutanasia prenatal.” (Zuñiga, 2013)

Al día siguiente la assembleísta Paola Pabón (AP) retiró la moción que presentó. Argumentando “No les vamos a dar la posibilidad de que esto debilite el proceso que ha devuelto la esperanza a los ecuatorianos”. (El Universo, 2013) A la vez que le respondió a Correa que los traidores no estaban entre los legisladores que defiende los derechos de las mujeres y afirmó que en medio del afecto que le sienten, en esta ocasión él se equivocaba.

Dos semanas después se conoció una sanción a las 3 assembleístas. La comisión de ética de Alianza País sancionó a Paola Pabón, Gina Godoy y Soledad Buendía (aunque no fueron las únicas que participaron en el debate). Las tres representantes fueron citadas a una reunión mas al conocerse la presencia de organizaciones de mujeres que las apoyarían el lugar fue cambiado en total sigilo.

“Se supo que las tres acusadas comparecieron por separado y, días después, recibieron un escueto comunicado: falta disciplinaria leve; sanción: un mes de silencio fuera de la Asamblea.

Por lo que se sabe, las sancionadas han decidido pasar el temporal sometiéndose a la disciplina partidaria, lo cual incluye la prohibición de tratar nuevamente el tema del aborto en público. Lo que el 11 de octubre fue una traición ideológica que hacía tambalear la estabilidad del régimen y podía ocasionar la renuncia del Presidente terminó resolviéndose como un tema de mala conducta. En el trayecto, el tema del aborto desapareció del debate público. (RA)” (Explored, 2013)

Así, las mujeres fueron castigadas por su actuación pública.

Ahora, llama la atención la argumentación a favor de su castigo. Correa argumenta ““No es sobre el aborto, es sobre falta de confianza política, el no respetar los acuerdos, el impulsar agendas particulares. Ya no podemos tolerar esto. Son más de seis años de lo mismo”” (Explored, 2013).

En este punto me pregunto ¿Cuáles son los acuerdos de un partido y un gobierno que se declara como progresista en América Latina, y que es reconocido como tal, en los que los derechos de las mujeres no son parte de la apuesta? ¿Cuál es el significado de las nalgadas dadas a las mujeres que se salieron del cauce? ¿El Presidente de Ecuador hace tales pataletas cuando alguien le lleva la contraria?

En fin. Creo que no es necesario hilar demasiado fino para encontrar cómo aquí saltan a la vista otro tipo de argumentos pero bajo la misma estructura de proyecto político - de dispositivo de control, el pensamiento conservador. Correa, aunque reconoce que el asunto pasa por sus creencias personales, no profundiza en su argumentación sobre el lugar de las mujeres o las razones que sustentan la despenalización propuesta, esa que él no va a negociar. Concretamente intenta, y logra, convertirlo en un asunto político donde parece que “las assembleístas” faltaron a otro tipo de normas y acuerdos políticos que no deben ser negociados. Él fue traicionado. Una estrategia muy acostumbrada en política en la que no muestras de frente tus argumentos sino que reduces a la persona opositora a partir de juicios sobre elementos más “duros” para la política como la solidaridad, la lealtad, la moral; de manera que la opinión pública termine poniéndose del lado del traicionado porque el asunto no es la forma, sino el fondo.

Como lo mostré anteriormente, las estrategias conservadoras dan la vuelta al discurso de los derechos humanos para usarlos en su favor. Ellos son los perseguidos por quienes se dicen defensores de estos. El caso del Ecuador aporta un nuevo matiz. Acá el tema pierde hasta la importancia del debate donde hay temas de primer y segundo orden, o quizá más bajo. Y allí es donde se ubican los relacionados con

las mujeres. Correa despachó como el patriarca dueño de casa. Mandó a reprender a las niñas mal portadas, las sancionó, amenazó con abandonar el hogar y la gran pérdida para el país sería culpa de las malcriadas.

Figura que utilizó de nuevo el año anterior cuando en una nueva muestra de su orientación totalmente conservadora frente a lo relacionado con derechos de las mujeres, derechos sexuales y derechos reproductivos, decidió reemplazar, en noviembre de 2014, la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA²¹), que era parte de su plan de gobierno, por el Plan Familia Ecuador. Dichos cambios fueron informados al país en el enlace sabatino²² de febrero 28 de 2015 por el Presidente y por Mónica Hernández encargada de la política para la prevención del embarazo adolescente por decreto presidencial.

Correa al describir el ahora 'Plan Familia Ecuador' enfatiza en las diferencias con la Estrategia anterior:

- Se privilegiaba la intervención del sistema de salud antes que la participación de la familia en la formación de los jóvenes en temas de educación sexual. "No se hablaba de familia, no se hablaba de padres".
- La Enipla se "basaba en el hedonismo más puro y más vacío: el placer por el placer. Ahora la estrategia se fundamenta en valores. Tenemos que hablar de valores",
- Dada la función del Ministerio de Educación en la formación de valores se creará un programa de educación para los padres de familia.
"Según el Mandatario, "los genios" tenían lemas como 'Soy libre y disfruto de mi sexualidad'.
"Desde ese punto de vista mi perro Segismundo también es libre porque disfruta de su sexualidad", dijo.
- El objetivo del nuevo plan es rescatar el rol de la familia como base de la sociedad. (Estrella, 2015a)

En el enlace de marzo 28 el tema vuelve a tocarse. Correa declaró que la distribución de preservativos no podía ser igual a la de chicles y se refirió a varias de las acciones de Enipla como infiltradas por personas que no debían ser parte de ella. No deja pasar la oportunidad para aclarar que

"Ya estoy cansado de tanta campaña de desinformación", dijo Correa sobre los "errores en que caía el Enipla y queremos cambiar a una estrategia en derechos –por supuesto- pero también en

²¹ Mayor información disponible en: <http://educacion.gob.ec/enipla/>

²² El enlace ciudadano es una estrategia del gobierno de Correa en el que presenta cada semana los avances de su mandato al país. Disponible en <http://www.ecuadortv.ec/micrositio.php?c=1314>

valores, que no son excluyentes"... "Acá nadie está con mojigaterías, con falsos moralismos, pero hay cosas que requieren cierto nivel de seriedad, cierto profesionalismo en las escuelas con gente competentes, no como vender chicles (diciendo) acá están los condones". El presidente añadió que espera que "nuestra gente en redes sociales sepa responder a tanta gente, que es poquita pero hace tanto ruido que distorsiona las cosas y que dicen que estamos haciendo un plan curuchupa en base a la Iglesia Católica, Opus Dei y todas esas tonterías". (Estrella, 2015b)

Como sucede en el caso colombiano, la operación de las tecnologías de poder no es un asunto de individualidades. Tecnologías ideológicas y burocráticas funcionando.

Correa se asesora de una mujer que también reconoce el género como una ideología, (al igual que el Procurador Ordóñez y su procuradora delegada para la infancia y la familia, Ilya Miryam Hoyos), que no reconoce información válida en los estudios de género, ni la reconoce como una categoría válida para el análisis de las situaciones sociales y que, por supuesto, es opositora de los derechos de las mujeres y de las personas de sectores LGBTI. (Ecuador en vivo, 2014)

2.4.2 Las mujeres indígenas de Bolivia

La despenalización del aborto en Bolivia se discutió a mediados de 2013 y Evo Morales dejó una posición confusa. Para él es un delito en tanto así se concebía en la legislación del país, mas dio paso a que sus ministras acompañaran el proceso. Sin embargo, su posición no fue a favor. Y dentro de sus apuestas no existe una decisión clara en cuanto a los derechos de las mujeres. "No soy experto en temas de aborto, tenemos que debatirlos. Claro, cualquier aborto es un delito, así entiendo, pero de manera oficial quiero decir que (analizaremos) en el gabinete los debates que están sosteniéndose en la opinión pública para que (...) el Gobierno tenga una posición», dijo Morales durante una rueda de prensa... Es una obligación del Gobierno nacional tener una posición. Felizmente tenemos muchas ministras que con mucha razón, con mucha personalidad y mucho conocimiento nos pueden explicar y de manera conjunta debatir este tema», agregó". (ABC.es, 2013)

Si bien suprimieron los tramites legales que representaba la autorización judicial en las causales permitidas por la ley: la violación, el incesto y el riesgo para la vida de la madre, en marzo de 2014 el Tribunal Constitucional Plurinacional de Bolivia (TCP) ratificó en una sentencia la constitucionalidad de respeto a la vida desde la concepción, rechazando así la despenalización del aborto. Dejando una recomendación a la Asamblea Legislativa para aprobar una ley para hacer respetar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Elemento por demás contradictorio que deberemos ver en operación para saber exactamente a qué se refiere dicho tribunal.

Un punto importante de esta historia es la versión de las mujeres indígenas de la organización Mujeres Creando Comunidad. Efectivamente ellas se ocuparon del mismo debate y como pueblo indígena encontraron a su interior importantes tensiones. Algunas representadas en otras de ellas. Así que organizadas tomaron la voz y acordaron presentarse como frente de mujeres mas no torpedear entre ellas mismas las oportunidades de otras. Es bien sabido que el aborto es una necesidad para la vida de muchas, así que las que no estuvieran de acuerdo se abstendrían de oponerse en los escenarios más amplios de debate. Y en aras de su autonomía como pueblo indígena han desarrollado estrategias para utilizar el misoprostol²³.

Es decir, el caso inverso del uso conservador del discurso para la restricción del derecho. Ellas usaron la autonomía indígena que Evo ha utilizado en otros momentos de la vida política del país para posicionarse como sujetos femeninos autónomos y decidir por ellas mismas. Pues para estas mujeres es claro que no pueden caer en esencializar a los varones de sus mismos pueblos: "No vamos a descolonizar nuestras relaciones con los racistas, para ser colonia de nuestros hermanos indígenas, no vamos a pelear por la autonomía de los territorios cuando nuestro cuerpo es un territorio ocupado por los jueces, curas, fiscales, maridos, padres y dirigentes" (Guzmán & Paredes, 2013)

Una enorme lección política que en este caso deviene de las posibilidades de usar las ganancias de los pueblos indígenas y de las que los varones se prestan como creadores para emanciparse como mujeres. Así que el camino está trazado para muchas.

Una importante lectura desde el uso del pensamiento conservador como categoría de análisis es que no hay una relación unidireccional entre las corrientes de pensamiento político de derecha con la oposición a

²³ Ante mi pregunta particular por la tensión con el gobierno de Evo Morales sobre el aborto, Adriana Guzmán relató esta experiencia política de las Mujeres Creando Comunidad. Esto en la presentación del libro "El Tejido de la Rebeldía ¿Qué es el Feminismo Comunitario?" de Julieta Paredes y Adriana Guzmán, el 14 de marzo de 2014.

los derechos de las mujeres. Lo que allí se juega tiene que ver con la calificación de ciertos asuntos como políticos o no, y así lo concerniente al ejercicio de derechos de las mujeres aún no pasa en ciertas agendas como asunto de primer orden. Además toma aquí un importante lugar la pregunta por el ejercicio del creer; en lo que cada quien cree toma la misma dimensión del poder que se ejerce, de manera que temas como el aborto, los derechos sexuales y los derechos reproductivos deben orientarse desde lo correcto en el marco de su esfera más íntima. Pero lo que muchas veces se escapa a la crítica y a la exigibilidad al conformar opinión pública es que este no es un debate relativo sólo al criterio de quien entorpece una norma sino a la restricción de las libertades de las mujeres.

Esta es una de las principales rutas que sigue la reflexión sobre la laicidad de los Estados que se pone en aprietos cuando en el fondo hay temas como el aborto, la eutanasia, la unión de parejas del mismo sexo, la adopción de niños-as por parte de éstas, la despenalización de las drogas, por nombrar los más representativos y que sobresalen en términos morales. Las creencias morales, son el punto problemático que se enreda, se disimula, se diluye con parapetos que le dan otros sentidos a los debates, y en ese afán se les asignan características políticas para así disimular lo enredada que se encuentra allí la propia traición a ese ser superior en que se cree.

Interludios

Tercero.

“Al movernos nosotras se mueven otras”

Observando, acompañando.

Agosto - Septiembre 2014.

Invitada a diferentes espacios de CPC-Fasol, las acompañé en encuentros en los que me adentré en la dinámica política del grupo, a la par que nos íbamos reconociendo. En los momentos colectivos ha llamado mi atención cómo reciben a las recién llegadas, como yo; desde el respeto y reconocimiento de la palabra de la compañera que las invita. No habita allí la desconfianza ni el rechazo. Se convoca a la otra a llegar, a quedarse, a continuar. De manera que una misma decide o reafirma la intención con la que se acerca. Esa fue una fortuna para mí y mi voluntad de permanecer que fue creciendo.

El Comité de Salud, surgió hace cuatro años en pro de la UPA* amigable para las mujeres. Estos espacios se nutren de las especificidades de hablar de salud específicamente para las mujeres; de cómo llenar de contenido, de realidad el sueño de esa UPA. Asisten compañeras de la Mesa de organizaciones de mujeres, muchas de ellas de Fasol, y funcionarias del hospital (de manera permanente asiste la referente* del proceso de mujer y en ocasiones invita a compañeras de otros procesos).

En nuestros dos encuentros, se trabajó en función de re-encontrarse pues los caminos de cada una hicieron que el comité disminuyera el nivel de trabajo que había llevado. Algunas de esas situaciones obedecieron a complicaciones de salud de familiares que las llevaron a cuidar de ellos durante largos períodos de tiempo.

Conversando sobre la UPA encontramos que un problema de los servicios de salud es que están demasiado alejados de los lugares de vivienda y eso termina vulnerando el derecho a la vida;

“Si el lugar de la atención no es tan lejano, se pega una la caminadita” (Fragmento de diario de campo, 2014)

Esa es una de las razones que ellas priorizan para que las mujeres no asistan con regularidad. Encargadas, casi que por norma, de la economía familiar deben cuidar lo que se deja para el diario*.

“Escasamente viven con el día a día”

“Tengo dos mil pesos. Me toca hacer el desayuno y sacar la autorización. Pues adivine qué voy a hacer” (Fragmento de diario de campo, 2014)

Con poco dinero hacen maravillas para preparar los alimentos así que el tomar transporte público para acercarse a los lugares de atención, en días diferentes, se convierte en una razón fundamental para no acudir. Un día deben ir a pedir la cita; otro a cumplirla; otro les toca ir a autorizar el procedimiento o medicamento que se les haya asignado; otro deben ir a éste o a recoger las medicinas. Y así para cada persona de la familia. Todo esto “Sin derecho a tomarse un tinto*”

“Además de la angustia pues si a una le encuentran algo sospechoso o que requiera más seguimiento hay que considerar lo que implica la espera para la salud mental y para la salud física.”

(Inés. Fragmento de diario de campo, 2014)

En este orden de la reflexión la salud de las mujeres adquiere matices que la diferencian de la de los varones pues las razones para no cuidarnos se fundamentan desde orillas distintas. Si bien de ellos se dice que no cuidan de sí mismos, también por patrones de género, por supuesto, el punto está en que pueda que alguna mujer lo haga por ellos. Quizá haya cerca una abuela, mamá, una novia, esposa, hermana lista a conseguir las citas, a recordarles cuando la tienen, a cuidar su alimentación, a llevarles al médico si tienen algún mareo o síntoma de alerta, por ejemplo. Muchas mujeres carecen de esa cuidadora porque son ellas quienes están cuidando de otras y otros.

“No nos cuidamos, ese es el problema” (Magdalena. Fragmento de diario de campo, 2014).

En este sentido durante las sesiones del Comité de salud permanentemente Magdalena las está alentando para trabajar en colectivo. Su tarea, como grupo, es lograr que otras se vinculen y puedan ser muchas más haciendo presión para mejorar los servicios existentes, para lograr otros, hacer seguimiento a la UPA, para hacer más jornadas de salud.

En años anteriores, desde la secretaría de salud, integré varias de éstas. Quienes las pensábamos ubicábamos el sentido en llevar servicios al territorio; que muchas otras se enteraran de lo que hacíamos. Mas nunca las había leído desde el sentido que las mujeres de Fasol les dan. Es la oportunidad para

moverse, para hacer ruido, para generar, para que el hospital comprenda que sí son muchas las que necesitan los servicios, que se acerquen a las necesidades de las mujeres. Es una manera de hacerse ver políticamente.

Es darle sentido a la promoción de la salud como trabajo compartido. Y, por supuesto, a hacer realidad el sueño de la acción política de las mujeres.

"Podemos enamorar a alguien más de este cuento. La idea no es que nos quedemos solo nosotras que nos queremos mucho. Al movernos nosotras se mueven otras." (Magdalena. Fragmento de diario de campo, 2014).

El comité de salud²⁴

"¿Qué busca el comité de salud?"

Que la atención en salud sea en clave de mujeres.

Las mujeres queremos estar atendidas.

Las mujeres deben tener la percepción que esa es la UPA de ellas.

Las mujeres de este sector tienen características especiales, son mujeres con bajo nivel de educación, víctimas de violencia.

La idea cuando nos soñamos esta UPA es que desde el celador, que está en la puerta, tenga la perspectiva de género; sepa que va a llegar una mujer y cómo la va a atender. Que desde la entrada hasta el último momento de la consulta tenga una atención diferencial. Eso es lo que nosotras queremos.

Pero nos hemos estrellado con la voluntad política.

El tiempo y el espacio de las mujeres

El primer sueño que tenemos es que sea un espacio diferente. Que hable en clave de mujeres. Entonces si tú te lo piensas así, estás pensando en que no vamos a tener miedo para hablar, nosotras decíamos que lo primero que queríamos es que las mujeres llegaran a una consulta y se les atendiera de manera respetuosa, que no se tengan que enfrentar a tremendos recorridos. Queremos que sea más humano. Que tengan la consulta ahí, el medicamento y que haya un mamógrafo ahí, por ejemplo.

²⁴ El siguiente apartado es, en su totalidad, un fragmento de la entrevista etnográfica que realicé con Magdalena.

Hemos ganado con el consultorio rosa, hay un primer momento donde hay una médica que te hace el examen físico del seno. La citología la envían directamente al laboratorio Roche, que es uno de los mejores que hay en esta ciudad, y de ahí si necesitas un tratamiento pues la idea es que te conectan con el Cancerológico. Eso es una ganancia.

Queremos que la atención sea en el mismo espacio. O que al menos, esto lo digo acá imaginando, soñando, se pueda tener el sistema para hacer los trámites desde aquí; es más fácil que hablemos de institución a institución que poner a una mujer a hacer la fila dos días para una autorización. Eso le cuesta la vida a las mujeres porque ellas van a un médico cuando tienen un diagnóstico tardío. Una de las cuestiones importantes es que definitivamente sea un espacio humano.

Ahora estamos pensando en que haya un espacio para talleres, de aeróbicos, por ejemplo. Imaginemos que ellas lo quieran pensar. Pensemos en un espacio de ejercicio, o de sanación pránica, de psicología. Porque no solamente podemos quedarnos en la enfermedad, el diagnóstico, sino mirar cómo vamos a prevenir desde otro espacio y cómo acercamos a él.

Los sueños

Si me preguntas sobre qué percepción tienen las mujeres frente a la existencia de un punto de salud con enfoque diferencial, te puedo contar que no lo notan, no sienten esa necesidad. Hemos tenido un trabajo previo y hay algunas mujeres que después de un proceso, lo asumen.

Pero he venido pensándolo. Muchas mujeres entramos en la lista de la queja pero tampoco hacemos algo frente a eso. Hemos tenido la posibilidad de organizar diferentes espacios de reflexión pero esa también es una realidad que te habla de lo duro que es romper el patriarcado. Culturalmente las mujeres caminamos muy lento frente a él porque eso es trabajo pesado.

Así que nuestra tarea es que exista una percepción real, que se piensen la necesidad. Y esa tarea nos toca a nosotras, nos toca como se ha creado todo, crear la necesidad.

Finalmente en este momento nuestra tarea es insistir en que no me sueño esa UPA para mí sino para todas las mujeres.

Hemos detectado que muchas veces cuando la mujer va a la consulta no es que le duela tanto sino que ella empieza a hablar, hablar, hablar y el médico la frena con: ¿qué le duele? Dígame porque yo solo le puedo atender una cosa. **El cuerpo te grita, oye necesito un sitio donde yo pueda decir algo y nadie me pare.**

El comité tiene mucho que hacer, hay que entrar en negociaciones con la junta, con la comunidad. Siempre vamos a estar sometidas a la voluntad política pero hay algo que las mujeres que vivimos en estos sectores hemos aprendido, ellos van a pasar pero nosotras no. Aquí quedó un compromiso en este papel y nosotras estaremos al frente.

En formación hemos venido ganando.

Cuando estábamos con esa fuerza increíble se hizo una sensibilización a los médicos y médicas de esa UPA*; hicimos tres talleres dónde les preguntábamos qué es género y te sorprendería porque son profesionales; la lectura que tienen de género es muy poca y muy pobre. Hablamos de roles de género; de cómo querían las mujeres que fuera la atención. Y quien estaba al frente de la formación era el comité de salud.

Te encuentras con que hay hombres y mujeres profesionales que te dicen pero cómo estas mujeres nos vienen a decir a nosotros que somos profesionales, que nos hemos quemado las pestañas. Claro, también algunas personas tienen la disposición para hacerlo y entenderlo.

La mesa de mujeres es una ganancia enorme en esta localidad pero es muy chistoso que la UPA amigable nace de nosotras pero eso de los servicios amigables lo abrieron en otra localidad.

Hubo algo que el año pasado, en medio de todo lo que estaba pasando en mi vida, me invitaron a una actividad que era la inauguración del punto amigable de salud. Cuando empiezo a escuchar todo lo que tiene ese punto. Íbamos cuatro o cinco compañeras de Fasol y todas nos miramos. Esos nos sacudió. Despiértense. No teníamos el punto amigable. Allá les hacen la IV²⁵. ¿Quiénes se pensaron y quiénes movieron eso? Si la idea nació de acá.

²⁵ Interrupción Voluntaria del Embarazo

Nosotras nos queremos mucho y nos podemos sentar todo el tiempo a decir, a imaginar. Pero si no nos visibilizamos... Hagamos más jornadas de salud !!



III. Del control sobre el cuerpo de las mujeres²⁶

En tiempos de Aristóteles se creía que cada mes fluía una sangre destinada a constituir, en caso de fecundación, la sangre y la carne del niño; la verdad de esta vieja teoría radica en que la mujer esboza sin respiro el proceso de la gestación (Beauvoir, 1999:14)

En “El segundo sexo”, Simone de Beauvoir critica los sesgos patriarcales en la ciencia, al analizar la sexualidad y el papel de la mujer en el marco de su limitación a albergar el producto de la gestación mientras que el del hombre es de creador del nuevo ser. Una de sus principales réplicas la dirige a Aristóteles y a la idea del espermatozoides masculino como principio activo de la reproducción y de la superioridad masculina; además Beauvoir evidencia cómo estas ideas se perpetuaron durante toda la Edad Media. Seguido, ejemplifica que para el siglo XVIII los científicos nombraban los ovarios como “testículos femeninos” instalando universalmente dichas teorías sobre el papel de la mujer en la reproducción hasta el siglo XIX. Así para establecer por qué la mujer es alteridad la autora propone que es necesario analizar qué es lo que a través de la historia de la humanidad se ha hecho con las mujeres (Beauvoir, 1999:12,14).

La inferioridad de las mujeres fue fundamentada científicamente a través de la teoría de Aristóteles. El principal de los argumentos para sustentarla era el calor que constituía el cuerpo de los varones; así que él fundamentó que la mujer era más fría dado que su cerebro era más pequeño y menos desarrollado; lo que se sumaba a otra serie de defectos.

Esta mujer más celosa, más quejumbrosa, y que corresponde a un hombre mutilado, tiene implicaciones directas en su teoría de la reproducción. La menstruación es para él el semen femenino y la incapacidad de la mujer de convertirlo hasta la pureza es la prueba de su relativa frialdad. Para Aristóteles el hombre tiene al feto y lo desplaza al cuerpo de la mujer. Tuana muestra que esta metáfora es similar a la usada en el libro del Génesis donde el ser divino da forma a la sustancia sin forma. Así mismo el hombre da el alma al feto. De manera que a través de esta y otras consideraciones, Aristóteles le asigna a la mujer el rol más pasivo posible en la reproducción. (Traducción propia. Tuana, 1988:35-39)

²⁶ Algunos elementos de esta capítulo y del número cuatro las presenté en el artículo “Salud en cuerpo de mujer. Apuntes sobre la circularidad de los servicios de salud” para la revista Temas de mujeres del CEHIM, Centro de Estudios Históricos e Interdisciplinarios Sobre las Mujeres, Facultad de Filosofía y Letras Universidad Nacional de Tucumán. San Miguel de Tucumán, Argentina. Año 10 – No 10 2014, pp. 92-107. ISSN: 1668-8600.

Galeno continuó la teoría de Aristóteles. Por ejemplo, para él otra prueba de la frialdad de la mujer era que sus genitales estuvieran dentro de su cuerpo ya que dicha condición no les permitió salir como sí sucedía con los hombres.

Si bien muchas de esas creencias, que fueron consideradas como científicas, han sido devaluadas desde la evidencia biológica. El significado cultural del papel de la mujer en la reproducción y la significación social de su ser biológico se ha mantenido a través de la historia tomando un lugar protagónico en la construcción de su rol social como madre y cuidadora.

Foucault lo deja claro en la historia de la sexualidad cuando establece algunos de los mecanismos que extendían el control sobre los cuerpos y en específico sobre el cuerpo de las mujeres: “Ahora bien, en esas postrimerías del siglo XVIII, y por razones que habrá que determinar, nació una tecnología del sexo enteramente nueva; nueva, pues sin ser de veras independiente de la temática del pecado, escapaba en lo esencial a la institución eclesiástica. Por mediación de la medicina, la pedagogía y la economía, se hizo del sexo no sólo un asunto laico, sino un asunto de Estado; aún más: un asunto en el cual todo el cuerpo social, y casi cada uno de sus individuos, era instado a vigilarse. Y nueva, también, pues se desarrollaba según tres ejes: el de la pedagogía, cuyo objetivo era la sexualidad específica del niño; el de la medicina, cuyo objetivo era la fisiología sexual de las mujeres; y el de la demografía finalmente, cuyo objetivo era la regulación espontánea o controlada de los nacimientos.” (Foucault, 2011:70)

En el campo médico, a partir del siglo XVIII, se justificó la inferioridad femenina utilizando la medicalización como mecanismo de control sobre los cuerpos “es decir, el hecho de que la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se vieron englobados, a partir del siglo XVIII, en una red de medicalización cada vez más densa y más extensa, red que cuanto más funcional menos cosas deja fuera de control.” (Foucault, 1999:364)

En consecuencia, para el siglo XIX se generó una paradoja respecto de la exclusión de las mujeres basada justamente en la fisiología sexual. Lynn Hunt, al rastrear el concepto de derechos humanos en la historia, muestra que durante este periodo se generó una avalancha de explicaciones biológicas que sustentaban la exclusión y la diferencia de unos seres sobre otros; y por supuesto, de unos sobre otras. Hunt ubica dicha paradoja en la diferencia que se asentaba en la inferioridad demostrada biológicamente;

mas al mismo tiempo la sociedad necesitaba de las mujeres para la reproducción, biológica y social, de la vida y esa labor debía ser exaltada. El asignar a las mujeres cualidades positivas y fundamentales en la vida privada es, parte constitutiva, entonces, de los cimientos de la inferioridad femenina, argumento que, a la vez, se convirtió en necesario para sostener la especie.

La Revolución Francesa se reconoce como un punto de quiebre para la negociación de esta diferencia, mas desde esta época la medicina aportó intensamente en justificar la desigualdad de oportunidades para las mujeres. “El principal fisiólogo francés de finales del XVIII y comienzos del XIX, Pierre Cabanis, postuló que las mujeres tenían fibras musculares más débiles y que su masa cerebral era más delicada, por lo que no estaban capacitadas para ejercer cargos públicos; sin embargo, su consiguiente sensibilidad voluble las hacía aptas para los papeles de esposa, madre y enfermera. Esta forma de pensar contribuyó a crear una tradición nueva en la cual las mujeres parecían predestinadas a realizarse dentro de los límites de lo doméstico o en una esfera femenina aparte.” (Hunt, 2007:194)

La autora muestra cómo después de la Revolución Francesa, al tiempo que se posicionaban los derechos humanos, se suscitó el efecto contrario expresado en el antisemitismo, el racismo y el sexismo a consecuencia de las afirmaciones sobre la igualdad natural de los seres humanos. “Las mujeres no eran menos razonables que los hombres simplemente por ser menos cultas, sino por su biología, que las destinaba a la vida privada, doméstica, y las hacía totalmente inapropiadas para la política, los negocios o las profesiones. Es estas nuevas doctrinas biológicas, la educación o los cambios en el entorno nunca podrían alterar las estructuras jerárquicas inherentes a la naturaleza humana.” (Hunt, 2007:192)

También Amelia Valcárcel lo pone de presente al historizar la llamada misoginia romántica. Los románticos, como corriente filosófica, “a la vez que construyeron la ficción de la mujer ideal, dejaron a las mujeres reales sin derechos, sin jerarquía, sin canales para ejercer su autonomía, sin libertad en suma ... La democracia patriarcal construyó cierta relativa igualdad entre los varones a costa del común rebajamiento a las mujeres. Al pensamiento dominante que hizo posible tales prácticas se le llama misoginia romántica.” (Valcárcel, 2004:26)

Valcárcel argumenta que ésta fue una respuesta sobredimensionada frente a los avances de la modernidad al verlos desde las posibilidades que tenían como discurso para el futuro; por tanto posibilitó: la democracia patriarcal estableciera muchas más semejanzas entre los varones a costa de la inferioridad

de las mujeres y la creación de la esencialidad femenina: el ser hembra fuera un genérico para todas las especies, incluida la humana.

La misoginia romántica se estableció para todas las mujeres sin distinción en una suerte de carácter democrático por lo bajo como la define la autora. Así mismo refiere cómo los grandes filósofos se concentraron en apartar a las mujeres de la igualdad - ciudadanía "para excluir a las mujeres de la esfera de la igualdad, la esfera política por excelencia, era necesario naturalizarlas ... "¿Cómo es posible que en el siglo XIX se reprodujese un tipo de discursos denostativos que emulaban o incluso sobrepasaban a los tradicionales propios de la misoginia religiosa ya en desuso? Precisamente por eso, porque el género estaba comenzando a ser obsoleto y había que dársele nueva vida. Seguía siendo necesario y su formato anterior era inadecuado ¿quién iba a aceptar, en el siglo de la revolución maquina, la vieja historia de la madre Eva para justificar la falta de derechos y la forzada sumisión de las mujeres? La madre naturaleza suplió con creces los evidentes rasgos míticos de la explicación arcaica... Puesta al día la mitología de la Naturaleza pudo conservar lo esencial del relato sacro. Y esta misma mitología naturalista se sacralizó cuando comenzó a tenerse a sí misma por "ciencia" (Valcárcel, 2004:37,39).

Explicando el naturalismo como corriente para la filosofía y haciendo un barrido por diferentes autores Valcárcel muestra cómo se enclavó la idea de igualdad solo para los hombres diferenciando a las mujeres por el hecho de serlo y naturalizando su inferioridad. De esta manera el esencialismo y el organicismo se convirtieron en eslabones fundamentales para sostener el discurso que, por ende, encontró asidero en otras ciencias como la medicina.

3.1 El cuerpo y el control sobre las mujeres

"Era una superioridad "natural" que se correspondía con una inferioridad "natural" del colectivo femenino. Para poder afirmarla se hizo preciso atribuir rasgos esenciales y divergentes tanto a los varones como a las mujeres. La filosofía y la nascente biología harán suya esa tarea secularizadora." (Valcárcel, 2004:24)

Valls-Llobet propone tres ejes de control de la salud de las mujeres que están relacionados con su inferioridad e invisibilización de los síntomas: la protocolización, la medicalización y la privatización. En el

primero desarrolla que ni las mujeres, su cansancio y dolor se incluyen en protocolos para el diagnóstico diferencial; en el segundo, propone que en países desarrollados ellas se homologan con una cantidad de hormonas que se estudian en el empaque de su cuerpo; el tercero, aporta a la desigualdad y genera indefensión porque ellas no pueden responder a las diferentes y múltiples intervenciones sobre sus cuerpos. (Valls-Llobet, 2009:30).

Si bien son aportes que se mantienen en la línea de mi reflexión, yo me concentraré en un momento analítico que considero previo a estos ejes a fin de ubicar tres tecnologías de control que parten desde mi pregunta de investigación y me permiten ubicar el pensamiento conservador como lo he descrito, en tanto proyecto político y dispositivo de control y como sustento ideológico de aquellos ejes y estas tecnologías.

3.1.1 Cuerpo de las mujeres

Graciela Hierro propone que es fundamental leer el contexto en que tiene lugar la desigualdad hacia las mujeres a fin de establecer que una época en particular no la ha determinado exactamente. Por el contrario, es necesario leer las condiciones de las sociedades patriarcales en las que se ha perpetuado dicha discriminación hacia las mujeres para explicarla (Hierro, 1990). Argumento que, como lo ha demostrado ampliamente el feminismo, no pierde vigencia.

También en este sentido, la organización social de género, como categoría, explica cómo los elementos históricos en los que la medicina, y sus disciplinas afines, se han basado en los diferentes momentos de la historia corresponden a las formas particulares en que las sociedades se han desarrollado:

“La organización social del mundo es múltiple y está conformada por el conjunto articulado de organizaciones sociales de cada círculo particular. Cada una puede ser conceptualizada como un mundo en sí mismo porque contiene una unidad dialéctica entre los modos de vida que delinea y la cultura que le corresponde. La cultura particular está constituida por concepciones del mundo desde las cosmogonías, las mitologías y las filosofías hasta las ideologías, los conocimientos, los lenguajes y, desde luego, las mentalidades. Cada círculo particular, cada mundo circunscrito, va desarrollando sus propias mentalidades, el sentido común, las creencias, el imaginario, las fantasías y las expectativas que corresponden con su núcleo definitorio. Y cada

círculo cultural contiene sus rituales de reproducción simbólica y material de ese orden. Así, cada sociedad está conformada por una organización u orden social genérico (sujetos, relaciones, instituciones) y una cultura genérica que hace vivibles ese orden, y las subculturas por género y por identidades particulares dentro de los géneros" (Lagarde, 1999:27)

En dicha organización social la lectura de los cuerpos desde los sistemas de salud corresponde a un elemento central del análisis a fin de entender los mecanismos de control y sujeción sobre las mujeres.

Como lo definí en el capítulo anterior, basada en las creencias morales, instaladas por el pensamiento conservador, las mujeres han sido constituidas para la biomedicina como seres inferiores y en su actuar cotidiano deben cumplir una serie de parámetros a fin de no romper el orden natural, lo sagrado, lo limpio, la pureza²⁷ lo cual les impone ser fieles reproductoras de dichas creencias.

Pero ¿es posible evaluar si las usuarias de los servicios de salud son o no cumplidoras de dichos mandatos y así definir las acciones hacia ellas? Podría decirse que en casos como el de la interrupción voluntaria del embarazo eso es totalmente obvio y allí las barreras de acceso saltan a la vista al convertirse en intentos de limitar las posibilidades para ejercer su derecho a decidir. Y en muchos otros casos que las mujeres llegan a los servicios de salud y son víctimas de diferentes formas de violencia ¿cuál es el detonante que lo explica? ¿Habrá casos en que no basta con ser fieles guardianas de la moral y de sus obligaciones en el seno de su familia? Las múltiples situaciones a las que las mujeres se ven expuestas en los sistemas de salud como objetos de atención, sin subjetividad, muestran que el problema no obedece a su comportamiento individual o alguna especie de castigo personal. No. Esto es una especie de destino, pues así como a los sujetos femeninos se les ha destinado a ser inferiores también se les ha endilgado la suerte, o el destino de ser mujeres, y de romper la posibilidad de ser sujetos históricos que construyen sus propios caminos.

²⁷ Lo que se define como anormal, impuro o insano no necesariamente se refiere a lo enfermo (hablando de comprobaciones biológicas); sino que todo aquello, incluyendo las personas por supuesto, que se sale del canon de la normalidad se ha considerado como patológico para la sociedad. Una lectura histórica de la enfermedad - y primordialmente, del control social sobre los cuerpos - permite comprobar esta premisa. "Nuestra idea de la sociedad presenta dos aspectos: el cuidado por la higiene y el respeto de las convenciones. Las reglas de la higiene cambian, desde luego, a medida que se modifica el estado de nuestros conocimientos". (Douglas, 1973:21).

Esto es justamente lo que desde la teoría feminista se ha definido como la condición femenina. Desarrollada por Graciela Hierro, siguiendo a Beauvoir, es la derivación de la política sexual patriarcal amarrada con la diferencia sexual biológica que se ha interpretado e institucionalizado de manera que se hace aún más natural y obvia al momento de asumir a las mujeres como seres sociales. De aquí deviene la moral positiva que las amarra a la reproducción, al trabajo doméstico, al cuidado infantil y como objeto erótico; así que desde cualquier opción son inferiores en la jerarquía social pues no producen beneficio económico o desarrollan un trabajo sexual que no produce ganancia. En las creencias morales se fundamenta dicha moralidad positiva asentada consecuentemente en la biología mas la hegemonía masculina y los arquetipos de los que se ocupa la educación para las mujeres se consolidan como los procedimientos que imponen, sostienen y perpetúan la ideología patriarcal (Hierro, 1990:10).

Dicha condición es la muestra de la profunda huella que ha dejado la discriminación hacia las mujeres. Como lo enuncié anteriormente, para Graciela Hierro la evaluación de la condición femenina actual requiere de un contexto de igualdad de oportunidades para ser analizada y, de manera fundamental, una lectura de las condiciones actuales de manera que pueda demostrarse que dicha condición no “tiene que ser”, por haber sucedido en otras épocas. (Hierro, 1990:94)

Esta categoría propone tres elementos en interacción:

- La interpretación de la biología femenina, se refiere al privilegio de la condición biológica como explicativo de la condición femenina desde lo determinado por la naturaleza.
- La hegemonía masculina, es el imperativo de la “ley del más fuerte”, el derecho del padre que es la base de dicha moral patriarcal.
- La educación femenina, como parte de una suerte de domesticación que se imparte específicamente a las mujeres, limita las posibilidades de desarrollo de su ser convirtiéndose en seres para otros-as de manera que crezcan asimilando que la maternidad es la tarea para la cual han sido asignadas.

Como lo muestra el primer apartado, la biologización ha conllevado a la naturalización como elemento fundamental para explicar la condición de las mujeres. Es decir, son naturales las asignaciones culturales que traen implícitos sus diferentes roles y se les ha encasillado en momentos sociales que no son fáciles de devenir en la vida cotidiana.

Aunque la medicina mantiene un discurso aparentemente secular sobre el cuerpo, el aportar explicaciones que desde la ciencia se alejen de las explicaciones religiosas, sobre el lugar de las mujeres en ella, lo que ha estructurado es la permanencia de las mujeres en el lugar a ellas predestinado a partir de argumentos fundamentados en la diferencia y la inferioridad.

Así el cuerpo que sirve de referencia para múltiples investigaciones es el cuerpo masculino. Y eso conlleva a que el margen de experiencias, vivencias, situaciones, patrones de medida se ajusten a lo que implica ser varón en nuestra sociedad. Igualmente, en gran medida, lo que se basa en la subjetividad obedece al universo femenino pero toma un lugar diferente y menos posible de comprobarse desde el objetivo mundo de la ciencia médica.

“Históricamente, la naturaleza del poder médico se constituyó negando la experiencia y la sabiduría de las matronas y sanadoras que fueron consideradas brujas, negando la presencia de las mujeres en la ciencia médica, aunque existe constancia de su ejercicio desde la más remota antigüedad. No hay que olvidar que la madre de Sócrates fue matrona. Pero cuando la ciencia médica se hace institución, el poder se ejerce en el contenido de la ciencia, psiquiatrizando los síntomas y las demandas de las mujeres, negando que puedan existir diferencias y excluyéndolas de los ensayos clínicos para la investigación.” (Valls-Llobet, 2009:30)

Por ende, y como uno de los alcances de esta investigación, propongo que un componente a adicionar a la condición femenina desarrollada por Hierro es el control sobre el cuerpo de las mujeres a partir de su vivencia de la salud pues éste se asienta en dicha biologización y se erige, además, como un importante condicionante puesto en un escenario de la vida de las mujeres. Este control desde la salud opera, fundamentalmente, a través de tres premisas 1) ubica el sentido de su acción en el cuerpo y en su atención concreta facilita la construcción de cuerpos dóciles (siguiendo a Foucault); 2) apuntala la negación de la subjetividad femenina, de su individualidad, de sus experiencias y 3) transforma a las mujeres en el objeto mujer. De manera que así se configura un orden explicativo que permite que las mujeres incorporen ese ser para otro como una condición que le impide el “ser para sí” (Hierro, 1990).

Igualmente un elemento crítico central está puesto en una necesaria pregunta a la biomedicina, es decir la hegemonía de la profesión médica sobre otras y sobre los sujetos a los que atiende; y es ¿cómo

subvierte la inferioridad de las mujeres que ha sido pilar fundamental de sus construcciones teóricas y metodológicas? O quizá una pregunta previa está en pensar si desde el campo médico dicha inferioridad se ha naturalizado tanto que no se han preguntado si existe.

La completud es la categoría construida antropológicamente que me permite hacer referencia a la valoración cultural de la mujer como ser genéricamente incompleto, inacabado, imperfecto. Así la incompletud de la mujer se funda en la realidad social de las mujeres y en las concepciones dominantes sobre las mujeres en la sociedad y en la cultura patriarcales. La valoración de las mujeres no ocurre a partir de ellas mismas, ni son contrastadas con sus cualidades: disminuidas en una sociedad que las inferioriza, son evaluadas con el estereotipo social e ideológico del hombre y se concluye que son seres incompletos. (Lagarde, 2011:786)

Dicha completud en el campo médico está sustentada en el fuerte arraigo de la inferioridad desde el cuerpo de las mujeres. Así que sus cuerpos deben ser controlados en toda su magnitud, es decir, desde las mismas explicaciones biológicas hasta las implicaciones sociales y culturales de éstas.

Y es que es ese un elemento constitutivo de la condición de las mujeres, ese conjunto de particularidades que las determina como un ser genérico que se opone a la llamada naturaleza femenina dado su carácter histórico,

“es decir, al conjunto de cualidades y características atribuidas a las mujeres - desde formas de comportamiento, actitudes, capacidades intelectuales y físicas, hasta su lugar en las relaciones económicas y sociales y la opresión que las somete-, cuyo origen y dialéctica escapan a la historia y pertenecen, para la mitad de la humanidad, a determinaciones biológicas congénitas ligadas al sexo ... La condición de la mujer está constituida por el conjunto de relaciones de producción, de reproducción y por todas las demás relaciones vitales en que están inmersas las mujeres independientemente de su voluntad y de su conciencia y por las formas en que participan en ellas; por las instituciones políticas y jurídicas que las contienen y las norman; y por las concepciones del mundo que las definen y las interpretan.” (Lagarde, 1999:77,78). ‘-

Parte constitutiva de dicha condición en los servicios de salud, se ha producido y reproducido creando un estigma que redundo en detrimento de las oportunidades y las posibilidades para una atención digna. Es así como toda mujer representa a la vez la pureza que la cristiandad le asigna a su posibilidad de ser

madre (donde la valía de las mujeres radica en ser dadoras de vida) y su sexualidad la puede traicionar en cualquier momento y debe ser contenida pues también arrastra en sí el pecado y el dolor de la humanidad. Es bien sabido que el cuerpo femenino se relaciona con la tentación, la carne y la sensualidad que induce a los hombres a pecar. Todo este orden simbólico se evidencia en la respuesta social frente a los cuerpos femeninos que rompen, que se consideran diferentes, anómalos, que se convierten en cuerpos patológicos²⁸.

Valcárcel bien lo expone al definir la reacción que posibilitó la misoginia romántica frente al advenimiento de la modernidad desde la cual se le asigna a las posibilidades de decisión de las mujeres una inmensa potencialidad. Elemento que es evidente al leer el lugar de las mujeres en los sistemas de salud como evidencia de la hegemonía que preserva los estándares basados en cuerpos masculinos, y sus correspondientes representaciones, por supuesto en sintonía con la influencia social de la biomedicina como ciencia que aportó al disciplinamiento y al control.

A continuación planteo los 3 mecanismos que, desde el pensamiento conservador, condensan las tecnologías de poder que operan hacia las mujeres y que están soportadas en la hegemonía de aquel como dispositivo de control y como proyecto político.

3.1.2 Mecanismos de control

3.1.2.1 Moralización

La restricción al valor universal de la igualdad en la esencia de los derechos humanos se convirtió en un elemento fundamental de la naturalización de la inferioridad de las mujeres de manera que los paradigmas relativos a su cuerpo se convirtieron en representaciones de la moral. Mantener la estructura de la familia, institución social que tiene un carácter sagrado en la preservación del orden natural, es la labor que se ha endilgado a las mujeres, en esos mismos términos, los morales.

“Las tecnologías clásicas de la vigilancia-disciplina-castigo son la articulación entre la *familia*, que se encarga de aplicar estas tecnologías del cuidado y el encauzamiento, y el *cuerpo*, que es la

²⁸ Como lo muestra Foucault para los denominados locos en la Historia de la locura en la época clásica, 1967.

dirección efectiva de esas técnicas.... El conector simbólico entre el discurso del cuerpo y el de la familia no se da entonces sobre una familia universal, sino sobre un tipo particular de familia de las sociedades occidentales cristianas. El vínculo que queremos señalar se da precisamente en este plano: la familia que se articula con las formas de vigilancia, disciplinamiento y punición del cuerpo de los sujetos sociales no es "natural *per se*", sino *naturalizada* por el discurso y por la Iglesia (y durante mucho tiempo por los discursos científicos penetrados por posiciones religiosas)." (Mujica, 2007:85)

Una de las tecnologías de poder que operan en el control del cuerpo de las mujeres está cimentada en la relación entre familia y cuerpo. Allí subyace uno de los más fuertes poderes de la tradición como discurso y práctica.

Es así como la tradición, como concepto central para el pensamiento conservador, se ha convertido en paradigma fundamental de diferentes campos, como el religioso, el médico, el político.

"Histerización del cuerpo de la mujer: triple proceso según el cual el cuerpo de la mujer fue analizado - cualificado y descualificado - como cuerpo íntegramente saturado de sexualidad; de este modo este cuerpo fue integrado, bajo el efecto de una patología que le sería intrínseca, al campo de las prácticas médicas; y por último, fue puesto en comunicación orgánica con el cuerpo social (cuya fecundidad regulada debe asegurar), con el espacio familiar (del que debe ser el elemento sustancial y funcional) y con la vida de los niños (que produce y debe garantizar, por una responsabilidad biológico-moral que dura todo el tiempo de la educación): la Madre, con su imagen negativa que es la "mujer nerviosa", constituye la forma más visible de esta histerización." (Foucault, 2011:98)

Al hablar de moralización hago referencia a ese momento en que la tradición -proveniente de lo religioso- se convierte en un parámetro para el sistema médico en el que se asoman los visos de lo que cada quien cree con relación al lugar de las mujeres en la sociedad y de la atención en salud que ellas, a través de su cuerpo, necesitan. Y digo necesitan para dejar abierta la problematización de la atención en salud como un escenario en que las creencias individuales trastocan el acceso digno y en condiciones de altísima calidad.

En este mecanismo se evidencia directamente el traslape del campo religioso con el campo médico y cómo el capital religioso que habría de circular en el primero se ha convertido en un elemento común y propio del segundo de manera naturalizada y aceptada en el marco del funcionamiento del sistema de salud mismo. Una salud para las mujeres totalmente moralizada.

3.1.2.2 Patologización

Byron Good, propone que para el conocimiento médico la anormalidad está situada en el cuerpo a modo de representación objetiva, de manera separada del estado subjetivo generado en la mente. Al partir de la idea de anormalidad la enfermedad que la biomedicina asigna, lo anormal, es puesto en el cuerpo de un "otro" sin considerar su vivencia. En este sentido, y dado que la enfermedad se vive a través del cuerpo, éste no es para quien la vive solo un objeto físico, un receptáculo de síntomas, sino el escenario donde la experimenta. "La integración de la experiencia humana en los relatos de la enfermedad constituyen, por lo tanto, un constante reto para el discurso médico y para los debates sobre la conveniente política médica" (Good, 2003:216). Igualmente resalta cómo las estrategias narrativas de la enfermedad están estructuradas en términos culturales y cómo reflejan o dan forma a modos específicos de la experiencia vivida (Good, 2003:249)²⁹.

Mas la construcción de dicha experiencia, de nuestros relatos, tiene una profunda relación con la posibilidad de vivir, de hablar desde el cuerpo como un cúmulo de síntomas, de condiciones vistas como patológicas o como lugar donde toman forma los discursos hegemónicos -lo nos han enseñado que es la salud-.

Así las cosas mi análisis no partirá de un cuerpo fragmentado, a partir del discurso tradicional basado en las dualidades antes mencionadas (mente - cuerpo; puro - contaminado; sagrado - profano) y propias de las elaboraciones biomédicas desde las que se consolidaron los requerimientos para vivir acorde a la normalidad. Justamente hablaré de aquel desde el cual podemos escuchar la experiencia de las mujeres.

²⁹ Muy en consonancia con lo expuesto por las mujeres de Fasol. Para quienes hablar, narrar es parte del camino tanto de la salud como de la enfermedad.

En este sentido podemos comprenderle a través de una interesante postura teórica en la que toman lugar tres momentos de análisis: el cuerpo individual, el escenario de la experiencia. “El cuerpo individual es el nivel fenomenológico de la experiencia vivida de sí mismo-a y diferenciada de otros cuerpos individuales. Las partes constituyentes del cuerpo - mente, materia, psique, alma, self- y sus relaciones con otros- as y las formas en las cuales es vivido el cuerpo en la salud y enfermedad son altamente variables” (Traducción propia. Lock & Scheper-Hughes, 1996:45).

De allí deviene, el segundo nivel de análisis, el cuerpo social. “Relacionado a los usos representacionales del cuerpo como un símbolo natural con el cual pensar acerca de la naturaleza, sociedad y cultura. Esto sigue la vía de diferentes antropólogos-as quienes han demostrado un constante intercambio de significados entre los mundos social y natural. El cuerpo en la salud ofrece un modelo de totalidad orgánica; el cuerpo en enfermedad ofrece un modelo de desarmonía social, conflicto y desintegración. Recíprocamente, la sociedad en la enfermedad y en la salud ofrece un modelo para entender dichos cuerpos.

El tercer nivel de análisis, el cuerpo político, está referido a la regulación, la cercana observación y control de los cuerpos (individual y colectivo) en reproducción y sexualidad, trabajo, placer y enfermedad. En diferentes formas de política la estabilidad del cuerpo político reside en su habilidad de regular poblaciones -el cuerpo social- y disciplinar los cuerpos individuales” (Traducción Libre. Lock & Scheper-Hughes, 1996:45)

“Por eso argumentamos que resulta indispensable redefinir el problema sustrayéndolo de la lógica médica (que tiende a reducirlo a cuestiones meramente instrumentales), y reconstruyéndolo como un problema sociológico en el marco del análisis de las cuestiones de ciudadanía y de derechos en salud. Sólo en la medida en que podamos comprender que la violación de los derechos de las mujeres en los servicios de salud reproductiva es un epifenómeno de la estructura de poder dentro del campo médico, estaremos en condiciones de aprehender mucho más radicalmente las características centrales del problema y de influir en su transformación” (Castro, 2013:3)

Así que la patologización no implica sólo el convertir en enfermedad todo malestar. Es también conseguir que todo aquello que no cumple el criterio de normal, lo puro, lo limpio sea visto como enfermo. Mas fundamentalmente se convierte en un mecanismo de estigmatización pues logra que ese cuerpo social,

en consecuencia del accionar del cuerpo político, marque o etiquete el cuerpo individual como el de una mujer que rompe el orden establecido, el orden social, normal y natural.

Patologizar va de la mano de la medicalización. Patologizar necesita de un campo médico que valide su posibilidad de permanecer en el marco de ese orden. Un cuerpo estigmatizado necesariamente implica una estructura social y política que le perpetúe y que le mantiene al margen.

Patologizar es una tecnología derivada de instalar la inferioridad en el marco de las creencias y del ejercicio de la profesión médica.

3.1.2.3 Encerrar: Los cautiverios de las mujeres

El tercer mecanismo de control sobre los cuerpos de las mujeres corresponde al encierro. En el que me refiero de manera simbólica a la cooptación del cuerpo de las mujeres a partir de la patologización misma y de la tradición como herramientas, por supuesto del patriarcado, que los sistemas de salud reproducen a modo de limitación. Limitar las posibilidades de decidir, de acceder, de hablar, de sentir, de llorar, de parir, de disfrutar, de gozar, de alimentarse, de ser curadas, de vivir, es encerrar. Silenciar, es encerrar.

En consonancia con los aportes de Foucault, el cuerpo que quiere hacerse dócil, se encierra. Esos cuerpos son cuerpos dóciles, máquinas provenientes de la docilidad de un cuerpo analizable y manipulable "... es dócil un cuerpo que puede ser sometido, que puede ser utilizado, que puede ser transformado y perfeccionado" (Foucault, 1976:140).

Marcela Lagarde desarrolló la categoría cautiverio a fin de dar cuenta de dicha relación entre poder y libertad para las mujeres. Y la tomaré como eje conductor de esta idea de encierro.

"Cautiverio es la categoría antropológica que sintetiza el hecho cultural que define el estado de las mujeres en el mundo patriarcal: se concreta políticamente en la relación específica de las mujeres con el poder y se caracteriza por la privación de la libertad ... El cautiverio caracteriza a las mujeres en cuanto al poder de la dependencia vital, el gobierno sobre sus vidas por las

instituciones y los particulares (los otros), la obligación de cumplir con el deber ser femenino de su grupo de adscripción, concretado en vidas estereotipadas sin opciones... El cautiverio de las mujeres se expresa en la falta de libertad concebida como el protagonismo de los sujetos sociales en la historia, y de los particulares en la sociedad y en la cultura.” (Lagarde, 2011:151 - 152)

De esta manera el adentro es el espacio de las mujeres.

“Adentro, por el encierro de las mujeres en la reproducción, que deriva de las tareas sociales y culturales atribuidas a su cuerpo y su subjetividad. Adentro, además, por los espacios físicos y sociales en los cuales la mujer transita... el adentro subjetivo de la mujer corresponde a su existencia para otros, arraigada en el encierro de tal manera que incluso su interior no se construye sobre algo propio. Su contenido son siempre los otros. Los otros en primer término, antes que ella misma, lo cual da un carácter opresivo a su identidad, tanto a su percepción como a la vivencia de sí misma... El espacio-territorio de la mujer es la casa. Casa y mujer conforman una unidad indisoluble mujer-casa, en la cual no se sabe dónde comienza una y dónde acaba la otra” (Lagarde, 2011:335)

El encierro es la disminución de las mujeres a su cuerpo pero, a la vez, expropiándolas de él. Encerradas en la prevalencia de su destino reproductor, se condiciona la vivencia de su cuerpo y sus posibilidades de existir.

Para este momento de mi argumentación es claro que los sistemas de salud se han constituido en parte de la opresión hacia las mujeres por operarla a su interior y además porque han ayudado a consolidarla. Han tomado del discurso patriarcal el relegar a las mujeres a un mundo denominado de lo privado a fin de distanciarlas del mundo de lo público, el del contrato social. Dicho discurso asume que no hay poder en el mundo doméstico (aunque en realidad ese también lo tomaron los varones³⁰) dado el poco valor que toma por ser el mundo de las mujeres.

³⁰ A través de mecanismos como la violencia contra las mujeres mal llamada bajo el eufemismo violencia intrafamiliar.

El encierro de las mujeres obedece a que en aras de ser un mecanismo más de esa condición femenina, que ya definí, el sistema de salud ha construido un lugar para las mujeres, como un no lugar³¹, que se cimienta en negar la individuación de las mujeres. Los cuerpos que son negados son controlados, sin subjetividad posible. El poder de las mujeres también está negado en lo privado, por tanto, en su cuerpo tampoco le corresponde.

El cuerpo de las mujeres se convierte en sí mismo en el lugar del que ellas no pueden salir pues se ataca su sexualidad, se niega, se le entrega a los varones; se le exigen parámetros de estética y alimentación diarios; se le sobrecarga con el trabajo respecto de la vida de otras personas; se convierte en el lugar sagrado donde se gesta la vida. Vida que en este caso no corresponde solo a la de un hijo o hija por nacer sino que cada mujer se convierte en una madre de toda la sociedad por lo que sus decisiones sobre no serlo, espaciar los embarazos o interrumpirlos son duramente sancionadas como un asunto de toda la sociedad, como una afrenta al bien común. En el marco en que he definido el pensamiento conservador es claro que éste es uno de sus componentes centrales, pues el orden social se convierte en el orden natural signado por el orden divino. De manera que las mujeres no pueden tener libertad individual en asuntos que no le competen a ellas sino que son del fuero de la sociedad.

3.2 La circularidad. El sí pero no

Las evidencias de la operación de las tecnologías que he descrito se ponen de presente en los servicios de salud como elementos simbólicos que naturalizan la inferioridad femenina en tanto su forma de contacto con las mujeres es específica y pasa por un nivel que otros sistemas sociales no tocan: su cuerpo físico.

En el cuerpo físico de las mujeres, en la atención en salud, toman lugar los tres niveles propuestos por Lock y Scheper-Hughes y que expliqué anteriormente. En el cuerpo individual opera el control sobre él en tanto se genera una negación de la subjetividad; lo que a su vez favorece la posesión social. Esa suerte de cuerpo social determina la vivencia de las mujeres y la posibilidad de experiencia que en sus propios

³¹ En términos de Marc Augé, un no lugar, es una categoría que corresponde a la oposición del concepto sociológico de lugar. "El espacio del no lugar no crea ni identidad singular ni relación, sino soledad y similitud. Tampoco le da lugar a la historia." (Auge, 1992:107)

cuerpos pueden tener. El cuerpo político se consolida a través de los marcos operativos de los sistemas de salud y las líneas de acción que han de seguir quienes prestan los servicios en los diferentes niveles (promoción, prevención, atención y rehabilitación).

En todo este camino saltan a la vista una serie de contradicciones que a continuación enumero:

. La menstruación se vuelve el factor explicativo de muchas otras condiciones físicas o emocionales bien sea porque la medicina no puede interpretarles o porque el - la profesional de salud, al tener un cuerpo femenino en frente, sólo puede pensar en este proceso (ahí sí podemos decir natural y biológico) como parte constitutiva de cualquier malestar de su "paciente", otorgándole toda la significación social y cultural posible.

Para los sistemas de salud muchas veces nuestra emocionalidad nos traiciona y realmente no tenemos alguna afectación física o evidente a sus ojos. ¿Será que la salud mental de las mujeres sólo vive en se imaginación?

Del mismo modo, pero al revés, sucede con la menopausia. A la vez que es un juicio donde se endilgan las culpas de la edad, del paso de los años, de los cambios del cuerpo, de las capacidades pérdidas se convierte en la razón de todos los males. De nuevo, un proceso denominado normal (valga el uso del término) para las mujeres pero que se vuelve, a partir de cierta edad, la explicación a muchos de sus malestares. Y, a la vez, un estereotipo bajo el cual todo síntoma, hasta lo relacionado con ésta misma, pierde valor.

. Las mujeres nacieron para ser madres. Es, entonces, la función reproductiva aquella que les es encomendada y por la que son reconocidas por antonomasia. Cuidarlas como ese tesoro reproductor supondría excelentes servicios de salud reproductiva. Mas los sistemas de salud muestran que dicho lugar no es tal, y la mortalidad materna es uno de los principales flagelos para la vida de las mujeres en la mayor parte de países en toda América Latina³².

³² Al preguntar por la tasa de mortalidad materna, a través del derecho de petición, la Secretaría Distrital de Salud aseguró que para 2013 fue de 23,5 casos, es decir 24 casos. Y para el primer semestre de 2014, fue de 41,69, correspondiente a 24 casos. (Secretaría Distrital de Salud, 2014)

Quizá la importancia de la gestación radica sólo en su producto y por eso, también, las mujeres salen de escena en el momento de parir y esa importancia, relativizada, se realza aún más si los llamados sacrificios engrandecen su labor.

. Los métodos de anticoncepción se han desarrollado para favorecer el ejercicio de la sexualidad frente a una reproducción controlada. Mas, en una perversa lectura del enfoque de género, los sistemas de salud los han modificado en una decisión compartida con el varón limitando la posibilidad de decisión de las mujeres. A esto se suma que no son entregados con la eficiencia, calidad y seguridad necesarias³³.

. El discurso de los hábitos de vida saludables corresponde a modos de vida en los que cada quien cuida de sí. Mas la promoción y prevención se dirigen a las mujeres para que sigan encargándose del cuidado de otros y otras. La llamada responsabilidad sobre el propio cuidado no se promueve como un proceso en beneficio de sí misma y, además, se le hace responsable de no seguir ciertos estándares de salud.

. La tutoría que ejerce el sistema de salud sobre las mujeres es el reflejo de lo que expuse en el capítulo dos. Se crea todo un discurso de protección tanto al producto de la gestación, como a la mujer, a través de las falsas repercusiones en la salud que tiene un aborto lo que supone un interés por cuidar

³³ "En el cuestionario individual que se aplicó a mujeres en edad fértil (13-49 años) se incluyó una sección completa sobre el conocimiento de los métodos anticonceptivos, su uso pasado y su uso actual. La falta de información adecuada se refleja en esta variable pues un poco más de la mitad de las mujeres entrevistadas (54 por ciento) no saben que es obligación de las EPS proporcionar o suministrar los métodos anticonceptivos de forma gratuita." (Asociación Probienestar de la Familia Colombiana, Profamilia, 2011) Sin embargo no brinda información sobre la promoción de los servicios, ni sobre la calidad. De ella se colige que las mujeres los consiguen pero no hay datos que permitan diferenciar si pertenecen al régimen contributivo, al subsidiado; tampoco se puede interpretar la calidad en la prestación de los servicios de planificación y en el acceso en los hospitales de la red pública. La Secretaría de Salud de Bogotá tampoco entrega información que permita leer estas particularidades. Resalto lo encontrado en el documento "Respecto a las asesorías prioritarias se resalta el hecho que la mayor demanda se realiza por anticoncepción de emergencia, lo que demuestra que la población en general no está utilizando los métodos de regulación de la fecundidad, sino que tiene relaciones y luego solicita asesoría; este comportamiento se refleja más en la población afiliada al régimen subsidiado." (Secretaría Distrital de Salud, 2012:13)

también a las mujeres de perder la capacidad reproductiva que las constituye como tales; para tal fin, deciden por ellas³⁴.

Prueba de esto son las estadísticas solicitadas a la Secretaría Distrital de Salud. El número de Interrupciones Voluntarias del Embarazo, IVE, se incrementaron de 97 (para 2010), a 4553 (para 2011), 6313 (para 2012), 7131 (para 2013). Cifras que muestran cómo la instalación de servicios donde la oferta de IVE se volvió obligatoria para la red pública - inició en un hospital y ahora está en 4 - disminuyó en un porcentaje casi que incalificable las barreras de acceso para las mujeres para interrumpir su embarazo. Además deja ver cómo la arremetida conservadora (de la que yo fui testiga vivencial) en la que se esperaba publicar un lineamiento desde la Secretaría para interpretar la Sentencia que despenalizó el aborto en 3 causales y se envió a los hospitales una directriz en la que podían, a su libre albedrío, practicar las IVE u objetar conciencia tuvo un impacto enorme en la prestación del servicio. De 111 (en 2007), 159 (en 2008), pasamos a 94 (en 2009) y 97 (en 2010). (Secretaría Distrital de Salud, 2014)

. Los sistemas de salud no han logrado especializar políticas para la atención de las mujeres. Mas los factores diferenciales entre nosotras, nuestra diversidad, sí logra ser vista como factor de discriminación. Así la clase, la étnia, la edad, la orientación sexual, la lengua, por sólo nombrar algunas, se convierten en detonantes para especializar la inferioridad femenina.

. Los sistemas de salud tienen un papel fundamental en la atención a la violencia contra las mujeres a razón de su papel en la promoción y prevención de problemas de salud pública y por ser la puerta de ingreso de muchas de ellas a las rutas de atención. Ya en su interior se enfrentan a canales de acceso y remisión poco claros, al cuestionamiento de si han sido violentadas o no, de si lo han provocado con sus actitudes y su vestimenta; es decir, se les recibe con otra forma de violencia, la violencia institucional.

Del mismo modo, muchas de las acciones planteadas alrededor de la violencia hacia las mujeres se denominan atención a la violencia intrafamiliar. Una contradicción fundamental, así como un eufemismo, al

³⁴ Para fines de esta investigación solicité información a la Secretaría Distrital de Salud, en 2014, sobre los temas aquí tocados y, entre ellos, sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo, IVE. Allí pedí las estadísticas de IVE para 2013 y 2014 en los hospitales de la red pública de Bogotá desglosando las solicitadas, las practicadas, la semana gestacional en que se practicaron y el método correspondiente. Sólo recibí, y tiempo después del legalmente establecido para dar respuesta a este tipo de tramites, el número de Interrupciones practicadas por año separadas por rango de edad. Llama la atención que el número de éstas se incrementó de manera abismal.

interior de las propuestas de salud pública porque 1) Si la mujer es atacada al interior de su casa y las políticas propenden por sostener la integridad familiar, ¿cuál es la posibilidad de protección a la mujer? 2) La violencia se ejerce hacia los sujetos, bien pueden ser hacia colectivos, pero igual se evidencia a través de cuerpos y vidas particularmente. Así que el sujeto familia se corresponde a una figura jurídica mas no a un sujeto empírico, o a un sujeto de derechos como algunas propuestas de lineamiento en salud lo muestran, como sí lo son los sujetos que están en su interior, es decir, quienes la componen. De manera que la violencia se podría configurar con relación al lugar donde tiene ocurrencia o con relación al sujeto contra quien es infligida, por ejemplo. 3) La violencia hacia las mujeres no se puede homologar con la violencia intrafamiliar porque ellas no son un equivalente a la familia, en términos sociológicos o antropológicos. Mas, claramente, sí lo son en términos morales³⁵.

Estas son claras muestras de cómo se traslapa la tradición, tanto en la atención en salud como jurídica. El ataque en su contra obedece a su condición de género mas las políticas insisten en investirla con el manto de la familia; el afán de preservar la familia hace que el objetivo de la política sea el idílico ámbito que debe conservarse para así, preservar la sociedad aún por encima de la integridad y la vida de las

³⁵ El documento *Guía operativa PDA salud mental – Red de buen trato para las respuestas integradoras* que da la línea técnica para abordar en la ciudad diferentes formas de violencia, usa como uno de sus derroteros el siguiente: “Violencia intrafamiliar: se entiende todo acto que violenta la integridad física, psicológica y emocional de alguno de los individuos que componen el ámbito doméstico; se refiere a las violencias que afectan la libertad, la autonomía, la dignidad y la integridad corporal, sexual, mental, espiritual y psicológica de una persona por parte de otra o varias con quienes se haya establecido una relación de tipo familiar, afectivo o de convivencia” (Secretaría Distrital de Salud, 2012:2)

mujeres. De nuevo el orden divino nombrado como el orden natural se convierte en la esencia del orden social. De nuevo el sacrificio, como destino, está operando³⁶.

Estas contradicciones reflejan fuertes visos patriarcales en los servicios de salud. Las mujeres son consideradas menores de edad por el sistema en los términos en que Kant lo definió: “La minoría de edad estriba en la incapacidad de servirse del propio entendimiento, sin la dirección de otro” (Kant, 2007:17). Por eso sus posibilidades de decisión se ven menoscabadas y reducidas a un círculo en el que, si bien muchos programas se dirigen a ellas como objetos de sus acciones, realmente no tienen posibilidad de ser sujetos.

Aclaro, esta minoría de edad no es propia de las mujeres; sino que es la forma en que el sistema de salud las concibe. Y ese tutor que requieren es el sistema mismo representado en cualquier profesional de salud que la atienda³⁷.

Un segundo elemento, se refiere al cuidado de los - las otras que ha sido históricamente tarea femenina; por asignación cultural diferentes sociedades basan gran parte de su economía en el trabajo de cuidado y reproducción social de la vida que realizan las mujeres. Los sistemas de salud promueven la vida saludable, los hábitos saludables mas muchos de sus programas de promoción, prevención, y de las

³⁶ Forensis, es un documento producido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en Colombia. Es una de las publicaciones más serias respecto de las diferentes problemáticas que afectan a la población dado que es la entidad receptora de muchas de ellas. Allí se dictaminan la gran mayoría de lesiones personales y se expiden las incapacidades consecuentes; se encarga, además, de las necropsias por muertes violentas.

El Forensis incluyó en 2009 la violencia contra las mujeres como una de sus categorías de análisis al publicar *Masatugó 2004-2008*, un documento adjunto específico. Su título, Forensis mujeres, datos para la vida. La frase acompañante a la portada, Mujer que recibe lo malo, para entregar lo bueno. (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2009)

Si bien, reporta las preocupantes cifras para todo el país de este flagelo en la vida de las mujeres, la siguiente es su, no poco contradictoria, introducción al referirse al comportamiento de la violencia intrafamiliar en 2013: “La familia es la piedra angular de la sociedad, su base. En general, toda familia se rige por dos principios fundamentales: el amor y el respeto mutuo; sin embargo, no todas las veces ni en todas las familias se da esta situación, lo que ocasiona tensiones y conflictos entre sus integrantes, dando origen al maltrato y a la violencia intrafamiliar. Se puede llegar a pensar que este es un problema de los tiempos actuales, pero una rápida mirada a la historia nos muestra este fenómeno desde tiempos inmemorables.

La Sagrada Biblia narra en el Génesis dos hechos de violencia intrafamiliar: la muerte de Abel a manos de su hermano Caín; y la venta de José hecha por sus hermanos a unos mercaderes ismaelitas. (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2013:335)

³⁷ La discriminación a las mujeres se relaciona con la generalidad de los servicios de salud donde toman un lugar protagónicos los obstétricos siendo una prueba de oro de las contradicciones que aquí describo.

lógicas con las que funciona cotidianamente, existen gracias a la reproducción del modelo tradicional-patriarcal en que las mujeres cuidan de los y las demás y no de sí mismas; poniendo, así, en riesgo no solo su salud, de manera particular, sino su vida, hablando de manera estructural.

He llamado **circularidad** a este camino de todas estas particulares "si pero no" con que nos encontramos en el sistema de salud. Eso que debería ser pero no le alcanza para serlo. Es una condición sociovital en la que las mujeres entramos y salimos de la normalidad, de la salud para permanecer en la patologización, el encierro y la moralización.

El cuerpo femenino, la mujer en sí misma, vestida de particularidades pero que sigue siendo una mujer a los ojos del sistema, se mueve constantemente en contradicciones que son incuestionables e invisibles para los servicios de salud. Y, además, son naturalizadas siguiendo el canal del discurso en el que su cuerpo es inferior.

Siguiendo lo expuesto en este capítulo, la función del control es encerrar a las mujeres en su propio cuerpo pero reforzando que éste no les pertenece, como una muestra más de la circularidad. A través de estos tres mecanismos se sostiene la histórica inferiorización de las mujeres, su cuerpo es llenado de determinaciones que le mantienen como un ser para otros, un ser de otros, viviendo en el espacio de las iguales, el llamado privado.

Ahora mi intención al construir este concepto, circularidad, es acompañar la reflexión relativa a las políticas públicas como las herramientas concretas y a través de las cuáles toman forma los discursos y dado que se convierten en indicaciones a seguir para equipos que operan acciones en salud pública, pues entonces también toman la forma de prácticas sociales.

Encontrar dichas contradicciones, en función de esa circularidad, se constituye en un elemento metodológico para el análisis de dichas políticas pues permite evidenciar esas tecnologías de control que se permiten al momento de reproducir un discurso estereotipado, de lugares comunes en que se homologa a las mujeres y se limita el ejercicio y el reconocimiento de su subjetividad.

En el capítulo siguiente avanzo en explorar algunos de esos lugares comunes en la atención en salud y, principalmente, establezco cómo metodológicamente mostraré el que he denominado como camino de salida a la dominación de las mujeres desde los sistemas de salud.

Interludios

Cuarto.

“Nosotras que nos queremos tanto”

Nuestro día uno.

Casa Fasol.

Barrio El Amparo.

En mi primera temporada de trabajo de campo en Bogotá, luego de muchas estrelladas y de un largo esfuerzo en términos de tiempo, una gran amiga me contactó con Marcia, una de las mujeres de Fasol. Su acogida fue inmediata y me invitó a encontrarlas en el Barrio El Amparo, al suroccidente de la ciudad, cerca del Portal de las Américas*.

Nos encontramos en la Casa Fasol, el espacio que ellas han destinado para hacer acompañamiento a las mujeres.

Propuse, como punto de partida, la pregunta “¿Qué es para ti la salud?”.

A lo que ellas expresaron, que es un derecho; un estado de bienestar general, estar bien en todos los sentidos; un concepto integral que vincule el cuerpo y la mente; tener cuidado con la alimentación, con el medio ambiente.

“Si uno se siente bien, si uno no está bien no puede transmitir cosas buenas a la otra persona.” (Marcia. Fragmento de diario de campo, 2013)

Seguido se identificaron con las definiciones de las compañeras y así formaron dos grupos y trabajaron bajo la idea de hacer un taller a otras mujeres sobre la salud de las mujeres. Serían compañeras sin proceso organizativo o contacto con el hospital. Y la propuesta era hablar de generalidades o puntos específicos sobre la salud de las mujeres. Cada uno de los grupos lo registraría por escrito.

Grupo uno

De su diálogo ellas propusieron un taller con tres momentos.

- Momento uno: Sondeo: ¿Qué es salud? ¿Qué enfermedades sufrimos las mujeres?
- Momento dos: ¿Cuál fue la última vez que asistió al médico? ¿Cómo fue la atención recibida?
- Momento tres: ¿Conoce cómo funciona el sistema de salud? ¿Sabe qué derechos tenemos en salud?

Estas preguntas provocadoras permitirán conocer la percepción de las mujeres sobre su necesidad de asistir a los servicios de salud y, de ahí, establecer qué piensan sobre su propia salud. El punto central de su taller fue explorar por qué las mujeres asisten en tan baja proporción a los servicios de salud por motivos propios; porque, efectivamente, lo hacen y en la más alta proporción en pro del cuidado de otra persona de su familia. De ahí que los servicios de salud estén llenos de mujeres.

“Yo ya tengo varias amigas cuando voy a llevar a mi mamá. Siempre nos encontramos las mismas, con las mismas tristezas y ahí conversa una un rato y medio se distrae.” (Inés. Fragmento de diario de campo, 2013)

En el trabajo que han realizado en la localidad se han encontrado con cifras de encuestas locales y nacionales de las que han leído este como un punto clave para problematizar.

“Para hablar de salud en clave de mujeres lo primero que tenemos que lograr es que lleguemos a la consulta.” (Magdalena, Fragmento de diario de campo, 2013)

Grupo dos

Ellas proponen cambiar la pregunta con la que yo comencé este taller. Preguntarían: ¿Qué es para usted tener salud?

“Para el taller tendríamos en el centro la pregunta. Se leen todas las tarjetas donde han apuntado sus respuestas y pedimos que algunas digan qué se les ocurre al escucharlas.

A continuación nosotras mismas dividiríamos las tarjetas. Qué tiene que ver con lo físico y lo mental, hacer pequeños grupos según temas. Y les digo que le coloquen un nombre: salud física, mental, espiritual, derecho, relaciones.

Luego retomar esos nombres y establecer un diálogo.” (Alejandra, Fragmento de diario de campo, 2013)

En medio de este diálogo comentamos por qué es diferente enfocar la pregunta provocadora hacia “tener” salud.

“Si yo les pregunto qué es salud muy seguramente me remito más a un sistema o a un derecho. En cambio cuando yo digo qué es para usted tener salud, yo me remito a algo más cercano, más cercanía con las personas. De pronto con el tiempo yo pueda llegar a enlazarlas. Es pensar en ese momento en mí. No es lo que nos pasó ahorita. La salud para los otros, para la señora, para el señor, pero no pensé en mí.” (Alejandra, Fragmento de diario de campo, 2013)

Y la reflexión de las compañeras me llevó a entender la circularidad vista en el lenguaje. Es decir, mucho de lo que decimos parte de la obviedad de conocerlo o de sentirlo como parte de la propia vida. Así cuando nos acercamos a las mujeres en el trabajo comunitario, seguramente, caemos en los lugares más comunes y las alejamos de reflexiones más íntimas. En este momento del taller di el paso para aprehender que hablar sobre “la salud” nos llevaría a pensar en los/las demás, en el Otro como sujeto externo a mí. En cambio “tener” te involucra, es algo que agarras. Así, ubicamos la salud en un lugar de la vida propia, en lo propio.

Como segundo momento les propuse dibujar la silueta de una mujer en un papel tamaño pliego. Ahora dibujamos una niña (mujer) en un papel de pliego. Habíamos estado hablando de la salud como ejercicio colectivo, hacia las otras. Ahora pensaríamos en un cuerpo de nosotras las mujeres. Mi pregunta para ellas fue ¿En dónde ubicaríamos el dolor?

Allí surgieron algunas dudas. No era muy claro eso a lo que yo me refería. Me centré en hablar del dolor como la representación de lo contrario a estar bien, a la tranquilidad, a sentirme sana. Cada una, según la idea que tuviera, lo escribió en una tarjeta y lo pegó en una parte de la figura de la mujer que dibujamos.

“Surgió la pregunta: dolor ¿físico o mental? No te he entendido muy bien.

Yo respondí, solo te digo dolor. Pensemos eso para cada una de nosotras. O con la experiencia que hemos acumulado lo que conocemos de las amigas, de las hermanas, de las familiares. El dolor para nosotras. Lo que significa lo que puede ser para cada una de nosotras. Pensando dolor cómo lo que nos saca de esa sensación de bienestar, que sería la salud.

Eso que nos afecta, lo ponemos en el papel. ¿Dónde me afecta? Lo pongo en la silueta.” (Fragmento de diario de campo, 2013)

Mientras pegamos las tarjetas alguna tararea “me duele, me duele...”, “A esa muñeca le duele todo. Está de muerte con el sistema de salud.”

Mirando la muñeca el diálogo se dio en torno a cómo muchas veces no identificamos eso que nos genera malestar o es parte de lo que negamos, quizá porque no nos queda tiempo para ocuparnos de nosotras mismas, o porque no tenemos alguien que nos escuche. Nos suelen interpelar con frases como: “¿Por qué se queja tanto?, ¿ay ahora que le duele?, a las mujeres siempre les duele algo o a las mujeres todo les duele”.

Para finalizar cada una tomó la tarjeta que escribió respecto a la salud y la ubicó en algún lugar de su cuerpo para reforzar el carácter simbólico de lo escrito. Yo tomé las fotografías siguiendo sus indicaciones.

IV. Siguiendo el trabajo de campo. Del método y la metodología

“En otras palabras, la metodología elabora, resuelve o hace funcionar las implicaciones de la epistemología para llevar a cabo o poner en práctica un método” (Blazquez, 2010:23)

Como marco metodológico general esta investigación busca vincular el análisis macrosocial y el microsociedad propuesto en la teoría de la estructuración de Anthony Giddens, en tanto corresponde a una síntesis de estos niveles donde la acción no es determinada por la estructura ni la acción determina la estructura en el marco de una perspectiva sociológica centrada en las prácticas sociales, las relaciones sociales y las potencialidades de la vida social, que proporciona elementos para la reconceptualización de la producción, reproducción y transformación de la vida social. (Giddens, 1995)

Ahora bien, el cuestionamiento que la epistemología feminista hace a la investigación en términos de la relación que se establece entre la persona que conoce y lo que se conoce, entre la persona que investiga y la que es investigada, la crítica a la objetividad y al desapego emocional es mi base para, en esta tesis, controvertir el lugar que ha sido construido para las mujeres desde el discurso médico hegemónico. (Blazquez, 2010:)

Dicha crítica nos remite fundamentalmente a la reflexión en torno al no lugar, al *ubi* de las mujeres,. Para Celia Amorós,

“en el espacio de lo privado no se produce lo que en filosofía llamamos el principio de la individuación. Dentro de lo genérico es como si no se produjera ese principio ... Si no se produce individuación es por ser ésta lo característico de los espacios públicos, donde cada cual marca su *ubi*, su lugar diferencial, como apropiación de espacios ... Las actividades que se desarrollan en el espacio público suponen el reconocimiento y éste está íntimamente relacionado con lo que se llama el *poder*.” (Amorós, 2001:25)

La forma en que ese espacio de las iguales es generado desde la vivencia de la salud es lo que rastreo en esta investigación. Ese que está construido de manera compleja en el marco de la dominación hacia

las mujeres y que se compone de muchos no lugares; equivale al conjunto de esos dispositivos de control que desarrollé en el capítulo anterior y que re-afirman la inferioridad de las mujeres convenciéndolas de tal propósito a través de la incidencia sobre su cuerpo.

Siguiendo los presupuestos de la etnografía feminista aquí utilizo varios métodos en busca de

“obtener distintos acercamientos a lo observado, conduciendo a una comprensión compleja de la manera como estás constituido. En términos simples, la aproximación multimetódica faculta obtener información más detallada y pertinente cuando se busca y obtiene a partir de distintas fuentes. La identificación de la concurrencia de esas distintas dimensiones en la constitución de un objeto de investigación es, entonces, el hecho etnográfico.

Al proponerse esta manera de construir el hecho etnográfico, la especificidad de la etnografía feminista se centra en dos características: a) la oposición al positivismo prevaleciente en la etnografía convencional, fuertemente cargada de empirismo elemental cuando se afirma que los hechos están en la realidad y sólo necesitan ser reportados por quien investiga; b) la oposición a los conceptos androcéntricos que están en el núcleo de las teorías antropológicas clásicas” (Castañeda, 2010:202)

Mi estrategia metodológica busca exponer las bases del pensamiento conservador en Colombia pues allí se asienta mi crítica macro. De allí paso a la etnografía que me permite relacionar estas con la agencia de las mujeres, es decir con el camino de salida, con eso que hacemos, con la posibilidad de abrir camino para la vida digna. Con la acción política feminista.

En la primera parte de mi investigación me centré en describir la acción de los grupos conservadores en Colombia para lo cual me concentré en diferentes fuentes como notas de prensa y otros estudios teóricos sobre su accionar. Me parece pertinente aclarar que aquí no desarrollé un trabajo etnográfico pues “Hacer observación participante para estudiar las estrategias interiores de estos grupos resulta casi imposible si es que no se accede directamente a estos (y, obviamente, el acceso es restringido). Así mismo, los miembros de estos grupos no están interesados en mostrarse directamente o dar a conocer sus mecanismos internos de funcionamiento” (Mujica, 2007a:20). Estos son los capítulos uno y dos.

La segunda, tomó forma en mi apuesta etnográfica y la dividí en dos momentos, el primero, *las mujeres representadas*, corresponde a las sesiones con los y las profesionales que prestan servicios de salud

pública en hospitales de la red pública* de Bogotá y que realicé entre 2011 y 2013. Esta la desarrollé con base en talleres.

El posterior, *las mujeres se representan*, recoge todo mi acercamiento a la organización de mujeres CPC-Fasol en la localidad* de Kennedy. Entre 2013 y 2015 utilicé la observación participante, la entrevista etnográfica y la fotografía como métodos³⁸.

Con la primera busco plasmar la fuerza de la experiencia misma de la organización y con la segunda registrar elementos puntuales del Comité de Salud que es desde donde se impulsan las acciones relacionadas con esta.

Posterior a cada uno de los encuentros que refiero hice un registro en mi diario de campo. En algunos de aquellos utilicé una grabadora y posteriormente transcribí.³⁹ Este diario se compone tanto de fragmentos de las voces de quienes trabajaron conmigo y de mis notas personales, mi paso y mi experiencia.

³⁸ Según Rosana Guber "La observación participante consiste en dos actividades principales: observar sistemática y controladamente todo lo que acontece en torno del investigador, y participar en una o varias actividades de la población. Hablamos "participar" en el sentido de aprender a realizar ciertas actividades ... pone el énfasis en la experiencia vivida por el investigador apuntando su objetivo a "estar adentro" de la sociedad estudiada. En el polo contrario, la observación ubicaría al investigador fuera de la sociedad, para realizar su descripción con un registro detallado de cuanto ve y escucha." (Guber, 2001:22)

Las entrevistas no dirigidas se basan en el principio de la no directividad del que "resulta la obtención de conceptos experienciales que permitan dar cuenta del modo en que los informantes conciben, viven y asignan contenido a un término o una situación; en esto reside, precisamente, la significatividad y confiabilidad de la información. Para esto la entrevista antropológica se vale de tres procedimientos: la atención flotante del investigador; la asociación libre del informante; la categorización diferida, nuevamente, del investigador." (Guber, 2001: 53)

³⁹ En otros no lo hice pues no era procedente dadas las características de los espacios como en algunas reuniones políticas del CPC - Fasol. En los espacios que refiero en el taller uno el grupo mismo me solicitó no hacerlo porque no querían quedar en dichos registros.

4.1 Las mujeres representadas

4.1.1 Talleres con profesionales en salud

Este apartado lo realicé basándome en talleres.

Para los y las profesionales que no tienen a su cargo el componente de mujer y género*, me centré en una idea provocadora para que el grupo la discutiera y de allí les escuchaba para luego plasmar acá las conclusiones categorizándolas. Esta idea estaba representada en artículos de prensa o lineamientos que guiaban intervenciones desde la Secretaría de Salud.

Para las profesionales que implementan la Política pública para las mujeres y la equidad de género trabajé con base de los métodos propuestos por Marcela Lagarde.

4.1.1.1 Taller Uno

Tomé como ruta trabajar en torno al posicionamiento del enfoque de género.

Gestioné los talleres con algunas de las compañeras con quienes había trabajado, por supuesto posteriormente a tener el aval de la Dirección de Salud Pública de la Secretaría de Salud. Así logré dos espacios de conversación con 14 referentes, en total, de dos hospitales de la red pública que prestan servicios de salud pública⁴⁰. Aquí encontré profesionales de educación física (2), terapia física (1), trabajo social (4) y de psicología (5).

Para iniciar el taller les presenté cinco artículos de prensa relacionados con temas de salud de las mujeres. Luego de leerlos por grupos, conversarían para después socializar, en plenaria, cuáles serían las líneas de intervención del hospital relacionadas con ese tema y qué problema de salud pública ubican allí. Los artículos pueden leerse en el anexo 2.

Posterior a ese diálogo trabajamos sobre fragmentos de lineamientos de salud pública⁴¹ (Anexo 2). El ejercicio consistía en leerlos y encontrar en ellos elementos que indicaran los enfoques con que se

⁴⁰ El grupo me solicitó no hacer públicos sus nombres.

⁴¹ Utilicé diferentes trozos de lineamientos de 2012 para no generar incomodidades con personas en concreto pues la elaboración de cada uno de dichos documentos está a cargo de un - una funcionaria responsable en la Secretaría Distrital de Salud.

proponían las acciones hacia las mujeres. A esto se sumó su propia experiencia y de allí surgieron sus aportes.

Estos los analicé a partir de los siguientes ítems⁴²:

- . Limitaciones que se generan en el trabajo cotidiano
- . Barreras de acceso que se generan en la atención a las mujeres
- . Potencialidades del lineamiento en el trabajo con las mujeres
- . Recomendaciones

Básicamente esta parte de mi trabajo de campo buscó recoger la experiencia y las percepciones de referentes de procesos distintos, al que se ocupa de la política de mujeres y equidad de género, sobre las apuestas al interior de los hospitales relacionados con la difusión y el posicionamiento de ésta.

4.1.1.2 Taller Dos

Diciembre de 2013.

Desde la coordinación de salud pública de cada hospital se asigna un o una profesional para cubrir cada uno de los procesos que la Secretaría Distrital de Salud determina que harán parte del Plan de Intervenciones Colectivas del año. Aunque en el lineamiento correspondiente se envía el perfil a cumplir esto no siempre sucede o muchas veces se negocia. Así, las personas con experiencia en intervenciones colectivas con mujeres no son muchas y en su mayoría se formaron durante los primeros años del proceso. En este caso me encontré con diez referentes de mujer y género^{43*} de hospitales y tres de la Secretaría. Ocho de ellas no tienen experiencia directa en el proceso aunque sí lo reconocen, saben que existe la Política y han recibido alguna información porque han sido parte del área de salud pública de algún hospital durante los últimos 5 años.

⁴² Las conclusiones fruto del análisis realizado a los talleres con los y las profesionales las presento en el anexo 2.

⁴³ Como lo esbocé anteriormente, estas personas profesionales tienen a cargo la implementación en los hospitales de la Política Pública para las Mujeres y Equidad de Género.

Me contacté con una de las mujeres que tiene a cargo la coordinación del grupo de referentes locales y ella me invitó a una de sus reuniones. Nuestro acuerdo es que yo desarrollaría el taller, siempre dando líneas de intervención, y cerrando con apuntes concretos sobre cómo optimizar su trabajo en los hospitales. Esta sería mi contraprestación.

Nos encontramos durante una hora y media en una Casa de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres*. El ejercicio inició desde su vivencia como mujeres, su lugar como mujeres en la ciudad donde viven, Bogotá, y en el país donde crecieron, Colombia.

Comenzamos ubicando la historia de una mujer, que podría ser, o no, cada una de ellas mismas. El ejercicio sería individual y desarrollado en una hoja de papel. Sólo socializaríamos lo que cada una quisiera compartir.

El primer paso, fueron los círculos particulares. Definidos por Marcela Lagarde, siguiendo la categoría gramsciana de círculo, “se construyen a partir de considerar que cada mujer surge y es recreada por un conjunto de determinaciones y características genéricas, de clase, nacionales y lingüísticas; por su adscripción a los otros (filial, maternal, conyugal); por su grupo de edad; por su preferencia realización y definición eróticas; por la calidad y el contenido de sus conocimientos, sus destrezas, su actividad vital, su sabiduría; por su definición ideológica, conceptual y por su cultura política; por sus posibilidades de acceso al bienestar, a la salud y a la riqueza social y cultural, y por sus tradiciones y costumbres particulares” (Lagarde, 2011:47)

Seguido, cada una ubicaría unas cortas reflexiones en el marco de ciclo de vida como expectativa de la familia vs el ciclo de vida realizado. Los ejes los definirían ellas mismas mas siguiendo la metodología de Lagarde, les sugerí su cuerpo vivido (sexualidad) y la relación con los otros (el poder) (Lagarde, 2011:47). Esta categoría ha sido denominada por ella el ciclo cultural de la vida.

El tercer paso sugería confrontar este ciclo con las concepciones de la sociedad al respecto de las obligaciones de las mujeres. De esta manera buscaba hacer evidentes las limitaciones que se han naturalizado frente a las oportunidades de las mujeres.

Luego que cada una escribiera, hicimos una sesión de socialización para las que quisieran compartirlo.

A partir del círculo, conversamos sobre sus relatos. En ellos lo que se encuentra es que hablan de sí mismas de una manera cálida, se describen desde sus potencialidades y no desde sus debilidades. Allí inició mi ejercicio de retribución al grupo que consistía en hacer un pequeño taller de inducción al tema de género y salud.

Utilicé este ejercicio para explicar el concepto “situación de las mujeres” como un elemento central desde el cual aterrizar las políticas de atención a las mujeres, considerando lo que se ha denominado las mujeres en toda su diversidad, y las acciones que ellas día a día realizan en los hospitales.

A partir del ciclo cultural de la vida conversamos sobre las creencias que, sobre las mujeres, aprendemos en casa y cómo éstas han marcado su historia de manera fundamental. La mayoría se presenta como una mujer que ha logrado revertirlas y que, con choques permanentes eso sí, se ha mantenido en el ejercicio de su autonomía. Esto lo refieren especialmente a partir de su posibilidad de estudiar; o trabajar y estudiar; de mantener a sus hijos en una maternidad sin compañero; de escoger la profesión que estudiaron y que ejercen.

Esta fue la parte más emotiva del ejercicio pues, por iniciativa propia, compartieron situaciones vitales que las han marcado, que chocaron muy fuerte con ellas mismas y donde no siempre contaron con el apoyo de su familia. (Muy a tono de lo propuesto por Lagarde.)

Éstas se refirieron, de forma mayoritaria, a la maternidad, al parto, al embarazo. A cómo aunque eran tratadas de manera diferente, digamos especial, durante el embarazo, eran responsabilizadas por cualquier episodio que pudiera salirse de lo normal y, así, eran tildadas de irresponsables por poner en riesgo a su bebé.

Sobre el parto las historias se remitieron, especialmente, a lo difícil que puede ser el proceso. Una de las compañeras nos habló de lo doloroso y culposo que fue el suyo; duró más de 24 horas y recibió toda serie de tratos ofensivos.

Sus quejas sobre el sistema de salud hablaban de la indolencia con que se trata a las mujeres gestantes y cómo desaparecen del mapa de atención cuando su bebé nace y todo gira en torno a él o ella.

El tercer momento, ciclo de vida frente a concepciones de la sociedad, lo trabajamos a partir de las reflexiones que surgieron en cada quien. Conversamos sobre el impacto en sus vidas de la naturalización de ciertas obligaciones para las mujeres. En general, manifiestan sus malestares por ser tratadas como extrañas en caso de romper dicha norma.

También abordamos los lugares comunes para las mujeres, a nivel global y en el sector salud, y llegamos a la igualdad de oportunidades como uno de los conceptos centrales de la política pública para las mujeres y la equidad de género que opera en Bogotá.

Igualmente, les propuse la categoría condición de las mujeres, de Marcela Lagarde, para la lectura de dicha condición compartida y útil para evidenciarla frente a quienes comparten el trabajo en los hospitales y que suelen ser muy, muy renuentes a utilizar el género como categoría de análisis de la situación de salud en la ciudad. (Ver Anexo 3)

4.2 Las mujeres se representan

4.2.1 Mujeres Fasol

Como lo relato en el primer interludio desde hace 36 años esta experiencia organizativa se constituyó como el Centro de Promoción y Cultura, CPC, el cual tiene tres ejes:

- Primera infancia: Trabajan a través de la Casa de los niños y las niñas, ubicada en el barrio Britalia. Atienden 120 niñas y niños, entre los 2 y 5 años.
- Juventud: Acompañan procesos de aprovechamiento del tiempo libre para niños, niñas y jóvenes entre 10 y 18 años. Su sede es el Centro Cultural en el barrio Timiza.
- Mujeres: Desde hace alrededor de 22 años trabajan por el reconocimiento del ser mujer, el reconocimiento y exigencia de los derechos de las mujeres para que tengan una ciudadanía plena. Su sede es la Casa FASOL, ubicada en El Amparo.

Mi acercamiento a las mujeres de Fasol se desarrolló desde enero de 2013 hasta mayo de 2015.

Mi apuesta es desarrollar una etnografía donde

“reconocer a las mujeres como sujetas - sociales, políticas e históricas - que se desenvuelven en una trama de relaciones sociales consiste en elaborar explicaciones e interpretaciones culturales

que partan de las mujeres colocadas en determinados contextos de interacción. Desde esta apreciación se le distingue de otras etnografías precisamente por problematizar la posición de las mujeres al dejar de considerarlas sólo como informantes para, a partir de la antropología feminista, considerarlas creadoras culturales y, al mismo tiempo, identificar, analizar e interpretar las orientaciones, contenidos y sesgos de género que las colocan a ellas, a los varones y a otras categorías sociales genéricas en posiciones diferenciadas que, en la mayoría de los casos, atañen a la desigualdad entre unas y otros” (Castañeda, 2010:221).

En el apartado *las mujeres se representan* busco mostrar el ser político de las mujeres de Fasol. Y es lo que he plasmado en los interludios. Ellas se han venido sumando a través del voz a voz durante estos años. Todas habitan en la localidad* de Kennedy*. Económicamente son unas mujeres rebuscadoras; algunas se sostienen del trabajo que les da los proyectos del CPC; la mayoría tiene actividades remuneradas fuera de la organización que les apoyan en la sobrevivencia y todas se dedican al trabajo del hogar.

Aquí también encontré la diversidad del amor. Algunas tienen compañeros, esposos de varios años; otras han roto con las convenciones sociales que las molestaban y tienen compañeras sentimentales. Así que en ellas el amor diverso es parte de su apuesta. En el grupo, de Fasol, con el que más trabajé (Comité de Salud) las edades varían entre los 39 y los 66 años. La mayor diversidad de edades se daba en las actividades en pleno del CPC donde evaluaban su agenda o trabajaban con otras mujeres de la localidad. Casi todas tienen hijos e hijas ya mayores; varias son abuelas. Algunas son profesionales mas una condición que se ha ido instalando en la organizando es la formación y el estudio; así que todas en diferentes niveles le han metido el hombro a la academia en sus diversas modalidades.

En los talleres realizados he querido, partiendo de su voz, enfocarme en los elementos que sustentan su acción colectiva para ir estableciendo las barreras de acceso que las mujeres encuentran para acceder a los servicios de salud. Durante todo el ejercicio toma un lugar central la UPA^{44*} amigable para las mujeres

⁴⁴ Significa Unidad Primaria de Atención. Se conocen como UPA y es la manera como las mujeres de Fasol las nombran. Ver Glosario

por la cual ellas han venido luchando desde 2008⁴⁵. A partir de las convocatorias generales del CPC he participado en espacios colectivos, especialmente de evaluación y propuesta de acciones para el futuro.

Las reuniones del Comité de salud convocan a mujeres de Fasol, de la mesa de organizaciones de mujeres de Kennedy, de la Casa de Igualdad de Oportunidades y del Hospital del Sur. Nuestra dinámica en él la relato en el tercer interludio. Durante estos meses he acompañado la planeación de jornadas, la elaboración del plan de acción 2015. Se realizaron los talleres para el último apartado de la tesis, planeamos la exposición de fotografía y recibimos la presentación del Servicio amigable para las mujeres que funcionará desde el Hospital del Sur. Este es el quinto interludio.

La fuerza de las apuestas políticas de las mujeres, las apuestas feministas, me llevan a establecer una serie de elementos centrales de mi trabajo de campo, siguiendo a Lagarde, y que sintetizan como elementos analíticos de mis hallazgos hablando de las humanas, como clave feminista.

. El tiempo: Resignificando el pasado, tanto como posibilidad de desarrollo y experiencia como eliminando su sobreuso como imposición a fin de transformar el tiempo social que implica una redistribución de actividades con equidad.

. El espacio: Porque aún ser mujer es no tener un lugar en el propio mundo. Tener un lugar propio.

. La ciudadanía: Como clave feminista de identidad política. “De acuerdo con Hanna Arendt, su fundamento es tener derecho a tener derechos, y para el feminismo implica convertirnos en seres investidas de derechos específicos referidos a nuestra condición de género.” (Lagarde, 2011:XLVI)

. La autonomía: Desde esta se rompen los binomios tradicionales que llevan a la mujer a ser un ser para otros, esos que le dan una “experiencia satelital, dependiente, periférica e ilimitada.” (Lagarde, 2011:XLVII)

Este paso por Fasol me ha demostrado, como lo hace el feminismo cada día, que estos elementos, entre otros, son realidad en la acción política de muchas mujeres. Ellas luchan desde sus casas, sus barrios, sus organizaciones por ese lugar de lo propio, por su cuerpo y su dignidad.

⁴⁵ En el anexo cuatro presento los datos generales de los diferentes espacios en que nos hemos encontrado y que constituyeron mi trabajo de campo.

4.2.2 A través de la imagen

La última parte del trabajo de campo lo desarrollé a partir de dos talleres de imagen y fotografía y su exposición.

_ Primer Encuentro:

En el comité de salud acordamos que durante el mes de abril trabajaríamos dos sesiones montadas en la imagen como elemento para expresar nuestras representaciones sobre la salud a través de la fotografía. Yo sería la encargada de concretarlos.

Luego del momento de presentación del Servicio amigable que funcionará en la localidad* (Interludio quinto), iniciamos en el taller que yo llevaba preparado.

Cada una recibió una hoja de papel en blanco. Les pedí escribir algo respecto de las siguientes preguntas:

_ ¿Para ti qué es tener salud? La cual deviene de aquel primer taller que hice con ellas y que salió como una de las conclusiones de nuestra conversación.

_ ¿Para ti como mujer, qué es tener salud? Ésta buscando puntos de diferencia con la anterior y, especialmente, enfatizar en pensamos las particularidades de atender la salud de las mujeres.

_ ¿Qué barreras identificas en la atención en salud para las mujeres?

Y, finalmente, les pedí hacer un gráfico, dibujo o esquema relativo a esa percepción sobre la salud de las mujeres. Cada quien lo acompañó de un pequeño texto y cerramos la sesión. Como contraprestación a las mujeres de Fasol construiré una estructura de talleres basados en la imagen como insumo para que ellas desarrollen en sus correspondientes grupos. (Pueden leerse en el anexo 5)

_ Segundo Encuentro:

Al cerrar el taller anterior quedamos de encontramos el miércoles 22 de abril. Las chicas de Fasol trabajaron entre sí y asistió un nutrido grupo de ellas. Un escenario más que ideal. Las personas de las instituciones no se hicieron presentes.

Partimos con la presentación de mi propuesta y la estructura del encuentro.

- _ Comentamos lo que sucedió quince días atrás en el encuentro previo.
- _ Revisamos imágenes que algunas compañeras trajeron como tarea.
- _ Conversamos en un lugar abierto sobre el bienestar y la salud de las mujeres.
- _ Compartimos las medias nueves*
- _ Desarrollamos una sesión de toma de imágenes fotográficas que nos permitiera medir la comprensión de la propuesta a través de otros ejemplos.
- _ Un punto fundamental es que cada quien decida qué imágenes harán parte de la muestra o desea trabajarlas en otro lugar para enviármelas en una semana.
- _ Al tener una imagen escogida la compañera que la tomó la acompañará de un texto corto para enfatizar en la comprensión.

El taller se centró en las reflexiones del grupo sobre lo que es la salud. Durante la conversación creé diferentes focos de atención centrados en elementos claves de la salud de las mujeres.

Arrancamos animando una conversación sobre la frase “Bienestar como tema de vida”, posteriormente hicimos un ejercicio para tomar imágenes sobre otros temas un poco más sencillos de comprender como la amistad.

Luego de una plenaria corta donde recogí esos puntos focales en la discusión, avanzamos en representar lo conversado en imágenes⁴⁶.

Aunque la producción de textos no es un ejercicio fácil, quizá el ejercicio político de las mujeres está permanentemente acompañado del uso de la palabra. Así que de manera oral o escrita se consiguen, generalmente, diferentes niveles de interlocución.

⁴⁶ Todo lo logrado en este taller puede leerse en el anexo 6 y en el sexto interludio.

Al enfrentarnos a la imagen, como otro nivel del signo lingüístico, el intercambio se complicó. En ese momento sentí que la dificultad para el acercamiento estético habla tanto de los sesgos que lo suelen acompañar como de lo necesario que es fundir el ejercicio político con nuevas formas de expresión. En el caso de las compañeras de Fasol, no puedo decir que este campo sea limitado pues sus apariciones en colectivo siempre están teñidas de color, música, canto; mas este experimento con la imagen no había estado tan cerca de ellas al menos utilizándolo como un referente de sus propias ideas.

En general, la fotografía tiene un uso recreativo o más social, digamos, en tanto muestra momentos en común y se toma en una especie de recuerdo. Lo que está mucho más acentuado con el auge de las llamadas redes sociales. Otra acepción se refiere a ésta como un elemento de distinción relacionado con la producción artística y las fotografías pensadas, por llamarlo de algún modo, no son para el común de las personas.

Con este nivel del ejercicio etnográfico busco explorar otra dimensión de la subjetividad de las mujeres relacionada con sus posibilidades estéticas y la expresión frente a lo que está ante nuestros ojos día a día y que puede ser puesto frente a la mirada de las otras para, de nuevo, fortalecer su carácter político y la opción de verle y contarle como una nueva historia que desde los ojos de otra puede tomar una nueva fuerza movilizadora. Es un símil con los testimonios. Muchas veces podemos conocer las historias de otras y éstas toman una nueva forma porque las oímos e interpretamos desde nuestra propia manera de entender el mundo.

Aquí el énfasis está en la mirada y la apuesta por sumarla a las habilidades que las mujeres potencian en la acción social. Así que el objetivo de entregar la cámara a las mujeres es mostrar la salud en su cotidiano, en lo que viven ellas a diario y que se escapa de la posibilidad de quien la atiende en un consultorio o quien le habla en un taller.

A la siguiente cita, yo le sumaría que la fotografía, y la presento para enfatizar el fuerte carácter político de la construcción de la expresión a través de la imagen en la investigación etnográfica.

“Tanto desde el cine como desde la antropología, la imagen debe pasar de ser ese espejo incuestionable de la realidad a una huella sensible que conjuga tres aspectos: uno técnico, uno

simbólico y uno político. En estos tres aspectos encuentra su lógica y es desde allí que permite ser indagada. “

Pero además considero la fuerza de la mirada de las mujeres como un elemento central para alimentar la apuesta epistemológica del Punto de Vista. A través de la imagen logramos trasladar a quien la observa a ese lugar de lo propio, tantas veces acá resaltado. Y, por supuesto, no me refiero a un lugar físico en lo concreto sino a todo lo simbólico que reside allí en la reflexión femenina sobre su propia vida; sobre sus propios lugares.

“La producción de imágenes es el resultado de la imposibilidad lingüística que demanda al cuerpo físico la manifestación del discurso político del cuerpo. El cuerpo físico del sujeto y el cuerpo físico fotográfico son el relato, medios portadores de las imágenes del mundo del recuerdo y de la alucinación. Son imágenes punzantes que desean torcionar la visión cultural, accionar la performatividad. La fotografía es un lugar de resistencia, para construir realidades alternas, donde se pueden nombrar cosas que aún no existen para reorganizar la vida. Se presentan los caprichos del cuerpo frente a las normativas culturales impuestas al cuerpo femenino.” (Casasola, 2012:11)

_ Exposición fotográfica.

Nuestro encuentro final.

Luego del ejercicio anterior nos reunimos una tarde para seleccionar las fotos y los textos que las acompañarían⁴⁷ dado que algunas imágenes llegaron a mi correo electrónico y fueron tomadas por ellas en otros momentos durante su trabajo como facilitadoras. De esta manera algunos textos provenientes de los interludios de esta tesis se convirtieron en los que acompañaron las imágenes tomadas por ellas mismas.

Así concertamos trabajar el miércoles de la siguiente semana (junio 3) y las compañeras del Comité de Salud se encargaron de la convocatoria. Llegada esa tarde prepararon agua aromática de frutas, tinto* y diferentes pasabocas (botanas) hechos con verduras para ponernos en tono de comida saludable.

⁴⁷ Algo de la pre-selección la desarrollé yo pero sólo me concentré en escoger las imágenes que tenían la calidad para poder imprimirlas pues algunas se tomaron con teléfonos celulares y no tenían la mínima resolución. Por fortunas fueron un escaso número de las fotos recibidas por correo electrónico.

Pasadas las dos de la tarde iniciamos contándole a las mujeres asistentes que la invitación especial de ese día era para observar las fotografías elaboradas por las compañeras del Comité de Salud, que detrás de cada una encontrarían un texto que acompañaba la imagen para fortalecer lo que cada una quiso expresar con su imagen. La intención sería entrar al salón pasando por una escalera donde había velas encendidas. Ya arriba, y a través del incienso, la comida, las fotografías sostenidas por ganchos de ropa⁴⁸, la música suave, les proponíamos concentrarse, sin conversar, en las imágenes mientras se estimulaban sus otros sentidos.

Arrancamos con una relajación que realizó Alejandra enfatizando en el compartir. Con las palmas hacia arriba cada cual ubicaría sus palmas hacia arriba en acción de recibir conectándose con la energía del universo. Momento de respirar, retener y soltar el aire. Posteriormente enfatizó en la conexión con cada parte de su cuerpo. Así

“se cruzan las raíces de unas con otras, haciéndose muchas más fuertes en este círculo de mujeres. Nos apoyamos, caminamos juntas. Nos hacemos más fuertes, más sanas, más amigas, más hermanas. Nos miramos, vamos a mirarnos con ojos nuevos.”

Luego, en ese mismo círculo arranca la conversación sobre su percepción frente a las fotografías. Este apartado lo consolido en el anexo 7.

⁴⁸ Montamos la exposición colgando las fotografías por medio de pinzas -para extender ropa-, en cuerdas que atravesamos en forma de equis en el salón.

Interludios

Quinto.

Lleva una iglesia en tu corazón

Nuestra primera sesión de los talleres de fotografía fue muy afortunada, como lo ha sido este trabajo de campo. Mis puntos de partida fueron: barreras de acceso en salud, percepción de salud, concepción de la salud de las mujeres, ¿qué constituye barreras de acceso para las mujeres?, ¿qué es para ti tener salud?

Llegamos.

Están invitadas algunas funcionarias que manejan temas de salud reproductiva. Cada quien se presenta.

Estas chicas arrancan hablando de lo que es el Servicio Amigable para las Mujeres. Allí alguna dice: “estamos hablando de derechos sexuales y reproductivos, como si estuviéramos hablando de derechos humanos”. Comienzan las miradas entre nosotras. Describen los diferentes servicios que allí se prestan y le explican a las compañeras de Fasol lo que es el liderazgo, lo que implica socializar la Sentencia, lo que significa acudir a interrumpir el embarazo. Ahí ya se sentía con más fuerza la piquiña de algunas de las compañeras, incómodas por la posición de las invitadas para quienes este espacio era un nodo informativo para mujeres - desde una acepción de escuchas-; no conocían el andar político de Fasol.

A la par Alejandra comenta que hace años, 8 ya, cuando se trabajaba por la despenalización Fasol acudió a una movilización con mujeres a quienes venían acompañando en su proceso.

“Al momento de tocar el tema se colocaron la camiseta pero estaban aterradas. Nos dimos cuenta que la cosa no era tan sencilla. La barrera cultural que uno tiene está ahí ... Así que comenzamos a generar espacios para las que sí y las que no. En estos años por supuesto se nos ha abierto la perspectiva entendiendo, además, que debemos abrir escenarios donde se puede contar, decir lo que se siente, lo que interesa”

Se oyen comentarios como que “si para hacerse una citología es todo un karma qué será ... ”

A la par surgió algo imprevisto. En el sentido que, como se dice por Colombia, salió “que ni mandado a hacer” para esta tesis... apareció toda una perla. Las opositoras venían en el mismo grupo.

Mi comentario viene a que es el reflejo de lo que he visto por varios años, porque lo leemos a diario en las noticias, lo denuncian a diario las mujeres en Colombia. Muchos y muchas de quienes se oponen a practicar los procedimientos y desconocen la Sentencia están allí, prestando los servicios de salud. Así que una de ellas dice

“y qué pasa con las que lo toman (el aborto, quería decir con su omisión) como método de planificación. Qué se hace ahí? Qué tienen previsto para eso?”

La chica a cargo de la coordinación salvó muy bien esas dudas de sus compañeras. Hablando de que

“si esos casos se dieran, aunque la estadística los muestra como casi que inexistentes, ella se preguntaría qué pasa con nosotros (y ahí va el universal masculino) como servicio, qué pasó con la prevención en salud que no logramos evitar que esta mujer estuviera de nuevo en el riesgo de una nueva interrupción. Y, claro, si está en el servicio, ¿pues qué haría? atenderla, por supuesto sin ningún tipo de recriminación.”

Seguido la compañera de la pregunta anterior, repitió. Contó un caso que llegó a uno de los hospitales del tercer nivel y que ella acompañó. La mujer llegó con 26 semanas de gestación, había solicitado la IVE mas nunca se dio. Por razones que la chica de la narración desconoce el producto de ese embarazo nació vivo. Y nos preguntaba, “¿Y ahí qué?” Ante lo cual la encargada de la coordinación, y yo en algún momento, le respondimos que es una buena muestra de una mala praxis pues los procedimientos para la IVE están estandarizados por la OMS y es totalmente diferente una interrupción en edad gestacional avanzada a un parto prematuro que es lo que ella narra.

Yo traje a la mesa otro caso muy citado en Bogotá hace algunos años, en el mismo hospital al que la compañera se refirió. Una mujer joven solicitó la IVE desde una edad gestacional temprana porque el producto traía malformaciones severas. Su EPS* la dilató y ella no logró superar las barreras de acceso para acceder a su derecho. Cuando llegó al hospital con más de 20 semanas de gestación se siguió el protocolo de un parto prematuro y no el procedimiento acorde a la IVE. Así que además de todo su sufrimiento previo, tuvo que exponerse a un nacimiento y padecer la tristeza de la muerte de un ser cuya vida era inviable desde sus primeras semanas.

Con estos ejemplos lo que hicimos evidente fueron las barreras de acceso que son de todo tipo para atorar el acceso de las mujeres a la IVE y que dada su gravedad ponen en riesgo su salud, en su más amplia concepción, y por supuesto su vida que es como se espera que hoy no suceda en dichos Servicios Amigables.

Mas las compañeras no estaban muy conformes. Enfatizaban que en otros hospitales de la ciudad donde se reciben los casos de IVE

“sucede irresponsablemente, porque ni les preguntan todo, ni saben si será verdad y les practican el procedimiento.”

Un perfecto ejemplo de cómo la creencia traslapa la atención en salud. Salud que es un derecho y por tanto laico y público.

V. A modo de conclusiones

A continuación expongo las discusiones que devienen de mi investigación en dos apartados. El primero, *lo emocional es político*, referido a los avances analíticos y conceptuales que logré y el segundo, denominado *los caminos de salida*, referido a mis aportes a la discusión feminista respecto de la salud de las mujeres.

5.1 Lo emocional es político

Con esta investigación he querido fortalecer la discusión de la salud de las mujeres oponiéndome a lo que mal han llamado la victimización que hacemos las feministas sobre la vida de las mujeres -con la clara intención de bajarle la subversividad a algunas de nuestras apuestas-.

Así, he priorizado la inferioridad de las mujeres como un elemento explicativo del proyecto político consolidado en el **pensamiento conservador** ubicándola como una constante fincada en la construcción de las ciencias y específicamente de la medicina como una de las más importantes. De allí que parto de considerar la biomedicina como el ejercicio hegemónico de la profesión médica. Y es que el hecho de ser el cuerpo su “objeto” de estudio le ha dado un lugar privilegiado en el control de la vida de los sujetos considerados inferiores; pues desde la biologización se arraiga y se fundamentan las evidencias de tal hecho y, asimismo, las justificaciones para sostenerlo.

El desarrollo de los conceptos **pensamiento conservador**, **circularidad**, y de las tres tecnologías de control (**patologizar**, **moralizar**, **encerrar**) me ha permitido hacer este recorrido y llegar hasta uno de los puntos de salida, las limitaciones en salud a las mujeres además de ser elementos de la vida cotidiana. son la muestra de algo más estructural: la dominación a las mujeres sostiene parte del proyecto conservador de un país. Ellas no son solo inferiores en el momento de la consulta, lo son en la variedad de espacios de la vida que las feministas denunciarnos a diario. Es así como sostengo, además, que la inferioridad de las mujeres aporta a la desigualdad social de un país como Colombia.

. Pensamiento Conservador

Definido como proyecto político y como dispositivo de control, propongo que éste se configura en una de las bases de la dominación hacia las mujeres en sociedades tan profundamente conservadoras como la colombiana.

Pero además al operar bajo estos amplísimos rangos no obedece solo a una tendencia política de derecha, aunque allí sea fácilmente identificable. América Latina muestra que la revolución puesta en el cuerpo de las mujeres quiere mostrarse como un tema exclusivo del feminismo y políticamente la respuesta sigue siendo el criticarle y limitarle a pequeñas actuaciones de mujeres sin impacto en los asuntos políticos “fuertes” de un país. Mientras ellas permanecen en pie demostrando todo lo contrario.

“El campo temático sustantivo que ha dado cuerpo al feminismo ha constituido una incursión de origen en el ámbito público, al situar en él un conjunto de aspectos y problemas relacionados con la vida de las mujeres, antes considerados y tratados como propios de la vida privada: el aborto, el embarazo, la maternidad, la sexualidad, el trabajo doméstico, la violencia intrafamiliar, entre otros. El empleo de estas problemáticas en la articulación de un conjunto de derechos particulares de las mujeres ha involucrado también otras expresiones de la vida pública, como el reconocimiento legal, el tratamiento político y la construcción de institucionalidad.” (Álvarez Enriquez, 2009:109)

. Secularizar la dominación como herramienta para naturalizar

Desde el pensamiento conservador se presenta como un hecho científico el naturalizar la diferenciación de las mujeres. Y, efectivamente, el punto problemático es cuestionar lo científico como lo construido desde el sesgo patriarcal de la ciencia.

Ni estos elementos, ni los que son presentados desde el campo jurídico se escapan a dicha crítica pues al pretender hacer del derecho natural el que prevalece sobre las demás leyes los grupos conservadores demuestran que lo que les interesa es mantener la esencia de las mujeres, su carácter de dadoras de vida y de alma de la familia. Entonces podríamos preguntarnos ¿por qué al mismo tiempo ejerce una serie de limitaciones que atentan contra su vida y su dignidad? Y asimismo responderemos, porque la esencia de las mujeres es el sacrificio; no importa entonces si eso les cuesta la vida. Estas contradicciones se han llenado de sentido, para mí, en el concepto de circularidad.

. La esencia que viene del ser divino

Esencializar es uno de los mecanismos que fortalece a los grupos conservadores tanto en sus debates como ante la opinión pública. Y es que si ciertos rasgos humanos se presentan como parte de la naturaleza misma, es decir, de lo que un dios nos ha entregado difícilmente quienes en él creen podrán oponerse a seguir los dictámenes divinos. Así opera el hacer del orden social un orden natural. No somos quien para oponernos a la deidad.

Julietta Lemaitre sostiene esta como una de sus tesis en su estudio sobre “La movilización católica contra los derechos sexuales y reproductivos en América Latina”. Lemaitre estudia a los abogados católicos conservadores y muestra cómo este tipo de argumentos no siguen la línea de la argumentación constitucional - a la que se oponen los grupos conservadores - para fincarse en razones del mundo inmaterial y, seguramente, divino.

“... la argumentación por esencias es ajena a la razón moderna más allá del ejercicio filosófico de ordenar al mundo en categorías. En otra palabras, comprender el mundo material a partir de la afirmación de la existencia de unas esencias trascendentales puede ser racional , pero esta no es la razón de las Constituciones y las leyes, fincadas en consensos políticos y en las contingencias históricas.” (Lemaitre, 2013:48)

Y si bien mi pretensión no es hacer una apología al carácter igualitario de las leyes, sí quiero señalar que el sostenimiento de los acuerdos representados en la norma consensuada en las instituciones del Estado se corresponde con garantizar su carácter laico y, específicamente, diferenciado de la ley natural o la ley divina basada, concretamente, en la creencia religiosa. De allí el interés de los grupos conservadores por pasar esta discusión como secular.

El discurso sobre la pretensión conservadora del bien común por encima de la libertad individual es una de las características que secularizan los discursos. Enfatizan en la necesidad de pensar en el colectivo más que en cada quien pues la defensa de la libertad individual viene a ser sinónimo de libertinaje.

“En resumen, podemos concluir que la perspectiva de género es una filosofía o mejor una ideología mediante la cual se pretende desconstruir (sic) los conceptos de familia, matrimonio y sexo, tal como los concebimos desde hace 2000 años, negando la existencia de un orden natural previo a la voluntad humana y determinante de la naturaleza de las cosas. Es, en suma, una revolución contra todo orden que no sea creado y manipulado por los detentores del poder financiero..., hoy lo que se pretende es destruir a la familia normal para reconstruir un concepto de familia nuevo, contrario al orden natural.” (Ordóñez, 2006:38)

“Resulta apenas comprensible que si se tiene como propósito desconstruir - yo prefiero, respetando nuestro idioma decir disolver- la religión, la familia, el sexo, el idioma, la educación, el derecho, en suma, la cultura occidental y cristiana, fundada en el reconocimiento de un orden natural creado por Dios, lo primero que se debe objetar o mejor negar, para que no tenga inconvenientes la demolición ulterior, es la existencia del orden natural como matriz del orden positivo.” (Ordóñez, 2006:105)

Este es un interesante marco explicativo para las apuestas frente a los derechos de las mujeres de gobiernos que no se reconocen como de derecha. o mejor, diría, contra los derechos de las mujeres. Al naturalizar la vida como valor absoluto se mantienen en un modelo de estado donde la ley divina impera como referente universal. Así que la decisión individual de las mujeres se remite directamente a la traición de la voluntad de un ser superior (sin importar su nombre) mientras que se aduce que no se es nadie para tomar el lugar retador. Un argumento que gana popularidad pues la fuerza de lo moral es tal que no compite con pretendidos proyectos socialistas de gobierno. Lo paradójico es que ese modelo de estado no opera para todas las formas de garantizar la igualdad social. Difícilmente les veríamos explicando sus apuestas antiextractivistas o de repartición de la riqueza desde la bondad cristianas.

. El pensamiento conservador puede ser progresista.

Esta contradicción para América Latina se ha hecho palpable porque las políticas públicas de gobiernos llamados progresistas no necesariamente se conjugan con las apuestas en pro de los derechos de las mujeres. Las tecnologías que operan el pensamiento conservador, no necesariamente, provienen de grupos conservadores de derecha o ultraderecha como es el caso de Colombia. Países como Ecuador y Bolivia permiten leer cómo el ejercicio del poder patriarcal no es parte del nuevo orden que promulgan las apuestas de los partidos progresistas que están en el poder.

. El lugar de las mujeres

Las tecnologías de control: patologizar, moralizar y encerrar que aquí conceptualicé devienen de cómo en los sistemas de salud la prestación de los servicios para las mujeres está cimentada en su concepción sobre ellas.

A lo largo de los capítulos anteriores he mostrado que dicha concepción está basada en una serie de creencias morales que constituyen al sujeto mujer, así:

. Ella es guardiana de la moral, de la tradición

. Está destinada, por la ley divina, a velar por la honra y la integridad de su familia. El destino le está dado. La construcción como ser histórico es parte inherente del ser varón.

. Es cuidadora de otras personas por naturaleza en tanto su ser, inferior al del varón, está dotado de características que logran con él una complementariedad para así vivir armónicamente en el lugar reservado para ella como sagrado: su hogar.

. Relegada al terreno de lo privado, ya que lo público ha sido establecido para los varones, es ese su espacio de desarrollo humano.

. Ella es el centro de políticas generalmente dirigidas al bienestar de otras personas o de la familia en su conjunto. Por ejemplo, campañas de vacunación, de cuidado de la infancia, de nutrición y alimentación a la familia y aún las de citología en las que se enfatiza que la familia le agradecerá que cuide su salud.

. La culpa y el sacrificio son características de su tránsito por los sistemas de salud. La primera funciona como ese comodín al que se recurre para limitar el ejercicio de su autonomía o sus salidas de los límites que se le han impuesto. Por ejemplo cuando decide interrumpir su embarazo, comienzan a operar las normas sociales que esperan devolverla al redil. Reitero, al lugar investido por lo sagrado mas que por poder.

El segundo es una constante en la medida que todo eso que debe entregar por los y las demás es lo que se espera de ella y, seguramente le será recompensado en el seno de esa familia ideal.

. La especialización de las virtudes de las mujeres en lo privado (en el hogar, como madre) enmascara su destino, y así su negación como sujetos históricos, magnificando la representación simbólica al ser la reina de la casa. De esa manera se blindo su posibilidad de salida y se le castiga tal intento porque quien ha pagado las consecuencias de ese abandono es la familia y, por ende, la sociedad en general. Aquí

aclaro que el punto problemático no es permanecer en casa si esa es su decisión. El asunto está en todo el tejido simbólico construido alrededor del propio encierro en un mundo que la limita cerrándole oportunidades de desarrollo y autonomía.

. Estigma

La estigmatización funciona como un mecanismo de castigo cuando un cuerpo rompe el orden. Las mujeres que intentan hacerlo son etiquetadas de diferentes formas como puta, loca, madre desnaturalizada, sin instinto maternal, libertina, en fin, diferentes apelativos que muestran como no ha llevado con decoro el mandato moral que le ha sido endilgado por haber nacido mujer⁴⁹.

Básicamente lo que se aleja de la concepción de normalidad es tildado de patológico, impuro, enfermo. Se estigmatiza y se carga negativamente de manera que la sanción social sea lo procedente para castigar o controlar a quien rompe dicho orden.

Ubicar la condición femenina como parte inherente de ese estigma es fundamental dado que éste no corresponde, en el caso de este análisis, a la presencia de una condición o diagnóstico clínico que marca cuerpos enfermos sino que esos cuerpos disruptivos se ven como una posibilidad que muestra los quiebres por donde el orden social, natural, puede romperse, o de hecho, ya se rompió. Las mujeres no tienen que hacer mucho para convertirse en dichas transgresoras. Su constitución como sujetos femeninos las ha puesto en ese lugar. Así opera la estigmatización.

. Las políticas de salud hacia las mujeres permeadas por el pensamiento conservador generan, a su vez, el sostenimiento de la desigualdad social.

A propósito sostengo tres premisas:

- La biomedicina ha constituido a las mujeres como objetos, textual y vivencialmente, lo opuesto a sujetos en la atención que ellas solicitan. Al momento de limitar la posibilidad de tomar decisiones sobre lo que es propio en la vida, como la salud, de participar en ella, de ser un sujeto independiente en la

⁴⁹ Este reciente caso es un perfecto ejemplo. Aquí el periodista relata el “escalofriante” caso de una mujer que intentó interrumpir su embarazo en su casa. El amarillismo del varón a cargo deja todo que desear para un cubrimiento periodístico: <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/retenida-mujer-inducir-aborto-su-propia-vivienda-articulo-554226> (El Espectador, 2015)

vivencia del paso por la atención, de ser tratadas como menores de edad nos remitimos a una objetivación de las mujeres, a una negación de su subjetividad.

Y tal construcción se sostiene en las tres tecnologías de control que desarrollé: patologizar, moralizar, y encerrar.

Para mí, desde el trabajo de campo, esta tensión tomó forma en la conclusión a la que llegaron las compañeras que aquí participaron: evitar que hablemos es parte de tratarnos como mujeres. El silencio se convierte, entonces, en una evidencia de la patologización y del cautiverio de ser mujer. Pues la patologización es más que el hecho de asignar una enfermedad a un sujeto. Es una tecnología para instalar la inferioridad en el marco de las creencias y del ejercicio de la profesión médica.

- El nivel de acceso a los servicios está directamente relacionado con el poder adquisitivo, y por ende, con la clase social. Quien puede pagar la salud en el sector privado asegura una atención diferente a quien debe seguir estos largos caminos, como los descritos aquí por las mujeres, para lograr desde una cita médica, hasta el medicamento o procedimientos más especializados. Ahora, esto no es unidireccional. Nuestros sistemas de salud son tan perversos en diferentes sentidos que eso no implica que la salud sea óptima. Así que como se dice coloquialmente en Colombia, las fallas en la atención suceden hasta en las mejores familias.

Sin embargo sí constituye un marcador que abre una enorme brecha pues la posibilidad de acceder, por los propios recursos económicos, a otros lugares de atención equivale a pagar por consultas a tiempo, mejores medicamentos, procedimientos oportunos y menores barreras de acceso; lo que puede equivaler a estar vivas o no. Además también aminora los efectos de la información no entregada a tiempo, con la calidad y veracidad necesarias por los servicios de salud pública porque el capital cultural permite acceder a ellos por otras vías.

Esta es una de las principales consignas en favor de la despenalización del aborto. Se dice que “Las ricas abortan. Las pobres se desangran” dado que en los sectores más vulnerables las medidas desesperadas que una mujer toma para interrumpir un embarazo ponen en altísimo riesgo su vida. Ahora,

para mí es claro que la premisa no da a entender que esto es responsabilidad de aquellas que sí acceden a los recursos. La responsabilidad es del Estado que no garantiza la posibilidad para todas y no garantiza que las mujeres pobres cuenten con los servicios en el marco del aseguramiento que por ley les corresponde. Este tipo de particularidades cambian por completo el contenido de los discursos sobre la salud gratuita y universal. Además el panorama debe matizarse acorde a la despenalización que se haya logrado en cada país.

Un factor causal, que no se evidencia tan continuamente, es que una mujer con la información necesaria, clara, veraz, oportuna podría moverse por el sistema con mayor éxito y sin tanto desgaste para sí misma, para lo que le es propio. En pocas palabras, si tampoco se accede a la información, como un mínimo, las puertas que se cierran son todas.

- La lectura de Reygadas sobre las desigualdades propone que uno de los elementos que las acentúa es la imposibilidad de mitigarlas por parte de quienes tienen las herramientas, es decir, de quienes manejan las políticas públicas.

“En muchas ocasiones en lugar de que las instituciones públicas y las políticas sociales tengan un carácter progresivo que contrarreste las desigualdades creadas por el mercado, adquieren un carácter regresivo que acentúa las disparidades ... En conclusión, una de las razones principales por las que América Latina es la región con mayor desigualdad de ingresos en el mundo es por no haber logrado construir un Estado de bienestar sólido, capaz de ofrecer servicios de salud, educación y seguridad social de buena calidad a la mayoría de la población.” (Reygadas, 2008:163,164)

Profundizar la lectura de las desigualdades sociales desde otras perspectivas, que complementen la económica, es un elemento fundamental para abrir la reflexión hacia análisis que incluyan la desigualdad basada en el género para, específicamente, abordar las enormes brechas que en salud ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres.

“La subalternidad, según Gayatri Chakravorty Spivak, no es sólo el lugar de la exclusión, también es el lugar idóneo para pensar el dominio fuera del campo estrictamente económico; quizá diría yo, el lugar donde elaborar las propuestas de superación de las relaciones de fondo que permiten las hegemonías. El lugar desde dónde asediar la hegemonía” (Gargallo, 2010: 169)

. *Investigación feminista y el punto de vista feminista.*

“La teoría del Punto de vista es una epistemología y teoría de la ciencia de transición que apunta a un mundo en el que la verdad y el poder no surgen de los mismos lugares sociales como ocurre hoy”.(Harding, 2010:64)

Con esta investigación pongo de manifiesto que a pesar de los contundentes avances del feminismo frente a la producción de conocimiento, en temas relativos a la salud de las mujeres, el camino sigue siendo largo. Si bien las voces de las mujeres se oyen como apuestas y como críticas ante las enormes fallas en la prestación de los servicios de salud los escenarios de producción de políticas públicas, especialmente, aún se reservan a una cierta élite del saber médico que está permanentemente alejado de la vida y las vivencias de las mujeres. Del mismo modo, que el momento de la atención y la escucha del malestar.

En este campo siguen presentes las prácticas que hablan de lo genérico y usan el denominado por Haraway, truco de Dios.

“El movimiento de las mujeres necesitaba conocimiento que fuera para las mujeres. Por mucho tiempo las mujeres habían sido objeto de los proyectos de conocimiento de otros. Sin embargo, las disciplinas de investigación y las políticas públicas que dependían de ellos no admitían marcos conceptuales en los que las mujeres como grupo pasaran a ser sujetos o autoras del conocimiento. los hablantes implícitos de las frases científicas nunca eran mujeres, sino supuestamente humanos genéricos, lo que significaba hombres o incluso, como lo expresó brillantemente Donna Haraway, la ciencia debía ejecutar el truco de Dios de hablar con autoridad acerca de todo en el mundo desde ningún lugar social en particular ni desde ninguna perspectiva humana. Sin embargo, las feministas hicieron notar que tales marcos conceptuales de las disciplinas y las políticas públicas nunca alcanzaban tal perspectiva transcultural: era evidente que representaban intereses y preocupaciones sociales fáciles de identificar y muy rara vez eran las de las mujeres; peor aún, esos marcos conceptuales con frecuencia representaban intereses contrarios a los de las mujeres.” (Harding, 2010:46)

Aquí he querido basarme en la fortaleza de la Teoría del Punto de vista feminista a fin de no sólo leer hacia arriba “la explicación de las instituciones sociales dominantes y sus respectivas ideologías” sino de

estudiar hacia abajo y así explicar las carencias de la salud que no logra ver en su interior a las mujeres a no ser que sean las que la propia biomedicina ha construido. Asimismo aquí evidencio cómo las políticas públicas/programas/lineamientos que se refieren a ese sujeto mujer estandarizado y nada específico obstruyen la construcción de conocimiento específico respecto de los cuerpos, la vida y la salud de las mujeres. (Harding, 2010:47)

. Lo político de la política pública.

Desde las contradicciones que evidencio al adentrarme en el concepto de circularidad voy marcando un camino, lleno de las reflexiones de las mujeres, que evidencian cuánta distancia hay entre lo que buscamos como mujeres en la atención en salud y lo que recibimos. Pero además muestra la casi nula participación de las organizaciones de mujeres en la construcción de esas apuestas por la salud que se han mostrado como logros de las administraciones de Bogotá. Claramente los cambios que podemos contar se han basado en el trabajo de mujeres organizadas que logramos adentrarnos en la estructura institucional y será el único mecanismo para que se sostengan ante los cambios de gobierno de la ciudad.

Es el caso de la UPA* amigable en que las mujeres de Fasol insisten hace casi ocho años. Está enredada en un montón de trámites fallidos, de contratos no ejecutados, firmas por recavar. Mas si logran pasar por esa etapa se viene la negociación política, de nuevo. Pues aunque ganaron esa apuesta frente al gerente del Hospital del Sur de aquel entonces, no existen documentos que avalen ese acuerdo y por el camino, varias-os funcionarias-os les han insistido en que pueda ser un obstáculo para enfrentar no sólo con esta entidad, también con la Junta de Acción Comunal* del barrio pues allí insistentemente las enfrentarán con la pregunta por “el resto de la población” si piensan que la UPA* sea para las mujeres.

Lo emocional es político

Ciertamente la salud no está puesta en una imagen, ni es exactamente lo que se ve en una foto. Y es ese el carácter a resaltar. Lo que se muestra es la realidad para la mujer que está detrás de la cámara, lo que ella vive al conectarse con la idea de la salud para sí misma. Y siguiendo este texto ese es justo el producto de la exposición de las fotografías. Cada quien llegó a ese lugar que ha sido común en toda la investigación, a la dimensión emocional de su apuesta política. Para ellas lo emocional es político y a

través de la siembra en el Comité de Salud están convencidas que llegarán a la modificación de esos esquemas de salud para las mujeres que les niegan la posibilidad de ser⁵⁰.

Esbozo, también, la propuesta metodológica del uso de la imagen como un “ponerse en el lugar” de la cotidianidad de las mujeres reforzando el carácter simbólico de ésta.

. *Nuevos campos en disputa.*

Este aspecto nos enfrenta a otro asunto. El ordenamiento jurídico generalmente está a cargo de la normativa de esas políticas públicas. Lo que implica la entrada de dos campos más en disputa: el político y el jurídico.

Dado que como aquí lo he mostrado, para mí el control sobre el cuerpo de las mujeres no es una acción individual o casual. Sino que es parte de un proyecto político para sostener el orden natural como el orden social.

5.2 Los caminos de salida

- *Circularidad.*

Mi apuesta al construir este concepto es desarrollar una categoría desde la que se lean críticamente programas/políticas públicas en salud para las mujeres.

La circularidad se convierte en una herramienta para dilucidar las contradicciones en las que puedan incurrir dichos programas o políticas⁵¹ que, basadas en creencias morales respecto del lugar de las mujeres, se traslapan al momento de la atención y evidencian cómo operan los mecanismos de control sobre el cuerpo de las mujeres.

⁵⁰ Como se muestra en el Interludio sexto.

⁵¹ Como lo aclaré en la introducción he usado nombres que abarquen el conjunto de estos y sus variaciones

De allí la apuesta es favorecer elementos noseológicos, metodológicos y epistemológicos que se traduzcan en políticas públicas que giren alrededor de un concepto feminista: el cuidado de sí misma. Eso que el sistema no nos permite, ni facilita. Sería la manera de fortalecer servicios de salud pública para las mujeres.

Por ejemplo, el término autocuidado - tan utilizado actualmente al hablar de salud - no tiene las mismas implicaciones que el "cuidar de sí misma". Aquel, para mí, pierde todo el contenido político porque equivale a usar el mismo discurso que pretendemos subvertir sin darle otro carácter. El autocuidado se remite al cuerpo por lo que yo llamaría una obviedad, es decir, por estar implícitos la salud y una manera de entender el cuidado que no traspasa las limitaciones patriarcales de la inferioridad de las mujeres. Mas la reflexión estructural está puesta en que el cuerpo de las mujeres ha sido objetualizado porque desde él son muchos los procesos sociales que pueden ser controlados.

El cuidado de sí misma permite nombrar a la mujer como el centro de esa apuesta. Ella, con su cuerpo, con lo propio y cuidando de sí, siendo un ser para sí, no para otros. Poniendo el énfasis en el contenido político de una de las premisas feministas fundamentales desde Simone de Beauvoir.

- *Acción feminista.*

Darle autoridad es uno de sus caminos. Autorizar a la otra se convierte en una de sus apuestas políticas; pues así ella podrá hablar, errar, acertar, decidir, jugársela por todas en un escenario donde gran parte del tiempo estará sola. Hasta que logremos movernos tantas que muchas mujeres con cuerpos y pensamiento de mujer, estén allí sentadas. (Mujeres Fasol, Segundo interludio)

"Desde sus inicios, el feminismo latinoamericano estuvo preocupado por definir límites indefinibles: ¿eran feministas las mujeres de las organizaciones que se reunían al margen (o en las orillas) del movimiento popular urbano, los sindicatos, las agrupaciones campesinas? Acusaciones y retos mutuos fueron lanzados por mujeres contra las mujeres que se negaron a considerar feministas a las que se organizaban alrededor de los valores familiares (pobladoras, madres de desaparecidos políticos, etcétera) y contra aquellas que las consideraron parte de un único movimiento de las mujeres, haciendo invisible la radicalidad feminista... Sólo Amalia Fischer y, en menor medida yo, sostuvimos constantemente que no importan los sectores que conforman el movimiento, sino las

ideas que lo atraviesen y lo constituyen y que son estas ideas las que dan coherencia a la actuación feminista, las que sostienen esta actuación precisamente como tal.” (Gargallo. 2004:18)

Y esta cita se traduce en unas de las palabras de Magdalena, “la salida es enamorando a otras”.

Como Bourdieu lo establece en las leyes de los campos (ver capítulo I) quienes generan disidencia generalmente no pertenecen a él. Así que quienes subvierten este traslape del campo religioso y el campo médico no necesariamente son parte de estos, aunque pueda haber herejes a su interior.

O como Castro propone, la forma de generar cambios al interior del campo médico, es lo que él denomina ciudadanización,

“Hemos visto que, aun habiendo normas puede incurriarse en conductas que las contradicen, pero que son consistentes con la lógica de la práctica del campo. Si estos hallazgos son correctos, las implicaciones apuntan hacia una agenda política de enorme envergadura: además de la ciudadanización de los servicios de salud —espacio de ejercicio de los derechos como personas y ciudadanos— es imprescindible realizar importantes reformas en la estructura del campo médico, si se quiere dar lugar al nacimiento de otro habitus, menos autoritario, menos propenso a reivindicar para sí todo el poder y toda la atención del campo”. (Castro, 2013: 20)

Es fundamental apostarle a mover el campo desde adentro. Y quizá la circularidad pueda ser una herramienta en tanto cuestiona las creencias que allí se reproducen. Además de recoger lo que ha sido la experiencia de quienes hemos conformado los equipos de referentes* de género en la red pública*.

Castro, además, propone que el elemento central que facilita el ejercicio del poder representado en la violencia contra las mujeres, para este caso obstétrica, radica en el habitus compartido por quienes se forman en ciertas profesiones médicas. Lo que he hecho es adentrarme en un elemento central de este habitus, las creencias, para mostrar que efectivamente no son una serie de circunstancias que dependen del carácter de quien les atiende sino que obedece a un proyecto político articulado en diferentes campos. Y, por supuesto, no a una suerte de conspiración como nos refutan por ahí. Son las estrategias

propias de una sociedad cimentada en los valores conservadores que históricamente han diferenciado a los-las inferiores.

Efectivamente al trabajar con el personal de salud se encontrarán alianzas, se removerán algunas de las bases de esas creencias. Mas si el saber está en las mujeres que se acercan a los servicios, la ruta sería otra.

Esta oportunidad feminista con las mujeres de CPC-Fasol, me ha reafirmado en que el camino más fuerte es la acción política de las mujeres, la acción colectiva. Al estar informadas, al conocer exactamente qué es eso que llaman derechos, al conocer las políticas que se han logrado desde el movimiento de mujeres, los programas que existen desde las instancias públicas, pero especialmente al reconocer las barreras de acceso, el trabajo colectivo tiene que ser la posibilidad real.

Y es tanto lo que queda para deconstruir los malestares de las mujeres. En medio de dar potencialidad del saber, de conocer para oponernos a la deficiente prestación de los servicios de salud, la acción política toma un efecto liberador⁵² de la organización de las mujeres porque para construir esos saberes lo importante es conocernos suficientemente, reconocer por qué son importantes servicios de salud pensados para las mujeres, reconocer por qué hoy tantas de nosotras no creen importante que la UPA nos atienda de manera preferente. Valorar esos momentos como el del telar (Ver Segundo Interludio) donde las mujeres se encuentran y en algunos días sencillamente duermen, descansan y salen reconfortadas.

Resignificar nuestros momentos, el cuerpo y los espacios designados para nosotras es una tarea política y urgente que habla de la importancia de recomponer nuestro cuidado cargándolo simbólicamente de un efecto liberador y sanador.

Estas mujeres en su vasta experiencia han dinamizado la importancia de la participación ciudadana a partir de la nueva ruta que le otorgó la Constitución del 91 y así se han instalado en la dinámica de la localidad*, han aprendido del manejo de recursos públicos, de cómo se participa y se aporta en proyectos locales, hacen veeduría* a todo ese componente en la alcaldía local*. Así que el acercamiento a la política pública en estos últimos 24 años ha sido completamente diferente para las organizaciones

⁵² Esta cita la tomo de la recomendación que en mi candidatura hizo la profesora Fátima Flores.

sociales y claro, para las mujeres. “La participación ciudadana ... remite así a esa acción participativa en la que los individuos y los actores sociales toman parte en los asuntos públicos, ya sea a través de la convocatoria estatal y la participación en los espacios institucionales, o ya mediante el desarrollo de una política que emana de la sociedad civil y crea mecanismos de interlocución e intervención y espacios de intermediación con las instancias del sistema político.” (Álvarez Enriquez, 2009:109)

Toda esta dinámica de intercambio como organización con lo público ha marcado una diferencia en el ejercicio ciudadano de las mujeres de la ciudad y en la forma de relacionarse con lo público. Eso se percibe en su forma de intervenir la ciudad y de incidir en diferentes espacios que se abren para la comunidad. Y como lo ha desarrollado Lucía Álvarez Enriquez, la forma en que las mujeres de Fasol han interlocutado con el Estado se mantiene en el marco de la participación no institucionalizada (Álvarez Enriquez, 2009) aunque como se deja ver en los interludios también se están pensando la necesidad de encontrar alianzas para comenzar a incidir en espacios institucionales como la Junta Administradora Local.

Y esta es una muestra de cuánto de lo que el mundo patriarcal tiene para las mujeres puede deconstruirse a través de la acción política feminista. Y uno de esos campos es la injerencia de las mujeres en las políticas públicas que determinan su atención en salud. Y aunque la sociedad profundamente conservadora se opuso y se opone, las mujeres han puesto en el debate público los temas que las han relegado a ese mundo de lo privado cuestionando, además, el valor sagrado que a estos se les da. Ese es el recuento del movimiento de mujeres en muchas partes del mundo y de América Latina. Y es el balance del trabajo de las mujeres de Fasol, en Bogotá.

“Como ha podido constatarse en el caso del movimiento feminista, los alcances de esta experiencia han sido relevantes en lo que refiere al posicionamiento de temas públicos, el establecimiento de modalidades horizontales de interlocución con el gobierno, la orientación de enfoques y contenidos de las políticas públicas, la formulación de una nueva legalidad y el reconocimiento de derechos. Algunos de estos avances han mostrado resultados tangibles, como la inserción de ciertas temáticas en el debate de las instancias públicas (aborto, derechos sexuales y reproductivos, etc.); la modificación del enfoque, los lineamientos y las acciones de

ciertas políticas públicas (salud sexual y reproductiva, violencia intrafamiliar, delitos sexuales); la promulgación de leyes y de nueva institucionalidad (violencia intrafamiliar, creación del Instituto de la Mujer, etc.) y el reconocimiento de ciertos derechos (sexuales y reproductivos, a la salud, etc.), que en algunos casos han sido reglamentados y puestos en vigencia.” (Álvarez Enriquez, 2009:132)

Así que el camino está trazado.

- *Salud pública. Saber y poder.*

La salud pública se ha entendido como la salud colectiva o la salud de las poblaciones, según las diferentes escuelas que la estudian, mas innegablemente uno de sus puntos fuertes es la promoción del bienestar en las poblaciones más pobres.

Así que las reflexiones que ocupan mi tesis no se remiten necesariamente a los servicios de salud en general sino a la prestación de los servicios de salud pública en particular. Porque estos, para mí, son la puerta de entrada al sistema. Es decir, si se logra un excelente nivel de información se llegarán a implementar excelentes servicios de promoción y prevención y esto redundará en una mayor libertad para que las mujeres utilicen y transiten los diferentes niveles de la atención en salud.

“Por ello estoy de acuerdo con Donna Haraway en que podemos y debemos convertir a las mujeres en agentes de cambio y hacer el paso hacia mujeres como seres protagonistas de su salud y su destino, y no víctimas eternas en manos de sus agresores y agresoras, físicos, imaginarios o simbólicos.” (Valls-Llobet, 2009:27)

. *Sí, muchas políticas están pensadas hacia las mujeres. Mas ¿Hacia cuáles mujeres?*

Cuando se posicionan los asuntos de las mujeres como asuntos de derechos - y aquí lo hablo desde mi experiencia laboral y como feminista - los cuestionamientos gran parte de las veces se abocan a que en el marco de las políticas sociales son numerosas las políticas que están dirigidas a las mujeres, olvidando a otros sujetos o poblaciones. Y justamente este es el argumento que permite mi respuesta.

¿Hacia cuáles mujeres se piensan las políticas de atención? Justo a ese sujeto femenino ideal, que perpetúa la moral, que mantiene los valores tradicionales que sostienen el orden natural en donde ella

tiene su lugar inamovible como guardiana de la tradición, en la familia que es sagrada. Y no digo que esto sea un acto premeditado o alguna especie de persecución orquestada hacia las mujeres. El asunto es que es parte de ese habitus incorporado que se ha producido y reproducido socialmente y, por tanto, requiere de procesos de confrontación y análisis rigurosos para cuestionarlo y superarlo. Considero que la condición de las mujeres como categoría analítica es idónea para la comprensión de la mujer como sujeto epistémico y, así, sujeto de políticas en su condición genérica: “está constituida por el conjunto de relaciones de producción, de reproducción y por todas las demás relaciones vitales en que están inmersas las mujeres independientemente de su voluntad y de su conciencia, y por las formas en que participan en ellas; por las instituciones políticas y jurídicas que las contienen y las norman; y por las concepciones del mundo que las definen y las interpretan.” (Lagarde, 2011:78)

. La crítica a la moralización y la medicalización pasa estructuralmente por el carácter “objetual” con el que concibe a las mujeres para su atención.

Problematizar la medicalización busca reconocer la diversidad de las mujeres, en su conjunto, y la subjetividad como seres individuales. Efectivamente la atención en salud no podría guiarse desde la individualidad mas sí desde la situación de las mujeres, es decir, desde la interseccionalidad de categorías (como género, clase, étnia, orientación sexual, etapa de ciclo vital, lengua, costumbres, tradiciones entre otras) que permiten pensar que ellas están pluralmente determinadas y así proponer planes, programas, lineamientos o políticas inclusivas. La categoría macro que propongo utilizar es la situación de las mujeres: “se refiere al conjunto de características que tienen las mujeres a partir de su condición genérica, en determinadas circunstancias históricas. Las mujeres comparten como género la misma condición genérica, pero difieren en cuanto a sus situaciones de vida y en los grados y niveles de la opresión.”⁵³ (Lagarde, 2011:79)

El ideal de la promoción y la prevención desde el sistema de salud es la generación de acciones, estrategias y personal a cargo capaz de fortalecer las potencialidades de las mujeres frente a su autonomía, su salud, su posibilidad de decidir y del goce de la salud como libertad, “la que crea

⁵³ Me permito introducir una pequeña reflexión sobre una tendencia actual frente a las políticas públicas y a propósito del enfoque poblacional: las mujeres no somos un sector poblacional. Somos transversales a todo sector poblacional pues no hay condiciones como la niñez, juventud, adultez, vejez, la étnia, la clase o situaciones como el desplazamiento forzado sin mujeres que las encarnen.

condiciones para la libertad personal, la autonomía personal, para la toma de decisiones de los individuos". (Valls, 2009:110)

El que la laicidad se convierta en un valor que estructure los sistemas de salud es parte ineludible de la problematización de la condición femenina dado que el debate sobre las creencias morales, aunque pareciera obvio, es parte clave del marco explicativo de las barreras de acceso cotidianas en los servicios de salud para las mujeres.

El control sobre la sexualidad es un dispositivo que ha sido alimentado en el patriarcado desde diversas ópticas. Una de ellas, es la relación de las mujeres con los servicios de salud en tanto nos enfrentamos a un complejo de medidas de atención en las que las mujeres no son más que cuerpos físicos pero, a su vez, con destino, hechos - biológicamente hablando - para tareas que superan la mera anatomía y "le dan cuerpo" a las formas sociales que a través de la organización social de género se han instalado para las mujeres. Cuerpos que han sido encerrados y disciplinados, por encarnar lo femenino, y por ende, no romper el orden natural.

Trabajar en función de resignificar el tiempo y el espacio para las mujeres.

Esto hoy para mí se define a través de las frases de Magdalena y la manera como las mujeres de Fasol resignifican la UPA que están luchando para su localidad.

Ese clásico e impersonal lugar de atención en salud puede ser un espacio para la escucha, para ese cuerpo que grita por ser oído. Un lugar donde los trámites de días enteros se eliminen dado que, seguramente, cada mujer hace los de gran parte de su familia - o de toda - y si quizá le sobra tiempo, hace los propios.

Salud amoralizada

"Introduce el concepto salud para disfrutar o salud para vivir para entender un nuevo concepto de salud ligado a la potenciación de la energía de las personas, a mejorar su rendimiento físico e intelectual subsanando la mayoría de carencias metabólicas o las disyunciones endocrinológicas. Un concepto de salud relacionado con la calidad de vida, con la capacidad de trabajar en mejores condiciones, pero no sólo entendiendo el cuerpo como productivo, sino como cuerpo de seres capaces de gozar el ocio, de la sexualidad, de la sensualidad y de las relaciones humanas. Tal como lo reflexiona Judith Butler, ¿nos podemos plantear una salud para disfrutar, si muchas de las mujeres sólo se pueden permitir sobrevivir" (Valls-Llobet, 2009:26)

Celia Amorós propone como una de las tareas de la teoría feminista remover la moralización.

“La teoría feminista ha tenido que habilitar conceptualizaciones idóneas para subsumir en ellas fenómenos aparentemente heterogéneos y dispersos. Ha podido hacerlo porque, como teoría su misión es ver y “hacer ver”, visibilizar; ahora bien, como teoría crítica que es, su “hacer ver” está en función de un irracionalidad e inmortalizar conductas que en su día fueron consideradas socialmente como de recibo.” (Amorós, 2008:54)

Siguiendo su elaboración la apuesta que aquí propongo es la **salud amoralizada**. Este concepto, para mí, está lleno de determinaciones feministas: es una salud pública (en el sentido de ser un derecho universal); gratuita; libre de prejuicios; capacitada y formada para hablar de su salud con las mujeres. Es una salud laica, es decir, enmarcada en la diferencia entre el creer de cada quien y la prestación de servicios de salud que no estarían permeados por algún tipo de creencia religiosa. La laicidad presume la separación de la Iglesia y el Estado como instituciones sociales con un carácter totalmente diferente en términos de las tensiones individuo sociedad. Mas dicha característica no es suficiente para la garantía de la libertad.

Laicizar los servicios de salud es, además, una apuesta por recomponer el ejercicio de las libertades individuales. Desde el pensamiento conservador, como dispositivo y proyecto político, un elemento fundamental es restringir la libertad a partir de la idea del libertinaje y el individualismo como causa de las crisis de las sociedades contemporáneas. Entre mayor sea el control sobre los cuerpos, la limitación a su capacidad de tomar decisiones, a optar, y además, mientras dichas opciones sean más reducidas, menor será el colapso social. Claro, porque menor será la ruptura del orden divino.

En el marco de este reto las deudas particulares con los sujetos femeninos parten de la percepción misma de estos como cuerpos atrapados en su feminidad. Y cuya libertad se restringe en pro de la conservación de dicho orden. “... esto significa que los síntomas de la llamada “sociedad del yo” no pueden ser combatidos con menor sino, al contrario, con mayor libertad; me refiero aquí, desde luego, a la libertad política. Asumida y ejercida activamente, en efecto, la libertad política funda vínculos en el espacio público y es, por lo tanto, exactamente lo contrario del mercado neoliberal” (Beck, 2002:8)

Una salud amoralizada, como una salud laica en dichos términos políticos y no sólo de la presunta separación de la iglesia de los asuntos del Estado, garantiza la libertad política de las mujeres. Es decir garantiza su vida digna y las posibilidades para desarrollarla reconociendo las potencialidades de sus cuerpos y de su subjetividad construida por ellas mismas.

“Es verdad que las mujeres, en todas partes del mundo hasta en aquellas sociedades que han inscrito en sus banderas los derechos fundamentales, siguen siendo excluidas en la realidad social de la participación efectiva en la libertad, a la que teóricamente tienen derecho. Pero, a la inversa, nadie puede desconocer que esta contradicción entre reivindicación y realidad despliega siempre una eficacia subversiva, difícilmente controlable, cuanto menos en forma latente.” (Beck, 2002:176)

Una de las conclusiones feministas más relevantes de esta tesis es que la apuesta frente a la ideología conservadora es quebrar en la base la dominación hacia las mujeres. La apuesta colectiva debe ser la amoralización de la salud de las mujeres. Y es una tarea conjunta. Hacer evidentes los mecanismos de control y cada una de las acciones que operan la discriminación a través de estereotipos que favorecen la tradición, la inferioridad femenina y las creencias religiosas como estandartes de las políticas de salud.

Como lo hacen las mujeres de Fasol, la acción colectiva tiene que ser la salida, el camino posible para que las mujeres podamos acceder a servicios de salud que nos permitan vivir en bienestar. Que nos permitan estar vivas.

Yo diría que más que ser el problema es una oportunidad para problematizar el lugar de las mujeres en el sector salud. La sentencia que la mujer no cuida de si misma, como cuida de otras personas, remite directamente a la culpa; si se enferma es su culpa. Es decir, el problema, además del malestar, son nuestra responsabilidad.

En esta misma línea, analicé la intervención de una de las funcionarias del hospital quien refirió que podrían conseguirse otros puntos de atención llamados “Consultorio rosa” en tanto “seamos nosotras quienes hacemos la demanda” (Fragmento de diario de campo, 2014). Es decir, que en el marco del perverso sistema de salud si estamos exigiendo que se nos atienda, además con un enfoque pensado

para las mujeres, debemos garantizar que las mujeres lleguen al servicio de salud para que el hospital no lo cierre. Al mejor estilo de la tienda de la esquina. Si no se vende, apague y vámonos.

Este elemento me remite a otros dos:

- Uno, la culpa como un continuo en el abordaje de la salud de las mujeres. Nos enfrentamos a servicios de salud pensados en función de lo que no hacemos, no tenemos, no logramos, no podemos, de lo que nos está prohibido. De todas las deudas que le tenemos a la sociedad.

- Dos, el trabajo comunitario nos lleva a preguntarnos sobre qué más podríamos hacer, o qué no hicimos, en el marco de la exigibilidad al Estado. Mas justo el momento opuesto desde la acción social es que no podemos hacer responsables de lo que el sistema no hace. Así se termina asumiendo el compromiso por el cumplimiento de políticas públicas frente a las cuales la acción social opera como veedora o co-responsable. La acción social es parte de la exigibilidad. Eso es claro. Mas no implica suplir las funciones del Estado. Son elementos complementarios mas no idénticos.

La promoción, si bien es parte de la responsabilidad social, no puede ser asignada a la comunidad. Su esfera es la de la acción compartida. La afluencia de las personas a los servicios de salud no puede ser asunto de quienes requieren de éste. Pero más que seguirle el perverso juego a la neoliberalización de los sistemas de salud, donde la relación es de cliente con vendedor-a, el objetivo sería desarrollar servicios que, encaminados a la prevención, detecten a tiempo el sufrimiento, la enfermedad. De manera que allí todas las personas de la comunidad son parte de la población que necesite el servicio.

En el quinto interludio nos dimos a la tarea de establecer "eso" de lo que hablamos cuando hablamos de salud de las mujeres como apuesta para condensar tanto estas conclusiones como la pregunta por la importancia de estructurar lo que negociarán con el Hospital frente a la UPA amigable para las mujeres en el momento en que logren desenredar los trámites.

Sin embargo la tarea es permanente. Darle la vuelta a lo que nos han enseñado que es la salud; ese escenario ajeno, impersonal, frío en el que quien menos decide es cada una de nosotras. Así que,

“Para hablar de salud en clave de mujeres lo primero que tenemos que lograr es que lleguemos a la consulta.” (Magdalena, Fragmento de diario de campo, 2013)

Interludios

Sexto

“ - Las verduras para los burros - Por eso las hice para ti, mi amor”

En el parque trasero de la Casa de los niños y las niñas nos sentamos a compartir entre nosotras a partir de la pregunta por el bienestar en la vida. Con frío, y esperando que llegaran las compañeras que salieron por las arepas* con queso, Alejandra arrancó la conversa.

“Las mujeres permanentemente nos enfermamos pero suponemos que eso solo les pasa a los otros. Tenemos tan metido nuestro rol que nunca nos preguntamos ¿qué va a pasar conmigo? ... Las que tienen pareja temen manifestar lo que presentan en su cuerpo o en sus órganos reproductivos, por prevención a expresarlo. Nos da pena. Porque nos dicen que somos inmunes a la enfermedad porque soy la esposa.” (Fragmento de diario de campo, 2015)

Aquí tomó forma el primer ingrediente de “eso” que hace particular hablar de la salud para las mujeres:

Nuestros miedos.

De muchas clases, asentados en diferentes lugares, generados por miles de vivencias diferentes, uno de ellos es el relativo al cuidado de nosotras mismas o de las personas que tenemos a cargo.

“En el caso mío pienso que le pido a mi Dios que si me manda una enfermedad que no esté dependiendo de los demás”

“Miedo al maltrato en mi vejez. Tengo como una tristeza de una noticia que vi ayer que la hija le pega a la mamá de 85 años”

“Con el caso de mi madre le tenía miedo a tenerle una enfermera y que la maltratara. Si uno atendiéndolas siente algún grado de culpa qué será con otra persona”

“Miedo a ser atendida de urgencias sin saber que estaba enferma”

“Uno entra con miedos. Y son los que nos impiden llegar a exigir una salud plena.” (Fragmentos de diario de campo, 2015)

Trabajamos y nos oponemos a ser exclusivamente cuidadoras justamente porque en nuestras vidas es una realidad, cuidamos de otras personas y, por ende, sabemos lo complejo que es el ejercicio y nos surgen todos los temores posibles al dejar esa tarea a cargo de otras ... mujeres, por supuesto. Y, claro, ronda siempre esa pregunta latente ... ¿Quién va a cuidar de mí si soy yo quien cuida de todos?

Ahora, nuestro diario paso por los servicios de salud, a razón de la propia o como acompañantes, nos deja ver un enorme agujero en el acercamiento y la vivencia de nuestros dolores, la calidez con que nos atienden o no las y los profesionales. Quienes viven, quizá, en medio de un mundo lleno de tristezas, de muertes, de desencanto pero las historias no son las mismas para todas las personas que por allí transitamos; y aunque lo fueran, otro color deberían tener. Así que nuestra segunda apuesta por la salud de las mujeres es garantizar un **trato cercano, oyente y humano**.

Además la salud viene por estratos*, nos cuenta Marcela.

“Al parecer la tecnología llega solo para ciertas personas. Hace poco acompañé a alguien que tiene medicina prepagada* a una colonoscopia y yo vi los aparatos, dije: ¿mierda, eso existe?

Yo pienso ¿Si algo no genera tanto dolor, por qué no es para todo el mundo?

Eso me genera rabia y malestar.

Y apoya Alejandra,

Es igual que el ejemplo de los territorios saludables. Dicen que son para población en situación de vulnerabilidad y entonces, el cruce entre esos dos ejemplos, nos deja por fuera a otra parte grande” (Fragmento de diario de campo, 2015)

Así, esta salud transformadora, pensada desde las mujeres, **valora las particularidades de clase** que implican los territorios que habitamos. Sin supuestos sobre lo tanto o lo poco de las condiciones materiales pues el precio del bienestar no está condicionado.

Del mismo modo que ha de **darle valor al tiempo**, a la vida que se nos pasa allá sentadas o vaya aquí haga un trámite y otro.

“Yo sí creo que el tiempo desde y para nosotras tiene otra connotación. El valor que le damos y como lo usamos. Pero además es lo que vales como humana; la actitud de los y las estudiantes,

de quienes se van a graduar, sus risas, su falta de respeto hacia quienes allí estamos. Es el trato a los demás.

A mí me aterra estar en una citología y que vaya a entrar el portero*” (Fragmento de diario de campo, 2015)

Escuchar el cuerpo

Un elemento que en sí mismo dice todo sobre cómo las mujeres percibimos la salud de manera diferente.

“Cuando somos jóvenes nos sentimos infalibles. Nada nos va a pasar. Luego vemos que como de el dicho los años no vienen solos. Vienen con los ayayayes.

En ese lapso entre un momento y otro. ¿qué pasa? Yo creo que es la muestra de a poca percepción sobre nuestro cuerpo.

¿Le pusimos cuidado al cuerpo? Como lo que contaba ahora Anita. Ella sí tenía síntomas, pero, ¿los oyó?”

Entonces en grupo nos preguntamos ¿Cómo lo movilizamos?

Y surge un tema central en la vida de las mujeres, la alimentación.

“Ahora que tomamos más conciencia de la alimentación. Cómo con lo que poco que una tiene, soluciona.

Pero cedemos por el tema del cuidado de los-las demás.

A lo que responde Inés: “Luego dicen es que mi marido no come verdura. Me dice eso el maíz es pa’ los pollos y las verduras para los burros”

Generando la risa de todas, graciosamente Bernarda, interviene: Ahí es cuando tú le dices: Por eso las hice para ti, mi amor” (Fragmento de diario de campo, 2015)

Cómo lo dice Alejandra, ¿cuándo tomamos conciencia de los ayayayes?

Y hablando de las maneras de curarnos entramos en el terreno de la automedicación. Si bien es cierto que de muchas maneras pasamos el conocimiento entre nosotras, allí hay un límite importante, pues

“Hacemos círculos de recomendación y así la pastilla, la hierbita que le sirve”

Mientras otras, a su vez, apoyaban diciendo:

- “- Uno se va y se toma el matrimonio* y listo.
- La solución más fácil es tomarse una pastica o una agüita. Somos excelentes para la automedicación porque fulana le dijo.
- Yo me tomé eso y me alenté"
- Nosotras cuando vamos ya estamos enfermas" (Fragmentos de diario de campo, 2015)

Así que este elemento giró alrededor del cuidado de sí misma centrado en la información y la prevención de complicaciones **mediando entre nuestras distintas creencias en las formas de sanarnos y enfermar.**

En medio del frío aparece una frase que nos hizo asentir con la cabeza. Surgió algo que a las mujeres nos marca, la juventud frente al deterioro del cuerpo.

Envejecer. Eso que ahora se posiciona como un proceso que arranca desde el nacimiento, para nosotras se convierte en una cuenta de cobro en diferentes aspectos de la vida. Es enorme **lo que pesa ser vieja en el cuerpo.** Y por supuesto el matiz debe ir incorporado, el peso es una suma de lo que a mí me genera y lo que me asigna la mirada de quien me juzga.

“Ellos se vuelven calvos, barrigones y son cuarentones guapos. Nosotras nos quedamos viejas y menopaúsicas” (Fragmento de diario de campo, 2015)

Una característica que nos llevó a la siguiente y que ya habíamos esbozado, el carácter moral que impregna momentos y vivencias relativas a nuestra salud, **la culpa.**

“Nos reciben con la recriminación “es que usted, no se cuidó; es que no lo usó a tiempo; es que usted no vino; es que está pasada de peso; es que no reclaman el resultado.

Yo me pregunto si el sistema lo tiene tan detectado ¿Por qué no hace algo?” (Fragmentos de diario de campo, 2015)

Y a mí me surge la inquietud, quizá justo es que no lo tiene detectado. Pues el límite entre fortalecer la promoción y la prevención en salud y culpar al “paciente” puede volverse una línea muy delgada que excusa las carencias del sistema exponiendo a las mujeres, de nuevo, a una condición que se naturaliza y que, especialmente, aporta a su inferioridad. Ellas requieren de la tutoría del sistema por su falta. Un claro ejemplo lo son los programas de cáncer de seno, de cuello uterino y de mortalidad materna cuyos focos de prevención son todo eso que las mujeres dejaron de hacer para evitarlo.

Allí Bernarda interpela contando,

“hace poco escuché una persona decir en un taller que lo emocional se puso de moda. Que todo es emocional. Pero yo lo sigo pensando así. No es que le echemos la culpa. Es que es así. Más bien lo que sucede es que le quitamos el valor a lo emocional y perdemos de vista en qué medida nos enferma” (Fragmento de diario de campo, 2015)

Magdalena cuenta que encontró en un libro relatos de una mujer que posiciona cómo hemos aprendido que sí, que emocionalmente nos enfermamos y eso no va desligado de la salud. Pero no lo transitamos. Así que surge la pregunta para todas. Si, la salud y bienestar se asocian a factores emocionales ¿Pero cómo resuelvo? De allí, de sus palabras, surgió un ingrediente más a esta nueva mixtura política.

“Sistema (de salud) y cultura habitan el bienestar de las mujeres”

Y claro, no podemos dejar de lado que otra diferencia es nuestra salud, frente a los varones, es nuestro deterioro por el quehacer. Es decir, la carga de todo eso que “toca” hacer y que hacemos a diario nos lleva al siguiente momento:

La vivencia de nuestra salud es un terreno importante **donde se abonan las violencias contra las mujeres.**

Es que “son tantos los medios por los que perdemos la confianza”

En este campo no sólo lo que sucede al interior del sistema se convierte en violencia y malestar.

Tener la posibilidad de una atención que no me de miedo, que me genere bienestar.

“Yo le tengo pánico a un hospital. Por la mala atención que me dieron un día. El anestesiólogo se equivocó y me aplicó anestesia general. Estuve 22 días en coma y 3 meses en el hospital” (Fragmento de diario de campo, 2015)

A su vez para ellas,

“La exposición permanente a las diferentes formas de violencia nos genera mayor deterioro físico y emocional.

Eso pensamos de los servicios en la UPA. Logramos arrancar pero justo lo institucional nos acompaña con temas de salud reproductiva. Así que tenemos en nuestra mente poder abrirlo a otras áreas de nuestra salud para no reproducir los mismos estereotipos.

Ahora queremos que le apueste a la salud mental como herramienta del autocuidado de las mujeres.” (Fragmento de diario de campo, 2015)

Un juego de palabras animó nuestra última característica, al menos para este taller,

“Pero si nos recriminan porque no hicimos, no bajamos de peso, no fuimos por el examen, no nos hicimos el autoexamen, no mandamos a poner la vacuna, el cuidado termina siendo nuestra culpa. Así que si nos descuidamos en lugar de autocuidado esto termina siendo la cultura del autoservicio.” (Fragmento de diario de campo, 2015)

Glosario

. Alcaldía Local: Es la instancia de gobierno de las localidades en la ciudad. Un alcalde o alcaldesa menor es quien gobierna. Desde allí se toman las determinaciones sobre los destinos del territorio del que consta dicha localidad.

. Almojábana, pan de bono, roscón: Son productos propios de la cocina colombiana que se suelen consumir como “tentempiés” o pequeños refrigerios entre las comidas. Generalmente se acompañan de alguna bebida sea fría o caliente.

. Barrio: Equivale a colonia

. Casa de Igualdad de Oportunidades para las Mujeres: A partir de la ejecución de la Política pública para las mujeres y la equidad de género - cuyo primer nombre fue Política pública de mujer y géneros - y en el marco de la estrategia de territorialización de la política, desde el Instituto Distrital para la Participación y la Acción Comunal se crearon estas casas. Han funcionado desde 2004 y en la actualidad existen 20, una por cada localidad de la ciudad.

. Cancerológico: Hace referencia al Instituto Nacional de Cancerología, sede Bogotá. Es una entidad pública que brinda atención de personas diagnosticadas con cáncer, desarrolla investigación, formación de profesionales y acciones en salud pública.

. Cuadras: Equivale a decir calles.

. Darse la pela: Es la expresión coloquial para decir que se le medirá al reto, entrará en la lucha. Dará la pelea por algo.

. “El diario”: Es la expresión que equivale a decir “el gasto” en México. Implícitamente enfatiza qué es lo que la mujer requiere para que quienes vivan en casa se alimenten durante el día.

. Encuentros ciudadanos: A partir del año 2000 en Bogotá se reglamentaron estos ejercicios de participación ciudadana en los que las personas se inscriben previamente y son citadas en fechas determinadas para discutir el borrador de plan de desarrollo (plan de gobierno) presentado por el alcalde o alcaldesa local acorde a las principales problemáticas de su localidad y en específico de los barrios de los que provienen. Lo resultante de dichos momentos retroalimenta el plan de desarrollo y se pasa a la Junta Administradora Local, JAL, que es un ente local elegido por voto popular, y donde finalmente se determina la inversión de los dineros que les son asignados a cada localidad y serán ejecutados desde cada Alcaldía Local.

. EPS: La Ley 100 de 1993 rige la política macro de salud en Colombia. Descentralizó la prestación de los servicios y la entregó a las Empresas Promotoras de Salud, EPS. Estas corresponden a empresas del sector privado, casi en su totalidad, que cobran al estado la prestación de dichos servicios y su carácter depende del sector en que operen.

El sistema se organiza en sectores:

El contributivo que está conformado por quienes reciben ingresos y aportan a su seguridad social. (EPS-C)

El subsidiado “Incluye a personas sin capacidad de pago, quienes reciben servicios de salud financiados por el Estado, afiliados a una Empresa Promotora de Salud del Subsidiado (EPS-S)” (Secretaría Distrital de Salud, 2013:2)

. Estratos: La estratificación social en Bogotá es una disposición de la organización político-administrativa de la ciudad que la divide en zonas económicas acorde a estudios sobre la disposición del territorio y el poder adquisitivo. Es una medida ampliamente debatida por las implicaciones que tiene en la economía de quienes por una u otra razón son clasificadas en estratos altos y no pueden cubrir los costos consecuentes en impuestos o servicios públicos, por ejemplo.

. Fondo de Desarrollo Local: Hace las veces de fondo receptor y ejecutor de los diferentes recursos económicos que recibe cada localidad.

. Junta Administradora Local: Es el ente local donde se decide la ejecución de los recursos públicos de la localidad. Allí se priorizan los proyectos y se asignan presupuestos.

. Junta de Acción Comunal: “Son organizaciones civiles sin ánimo de lucro integradas por los vecinos de un sector, quienes se dedican a sumar esfuerzos y recursos para solucionar las necesidades de la comunidad y promover la participación ciudadana. Están amparadas en el artículo 38 de la Constitución Política de Colombia, que garantiza el derecho de libre asociación para el desarrollo de actividades que las personas realizan en sociedad, y en el artículo 103 de la Carta, según el cual el Estado favorecerá la organización, promoción y capacitación de las asociaciones profesionales, cívicas, sindicales, comunitarias, juveniles, benéficas o de utilidad común no gubernamentales, con el propósito de constituir mecanismos democráticos en diferentes instancias.

Entre las funciones de las JAC está, además, planificar el desarrollo integral y sostenible de la comunidad, mantener informados a sus vecinos sobre las gestiones del Estado, promover el desarrollo cultural, recreativo y deportivo de su sector, y actuar con base en los principios de democracia, autonomía, prevalencia del interés común y la buena fe.” (Comuna 12, 2012)

. Localidad: Corresponde a la división política de la ciudad. Obedece a razones de cercanía geográfica y características sociodemográficas. Equivale a delegación. La alcaldía local, corresponde a la jefatura delegacional.

La localidad 8, es Kennedy, ubicada en el suroccidente de la ciudad. Es una de las más grandes en términos de población y tamaño y, por ende, de las más diversas en cuanto a grupos humanos que la habitan.

. El matrimonio: Coloquialmente se le denomina a mezclas de dos productos que son muy eficaces para algunas molestias como la gripa.

. Medicina prepagada: A raíz de la implementación de la Ley 100 de 1993 las Empresas Promotoras de Salud, EPS, crearon planes de atención particulares que son extra al cubrimiento básico. Son una medida costosa a la que sólo accede una parte de la población; por supuesto, quienes pueden pagarla.

. Referentes de género: La salud pública en Bogotá se opera a través de un documento marco denominado Plan de Intervenciones Colectivas, PIC. Este se actualiza año a año y marca los derroteros

para la acción de los hospitales públicos en las localidades. A partir de 2008 logramos que existieran referentes de género en cada uno de los 14 hospitales de la red pública que cuenta con servicios de salud pública. Es decir quienes acompañarían la incorporación de la política pública para las mujeres y la equidad de género.

Ser “referente” de algún proceso implica ser quien lo corporaliza operando las diferentes acciones planeadas desde la Secretaría Distrital de Salud en los territorios en coordinación con los equipos de trabajo de los procesos restantes en el hospital.

. Portal de las Américas: El sistema Transmilenio corresponde al sistema de transporte masivo de Bogotá que ha sido operado a través de los impuestos de la población desde operadores privados. Los diferentes puntos desde donde salen los buses se han denominado portales. Existen 8 en la ciudad.

. El portero: Así se denomina al vigilante o persona de seguridad en las entradas de establecimientos, instituciones o conjuntos de viviendas, por ejemplo.

. “raymundo & todo el mundo”: Expresión coloquial que significa que mucha gente se vio involucrada o enterada de algún hecho.

. Red pública: Corresponde 12 hospitales de Primer Nivel de atención, 5 de Segundo y 5 de Tercer Nivel que cubren la prestación de servicios de salud de carácter público en la ciudad.

. SISBEN: “El Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales, Sisbén, es esencialmente un sistema técnico de información que es diseñado por el Gobierno Nacional con el propósito de identificar y clasificar a los hogares, familias y personas, conforme a sus condiciones de vida.” (Secretaría Distrital de Planeación, 2014) Acorde a los puntos que se adjudiquen a las familias será determinada su capacidad de pago en la red pública de salud.

. Tinto: Es una de las palabras más colombianas. Significa el café negro, o café americano de otros lugares del mundo. Es básicamente un café que se sirve caliente pero su connotación social es amplísima. Alrededor de un tinto pasan infinidad de sucesos en Colombia.

. UPA: Es la sigla que representa la Unidades Primarias de Atención. Puede entenderse como los centros médicos a través de los cuales se hace presencia en los territorios el hospital público asignado a cada localidad.

. Tarjetón: Es un cartón que varía de tamaño y que se entrega a cada votante en la cual se marca el o la candidata de preferencia en las elecciones. Allí figuran todas las opciones al cargo de elección popular que se juegue ese día.

. Transmilenio: Sistema de transporte masivo de Bogotá, financiado por recursos públicos y operado por empresas privadas. Es similar al Metrobús del DF.

Bibliografía

ABC.es. (22 de julio de 2013). *Evo Morales asegura que el aborto es un delito*. Recuperado el 3 de agosto de 2013, de ABC.es Internacional: <http://www.abc.es/internacional/20130722/abci-morales-afirma-aborto-delito-201307211748.html>

Aborto en Latinoamérica. (2014). Recuperado el 30 de abril de 2015, de Aborto en Latinoamérica: <http://abortolatinoamerica.com/aborto/legislacion/906-2/>

Adán, Carme. (2006). *Feminismo y conocimiento. De la experiencia de las mujeres al ciborg*. Galicia: Spiralia Ensayo.

Agrupación ciudadana por la despenalización del aborto El Salvador. (21 de abril de 2015). Recuperado el 30 de abril de 2015, de Agrupación ciudadana: <http://agrupacionciudadana.org>

Albarracín, Mauricio. (2013). *El manuscrito del joven procurador*. Recuperado el 03 de octubre de 2013, de <http://lasillavacia.com/elblogueo/blog/el-manuscrito-de-juventud-del-procurador-45785>

Álvarez Enriquez, Lucía. (2009). *Institucionalidad y autonomía de la participación ciudadana en la Ciudad de México*. Alcances y desafíos. *Controversia*, 3 (191), 105-140.

Álvarez Enriquez, Lucía. (2004). *La sociedad civil en la Ciudad de México: actores sociales, oportunidades políticas y esfera pública*. México D.F: Plaza y Valdes Editores. Colección Alternativas.

Amorós Puente, Celia. (2009). *Vetas de Ilustración. Reflexión sobre feminismo e Islam*. Madrid, Ed. Cátedra, Col. Feminismos.

Amorós Puente, Celia. (2008). *Mujeres e imaginarios de la globalización: reflexiones para una agenda teórica global del feminismo*. Rosario: Homo Sapiens Ediciones.

Amorós Puente, Celia. (2001). *Feminismo: Igualdad y diferencia*. México, Universidad Nacional Autónoma de México.

Apoyo al Procurador Ordóñez. (25 de Marzo de 2012). *Colombia ha sido construida bajo el alero de la tradición cristiana: Alejandro Ordóñez*. Recuperado el 28 de Abril de 2012, de http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=UA7rXthMPhA#!

Asociación Probienestar de la Familia Colombiana, Profamilia. (Agosto de 2011). *Encuesta Distrital de Demografía y Salud. Bogotá 2011*. Recuperado en octubre de 2014, de <http://www.demografiaysaludbogota.co>

Augé, Marc. (1992). *Los no lugares. Espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad*. Barcelona: Gedisa.

Beauvoir, Simone De (1999). *El segundo sexo* (Tercera edición ed., Vol. I). Madrid: Colección Feminismos. Ediciones Cátedra.

Beck, Ulrich. (2002). *Hijos de la libertad* (Segunda edición ed.). (M. R. Bértudez, Trad.) México D.F.: Fondo de Cultura Económica.

Bejarano, Ramiro. (19 de julio de 2014). *La encrucijada del Consejo de Estado*. Recuperado el 19 de julio de 2014, de El Espectador: <http://www.elespectador.com/opinion/encrucijada-del-consejo-de-estado-columna-505421>

Blazquez Graf, Norma. (2010). *Epistemología Feminista: Temas Centrales*. En Norma Blazquez, Fátima Flores, & Maribel Ríos, *Investigación Feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales* (págs. 217 - 238). México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.

Bolívar, Ingrid. (2011). *El reinado de belleza en Colombia: vida privada, dominio político y anhelos de eternidad*. En P. Rodríguez Jiménez, & J. Borja Gómez, Historia de la vida privada en Colombia (Vol. II. Siglo XX. El largo siglo de la intimidad). Bogotá: Editorial Taurus.

Bourdieu, Pierre. (2010). *El sentido social del gusto. Elementos para una sociología de la cultura*. (A. Gutiérrez, Trad.) Buenos Aires : Siglo XXI Editores.

Bourdieu, Pierre. (2002). *Campo de poder, campo intelectual. Itinerario de un concepto*. Tucumán: Editorial Montessor.

Bourdieu, Pierre. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Editorial Taurus.

Bourdieu, Pierre. (1990). *Sociología y cultura*. (M. Pou, Trad.) México D.F., México: Editorial Grijalbo S.A.

Bourdieu, Pierre. (1971). *Genèse et structure du champ religieux*. En *Revue française de sociologie*, XII (3), 295-334.

Casasola G, Elizabeth. (2012). *Sujeto y cuerpo en la fotografía hecha por mujeres*. En Actas del 2º Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad: "Lo personal es político" (Vol. 1, No. 1).

Castañeda Salgado, Martha Patricia. (2010). *Etnografía Feminista*. En Norma Blázquez, Fátima Flores, & Maribel Ríos, Investigación Feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales (págs. 217 - 238). México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.

Castro, Roberto. (2013). *Indicios y probanzas de un habitus médico autoritario: el caso de las recomendaciones de las comisiones de derechos humanos en el campo de la salud reproductiva*. En M. Agoff, I. Casique, & R. Castro. Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra las mujeres en múltiples ámbitos. México, D.F.: Miguel Ángel Porrúa y CRIM UNAM.

Castro-Perea, O. (24 de febrero de 2007). *Las creencias religiosas influyen en la práctica médica de Estados Unidos*. Recuperado el 15 de septiembre de 2014, de Tendencias Sociales: <http://>

www.tendencias21.net/Las-creencias-religiosas-influyen-en-la-practica-medica-de-Estados-Unidos_a1409.html

Cicco, Gabby De. (17 de abril de 2015). *Chile: Proyecto De Ley De Aborto Aún Limita El Derecho A Decidir Sobre Nuestros Propios Cuerpos*. Recuperado el 17 de abril de 2015, de AWID: <http://www.awid.org/es/Las-Noticias-y-Analisis/Notas-de-los-Viernes/Chile-Proyecto-de-ley-de-aborto-aun-limita-el-derecho-a-decidir-sobre-nuestros-propios-cuerpos>

Comuna 12. (2012). *¿Qué es una junta de acción comunal?*. Recuperado el 26 de abril de 2015, de: <http://www.comunalaamerica.org/organizaciones-sociales/jac/que-es-jac.html>

Concejo de Bogotá, Distrito Capital. (2009). *"Por medio del cual se promueve el uso del lenguaje incluyente"*. Recuperado el 03 de octubre de 2014, de Acuerdo 381 de 2009: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=36561>

Coronell, Daniel. (20 de abril de 2012). *El cura predica*. Recuperado el 22 de abril de 2012, de Revista Semana.: <http://www.semana.com/opinion/cura-predica/175895-3.aspx>

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2013). Recuperado el 14 de marzo de 2013, de <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/que.asp>

Dagnino, Evenina., Olvera, Alberto, & Panfichi, Aldo. (2006). *La disputa por la construcción democrática en América Latina*. México: Fondo de Cultura Económica, CIESAS, Universidad Veracruzana.

De la Torre, Renné. (2002). *El campo religioso, una herramienta de duda radical para combatir la creencia radical*. Revista Universidad de Guadalajara, Pierre Bourdieu. Intelectual del siglo xx . Guadalajara, México: <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug24/bourdieu5.html> .

Diario El Espectador. (10 de abril de 2015). *Retenida mujer por inducir aborto en su propia vivienda*. Recuperado el 11 de abril de 2015, de: <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/retenida-mujer-inducir-aborto-su-propia-vivienda-articulo-554226>

Douglas, Mary. (1973). *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Madrid: Siglo XXI Editores.

Durkheim, Emile. (2008). *Las formas elementales de la vida religiosa*. Barcelona: Alianza editorial.

Ecuador en vivo. (12 de diciembre de 2014). *Activista expone fuertes críticas contra políticas de directora de la Enipla*. Recuperado el 20 de enero de 2015, de Ecuador en vivo: <http://www.ecuadorenvivo.com/sociedad/189-videos/24601-activista-expone-fuertes-criticas-contra-politicas-de-directora-de-la-enipla.html#.VUWEBs40ouQ>

Ecuador TV7. (s.f.). Enlace ciudadano. Recuperado el 12 de abril de 2015, de <http://www.ecuadortv.ec/micrositio.php?c=1314>

El Universo. (12 de octubre de 2013). *Advertencia de Correa bajó el tono de discusión por el aborto*. Recuperado el 16 de octubre de 2013, de <http://www.eluniverso.com/noticias/2013/10/12/nota/1571806/advertencia-correa-bajo-tono-discusion-aborto>

Emisora Bluradio. (8 de abril de 2013). *Entrevista a Alejandro Ordóñez Maldonado*. Recuperado el 8 de abril de 2013, de: <http://www.bluradio.com/#!25268/la-pregunta-de-hector-abad-que-incomodo-al-procurador-alejandro-ordonez>. Consultada en abril 8 de 2013

Erviti, Joaquina; Castro, Roberto; Sosa, Itzel. (2006). *Las luchas clasificatorias en torno al aborto*. Estudios sociológicos, xxiv (72), 637-665.

Estrella, S. (28 de febrero de 2015a). *Enipla pasa a llamarse 'Plan Familia Ecuador'*. Recuperado el 13 de marzo de 2015, de Diario El Comercio: <http://www.elcomercio.com/actualidad/enipla-educacionsexual-rafaelcorrea-embarazoadolescente-monicahernandez.html>.

Estrella, S. (28 de marzo de 2015b). *Para el Presidente, con el Enipla se distribuía condones como chicles*. Recuperado el 1 de abril de 2015, de Diario El Comercio: <http://www.elcomercio.com/actualidad/rafaelcorrea-enipla-distribuia-condones-sexualidad.html>

Explored. (03 de noviembre de 2013). Recuperado el 05 de noviembre de 2013, de Explored. Noticias del Ecuador: <http://www.explored.com.ec/noticias-ecuador/el-debate-sobre-el-aborto-se-soluciono-desapareciendolo-594168.html>

Fraternidad Sacerdotal Pío X. (s.f.). *Fraternidad Sacerdotal Pío X*. Recuperado el 24 de mayo de 2014, de <http://www.fsspx-sudamerica.org/fraternidad/index.php>

Foucault, Michel. (2011). *Historia de la Sexualidad (Vol. 1. La voluntad del saber)*. (Ú. Guiñazú, Trad.) México, D.F.: Siglo XXI Editores.

Foucault, Michel. (2007). *Sexualidad y poder (y otros textos)*. Barcelona, España: Ediciones Folio S.A.

Foucault, Michel. (1999). *Nacimiento de la medicina social*. En M. Foucault, *Estrategias de poder* (& Á. J. Varela, Trad., Vol. II. Obras Esenciales, págs. 363-384). Barcelona: Editorial Paidós.

Foucault, Michel. (1992). *Microfísica del poder* (3 ed.). (J. V. Álvarez, Trad.) Madrid: Ediciones de la Piqueta.

Foucault, Michel. (1976). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI Editores

Foucault, Michel. (1967). *La historia de la locura en la época clásica* (Primera edición en español ed.). México, D.F.: Fondo de Cultura Económica .

García Canclini, Nestor. (1990). *Introducción: La sociología de la cultura de Pierre Bourdieu*. En Pierre Bourdieu, *Sociología y Cultura* (M. Pou, Trad., págs. 9-50). México D.F.: Grijalbo S.A.

García Villegas, Mauricio. (21 de septiembre de 2012). *¿Fundamentalista yo?* Recuperado el 2012 de septiembre de 2012, de <http://www.elespectador.com/opinion/fundamentalista-yo>

García Villegas, Mauricio. (7 de junio de 2013). Recuperado el 8 de junio de 2013, de Fe, moral y política: <http://www.elespectador.com/opinion/columna-426629-fe-moral-y-politica>

Gargallo, Francesca. (2010). "Una metodología para detectar lo que de hegemónico ha recogido el feminismo" En: Blazquez, Norma, Flores, Fátima & Ríos, Maribel. *Investigación Feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales.* (págs. 155 - 175). México D.F.

Gargallo, Francesca. (2004). *Las ideas feministas en Latinoamérica* (Primera edición ed.). México: fem-e-libros.

Giddens, Anthony. (1995). *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración.* Buenos Aires: Amorrortu editores.

GIRE. (2015). Grupo de información de reproducción elegida. Recuperado el 30 de abril de 2015, de <https://www.gire.org.mx/nuestros-temas/aborto>

González González, Fernán. (1997). *Poderes enfrentados: Iglesia y Estado en Colombia.* Santafé de Bogotá: CINEP.

González Ruiz, Edgar. (2005) *Entre Cruces y Sombras. Perfiles del Conservadurismo en América Latina.*

Good, Byron. (2003). *Medicina, Racionalidad y experiencia: Una perspectiva antropológica.* Barcelona: Ediciones Bellaterra.

Guber, Rossana. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad.* Bogotá: Grupo Editorial Norma.

Gutiérrez, Beatriz. (2010). *A modo de introducción. Los conceptos centrales en la sociología de la cultura de Pierre Bourdieu*. En P. Bourdieu, *El sentido social del gusto. Elementos para una sociología de la cultura* (A. Gutiérrez, Trad., pág. 288). Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Guzmán, A., & Paredes, J. (19 de agosto de 2013). *Defender la Constitución es despenalizar el aborto*. Recuperado el 3 de marzo de 2015, de Mujeres creando comunidad: <http://mujerescreandocomunidad.blogspot.mx/search?q=aborto>

Harding, Sandra. (2010). *¿Una filosofía de la ciencia socialmente relevante? Argumentos en torno a la controversia sobre el Punto de vista feminista*. En Norma Blazquez, Fátima Flores, & Maribel Ríos, *Investigación Feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales* (págs.). México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.

Heller, Agnes., & Fehér, Ferenc. (1995). *Biopolítica. La modernidad y la liberación del cuerpo*. Barcelona: Ediciones Península.

Henderson, James. (2006). *La modernización en Colombia. Los años de Laureano Gómez, 1889-1965*. (M. Holguín, Trad.) Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

Hernández, Jorge Andrés. (2014). *Las ideas de Alejandro Ordóñez. El último inquisidor*. Bogotá: Ediciones B Colombia S.A.

Hierro, Gaciela. (1990). *Ética y feminismo*. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.

Hunt, Lynn. (2007). *La invención de los derechos humanos*. (J. B. Ferre, Trad.) Barcelona: Tusquets Editores.

Instituto Guttmacher. (enero de 2012). *Hechos sobre el aborto en América Latina*. Recuperado el 28 de agosto de 2014 de: https://www.guttmacher.org/pubs/IB_AWW-Latin-America-ES.pdf

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2013). *Comportamiento de las lesiones por violencia intrafamiliar, Colombia, 2013*. Recuperado el 26 de marzo de 2015, de <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+7-+violencia+intrafamiliar.pdf/dd93eb8c-4f9a-41f0-96d7-4970c3c4ec74>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2009). *Masatugó 2004 - 2008*. Recuperado el 3 de abril de 2015, de <http://www.medicinalegal.gov.co/forensis>

Kant, Emmanuel. (2007). *¿Qué es la Ilustración?* Madrid: Alianza Editorial.

Lagarde y de los Ríos, Marcela. (2011). *Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas* (5ª edición ed.). México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.

Lagarde y de los Ríos, Marcela. (1999). *Género y Feminismo, Desarrollo Humano y Democracia*. (2ª Edición) Madrid: J.C. Producción.

Lechuga, Graciela. (2008). *Breve introducción al pensamiento de Michel Foucault*. México D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana, UAM Xochimilco.

Lemaitre R, Julieta. (2013). *Laicidad y Resistencia*. Colección de Cuadernos Jorge Carpizo. Para entender y pensar la laicidad. . México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas.

León, J. (2012). "El Procurador usa rectificación para avanzar su cruzada contra el aborto". Recuperado el 19 de septiembre de 2012, de <http://www.lasillavacia.com/historia/el-procurador-usa-rectificacion-para-avanzar-su-cruzada-contra-el-aborto-36152>

Lock, Margaret, & Scheper-Hughes, Nancy. (1996). *A Critical Interpretive approach in medical anthropology: rituals and routines of discipline and dissent*. En C. Sargent, & T. Johnson, Handbook of medical anthropology (págs. 41 – 70). Connecticut: Greenwood Press.

Mujeres Creando Comunidad. (04 de agosto de 2013). Recuperado el 22 de marzo de 2014, de Mujeres Creando Comunidad: <http://mujerescreandocomunidad.blogspot.com/search?q=aborto>

Mujica, Jaris. (2007a). *Economía política del cuerpo. La reestructuración de los grupos conservadores y el biopoder*. Lima : Centro de promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos, PROMSEX.

Mujica, Jaris. (2007b). *Transformaciones políticas de los grupos conservadores en el Perú*. Lima. Centro de promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos, PROMSEX.

Mujica, Jaris. (2009). *Microscopio. De la ética a la biopolítica*. Lima. Centro de promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos, PROMSEX.

Muñiz, Elsa. (2010). *Disciplinas y prácticas corporales. Una mirada a las sociedades contemporáneas*. (U. A. Azcapotzalco, Ed.) México D.F.: Anthropos Editorial.

Noticiero Noticias Uno. (26 de mayo de 2013). Recuperado el 26 de mayo de 2013 de <http://noticiasunolaredindependiente.com/2013/05/26/noticias/el-procurador-volvio-a-hablar-de-los-nazis-y-el-holocausto/>

Ordóñez Maldonado, Alejandro. (2005). *Hacia el libre desarrollo de nuestra animalidad*. Bucaramanga. Universidad Santo Tomás

Ordóñez Maldonado, Alejandro. (2006). *Ideología de género. Utopía trágica o subversión cultural*. Bucaramanga: Universidad Santo Tomás.

Parodi, Teresa. (Compositora). *Creo*. De El canto no cesa. Buenos Aires.

Procuraduría General de la Nación. (s.f.). Recuperado el 09 de noviembre de 2012, de <http://www.procuraduria.gov.co/portal/Objetivos-y-funciones.page>

Quevedo, Norbey. (20 de febrero de 2010). *El misterio de los lefebvristas*. Recuperado el 10 de septiembre de 2011, de: <http://www.elespectador.com/noticias/investigacion/articulo188861-el-misterio-de-los-lefebvristas>

Ramón Michel, Agustina; Ramos, Silvina & Romero, Mariana. (septiembre de 2014). Recuperado el 30 de abril de 2015, de Por la despenalización del aborto: <http://www.despenalizacion.org.ar/aborto-argentina.html>

Ramos Domínguez, Benito Narey. (2000). *La nueva salud pública*. Revista Cubana Salud Pública , 24 (2), 77-84.

Redacción judicial. (13 de marzo de 2014). *Procuraduría dice que no hostiga ni persigue a defensores de derechos*. Diario El Espectador .

República de Colombia. (1991). *Rama judicial de Colombia*. Recuperado el 26 de febrero de 2015, de <http://www.ramajudicial.gov.co/documents/10228/1547471/CONSTITUCION-Interiores.pdf/8b580886-d987-4668-a7a8-53f026f0f3a2>

República del Ecuador. Ministerio de Educación. . (s.f.). ENIPLA. Recuperado el 12 de abril de 2015, de <http://educacion.gob.ec/enipla/>

Reygadas, Luis. (2008). *La apropiación: Destejiendo las redes de la desigualdad*. Rubí (Barcelona): Anthropos Editorial ; México : Universidad Autónoma Metropolitana - Iztapalapa.

Rodríguez, Pablo. (2004). *La familia en Colombia*. En P. R. (coordinador), *La familia en Iberoamérica 1550-1980* (pág. 526). Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

Sanabria-S, Fabián. (2004). *La virgen se sigue apareciendo. Un estudio antropológico*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Centro de Estudios Sociales - CES.

Secretaría Distrital de Planeación. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (2014). Recuperado el 28 de Septiembre de 2014, de <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/ServiciosTramites/SISBEN/QueEs>

Secretaría Distrital de Salud. (5 de Noviembre de 2014). *Derecho de petición radicado ante la Dirección de Salud Pública en septiembre 9 de 2014*. Respuesta recibida el 5 de noviembre de 2014.

Secretaría Distrital de Salud. Alcaldía Mayor de Bogotá. (2014). Recuperado el 05 de mayo de 2014, de Secretaría Distrital de Salud: <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/cancercuellouterino.aspx>

Secretaría Distrital de Salud. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (2013). *Red prestadora de servicios de salud en Bogotá*. Recuperado el 28 de Septiembre de 2014, de <http://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Documents/Red%20Prestadora%20de%20Servicios%20de%20Salud%20-%20Bogota%202013%20-%202014.pdf>

Secretaría Distrital de Salud. (Junio - Julio de 2012). *Guía operativa PDA salud mental – Red de buen trato para las respuestas integradoras*. Recuperado el 29 de octubre de 2014, de Salud pública Bogotá: http://saludpublicabogota.org/wiki/images/5/5e/GUIA_OPERACION_RED_DEL_BUEN_TRATO.pdf

Secretaría Distrital de Salud. (2012). *Documento Proyecto de Autonomía Salud sexual y reproductiva con enfoque territorial y promocional de calidad de vida y salud 2012*. Recuperado en abril de 2013, de Salud Pública Bogotá:
http://saludpublicabogota.org/wiki/images/b/b4/DT_PDA_SALUD_SEXUAL_Y_REPRODUCTIVA.pdf

Secretaría Distrital de Salud. Alcaldía Mayor de Bogotá. (2011). *Documento marco Plan de Intervenciones Colectivas 2011–2012*. Recuperado el 02 de Marzo de 2012, de http://saludpublicabogota.org/wiki/index.php?title=Plan_de_Intervenciones_Colectivas

Secretaría de Salud México. (2013). *Promoción de la Salud*. Recuperado el 21 de Septiembre de 2013, de <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>

Senado de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993 de Ministerio de Salud de Colombia*. Bogotá: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%200100%20DE%201993.pdf>.

Subsecretaría de Mujer, género y diversidad sexual, Secretaría Distrital de Planeación, Alcaldía Mayor de Bogotá. (2009). *Prácticas en salud sexual y reproductiva*. Documento sin publicar.

Thompson Woolley, Helen. (1903) *The Mental Traits of Sex: An Experimental Investigation of the Normal Mind in Men and Women*. Citada por Silvia García - Dauder en la conferencia de Junio 13 de 2013, Diplomado internacional de actualización profesional: Los desafíos del feminismo en América Latina.

Tuana, Nancy. (1988). *The Waker Seed. The Sexist Bias of Reproductive Theory*. *Hypatia* , 3 (1), 35-59.

Vaggione, Juan Marco. (2013) *Laicidad y sexualidad*. Colección de cuadernos Jorge Carpizo, para entender y pensar la laicidad. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM.

Vaggione, Juan Marco. (16 de abril de 2006). *El aborto: las nuevas fronteras*. Recuperado el 2012, de Red Latinoamericana de Católicas por el Derecho a Decidir: http://www.catolicas.com.ar/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=161&catid=14&lang=es

Valcárcel y Bernaldo de Quiros, A. (2004). *La política de las mujeres*. Valencia: Universitat de Valencia. Instituto de la Mujer.

Valls-Llobet, Carme. (2009). *Mujeres, Salud y Poder*. Madrid: Ediciones Cátedra.

Weber, Max (1922). *Economía y sociedad. Esbozos de sociología comprensiva*. México: Fondo de cultura económica

Zuñiga, Sofía. (13 de octubre de 2013). Recuperado el 25 de febrero de 2015, de Notifam. Noticias de vida y familia: <http://notifam.net/?p=14052>

Anexo 1

Red prestadora de servicios de salud

Ministerio de Protección Social

Sistema General de Seguridad Social y Riesgos Profesionales
Ley 100 de 1993

Régimen Contributivo

Régimen Subsidiado

Población Vinculada

Entidades Promotoras
de Salud,
EPS, Contributivas

Entidades Promotoras de
Salud,
EPS, Subsidiadas

Entidades públicas
o
con convenio
con el Estado

Instituciones
Prestadoras de Salud
IPS
Clínicas y hospitales
pagos
por la EPS-

23 Hospitales de la red
pública

continúa →

Régimen Subsidiado



Entidades Promotoras de Salud, EPS, Subsidiadas



23 Hospitales de la red pública



Segundo nivel



Hospitales de segundo nivel



Centro de Atención Médica Inmediata - CAMI



Tercer nivel



Hospitales de tercer nivel

Primer nivel*



Unidad Básica de Atención en Salud - UBA



Unidad Primaria de Atención en Salud - UPA

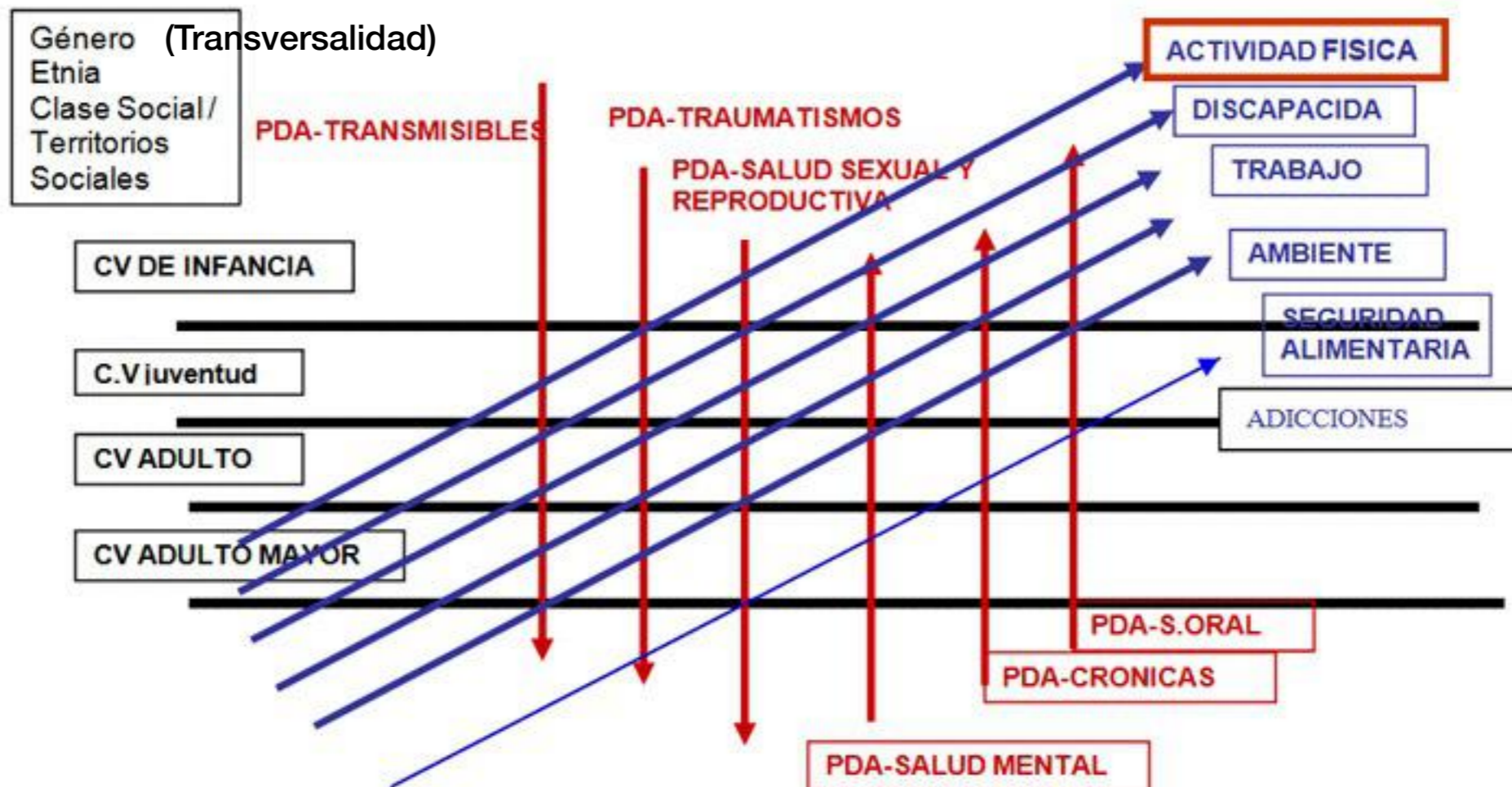


Centro de Atención Médica Inmediata - CAMI

*En este nivel se opera, fundamentalmente, los servicios del PIC y de Atención Primaria en Salud. Aquí se encuentran la mayoría de referentes de género. Solo algunos hospitales de segundo nivel manejan estos servicios

Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud.

ESTRATEGIA PROMOCIONAL DE LA EQUIDAD



Adaptado de De Negri Filho, Armando, 2002

Anexo 2

Las mujeres representadas

Taller con profesionales.

Los resultados del análisis del taller los relaciono, además, en una investigación desarrollada desde la Subsecretaría de mujer, género y diversidad sexual¹ en 2009 dado que es específica sobre la atención a las mujeres en dos de los hospitales de la red pública y fue desarrollada en el mismo tiempo en que se enmarca esta tesis. Además se realizó en un año en que estaba en un importante punto el trabajo de las referentes de género en los hospitales.

1 La Subsecretaría de mujer, género y diversidad sexual fue la primera instancia oficial con la que se institucionalizó la Política Pública de Mujer y Género en la ciudad funcionando en la Secretaría Distrital de Planeación. La precedió la Oficina asesora para la alcaldía desde donde operaba de dicha política. Finalmente en 2013 se transformó en la Secretaría Distrital de la Mujer.

En 2010 se firmó el Decreto 166 de 2010 por el cual se reglamentó la Política Pública para las Mujeres y la Equidad de Género pues durante el tiempo anterior funcionó solo como figura institucional sin contar con este soporte jurídico.

Conclusiones	Cita de apoyo
<p>El uso de enfoques donde la mujer es puesta en un lugar patriarcal: Confinada a los roles tradicionales, su propio cuidado depende siempre de factores externos como la moral, las buenas costumbres, la estabilidad de otros - as. Entre estos se cuentan los enfoques familista, de género, perspectivas de derechos y de ciclo vital.</p>	<p>“Una de nuestras prioridades es trabajar por la familia. No sacamos nada con atender sujetos si no podemos mantener las redes de apoyo. Y la familia es la principal de ellas. Además qué pasará con la sociedad si atendemos solo personas y no pensamos en mantener la unidad de la familia” (Fragmento de diario de campo, Taller referentes 2012)</p>
<p>Las mujeres son vulnerables en sí mismas.</p>	<p>“El acceso limitado y el escaso control que tienen sobre su propia sexualidad convierten a las mujeres en seres vulnerables a las problemáticas en salud sexual y reproductiva. Las mujeres del grupo focal, confirman que ellas son informadas sobre todos los métodos y que son ellas quienes toman la decisión sobre el método (Grupo focal). Sin embargo, queda claro que la autonomía de las mujeres y la posibilidad de la oferta por parte de las enfermeras, está limitada por la disponibilidad de los métodos y la contratación con la entidad de su aplicación, en el caso del régimen subsidiado.” (Subsecretaría de mujer, género y diversidad sexual, 2009:69)</p>
<p>El acceso limitado de los varones a los servicios de salud reproductiva también se relaciona con el cuidado asignado exclusivamente a las mujeres.</p>	<p>“Con relación a la participación masculina en las consejerías de planificación familiar, considerada como un indicador de las transformaciones culturales de género, como se orienta en el PNSSR, las profesionales de enfermería manifiestan que la participación masculina es una minoría absoluta, aunque dicen, que cuando demandan atención en VIH o por enfermedades de transmisión sexual, aprovechan para hablar sobre métodos anticonceptivos. Algunos, según la profesional, los menores de 25 años, van a las sedes asistenciales a solicitar los preservativos, “firman y se van” y lo hacen para prevenir las ETS y el VIH más no como método de planificación familiar. Alguna explica la escasa demanda al “machismo y la falta de promoción a los hombres” y otra dice que tampoco hay muchos métodos para ofrecer a los hombres: el preservativo y la vasectomía, a esta última, dice otra, los hombres le tienen mucho temor porque creen que pierden potencia sexual.” (Subsecretaría de mujer, género y diversidad sexual, 2009:70)</p>
<p>Las estrategias de incorporación a los varones no son claras. De manera permanente se confunde el género con hombres y mujeres mas no se incorpora ésta como categoría analítica. Prima la concepción que atender hombres y mujeres es la perspectiva de género. Que se considera, además, como algo coyuntural, y no como un determinante social de la salud.</p>	<p>“(…) es una buena oportunidad para convertir la salud sexual y reproductiva en asunto de géneros.” (Fragmento de diario de campo, 2012)</p>

<p>Las estadísticas se manejan con la variable género. Lo cual se convierte en un sesgo en la información pues sexo y género deberían ser variables diferentes, en tanto la diferencia entre asignación biológica y construcción cultural que las llena de contenido respectivamente.</p>	
<p>Las percepciones de las usuarias frente a el o la profesional que les atiende también se relacionan con el genero.</p>	<p>“Según la percepción de las profesionales hay coincidencia en que las mujeres prefieren profesionales del mismo sexo en las consultas relacionadas con su salud sexual y reproductiva y muy particularmente, dicen ellas, en la toma de citologías. Dicen que con mucha frecuencia, las mismas mujeres así lo manifiestan. Una de ellas, dice que los hombres también prefieren a los médicos, con ellas- dice-, algunos dan información por “chicanear”, como por ejemplo la edad en que inician las relaciones sexuales (entre más temprano mejor) o exageran el número de parejas sexuales (entre más, habla mejor de ellos).” (Subsecretaría de mujer, género y diversidad sexual, 2009:70)</p>
<p>Las barreras de acceso respecto a la IVE se siguen produciendo. Entre ellas, las y los profesionales aceptan desconocer las rutas de atención que deben seguirse en casos de remisión; en los hospitales se encuentran profesionales que no siguen las disposiciones de la Sentencia por estar en desacuerdo con ella y aducen que apelan a la objeción de conciencia.</p>	<p>“Al respecto, todas las enfermeras conocen la Sentencia; cuatro de ellas han recibido capacitación y 2 la conocen a través de la televisión. Solo una de ellas refiere haber tenido “uno o dos casos” que remitió al médico y terminaron en la interrupción voluntaria del embarazo - IVE. La enfermera, dice que vuelven a su consulta después para continuar en planificación familiar.</p> <p>Alguna manifestó que le parece buena la Sentencia, pero cree que el alcance es limitado, pues debería extenderse a otros casos.</p> <p>Una de las enfermeras manifiesta que “la evito por problemas”, cuando alguna usuaria habla sobre el tema le dice: “es un decisión que usted debe tomar, hable con el médico.</p> <p>Otra enfermera, dice estar de acuerdo con la interrupción voluntaria del embarazo – interrupción voluntaria del embarazo - IVE en los casos de malformaciones, sin embargo, añade, que en otros casos, sugiriendo los casos de embarazo por violación, considera que pueden existir otras alternativas como la adopción. Y dice que si le tocara el caso esa sería la primera opción que le daría a la usuaria. Sin embargo, cuando la entrevistadora la refiere el derecho a la información, la enfermera dice que la usuaria debe conocerla para tomar su decisión y que estaría dispuesta a ofrecerla.” (Subsecretaría de mujer, género y diversidad sexual, 2009:76)</p>
<p>El enfoque de los lineamientos mantiene un corte reproductivo. Basado en la posibilidad reproductiva de las mujeres, tanto en el sentido biológico como en el social.</p>	

<p>Barreras de acceso en la atención de tipo administrativo (trámites, papeles, comités científicos, juntas médicas); procedimental (material médico con el que no se cuenta, efectos secundarios en la salud de las mujeres); información que no se entrega en el marco de la salud pública (informar sobre el procedimiento y dónde pueden acceder a él); argumentación religiosa que se camufla en el trabajo que con ellas se hace.</p>	<p>“Según Castro y Perea (2007), el estudio revela que 14% de los pacientes (más de 40 millones de norteamericanos) están siendo tratados por profesionales de la medicina que no se creen en la obligación de revelarles información acerca de todos los tratamientos disponibles, particularmente sobre los cuestionados por diferentes creencias religiosas, y que el 29% de los pacientes (cerca de 100 millones de estadounidenses) están atendidos por médicos que no se sienten obligados a derivarlos a otros médicos dispuestos a tratarlos sin condicionamientos religiosos (Castro-Perea, 2007).” (Subsecretaría de mujer, género y diversidad sexual, 2009:32)</p>
<p>No es considerado como un problema o como un enfoque en salud pública. Lo que implica que en los hospitales se trabaje con base en lo que la referente de género propone como prioritario; mas los cambios que se han operado en los programas desde el nivel central hacen que el tiempo que se le asigna a la profesional responsable sea demasiado limitado pues, a su vez, tiene a cargo múltiples tareas que implican menos opciones de solicitar, procesar y recibir información desde otras intervenciones para analizarla desde el enfoque de género.</p>	
<p>Algunas profesionales sugieren trabajar y modificar los temas que se manejan en la intervención relacionada con la etapa de ciclo vital infancia. Proponen que de esta manera se podrían hacer más neutras algunas suposiciones basadas en sesgos de género y que no deberían reproducirse desde los servicios de salud.</p>	<p>“Si logramos incluir los contenidos en el trabajo con los niños seguramente habrá cambios al futuro. Yo creo que esto no se cambia con una política sino cambiando la cultura” (Fragmento diario de campo, 2012)</p>

<p>Una de las apuestas desde el trabajo con las referentes de género ha sido incorporar el lenguaje incluyente. Y desde allí se siente la mayor barrera. Durante las dos sesiones de taller fue permanente el uso exclusivo del masculino en el lenguaje. Así mismo se evidencia en los lineamientos con los que trabajamos.</p>	
<p>Uno de los elementos comunes en la percepción de los y las funcionarias es la distancia frente a las personas a las que atienden. Un elemento común en sus apreciaciones es que deben adecuar el lenguaje para trabajar con la comunidad pues hay que "bajar" la información.</p>	<p>"Generalmente hablamos muy técnico porque estamos acostumbrados. Yo les digo a las personas que me pregunten porque si no no les llega lo que manejamos desde arriba. Y esa es la idea" (Fragmento diario de campo, 2012)</p>
<p>Durante la segunda fase de trabajo de campo llamó mi atención que se maneja un lenguaje que no dé lugar a equívocos frente al aborto; es decir que lo promueven mas no están de acuerdo. Y, claro, eso debemos leerlo como una inmensa ganancia. Hace tres años ni siquiera lo nombraban. Sin embargo el temor de ser señaladas/os como proabortistas se ha convertido en parte de las acciones que deben liderar en los territorios. Lo que deja ver tanto el impacto del trabajo de las feministas en el sector salud como el de los grupos conservadores. Estas frases les pueden salvar de ser llamadas/os a investigaciones por quienes están a la caza de verdaderas proabortistas.</p>	<p>"No somos proabortistas. Solo estamos cumpliendo una disposición que es ley en el país. Nuestra obligación no es generar abortos pero sí evitar que las niñas terminen con el útero perforado o muertas; con una vida destrozada porque no fueron atendidas. Aparte de eso con un escándalo terrible; enterándose raymundo & todo el mundo*" (Fragmento de diario de campo, 2014)</p>

Datos Generales

No. de participantes	Rangos de edad	Escolaridad	Género
14 referentes, en total, de dos hospitales de la red pública que prestan servicios de salud pública.	26 - 34	Profesionales	
2		Educación física	Masculino
1		Terapia física	Femenino
4		Trabajo social	Femenino
5		Sicología	3 Masculino 2 Femenino

Artículos de prensa



- [Contacto](#)
- [Suscripciones 5276.1935 o al 01800.715.7444](#)
- [Anúnciate](#)
- [Directorio](#)



iPad Android iPhone

- [Mercadotecnia »](#)
- [Publicidad »](#)
- [Medios](#)

- [RP](#)
- [Promoción »](#)
- [Investigación](#)
- [Columnistas »](#)
- [Tools »](#)



[Mercadotecnia, México](#)

AstraZeneca, por segunda ocasión, busca salvar el corazón de las mujeres

19-05-2012 11:00 am · [0 Comments](#) Este artículo tiene 887 vistas



México, D.F.- En el 2008 entre las cinco principales causas de muerte en mujeres, cuatro fueron ocasionadas por enfermedades cardiovasculares, según el [Sistema Nacional de Información en Salud \(SINAIS\)](#); asimismo determinó que en este año fallecieron 25 mil 943 mujeres por enfermedad isquémica del corazón, 15 mil 840 por enfermedad cerebrovascular y 8 mil 898 por enfermedad hipertensiva; tras estos preocupantes datos, la **Fundación Científica AstraZeneca** y la **Fundación InterAmericana del Corazón (FIC México)** lanzan, por segundo año consecutivo, la campaña

“Salvemos el Corazón de las Mujeres”.

Notas sobre [mercadotecnia](#):

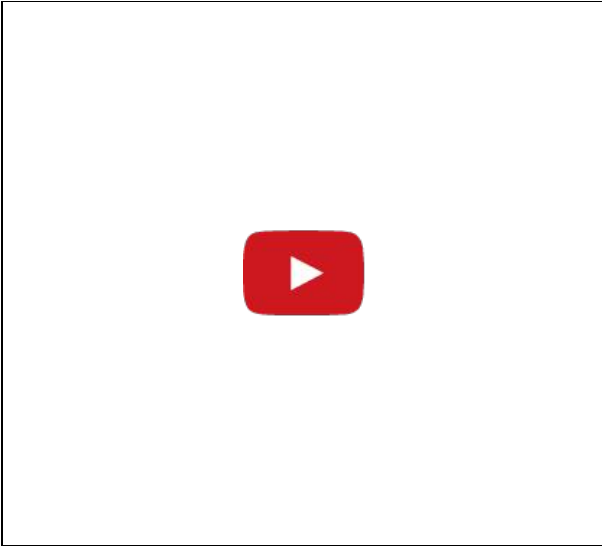
[Zucaritas primer patrocinador de la Olimpiada y Paraolimpiada Nacional ADO presenta en el Papalote la película 3D “El Último Arrecife”](#)

Esta campaña busca concientizar a mujeres mexicanas de 35 años y más sobre la importancia de prevenir y detectar oportunamente estos padecimientos. Mensaje que será transmitido a través de las voces de la cantante y conductora **Yuri**; la actriz **Leticia Calderón** y la conductora **Talina Fernández**, quienes invitarán a la población femenina a llevar una dieta sana y equilibrada, hacer ejercicio con regularidad, asistir al médico con regularidad para que revise los niveles de colesterol y presión arterial, y el dejar de fumar como parte de llevar una vida saludable.

El símbolo que caracteriza a “**Salvemos el Corazón de las Mujeres**” es una pañoleta roja, la cual fue creada por la diseñadora **Cristina Pineda** y que representa la muerte de una mujer por causas cardiovasculares.

La difusión de la iniciativa se centrará en televisión en los canales de mayor audiencia, folletos informativos, Internet y medición de colesterol, glucosa, presión arterial y peso en lugares de alta concentración en las principales ciudades del país.

Office Hogar y Empresas 2013 Comprar	Office 365 Hogar Comprar	Microsoft Office para Mac Home and Student 2011 Comprar
---	---	--



Seguir a @julia_pantoja

<http://www.merca20.com/category/mercadotecnia>

Tags: ["Salvemos el Corazón de las Mujeres"](#), [AstraZeneca](#), [Cristina Pineda](#), [Leticia Calderón](#), [Sistema Nacional de Información en Salud \(SINAIS\)](#), [Yuri](#)



[admin](#) [Contactar al autor](#)



Únete a más de 70,197 lectores

Registra tu email en la siguiente forma y recibe a primera hora las noticias más importantes de mercadotecnia, publicidad y medios.

Recibe merca20.com en tu email

Lo que pasó en
Nuevo mundo

>> Escúchelo aquí >>



Colombia , octubre 20 de 2014 | Actualizado hace 3 minutos

Iniciar sesión

Registrarse



Señal en Vivo
Hoy por hoy



BUSCAR CONTENIDO

Actualidad

MÁS TITULARES

CARACOL.COM.CO

NOTICIAS

BLOGS

ESPECIALES

MULTIMEDIA

EMISORAS

LO MÁS

CLIMA

Columna de Alejandra Azcárate sobre las 7 ventajas de la gordura

5.7k

Ha generado gran polémica en el país.

Hora 20 | 6 de Julio de 2012



Me gusta el cuerpo liviano, ágil y elástico. Me identifico por mi genética y metabolismo con una estética sin protuberancias, relieves y desproporciones. Pero así mismo, hoy decidí alejarme de mi primaria perspectiva de lo bello para abrir mi mente y analizar las ventajas de la gordura. Una mujer que nace gorda o que se engorda debe tener ciertos puntos a su favor que deben ser resaltados y no señalados por las flacuchentas como yo.

1. No piensan a la hora de comer. Esa es una invaluable sensación de libertad. No se mortifican por los horarios adecuados para ingerir los alimentos ni mucho menos se estresan por la escogencia de los mismos. Una bandeja paísa al desayuno no es una posibilidad absurda, al contrario, puede ser una realidad semanal.
2. Cuando van a los almacenes no se pasan horas midiéndose opciones de prendas porque pocas veces encuentran su talla. Sus compras son breves. ¿Qué me queda? Eso me llevo. Punto.
3. Se sienten como unas princesas ya que ellas sí conocen de cerca la verdadera caballerosidad. Los hombres les ceden el puesto por miedo a que se les sienten encima, las miran con ternura para evitar una agresión, les sonríen, las saludan con palmada en el hombro, les corren la silla porque no caben, les abren la puerta del carro para cerciorarse de que sí entran y no las morbosean porque rayarían con la aberración.
4. Disfrutan a plenitud la amistad. Las gordas no generan envidia, así que además de convertirse en grandes amigas producen una confianza que solo es recompensada con lealtad.

PUBLICIDAD

Lo que pasó en

A vivir que son dos días

Escúchelo aquí >>

CON
Andrés López y
Adriana Giraldo

LEA SOBRE OTROS TEMAS



Alvaro Leyva revela que Santos como Mindefensa "saboteó" intento de paz
10/20/2014



Uribeistas y conservadores exigen al Gobierno mano dura con Venezuela
10/20/2014



Gobierno se reúne hoy con líderes de DDHH para evaluar garantías
10/19/2014



Incomunicado se encuentra el centro con el occidente del país
10/19/2014



Colombia impone Récord Guinness en agricultura
10/19/2014

No sufren el dolor de la traición ni prueban el veneno del engaño.

5. En el sexo se desinhiben con facilidad. Contrario a sentir complejos por su figura, tienden a ser tan seguras de ellas mismas que se convierten en grandes amantes. Siempre se entregan como si fuera la última vez, porque de hecho saben que podría serlo. No tienen límites, no les preocupa si la luz está prendida o apagada, no las altera ninguna posición, saben con certeza que su fortaleza es generar placer hasta el punto de hacerle olvidar a su pareja la sensación de estar amasando un sofá abullonado.

6. La playa o el plan de piscina no las cohibe. Uno las ve pavoneándose sin pareo y sin el menor pudor. Se asolean como un sapo boca abajo desparramadas sin tapujos. Con la bronceada se les marcan los pliegues a los cuales el sol no alcanzó a entrar, quedan llenas de líneas como si hubieran sido atacadas por un león y no les importa. Salen de esqueleto, ombliguera o shorts, frescas.

7. No viven pendientes de los tratamientos, trucos o sistemas para alcanzar la figura ideal, son conscientes de su realidad, se aceptan evitando luchas sin sentido. Así se aman y así las aman.


Si resumimos, la gordura genera libertad. Algo que pocos seres logran conocer a lo largo de su vida. Es cierto que por momentos debe producir insatisfacción y una lucha por modificar lo existente. Pero a la vez se alejan con facilidad de las presiones y convierten su figura en su mayor factor de seguridad.

Con todo y eso, no nos digamos mentiras, es mejor ser flaca. Así que no se engañen más. Dejen de pensar que son de huesos grandes, que retienen líquido y que el color negro adelgaza. Están gordas. ¡Asúmalo! Y así suene cruel, es la cruda verdad. Ojo no con la tiroides sino con la 'mueloides' y sobre todo no olviden que uno gordo se ve lindo solo cuando es bebé.

Publicada en la revista ALO

(VEA ADJUNTA LA RESPUESTA DE DOS BLOGUEROS A ESTA COLUMNA DE OPINIÓN)

LE PUEDE INTERESAR TAMBIÉN

 Respuesta de dos blogueros a la columna de Alejandra Azcárate

Las 7 ventajas de la idiotez. Homenaje a la columna de Alejandra Azcárate

DESTACADOS

audios recientes + escuchados + leídos

- | | |
|---|---|
| Que es el Ebola: Hablan los espertos, entes gubernamentales y la gente | 1 |
| Jorge Zepeda Patterson, ganador del Premio Planeta 2014 y Santiago Gamboa | 2 |
| Cuando la juez de línea Luz Mila González nos dirige nunca quedo conforme | 3 |
| Jorge Hernández, de los Tigres del Norte, en Lo Mas Caracol | 4 |
| Once Caldas vino a buscar un empate y lo logró, nos faltó contundencia | 5 |

Más destacados

PUBLICIDAD

Los personajes e historias de

El pulso del fútbol

Escúchelos aquí >>

CON **Hernán Peláez e Iván Mejía**



PUBLICIDAD

Paute Fácil



No Hay Que Ser Millonario
 Invierta en el Hotel del 1er. rascacielos de Bogotá

www.bdbacata.com



HyT Lavinco
 Venta de Equipos y Respuestos Alta Presión

www.hytlavinco.com.co/



¡Paute Ya! Fácil y Rápido
 Millones de usuarios como usted verán su anuncio...

pautefacil.com

Enlaces relacionados

 21 opiniones ¿Quiere leer los comentarios o dejar su opinión? 

MÁS NOTICIAS DEL DÍA

El segundo hijo de los duques de

Inicio » Noticias » Bogotá » En Bogotá protestaron contra el aborto

PUBLICIDAD

BOGOTÁ 4 MAYO 2013 - 4:50 PM

Aborto en Colombia

En Bogotá protestaron contra el aborto

Cientos de manifestantes se congregaron en la Plaza de Bolívar para decir NO al aborto.

Por: AFP

COMPARTIDO
2
1
1
0
77
INSERTAR

PUBLICIDAD

Vea más de Bogotá

HACE 1 HORA

Actos vandálicos, marchas e intentos de bloqueo en paro de buses en Bogotá



Foto: AFP

Los protestantes vestidos de blanco y con globos rojos se congregaron este sábado en Bogotá para protestar contra los cuatro casos de aborto inducido que permite la justicia desde 2006 en **Colombia**.

"La mujer colombiana no quiere abortar. No le ofrezcan esta oportunidad como alternativa por esto es acabar con la vida", declaró **Marcela Posada, vocera de la 'VII Marcha por el Derecho a la Vida'**, que también fue respaldada por la Iglesia Católica colombiana.

Desde 2006 la Corte Constitucional decidió que una mujer colombiana puede realizar el **aborto inducido** en caso de violación, incesto o inseminación artificial no consentida; cuando el embarazo pone en alto riesgo su vida; y cuando el feto presenta una malformación grave.

En diciembre de 2012 se autorizó la **'interrupción voluntaria del embarazo'** por causas que representen un peligro para la salud mental de la mujer. En la Plaza de Bolívar, ubicada en el centro histórico de Bogotá, los manifestantes también se dibujaron en sus manos corazones rojos, portaron imágenes de la Virgen María y pancartas con mensajes como "Si a la vida, no al aborto" y "Aborto igual a homicidio".

"Apoyen el referendo para que se prohíba el aborto en Colombia. Apoyen la vida. **El aborto es un homicidio. Luchemos por la vida**", invitó Posada.

El pasado martes, el **Comité Promotor de "la iniciativa**

puertas destruidas en TransMilenio

Pautefacil.com

Enlaces patrocinados **ANUNCIE AQUÍ>>**



SAP Business One

¿Preocupado por las NIIF?

ERP para Pymes

www.sap.com/colombia/sme



InnovAction 31 de oct.

con conferencistas de talla

Versiones



Impresa

(Descargue el PDF)



iPad



RSS

Pro-vida' presentó más de 325.000 firmas de ciudadanos ante la Registraduría para que se autorice a convocar a referendo que permita una reforma constitucional prohibiendo cualquier forma de aborto provocado en Colombia.

inserte esta nota en su página

TAGS: Protestas en Bogotá Aborto en Colombia

1	1	0
ENVIAR	IMPRIMIR	

77 COMPARTIR

Windows phone

Suscripciones impreso

362

ejemplares

\$312.000

POR UN AÑO

Suscribase

Temas de su interés

EL ESPECTADOR OCT 20/2014 - 7:23 AM



Fabricando fantasías: la triste historia detrás de la canción de Tito Nieves



ANUNCIO PATROCINADO



SAP Business One
¿Tecnología para NIIF? ERP para Pymes
www.sap.com/colombia/sme

Última hora

EL MUNDO OCT 20 - 12:14 PM

Proxenetes intentaban enviar menores de edad a Venezuela

Compartir 0

Lo más compartido

MÚSICA OCT 9 - 9:27 AM

Isabella, la niña que descrestó con su 'Flaca' en La Voz Kids

Inicio » Noticias » Nacional » EPS: a cumplir con el aborto legal

PUBLICIDAD

¡CORRE QUE SE ACABA!
PROTECTORES iPhone y iPad



DESDE \$1.900



¡DESCUBRE MÁS!

NACIONAL 27 MAYO 2013 - 10:00 PM

Interrupciones legales y voluntarias del embarazo (ILVE), en manos de EPS

EPS: a cumplir con el aborto legal

A pesar de que los procedimientos están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), las mujeres acuden a sitios que no pertenecen al sistema. Con esa decisión les ahorran a las EPS casi \$2.200 millones al año.

Por: Diana Alejandra Cortés Gaitán

En Twitter: [@D_alejandra2808](https://twitter.com/D_alejandra2808)

PUBLICIDAD



Veá más de Nacional

HACE 13 MIN

Aumentaron robos en el Metro de Medellín

HACE 18 MIN

Menor recibió tres impactos de bala en medio de una discusión familiar

Un grupo de mujeres defienden su derecho a abortar legalmente, en las causas avaladas por la Corte Constitucional. / Archivo

La sentencia C-355 de 2006 de la Corte Constitucional, que aprobó la interrupción legal y voluntaria del embarazo (ILVE) en el país en tres casos específicos, cumple siete años, y a pesar de que el procedimiento está incluido en el Plan Obligatorio de Salud (POS), las estadísticas demuestran que son pocos los casos que atienden las EPS. Los obstáculos y demoras que tradicionalmente han puesto estas entidades para atender a las mujeres que ejercen su derecho a abortar han obligado a muchas de ellas a acudir a sitios ajenos al sistema de salud como algunas fundaciones, que se dedican legalmente a esta práctica. Esto parece que cambiará gracias a la reciente circular de la Superintendencia de Salud, que da instrucciones concretas a las EPS para atender las ILVE de forma oportuna. Sin embargo, la directriz, vigente desde el 26 de abril, abrió un debate sobre si los abortos legales se deben cargar o no al sistema de salud.

Y no es para menos. Al conocer los datos que reportan oficialmente instituciones que practican abortos legales en el país, es posible calcular los costos de la práctica. Según un estudio de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Fecolsog), que revela cifras de ILVE en entidades del sistema de salud del país, se han reportado 1.632 procedimientos desde 2006, de los cuales 685 se realizaron entre 2011 y 2012. Esta cifra es mínima al compararla con la reportada por entidades ajenas al sistema que se dedican a practicar abortos legales y que dicen haber realizado entre 2011 y 2012 al menos 13.635 ILVE, de las cuales 8.044 fueron con medicamentos y 5.591 de forma quirúrgica.

Pautefacil.com

Enlaces patrocinados **ANUNCIE AQUÍ>>**



Tacones hasta 60%off

Los mejores descuentos

Compra online en Dafiti!

www.dafiti.com.co



Versiones



Impresa

(Descargue el PDF)



iPad



Windows phone

NOTICIAS

OPINIÓN

ECONOMÍA

DEPORTES

ENTRETENIMIENTO

VIVIR

TECNOLOGÍA

BLOGS

TI

COMPARTIDO

0

del embarazo con medicamento cuesta \$50.000 y mediante cirugía vale \$700.000, se puede calcular que los abortos legales en el país valen \$3.000 millones al año.

0

Estas cifras son las que están detrás del debate de si los abortos legales se deben cargar o no al sistema de salud, como lo ordena la Superintendencia desde el pasado 26 de abril. La razón es que antes de la circular, las EPS asumían una mínima parte de estos costos, ya que la mayoría lo pagaban las mujeres de forma particular, debido a las trabas de las entidades de salud. Pero este será ahora un gasto más del POS.

25

INSERTAR

La circular de la Supersalud generó críticas, las cuales apuntan a que ni el sistema ni el Estado deben asumir estos costos. Una de esas críticas fue la que expresó el senador conservador José Darío Salazar, quien dijo que el aborto legal no es un asunto de salud pública, porque "no es un tratamiento, no es una terapia, no aboga necesariamente por la salud de una mujer, sino que es para matar a

RSS

Suscripciones
impreso

362

ejemplares

\$312.000

POR UN AÑO

Suscribase

un ser humano". El congresista sustentó su rechazo diciendo que la circular de la Supersalud hace alusión a un decreto nulo desde comienzos de año (4444 de 2006), en que se indicaba a las EPS cómo atender las solicitudes de las ILVE. El senador agregó: "A pesar de que el decreto está suspendido, el Ministerio de Salud se pasó esto por la faja".

Algo distinto piensan quienes defienden la medida de la Superintendencia de Salud de fijar nuevamente directrices a las EPS para que atiendan los abortos legales de manera oportuna, justificándolas en la sentencia C-355 de 2006 y diferentes tutelas. Según Ariadna Tovar, abogada de Women's Link Worldwide, desde 2006 la Corte estableció que no hace falta reglamentación para exigir a las EPS de manera inmediata la interrupción legal y voluntaria del embarazo (ILVE) en las circunstancias autorizadas.

Y agrega que tanto el Congreso como el Ministerio de Salud pueden expedir reglamentaciones, siempre y cuando se respeten los límites constitucionales. "No pueden reducir las causales ni establecer más requisitos, tienen que garantizar el goce efectivo de los derechos de las niñas y mujeres que requieren de una ILVE, en condiciones de igualdad y seguridad, como un servicio más del sistema general de salud".

Tovar agregó que cuando una EPS pone obstáculos a una mujer que solicita una ILVE, lo único que hace es ponerla en un riesgo mayor, ya que, como lo explican los expertos de la salud, se reducen los riesgos cuando se practica con menos tiempo de gestación, lo que permite que el procedimiento se haga con medicamentos y no mediante intervención quirúrgica.

En medio del debate sobre si los abortos legales se deben cargar o no al sistema de salud, hay expertos que señalan que es mejor incluirlos de una vez, ya que está probado que atenderlos luego como emergencia es más caro, no sólo médica sino económicamente. Diego Villegas Echeverri, médico de la Unidad de Laparoscopia Ginecológica Avanzada (Algía) de la clínica Comfamiliar y presidente de la Fecolsog, explica que cuando el aborto se realiza en momentos y condiciones inadecuadas, el riesgo de complicaciones es muy alto, con situaciones como infecciones pélvicas y hemorragias, que son causas de morbilidad y mortalidad. Otras complicaciones son traumas a los órganos de la pelvis, perforaciones uterinas y daños en la vejiga e intestinos. "Esta serie de complicaciones pueden ser manejadas, pero en varios casos producen efectos definitivos, como problemas psicológicos, discapacidad, incapacidad para embarazarse de nuevo y hasta la muerte", agrega.

Por su parte, otro médico de un hospital público dice que mientras en un sitio clandestino el aborto cuesta hasta \$300.000, atender


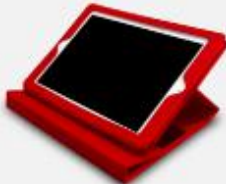


PUBLICIDAD



¡CORRE QUE SE ACABA!
**PROTECTORES
iPhone iPad**

DESDE
\$1.900



► **DESCUBRE MÁS!**

posteriormente a una mujer que llega a urgencias por un aborto mal realizado puede costar hasta \$80 millones, ya que un obliga a que se le tengan que practicar a la mujer cirugías adicionales, como histerectomía, laparotomía y colostomía, a lo que se suman largas hospitalizaciones en unidades de cuidados intensivos, con lo que “la inoportuna prestación del servicio puede generarle costos mayores al sistema de salud”.

Son estas y otras razones las que le permiten al médico Javier Díaz, asesor de la Secretaría de Salud, afirmar que las ILVE sí son asunto de salud pública y que la reciente circular de la Supersalud debe ser acogida por aseguradores y prestadores de servicios de salud del país. Díaz explica que los riesgos de continuar con un embarazo que podría interrumpirse legalmente incluyen la muerte, enfermedad grave o una victimización adicional, lo cual refleja una posición ideológica frente a la garantía de los derechos fundamentales de las mujeres.

Por esta razón, el médico crítica a los entes territoriales y al Ministerio de Salud que, al parecer, no están ejerciendo suficiente presión para que se cumplan estas órdenes. “Las EPS y los prestadores deben incorporar en sus guías y protocolos de práctica clínica el procedimiento a seguir ante la solicitud de una mujer de interrupción legal del embarazo. De hecho, se debería presentar como una alternativa real para las mujeres que cumplan con las causales reconocidas”.

Respecto a todo este debate, Jaime Arias, presidente de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi), gremio de las EPS, dice que si bien el porcentaje de abortos que tienen registrados en esas entidades son mínimos, la ILVE ya está incluida en el POS y la circular de la Supersalud se debe cumplir a cabalidad.

En medio de este debate lo único claro es que la interrupción voluntaria del embarazo bajo las tres causales que despenalizó la sentencia C-355 de 2006 es indiscutiblemente un asunto de salud pública, a pesar de los argumentos que puedan presentar los opositores al tema, ya que las cifras en cuanto a costo-vida son dicientes.

Causales de interrupción legal del embarazo

La interrupción legal y voluntaria del embarazo se puede realizar en tres casos concretos: cuando está en riesgo la salud física o mental de la madre, cuando existen graves malformaciones incompatibles con la vida en el feto o cuando la mujer ha sido víctima de violación o incesto.

dacortes@elespectador.com



Semana

[\(http://www.semana.com/\)](http://www.semana.com/)

Lunes, 20 de Octubre de 2014

BUSCAR



[Policia Nacional \(/noticias/policia-nacional/102595\)](#) [Apple \(/noticias/apple/102744\)](#) [Ebola \(/noticias/ebola/102744\)](#) [VER MÁS](#) **+**

[INICIO \(/\)](#) / [NACION \(/SECCION/NACION/3-1\)](#) / LA MUERTE DE ROSA ELVIRA CELY, UN CRIMEN ABOMINABLE

(/Imprimir/258867) (/SendItemMail/258867) A A A



13



9



0



[NACIÓN \(/SECCION/NACION/3-1\)](#) | 2012/06/02 00:00

La muerte de Rosa Elvira Cely, un crimen abominable

Un compañero de colegio es el responsable del crimen de Rosa Elvira Cely, la mujer que fue brutalmente violada en el Parque Nacional de Bogotá y murió tras varios días de agonía.



📷 Rosa Elvira estaba validando el bachillerato en el mismo colegio que su agresor. Este la atacó brutalmente en un paraje del Parque Nacional cercano a un riachuelo, en donde la Policía la encontró gravemente herida.

Escalofriante. Así fue el crimen de Rosa Elvira Cely, una mujer de 35 años cuya escena de agonía parece extraída de un episodio del Medioevo. Pero todo ocurrió en el Parque Nacional, en pleno corazón de Bogotá y el perpetrador es un amigo del colegio de la víctima.

Los bomberos y la Policía encontraron allí a Cely, malherida, luego de que ella misma hizo angustiosas llamadas de auxilio desde su celular. Fue el pasado jueves 24 de mayo. Según explicó William Cardona, coordinador de la Línea de Emergencias 123, la primera llamada se registró a las 4:47 de la mañana y en ella se escuchó la voz angustiada de una mujer que decía haber sido violada en el Parque Nacional y pedía socorro. La llamada se cayó. A las 4:50 timbró de nuevo y entregó indicaciones más precisas. Tras cerca de una hora de búsqueda las autoridades la encontraron. Fue una imagen estremecedora.

Estaba tendida sobre un charco de sangre, con las extremidades inferiores desnudas y laceraciones en los brazos y en torno al cuello que sugerían un

intento de estrangulamiento. En la cabeza tenía un golpe fuerte. Pero además padecía graves heridas en las zonas íntimas, donde sangraba. De inmediato se solicitó una ambulancia. El vehículo acudió y Rosa Elvira fue internada en el Hospital Santa Clara, pasadas las siete de la mañana. "Los galenos de urgencias nunca habían visto algo tan brutal y tan horrible como lo que encontramos con esta persona", explicó el subdirector del centro médico José Páramo. No era para menos. Rosa Elvira sufrió un paro cardíaco, perdió la conciencia y al ser intervenida en el quirófano le encontraron la pelvis y el útero rotos como consecuencia de un palo que le habían introducido por el ano. Dentro del cuerpo se hallaron rastros de yerba y astillas. Fueron cinco días de lucha en cuidados intensivos. Los médicos probaron, infructuosamente, distintas maniobras para controlar la infección interna que sobrevino, así como el traumatismo craneoencefálico. Rosa -madre de una niña de 12 años- falleció el lunes y desde entonces el país está estremecido con este salvaje crimen. La indignación provocó una inmediata convocatoria ciudadana para hacer una concentración en el Parque Nacional en solidaridad con su familia y como expresión de rechazo a la barbarie.

Semana

([HTTP://WWW.SEMANA.COM/](http://www.semana.com/))

NACIÓN ([HTTP://WWW.SEMANA.COM/SECCION/NACION/3-1](http://www.semana.com/seccion/nacion/3-1))

Semana

(<http://www.semana.com/>)

OPINIÓN ([HTTP://WWW.SEMANA.COM/SECCION/OPINION-ONLINE/81-1](http://www.semana.com/seccion/opinion-online/81-1))

ECONOMÍA ([HTTP://WWW.SEMANA.COM/SECCION/ECONOMIA/4-1](http://www.semana.com/seccion/economia/4-1))

Gracias a múltiples entrevistas y a lo que la misma Rosa alcanzó a decir al ser

hallada moribunda se estableció una secuencia de hechos y quienes son los

responsables. Javier Velasco y Mauricio Ariza, alcanzó a decir la víctima al ser

auxiliada. Tras varias pesquisas de las autoridades los responsables fueron

identificados. ambos estudiaban en el colegio Manuela Beltrán, en horario

nocturno, aunque en un curso distinto al de Rosa. El día de los hechos, tras la

jornada de clase que concluye a las diez de la noche, los tres fueron a departir un

rato en un establecimiento de Chapinero, cerca del colegio, y tras esto Rosa se

fue con Velasco en la moto de este. No sabía el peligro al que se exponía. Javier

Velasco Velásquez es un anónimo pero temido delincuente: en su prontuario

figura una condena por homicidio, y un par de investigaciones, una de estas por

acceso carnal en una menor de edad. Al día siguiente del brutal ataque, Velasco

se presentó como si nada al colegio, suponiendo que su víctima había muerto. Sin embargo, poco después que una profesora contó en clase que Rosa había sufrido un accidente y estaba en cuidados intensivos, Velasco salió discretamente de la institución y empezó a huir. La Sijín logró detenerlo el viernes por la noche y la captura fue aplaudida por el propio presidente Juan Manuel Santos.

El juez de garantías que conoció las pruebas recopiladas se abstuvo de ordenar detención contra la segunda persona señalada, porque no encontró elementos que lo comprometieran. No obstante, la investigación continúa, un grupo del CTI ha realizado un milimétrico trabajo de campo en el punto del Parque Nacional donde se halló a Rosa. La inspección incluyó luces forenses y químicos reactivos que permitieron recolectar muestras biológicas extrañas que, tras un análisis en laboratorio, consolidarán y determinarán los detalles del crimen.

TAMBIÉN LE PUEDE INTERESAR



El milagro macroeconómico de Bolivia | Semana.com
Como dirían en el fútbol, Evo Morales tiene aire en la camiseta. En ...



SAP Business One
¿Preocupado por las NIIF? ERP para Pymes
www.sap.com/colombia/sme
ANUNCIO PATROCINADO



Crimen de Rosa Elvira Cely fue "atroz y monstruoso" | Semana.com
Rosa Elvira Cely, la mujer que fue encontrada en el Parque Nacional ...



Verdades y mitos sobre el ébola | Semana.com
Son muchas las interrogantes que han surgido a raíz del último brote...

¿TIENE ALGO QUE DECIR? COMENTE

i Este es un espacio de participación de los usuarios. Las opiniones aquí registradas pertenecen a los internautas y no reflejan la opinión de Publicaciones Semana. Nos reservamos el derecho de eliminar discrecionalmente aquellos que se consideren no pertinentes.

Inicio » Noticias » Actualidad » Muñeca para amamantar genera polémica

PUBLICIDAD



ACTUALIDAD 29 NOV 2012 - 12:38 PM

En Estados Unidos

Muñeca para amamantar genera polémica

El juguete causó revuelo en Estados Unidos.

Por: Elespectador.com

PUBLICIDAD

Economizador de Safari
Haga clic para iniciar el módulo Fla



COMPARTIDO

0

0

NOTICIAS

OPINIÓN

ECONOMÍA

DEPORTES

ENTRETENIMIENTO

VIVIR

TECNOLOGÍA

BLOC

26

INSERTAR

HACE 25 MIN

Mónica Lewinsky se lanza en Twitter como una "activista social"

HACE 3 HORAS

Dos años de prisión para un



La muñeca "Breast Milk Baby" simula ser amamantada. La niña que la use debe ponerse un delantal con unos sensores en el pecho por medio de los cuales el juguete recrea el movimiento. [Ver video de la muñeca.](#)

En Estados Unidos ha generado revuelo al llegar a las estanterías. **Para muchos, se trata de un juguete inapropiado y hasta sexual.**

Cuando fue comercializado por primera vez en España fue visto como algo normal, pero a su llegada a Estados Unidos, la reacción fue diferente.

El director de marketing, César Bernabéu, aseguró que se busca darle naturalidad a un acto hermoso como lo es el amamantar a un hijo y que buscaban dejar de darle la idea a las niñas que lo natural era usar el biberón. Pero así mismo declara que no esperaban esta reacción en contra.

Relacionados

🔍 La muñeca "Breast Milk Baby"

inserte esta nota en su página

TAGS: Estados Unidos Europa Muñeca Breast Milk Baby

japonés que creó pistolas con una impresora 3D

Pautefacil.com

Enlaces patrocinados **ANUNCIE AQUÍ>>**



InnovAction 31 de oct.
más que conferencias son talleres interactivos
www.innovaction.com.co



Versiones



Impresa

(Descargue el PDF)



iPad



Windows phone



RSS

Suscripciones
impreso

362

0 ENVIAR

0 IMPRIMIR

0

26 COMPARTIR

ejemplares

\$312.000

POR UN AÑO

Suscribase

Temas de su interés

EL ESPECTADOR OCT 20/2014 - 6:43 AM



El voraz apetito de Esperanza Gómez, la colombiana más famosa del cine XXX

ANUNCIO PATROCINADO



InnovAction, un foro con expertos latinoamericanos hablando de innovación www.innovaction.com.co



PUBLICIDAD

Última hora

Lo más compartido

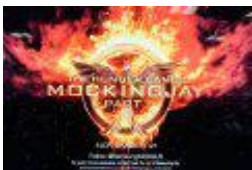
NACIONAL OCT 20 - 11:17 AM

Investigan a policía que mató a un perro a tiros en Medellín

0 Compartir

TECNOLOGÍA OCT 20 - 11:08 AM

"Los Juegos del Hambre: Sinsajo Parte 1" estrena aplicación



8 Compartir

MÚSICA OCT 9 - 9:27 AM

Isabella, la niña que descrestó con su 'Flaca' en La Voz Kids



92.5k Compartir 50

ACTUALIDAD OCT 8 - 7:10 AM

Cargar el celular al lado de la cama mientras se está durmiendo engorda

Lineamientos en salud pública.

Ejemplo 1

“El sector salud tiene responsabilidades en la atención a la violencia sexual.

En consonancia con los acuerdos internacionales, enunciados en instancias nacionales como la Constitución Política de Colombia, el Estado se constituye en garante de los Derechos Humanos; dentro de estos, del Derecho a la Salud, los Derechos en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y los Derechos de las Víctimas de Violencia Sexual.

En el ámbito nacional la violencia sexual es priorizada como un evento de interés en salud pública (Acuerdo 117 del Ministerio de Salud, Resolución 412/00, Política Nacional en Salud Sexual y Reproductiva), por lo cual debe ser objeto de atención oportuna y seguimiento, de tal manera que se garantice su control y la reducción de las complicaciones evitables.

Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia: mujeres adultas, hombres, mujeres y hombres jóvenes, niñas y niños, en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado tanto por el sector público, como el privado y los particulares.

Así mismo la familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger a los niños, niñas y adolescentes, población principalmente afectada con esta problemática, para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos.

El protocolo fue construido de manera intersectorial e interdisciplinaria en el marco del Consejo Distrital de Atención Integral a Víctimas de Violencia intrafamiliar, Violencia y Explotación Sexual. El punto de partida fué el aporte hecho por víctimas de violencia sexual en cuanto a sus necesidades, dificultades de acceso a la atención y aportes para mejorar la atención, diversas instituciones públicas y privadas de diferentes sectores construyeron la propuesta de proceso integral de atención en base a las necesidades planteadas por las víctimas de violencia sexual, y por último el documento fue presentado a la discusión y consenso de varios grupos técnicos de las IPS públicas y privadas, y profesionales expertos de cada una de las áreas y disciplinas que intervienen en la prevención, detección y atención integral de la violencia sexual.

LA VIOLENCIA SEXUAL, PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.

La violencia sexual incluye "...todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo. La violencia sexual vulnera los derechos humanos, sexuales y reproductivos. Es considerada una de las vulneraciones de derechos humanos más extendida y menos visible: de acuerdo con el documento "Informe de violencia y salud" de la OMS 2002, 1 a 2 de cada 10 mujeres ha sido víctima de violencia sexual, y 2 de cada 10 hombres lo ha sido también. (1)

La coacción puede abarcar una amplia gama de grados de uso de la fuerza; además de la fuerza física, puede entrañar la intimidación psíquica o moral, la extorsión u otras amenazas como la de daño físico a las propias víctimas o a personas de sus afectos, la de despedir a la víctima del trabajo o impedirle obtener el trabajo que busca. También puede ocurrir cuando la persona agredida no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo, porque está bajo los efectos del alcohol o algún estupefaciente, está dormida o es mentalmente incapaz de comprender la situación.

Los actos de violencia sexual pueden ser muy variados y producirse en circunstancias y ámbitos muy distintos, desde espacios privados como el hogar hasta sitios públicos como la calle.

1. Formas y contextos de la violencia sexual (1)

¥ Los actos de violencia sexual pueden ser muy variados y producirse en circunstancias y ámbitos muy distintos. Entre ellos, cabe señalar:

- Ⓔ La violación en el matrimonio o en las citas amorosas.
- Ⓔ La violación por parte de desconocidos
- Ⓔ La violación sistemática durante los conflictos armados
- Ⓔ Las insinuaciones o el acoso no deseados de carácter sexual, con inclusión de la exigencia de mantener relaciones sexuales a cambio de favores.

- Ⓔ El abuso sexual de personas física o mentalmente discapacitadas;
- Ⓔ El abuso sexual de menores;
- Ⓔ El matrimonio y la cohabitación forzados, incluido el matrimonio de menores;
- Ⓔ La denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar otras medidas de protección contra las enfermedades de transmisión sexual.
- Ⓔ El aborto forzado;
- Ⓔ Los actos de violencia que afecten a la integridad sexual de las mujeres, incluida la mutilación genital femenina y las inspecciones obligatorias para comprobar la virginidad;
- Ⓔ La prostitución forzada
- Ⓔ la trata de personas
- Ⓔ La explotación sexual

En el hogar se han identificado formas pasivas y activas de violencia sexual. En la agresión pasiva existen ofensas donde no hay contacto físico, predominan agresiones morales, éticas y psicológicas como represión sexual bajo amenazas, impedir que la persona reciba información sobre sexualidad, no brindar educación sexual a los niños, niñas y adolescentes de la familia, usar el sexo como método de intercambio “si me das lo que quiero tenemos sexo”,o,condicionar el dinero de la manutención del hogar a tener sexo, aunque la pareja no lo desee. En la agresión activa el agresor usa activamente sus manos, sus genitales, u otro instrumento contra la víctima la cual no desea ser tratada de esta manera, por ejemplo: violación sexual, caricias por la fuerza, acoso sexual permanente, insultos sexuales, obligar al conyugue o pareja a tener sexo sin desearlo, o, presión sexual bajo estado alcohólico o de drogas. (2)

En la esclavitud sexual se incluyen, entre otras: la explotación de la prostitución ajena, los matrimonios forzados, el turismo sexual y el uso de Internet con fines de explotación sexual, y otras prácticas que signifiquen el tratamiento de las mujeres, niñas y niños como propiedad. (3)

Dado que la Secretaria Distrital de Salud ha venido construyendo la política pública con una aproximación al marco de la determinación social de la salud y la enfermedad, es importante mencionar que en varios de los ejercicios de discusión previos se ha hecho una aproximación (ver anexo No. 1), que no acaba aquí sino que requiere su análisis y debate en otros espacios a la luz de las nuevas políticas públicas tanto de nivel internacional, nacional y distrital,

Ante esta amplia gama de formas y contextos de violencia sexual, para el presente documento se usará el término Violencia Sexual para referirnos a cualquier forma o contexto de esta.

Impacto de la violencia sexual en la salud.

La violencia sexual es definida como un evento de interés en salud pública por su impacto sobre el individuo, su familia y la sociedad entera; además por los altos costos que genera en vidas, en la disminución de la productividad de las personas, su nexa indisoluble con otros eventos ya declarados de interés en la norma nacional y territorial vigente, y en las políticas distritales relacionadas con el VIH/Sida, ITS, embarazo en adolescentes, mortalidad materna y perinatal, mortalidad infantil, desnutrición y suicidios.

La violencia sexual representa peligro para la salud de la víctima, por el alto riesgo de embarazo o de adquirir infecciones de transmisión sexual, con secuelas para el resto de la vida.. Adicionalmente es una urgencia en salud mental porque el intenso estrés y sufrimiento emocional producido puede generar disfunción. Así mismo, es frecuente la asociación de este evento traumático con ideación y conductas suicidas.

El stress psicosocial es un grave factor de riesgo para mortalidad materna y perinatal (11)

La situación del embarazo en las niñas entre 10 y 14 años de edad empeora por las graves complicaciones de este, en el periodo de 1998 a 2005 la razón de mortalidad relacionada con el embarazo en niñas de 10 a 14 años fue hasta de 234 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, el riesgo de muerte materna de una niña de 10 a 14 años es 2 veces el de una mujer de 20 a 35. (7)

Se relaciona además con efectos sociales como agresión y rechazo a la familia, que pueden verse incrementadas por amenazas o medidas tomadas por el agresor en contra de la vida de los integrantes de la familia. Con frecuencia se presenta además crisis familiar asociada a la dependencia económica o emocional del agresor, conflicto entre el creer o no creer, "culpabilizar" a la víctima, entre otros.

La violencia sexual impacta la salud física y mental. Estudios indican que las mujeres sobrevivientes de actos de violación tienen altas tasas de trastornos persistentes debidos al estrés postraumático, constituyendo el mayor grupo al cual se le ha diagnosticado este trastorno. Las víctimas de violación tienen 9 veces más probabilidades, que quienes no han sido víctimas, de intentar suicidarse y padecer depresión grave. Además, entre un 50 y 60% de las víctimas padecen trastornos sexuales, incluido el temor a las relaciones sexuales durante buena parte de sus vidas. Una de las consecuencias más graves de la violencia sexual es el embarazo forzado, que con frecuencia termina en abortos inseguros, la exposición al contagio con VIH-Sida y otras enfermedades de transmisión sexual.

Muchas mujeres afectadas por la violencia sexual padecen del menoscabo de su autoestima y su autonomía. Las experiencias sexuales traumáticas inciden en el sexo sin protección con múltiples compañeros, prostitución y embarazo en la adolescencia. Incluso se ha detectado que la experiencia de violencia sexual temprana hace más vulnerable a la mujer a otras formas de violencia en la vida adulta; las víctimas de incesto, por ejemplo suelen ser afectadas por violencia sexual más tarde en sus vidas.

La violencia sexual es causa y consecuencia de otros problemas en salud pública, como lo muestra la tabla de factores de riesgo propuesta en el "Informe Mundial sobre la violencia y la salud"

Entrando ya en materia del abordaje desde el sector salud a la violencia sexual, el acceso a la atención por el sector salud tiene hoy día múltiples barreras que impiden a los niños, niñas, jóvenes, mujeres y hombres víctimas de violencia sexual acceder a los servicios de salud y por tanto son barreras para garantizar el derecho a la salud.

Algunas de las barreras de acceso, que además revictimizan, son:

1. Problemas con el aseguramiento:

La persona víctima de violencia sexual puede encontrar barreras de acceso en su atención entre otras por alguna de las siguientes causas:

- ↪ Ausencia de documento de identidad
- ↪ Documentos en manos del agresor.
- ↪ No autorización de la atención por parte de quien actúa como asegurador (EPS, Entes Territoriales, regímenes especiales, etc.).
- ↪ Falta de integralidad en el manejo requerido, por su fragmentación en diferentes niveles de atención y en diferentes aseguradores
- ↪ Barreras geográficas y económicas, determinadas por la necesidad de desplazamiento en busca de la autorización de la atención, reclamo de medicamentos y de la atención misma.
- ↪ La persona no aparece en bases de datos que acrediten su condición de afiliación al SGSSS (Sisben, Fosyga, EPS, otras)..
- ↪ Desconocimiento por las instituciones de los procedimientos para activar las acciones de protección y atención de las personas víctimas de violencia sexual, sin red de apoyo socio-familiar.
- ↪ No se considera la violencia sexual como una urgencia, si los hechos no han ocurrido pocas horas antes.
- ↪ Asignación de citas tardías, con intervalos prolongados, generando el riesgo de que la persona desista de la atención o presente complicaciones físicas, emocionales y mentales.
- ↪ Exclusión del POS de algunos medicamentos y servicios.
- ↪ Desactualización de la información contenida en bases de datos, sobre la condición de afiliación al SGSSS de las víctimas, generando cruces entre los regímenes, aparentes retardos en las cotizaciones, entre otras situaciones, que son utilizadas como justificación para la negación del servicio.
- ↪ Ausencia o cruce con bases de datos otros entes territoriales.
- ↪ Exigencia de pagos compartidos por parte de las instituciones de salud, ignorando la gratuidad establecida por la Ley 360/97, Artículo 15, para la atención de víctimas de violencia sexual.
- ↪ Negación de la atención a menores de edad o compañeros (as) de cotizantes al Régimen Contributivo, por no aparecer como beneficiarios.

2. Problemas con la atención:

Dentro de aspectos revictimizantes relacionados con la atención en salud se encuentran:

- Al ingreso se indaga las razones o motivos de consulta en la portería, facturación, auxiliares, y demás personal de salud, sin respeto a la confidencialidad e intimidad de la persona víctima y sobreviviente.
- Se hace la atención en sitios que no garantizan la privacidad, en condiciones deplorables.
- Vulneración de la dignidad de la víctima con la desnudez y el tener que dejar sus prendas como evidencia.
- Verse obligada a solicitar autorizaciones en diferentes momentos, con diferentes instituciones o personas y para diferentes servicios.

La Secretaria Distrital de Salud atendiendo a la garantía al derecho a la salud, a través de las herramientas de la legislación actual, busca no violentar más a quienes se ha victimizado ya en extremo, garantizando los derechos, lo cual es deber institucional público y privado y lograr calidad de vida para estos niños, niñas, jóvenes, mujeres y hombres.

Entre los compromisos del sector salud es importante resaltar los siguientes:

1. Garantizar el acceso a servicios de salud o toda víctima y sobreviviente de violencia sexual (Circular 009 del 2007 de la Secretaría Distrital de Salud)
2. Garantizar la atención a toda víctima de violencia sexual sin la revictimización dada por los trámites administrativos, la fragmentación del sistema y las barreras geográficas por la atención en sitios de atención lejanos a su domicilio.
3. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y Privadas, deben garantizar la disponibilidad de los elementos necesarios para la toma de muestras y evidencias y la cadena de custodia en la atención integral a víctimas de violencia sexual (resolución 412 del 2000 , ley 906 del 2004- Nuevo código de procedimiento penal colombiano, Circular 022/2007)"

Ejemplo 2

“DEFINICIÓN

Proceso de articulación intersectorial para la identificación, información y atención integral de los y las adolescentes gestantes y lactantes a través del desarrollo de acciones de asesoría, acompañamiento, construcción de conocimiento en torno a la vivencia de la sexualidad y movilización de actores sociales como la familia, la comunidad educativa, las instituciones y sectores como núcleos de apoyo social e institucional para hombres y mujeres adolescentes gestantes y lactantes, reconociendo su condición como sujeto de derechos.

OBJETIVO

Garantizar el seguimiento a los y las adolescentes en condición de gestación, posparto y lactancia reconociendo su entorno personal, familiar, de pareja, educativo y social a través de encuentros familiares, con la institución escolar y con instituciones sociales que movilicen los procesos de coordinación intersectorial, activen la respuesta integral y generen puentes de conexión con el proceso desarrollado a través de los Proyectos escolares de sexualidad.

El embarazo en adolescentes convoca una complejidad de determinantes socioculturales asociados con: la fragilidad en las relaciones familiares, las construcciones de poder social y económico, las dinámicas que configuran la comunidad educativa y la sociedad en general, dificultando habilitar campos conversacionales en torno a la sexualidad, al sentido de la afectividad, de la identidad de los y las jóvenes.

Desde allí se hace preponderante revisar las configuraciones familiares que se relacionan con la vivencia de la maternidad y la paternidad y el desarrollo de soportes sociales durante la gestación adolescente. Según el censo realizado en Bogotá, existen un total de 1.251.813 familias distribuidas así: familia nuclear: 59.6%, familia extendida 25.3%, familia unipersonal 8.7% familia compuesta 6.5%. el mayor porcentaje de jefes hombres se ubica en la familia nuclear 64.4% y de jefe mujer 46.0%, en la familia extensa la mujer es jefe de hogar 30.8% comparada con la jefatura del hombre correspondiente a un 23.3%.

De igual manera al hacer una mirada de los tipos de familia según el estrato al que se pertenece, se encuentra que los sectores altos se estructuran en familias nucleares (62%) por cuanto cuentan con los recursos para organizarse en un espacio habitacional, en los sectores

bajos la convivencia con otros parientes es una estrategia de apoyo (34.3%). El hogar unipersonal cuenta con un porcentaje de 10.5% en los sectores altos como un indicador de autonomía, mientras que en los sectores bajos un 14.9% refleja mas los patrones migratorios de trabajadores jóvenes sin familia que rentan una habitación.

En las representaciones sociales de los colombianos la maternidad ha gozado de un alto reconocimiento aun cuando la forma de asumirla varía según estrato social y región cultural. A la madre, se le rinde culto; a ella se le encargan las principales funciones de socialización y crianza de los hijos y el forjar hombres y mujeres íntegros, productivos y funcionales a la sociedad. En correspondencia con lo anterior, una gran proporción de mujeres asumen solas la crianza de los hijos por varios factores: abandono del cónyuge, viudez o porque así consideran alcanzar una realización afectiva. La sacralización de la maternidad en los imaginarios sociales, no corresponde a las demandas que la sociedad le hace a la mujer actual, generándose intensas paradojas entre el ideal y lo que se hace. Los estudios sociales también señalan transformaciones en los referentes de la masculinidad y en el modo como los hombres asumen la paternidad. Reconocen formas de ser padres distintos a la tradicional figura patriarcal, representada fundamentalmente por el hombre que otorgaba al hijo su apellido y que se encargaba de su sostenimiento.

En consecuencia, el embarazo de una adolescente tiene repercusiones en las proyecciones de vida de la joven, de su compañero y de su núcleo familiar, así como en sus perspectivas de estudio y trabajo. Desde el punto de vista de su condición de salud se evidencia mayor morbilidad en embarazos a edades tempranas así como efectos adversos en el recién nacido más frecuentes que en los frutos de mujeres adultas, tales como bajo peso al nacer, prematuridad y muerte perinatal.

Desde esta perspectiva, la estrategia de coordinación intersectorial de la Secretaria Distrital de Salud, tiene como fin fundamental reconocer a los/las adolescentes como sujetos de derechos para dar una respuesta institucional eficiente, efectiva, oportuna e integral durante el proceso de gestación y lactancia en la adolescencia, eliminando barreras de acceso a los programas y acciones que le ofrece la localidad para generar calidad de vida y salud.

Resulta fundamental consolidar el apoyo interinstitucional para la restitución de derechos de la y el adolescente en condición de gestación en la escuela, identificando grupos de adolescentes de mayor vulnerabilidad y activando procesos que permitan; Identificar tempranamente la/el adolescente gestante desde cualquier ámbito de vida cotidiana, desarrollar una canalización

oportuna al conjunto de servicios para su atención integral y Generar redes de apoyo social institucional para la gestante y su familia a través de la ruta de acción integral.

Conceptos clave

La familia

La familia es un sistema que esta constituido por una red de relaciones, responde a necesidades biológicas y psicológicas inherentes a la supervivencia humana y es una fuente de satisfacción de los procesos psicoafectivas tempranos del ser humano.

Existen además una serie de lealtades entre sus miembros, cuya intensidad fluctúa a través del tiempo pero la distingue de otras instancias sociales por su grado de apego afectivo permitiendo generar vinculación emocional y control. La organización familiar y los patrones interaccionales implican un ínter juego de conducta de sus integrantes, de modo que lo que se enfoca en la observación del funcionamiento familiar son los patrones de conexión y no solo el desempeño individual. El grupo familiar tiene unos limites, cuya función consiste en contener a sus integrantes, protegerlos de las presiones exteriores y controlar el flujo de información que entra y sale en sus relaciones con el entorno. Cuando la permeabilidad de los limites es excesiva, el sistema puede perder su integridad e identidad y cuando es escasa, el sistema se cierra y se aísla.

La familia se ajusta al concepto de causalidad circular, en cuanto a que siendo un grupo de individuos interrelacionados, un cambio en uno de ellos afecta a los demás y al grupo total, en una cadena circular de influencia. La especificidad de la familia como sistema reside además, en un conjunto particular de roles y reglas implícitas y explícitas de funcionamiento a partir de las cuales se organizan las responsabilidades y la interacción familiar se prescribe y se limita la conducta de los miembros para mantener la estabilidad del grupo. Los roles de padres, madres e hijos son exclusivos de la familia y encarnan expectativas sociales que a su vez movilizan patrones de interacciones correlativos a normas de orden cultural, las cuales se acoplan a cada familia según su idiosincrasia y su marco de referencia.”

Ejemplo 3.

“La calidad de vida de las personas y de los grupos sociales es el resultado de un proceso complejo y dinámico que se produce socialmente en todos los ámbitos donde la vida social se desarrolla. Las condiciones que protegen o alteran la calidad de vida de la población se producen en ambientes o espacios determinados por el modelo de producción de la sociedad en la cual se encuentran. En sus centros laborales (proceso de producción), en el ámbito familiar (proceso de consumo), en la vida organizativa y en la vida cultural. La vida humana se forja entre los aspectos que nos hacen daño y los que nos protegen en cada momento, cuyos fenómenos observables se hacen evidentes en las personas, con mayor énfasis en los niños, niñas Y gestantes debido a su condición especial de desarrollo y dependencia de otros para su protección y cuidado.

La familia como construcción cultural: es un constructo cultural, constituido por valores sociales, tradicionales, religiosos y políticos, puesto en acción por sus miembros en la medida en que la forma que adquiere la familia, así como el estilo de relación entre las personas que la componen y las posturas políticas y religiosas inherentes a su constitución, son todas establecidas por el medio cultural. Sin embargo, cada núcleo familiar interpreta ese dictamen proveniente del gran sistema social, lo modifica y lo concreta según su propia experiencia, en patrones de relación, rituales y celebraciones idiosincrásicos que determinan su identidad como familia.

Esos rituales y rutinas ayudan a reducir el impacto negativo de los cambios y de los eventos inesperados de la vida, constituyéndose por lo tanto en fortalezas que favorecen la estabilidad familiar, sin necesariamente restringir su evolución, pues en ese continuo intercambio con el ambiente exterior, las familias reforman la cultura, re-formulan la tradición y cambian la sociedad.

La familia es un sistema en la medida en que esta constituida por una red de relaciones; es natural porque responde a necesidades biológicas y psicológicas inherentes a la supervivencia humana; y tiene características propias en cuanto a que no hay ninguna otra instancia social que hasta ahora haya logrado reemplazarla como fuente de satisfacción de las necesidades psicoafectivas tempranas de todo ser humano. La familia es definida tanto por sus miembros como por la comunidad a la que pertenece. La familia brinda una oportunidad de interacción social íntima a todos sus miembros y es también la base de la seguridad personal, esta mirada

es importante tenerla presente al momento de realizar visitas a las gestantes para indagar quien es su soporte social en el momento de tomar decisiones con respecto a su salud en este momento vital.

En un sentido metafórico es labor o tejido de mallas. Es un conjunto de relaciones que un grupo establece para lograr objetivos comunes en donde se potencian los aspectos vinculantes conservando las características que tienen los elementos que la conforman.

DEFINICION

Estrategia orientada a favorecer la autonomía de la mujer gestante, el reconocimiento y exigibilidad de derechos en salud y los SSR, la identificación y solicitud de ayuda en forma oportuna en caso de presentar algún signo o síntoma de alarma, así como a fortalecer los vínculos familiares, de tal forma que se consolide un entorno favorable para la salud y la calidad de vida de la mujer gestante, el fruto de la gestación y su familia, amigos y familiares cercanos y significativos en ese momento vital.

La salud sexual y reproductiva se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, no a la ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva. Un buen estado de salud sexual y reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fertilidad seguros, eficaces y accesibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos seguros y el acceso a servicios de calidad de detección, prevención y atención de todas las enfermedades del sistema reproductivo, independiente de la edad, raza/etnia, clase socioeconómica, opción sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital y con perspectiva de género.

La Secretaría Distrital de Salud (SDS) visibiliza su compromiso con la salud sexual y reproductiva y específicamente con la salud materna perinatal a través de las metas Distritales planteadas en

el plan de salud de Bogota, en concordancia con los objetivos del milenio y con el plan nacional de salud publica en donde se establece como segunda prioridad la SSR

La mortalidad materna es la expresión extrema de la negación de derechos, varios derechos están vulnerados en cada muerte en primer lugar el derecho a la vida , la libertad y la seguridad de la persona, en cada muerte materna se conjugan discriminaciones desequilibrios de poder entre generos, etnias, clases sociales y grupos de edad al interior de la familia como en la comunidad y la sociedad en su conjunto.

De otra parte es de gran importancia la restitución de derechos, entre ellos el de la salud, para mujeres gestantes y recién nacidos que presenten que tengan necesidades específicas y especialmente la sífilis congénita y sus secuelas en el recién nacido, el retardo mental por hipotiroidismo congénito, la transmisión perinatal del VIH, así como el apoyo a familias en las que ha sucedido muertes maternas.

Pensar en salud materna perinatal nos remite a conectar los modos de ser, vivir, sentir y pensar de mujeres y hombres y caminar con los significados de feminidad, masculinidad e imaginarios colectivos frente al Rol social de ser hombre o mujer, evidenciando las concepciones que un grupo social tiene en torno a la gestación, la crianza, la sexualidad, la corporalidad, la reproducción, la afectividad, el cuidado, el sentido de ser pareja y familia como construcciones sociales que dan sentido a una cultura de la salud.

La gestación es un estado natural que implica cambios físicos, sociales y psicológicos que pueden significar alteración para la gestante. El grado de alteración detectado por ella depende de los conocimientos que tenga de sus derechos y sobre los cambios que se están presentando.

La gestante, además de los cambios experimentados en su propio cuerpo, siente temor en relación con el parto, los cuidados del recién nacido y su auto cuidado durante la gestación y el puerperio. Este temor puede reducirse mediante una preparación adecuada en la que se involucre a la gestante, su pareja y su familia.

Si no se brinda una orientación y preparación a la gestante, los cuidados que ésta tenga durante las etapas de gestación, parto y puerperio serán deficientes, lo que puede llevar a complicaciones a la madre y su bebé, y al aumento de los costos para la familia y la institución por la prolongación de la hospitalización.

El apoyo social se el apoyo social proporciona un sentido de pertenencia e integración a una estructura social más amplia y activará el tejido social a partir de las prácticas sociales en los espacios públicos. En tal sentido, en estos espacios se configuran formas de vivir y de relacionarse que posibilitan construir sentidos colectivos y posturas frente a la vida y la salud; siendo un escenario fundamental para avanzar en la ciudadanía en salud. En salud materna esta relacionado con la generación de capacidades para tomar decisiones reproductivas informadas, contribuir para disminuir las intervenciones clínicas durante el parto, reducir la violencia intrafamiliar y el maltrato infantil e incluso la resolución de problemas psicológicos y sociales.

OBJETIVO GENERAL

Fortalecer a la familia como red de apoyo de tal forma que se consolide un entorno favorable para la salud y la calidad de vida de la mujer gestante, el fruto de la gestación y su familia.

ACCIONES

El médico o la enfermera deben

- a. Para hacer la primera visita de acompañamiento, hacer una lectura de la caracterización individual, familiar y del entorno familiar para tener un plan familiar preliminar orientado por la caracterización realizada por el promotor o gestor de SASC (1 hora)
- b. En la primer visita de acompañamiento concertar con la mujer gestante, su compañero y/ o su familia, un plan orientado a desarrollar fortalecer o potenciar factores positivos de la familia como red primaria en torno a la gestación y el recién nacido, junto a la modificación positiva de determinantes sociales y aspectos biopsicosociales que alteran la salud y calidad de vida para el desarrollo normal de la gestación y del recién nacido (2 horas).

c. En la segunda y tercera visita de acompañamiento hacer seguimiento a las tareas de la familia acordadas en el plan, para fortalecer los logros alcanzados y buscar alternativas de solución a las condiciones negativas persistentes (1 hora por visita)."

Anexo 3

Las mujeres representadas

Taller Diciembre de 2013

Conven ciones	Círculos particulares	Ciclo de vida como expectativa de la familia vs Ciclo de vida realizado	Ciclo de vida y concepciones de la sociedad
10	Trabajadora, conciliadora, estudiosa, amorosa, líder, valiente, responsable, valiente, participativa, alegre, honesta.	- Expectativa: Conformar un hogar y tener hijos. Realidad: A sus 32 años no le interesa casarse, ni tener hijos. - Expectativa: Le toca trabajar porque no hay dinero para que estudie. Realidad: Logró trabajar y pagar sus estudios profesionales.	Debido a que viene de una familia católica y tradicional vive con la presión de que la está dejando el tren ⁽¹⁾ porque a su edad no ha tenido hijos, ni esposo.
9	Familia, mujer, paz, autonomía, respeto, amor propio, reconocimiento.	La familia esperaba casada con hijos y un gran capital: fincas, dinero. Mujer: Estudia, trabaja. No se ha casado y no tiene hijos. Tampoco gran capital, ni bienes.	Vive en unión libre con dos hijos de su pareja. Frente a la sociedad es criticada por no tener sus propios hijos, criar los de "otra mujer" y vivir en unión libre.
8	Autonomía, reconocimiento de sí misma, respeto por sí misma, seguridad en sus potencialidades, desarrollo como mujer en las diferentes áreas, necesidades básicas satisfechas	Logró el desarrollo a nivel profesional, la satisfacción personal de las tareas cumplidas. No ha logrado la estabilidad económicas, ni el desarrollo de vínculos emocionales fuertes	Señalamientos sociales por ser madre soltera; señalamiento por no permitir que sus derechos sean vulnerados; estructura familiar convencional; diferencia en creencias religiosas.
7	Sentimientos; cuerpo; sexualidad, inteligencia-creatividad; autoestima-autoreconocimiento; capacidad de relacionarse; autonomía; independencia; libertad; alegría.	Sí, va en proceso; ha tomado decisiones; es alegre; se ama; es independiente.	Ha encontrado dificultades en cuanto a su manera de ser y expresarse. Es señalada criticada por ser independiente y autónoma. Sin embargo se destaca porque es pila ⁽²⁾ en el colegio

Las mujeres representadas

Taller Diciembre de 2013

1	<ul style="list-style-type: none"> - Individual: Reconocimiento de derechos; diferencia; autonomía; opciones - Familiar: Reconocimiento de derechos; equidad en roles; vida libre de violencia; concertación - Comunitario: Reconocimiento de derechos; participación u dinámica social; enfoque diferencial - Político: Reconocimiento de derechos; comprometida; trabajo por rutas de acceso de las mujeres 	<p>Familia: No cumple los roles esperados; Tensiones con la mamá por no cumplir dicho rol; No cuenta con redes de apoyo porque se le considera autosuficiente “como ella puede hacer todo sola, pues que lo haga”</p>	<p>Es un bicho raro. Recibe señalamientos porque se separó. Pierde el apoyo de la familia de su cónyuge. Es una mujer inestable, temperamental y medio loca.</p>
2	<p>Respeto; derecho y deberes; amor; valores; familia.</p>	<p>Su familia es de muy bajos recursos y ella logra nivel profesional. Se enfrenta a un embarazo no deseado mas logra sacar a su hijo como madre soltera y trabajadora. Ella sólo debería trabajar mas logra hacerlo, además de estudiar como madre soltera.</p>	<p>Independiente - Obediente Obediente Debe dedicarse solo al cuidado de su hijo</p>
3	<p>Sabia para manejar problemas; paciente; hablar en el lenguaje de todos; saber un poco de todo; aportar económicamente en casa y habilidades de cuidadora.</p>	<p>Su familia esperaba que iniciara pronto una carrera mas ella lo hizo tardíamente. El papá quería que fuera cariñosa y dulce con él y no lo es. La mamá espera que fuera un apoyo para ella en la casa y esta mujer está más por fuera del hogar.</p>	<p>La sociedad espera que la mujer sea tierna y en especial con la figura masculina. Además que sea más casera, permanezca (sic) más en el hogar, que la mujer siempre está clara frente a lo que quiere, no debe dudar.</p>
4	<p>No tener miedo; feliz por sí misma; no vivir de prejuicios; espontánea; dispuesta al cambio; autónoma; dispuesta a soñar y creer en sus metas.</p>	<p>Su familia esperaba que perteneciera a las instituciones de “poder y sumisión” policía y ejército. Que fuera más aplicada y dedicada a los oficios de la casa.</p>	<p>Porque no se ha casado, porque no tiene hijos, porque aún sigue siendo como una niña, no tiene actitudes de adulta.</p>

Las mujeres representadas

Taller Diciembre de 2013

5	Reconocimiento como ser humana; derecho a participar; derecho a decidir; organizada; forma parte de una sociedad; reconocimiento de valores y potencialidades; solidaria; resiliencia	Familia: Persona útil, reconocimiento, formara hogar. Logros: Ser profesional; separarme; independiente; ejemplo; apoyo a los demás; miembros familia; se puede contar con ella; salir de la casa; luchadora.	La independencia, vivir sola se le llaman libertinaje. Logros obtenidos en ocasiones no eran los esperados por la sociedad. Debía dedicarse solamente a tener una familia. Las mujeres no deben ser independientes sino generar dependencia.
	1. La está dejando el tren: es una expresión coloquial referida a que la mujer se le está pasando la edad "ideal" para casarse y tener hijos. Funciona como una especie de amenaza pues las posibilidades de éxito no se avizoran. 2. Pila: Se refiere a que es muy buena para el estudio y se destaca por eso. Ser pila se refiere a tener la mente rápida y ser buena en lo que se hace.		

Datos Generales

No. de participantes	Rangos de edad	Escolaridad	Género
Trece participantes en total	Entre 25 y 40	Profesionales	Femenino

Anexo 4

**Las mujeres se representan.
Relación de trabajo de campo**

Lugar	Fecha	Responsable	Trabajo realizado	Participantes/Género	Rangos de edades
Casa FASOL. Barrio El Amparo	30 de enero de 2013 2.30 p.m.	Constanza F.F.	Taller salud de las mujeres	11 Femenino	Entre 39 y 60
Fundecom. Barrio Class Roma.	Agosto 13. 2014 7.30 a.m.	CPC Fasol.	Evaluación de la agenda política del CPC	16 Femenino	Entre 22 y 65
Centro de promoción & cultura. CPC. Barrio Timiza	Agosto 15. 2014 9.00 a.m.	CPC Fasol.	Evaluación de la agenda política del CPC	22 Femenino	Entre 25 y 65
Casa de los niños & las niñas. Barrio Britalia	Agosto 20. 2014 9.30 a.m.	Comité de salud. Mesa de organizaciones de mujeres de Kennedy - Hospital del Sur	Sesión del mes de agosto del Comité de Salud	5 Femenino	Entre 38 y 65
Centro Cultural, CPC. Barrio Timiza	Agosto 27. 2014 9.30 a.m.	CPC Fasol.	Evaluación de la agenda política del CPC	15 Femenino	Entre 25 y 65
Casa de Igualdad de Oportunidades, Kennedy. Barrio Kennedy Central	Agosto 27. 2014 11.30 a.m.	Constanza F.F.	Entrevista etnográfica con Magdalena	2 Femenino	42
Casa de Igualdad de Oportunidades, Kennedy. Barrio Kennedy Central	Septiembre 17. 2014 9.30 a.m.	Comité de salud. Mesa de organizaciones de mujeres de Kennedy - Hospital del Sur	Sesión de septiembre del Comité de Salud	10 Femenino	Entre 38 y 65

**Las mujeres se representan.
Relación de trabajo de campo**

Lugar	Fecha	Responsable	Trabajo realizado	Participantes/Género	Rangos de edades
Casa de Igualdad de Oportunidades, Kennedy. Barrio Kennedy Central	Septiembre 17. 2014 2.00 p.m.	Comité de salud. Mesa de organizaciones de mujeres de Kennedy - Hospital del Sur	Reunión con responsable del Hospital del Sur para indagar por el estado de los recursos para la UPA BRITALIA.	6. 5 Masculino 1 Femenino	Entre 38 y 65
Emisora La Kalle 106.4 fm. Barrio Tunjuelito.	Septiembre 18. 2014 9.00 a.m.	CPC - Mesa de organizaciones de mujeres de Kennedy.	Programa de radio "En marcha por los derechos de las mujeres"	5 Femenino	Entre 38 y 54
Casa de los niños & las niñas. Barrio Britalia	Octubre 8, 2014. 9.00 a.m.	Comité de salud. Mesa de organizaciones de mujeres de Kennedy - Hospital del Sur	Sesión de octubre del Comité de Salud	7 Femenino	Entre 38 y 65
UPA Britalia.	Octubre 24, 2014. 8 - 12 m	Comité de salud. Mesa de organizaciones de mujeres de Kennedy - Hospital del Sur	Jornada de Salud para las mujeres en el marco del mes de la prevención del cáncer de seno	52 2 Masculino (referentes del hospital) 50 Femenino	Entre 16 y 65
Casa de los niños & las niñas. Barrio Britalia	Diciembre 9 de 2014	CPC Fasol	Cierre de las actividades con los grupos de mujeres del CPC - Fasol	80 Femenino	Desde 8 hasta 70
Casa de los niños & las niñas. Barrio Britalia	Marzo 4, 2015	Comité de Salud	Jornada de salud para las mujeres en el marco del 8 de marzo.	6 Femenino	Desde 38 hasta 62

**Las mujeres se representan.
Relación de trabajo de campo**

Lugar	Fecha	Responsable	Trabajo realizado	Participantes/Género	Rangos de edades
Casa de los niños & las niñas. Barrio Britalia	Abril 8, 2015	Comité de Salud	Primera sesión taller de fotografía	12 Femenino	Desde 33 hasta 62
Casa de los niños & las niñas. Barrio Britalia	Abril 22, 2015	Comité de Salud - Fasol	Segunda sesión taller de fotografía.	15 Femenino	Desde 32 hasta 62
Casa FASOL. Barrio El Amparo	Mayo 27, 2015	Fasol	Preparación de la exposición	3 Femenino	Desde 39 hasta 45
Casa FASOL. Barrio El Amparo	Junio 3 de 2015	Fasol	Exposición y conversatorio	23 Femenino	Desde 39 hasta 66

Anexo 5

Talleres de Fotografía. Sesión uno.

	Instrucción	Pertenencia	Transcripción	Texto que acompaña la imagen
1	¿Para ti qué es tener salud?	Hospital	“Es sentirme bien, (contenta, tranquila) en todo sentido físico, emocional, familiar, social, laboral, etc”	La salud importante para tu felicidad
	¿Para ti como mujer qué es tener salud?		“Es sentirme plena con mi vida en general. Aprender a conocer mi cuerpo y escucharlo y atenderlo cuando sea necesario. Ser coherente con mis pensamiento y actitudes. Esto es tener salud para mi”	
	¿Qué barreras identificas en la atención en salud para las mujeres?		<ul style="list-style-type: none"> _ El límite de edad para ciertos exámenes _ Ley 100 - Normatividad _ Protocolo en las unidades de atención 	



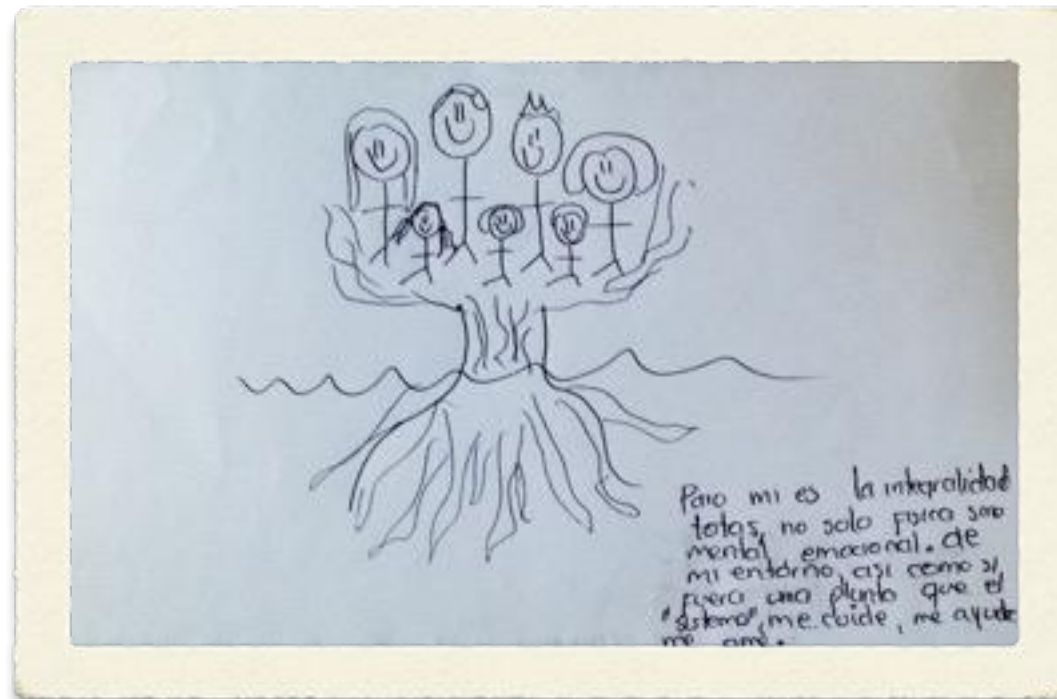
Talleres de Fotografía. Sesión uno.

	Instrucción	Pertenencia	Transcripción	Texto que acompaña la imagen
2	¿Para ti qué es tener salud?	Hospital	“Bienestar a nivel físico-mental y social, generando en mi felicidad y calidad de vida”	La naturaleza como máxima expresión de la salud y bienestar.
	¿Para ti como mujer qué es tener salud?		“No presento ninguna diferencia con respecto a la primera pregunta”	
	¿Qué barreras identificas en la atención en salud para las mujeres?		“El sistema de salud en sí mismo constituye todas las barreras”	



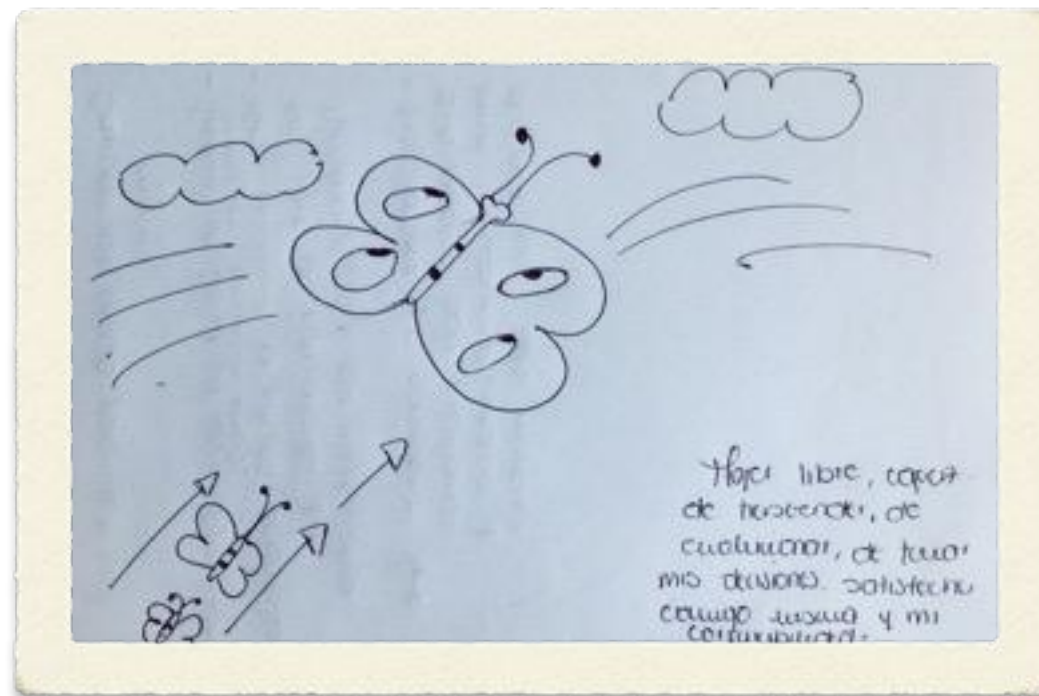
Talleres de Fotografía. Sesión uno.

Instrucción	Pertenencia	Transcripción	Texto que acompaña la imagen
3 ¿Para ti qué es tener salud?	Hospital	“Es todo, es estar feliz, en armonía, completo, amado, acompañados, es lo principal. Es no estar enfermo”	Para mí es es la integralidad total, no sólo física sino mental, emocional de mi entorno así como si fuera una planta que el “sistema” me cuide, me ayude, me ame.
¿Para ti como mujer qué es tener salud?		“Es todo. Es estar sin ninguna alteración”	
¿Qué barreras identificas en la atención en salud para las mujeres?		<ul style="list-style-type: none"> _ El tildar _ El juzgar _ Los tiempos _ Falta de interés propio _ Servicios especializados” 	



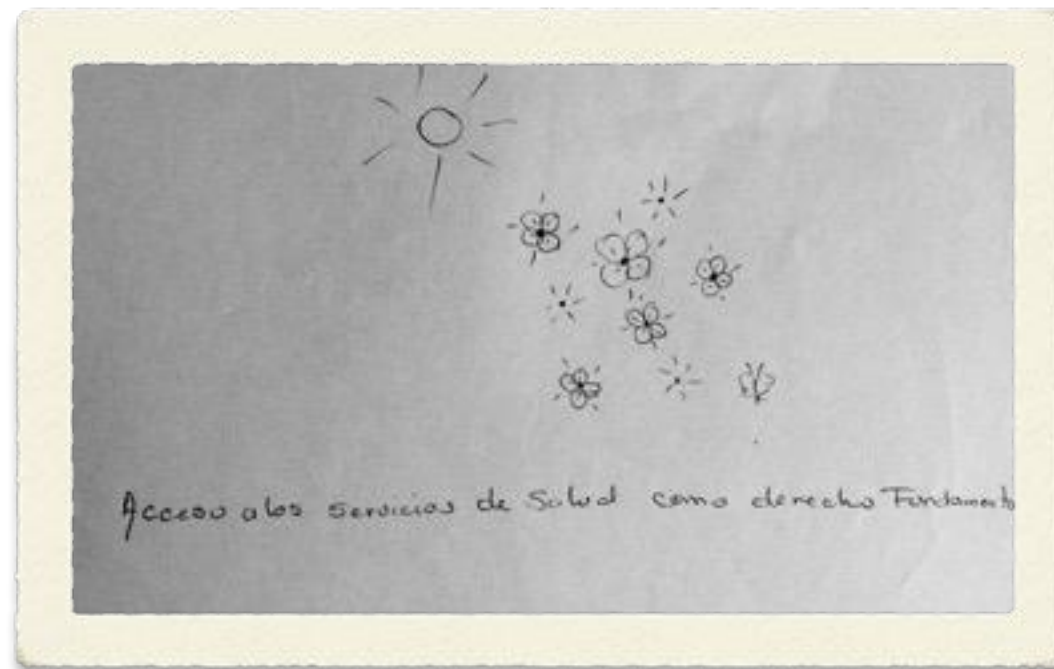
Talleres de Fotografía. Sesión uno.

	Instrucción	Pertenencia	Transcripción	Texto que acompaña la imagen
4	¿Para ti qué es tener salud?	Hospital	"Es contar con una estabilidad física, emocional, social, económica. Es sentirme plena conmigo misma. Es reconocermé como una mujer sujeta de derechos. Tener la capacidad de tomar mis propias decisiones sobre mi vida y mi cuerpo"	Mujer libre capaz de trascender, de evolucionar, de tomar mis decisiones. Satisfecha conmigo misma y mi corporabilidad"
	¿Para ti como mujer qué es tener salud?		"Mi pregunta es contestada en la primera respuesta"	
	¿Qué barreras identificas en la atención en salud para las mujeres?		<ul style="list-style-type: none"> _ Sistema de salud en general (atención, afiliación, ejecución, etc) _ Mitos, creencias, prejuicios personales por parte de funcionarios y funcionarias en las instituciones _ Profesionales que consideran que sus criterios son prioritarios ante la voluntad, deseo y derechos de las mujeres" 	



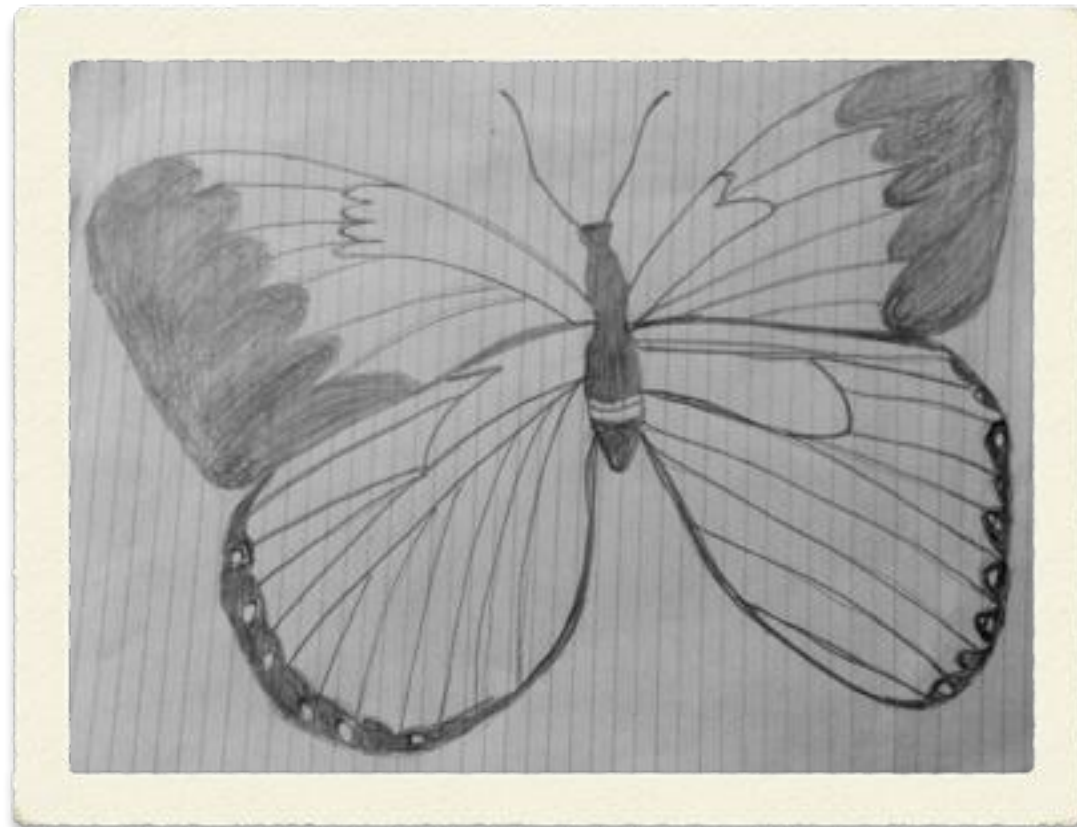
Talleres de Fotografía. Sesión uno.

	Instrucción	Pertenencia	Transcripción	Texto que acompaña la imagen
5	¿Para ti qué es tener salud?	Hospital	Sin respuesta	"Acceso a los servicios de salud como derechos fundamental"
	¿Para ti como mujer qué es tener salud?		<ul style="list-style-type: none"> " _ Tener trabajo digno _ Acceso a los servicios _ Necesidades básicas cubiertas _ Libre expresión de sentimientos y emociones como mujer que construye _ Conocimiento de derechos _ Reconocimiento y empoderamiento de mis habilidades y necesidades y potencialidades" 	
	¿Qué barreras identificas en la atención en salud para las mujeres?		<ul style="list-style-type: none"> " _ Falta de conocimientos sobre derechos de las mujeres y servicios _ Zonas de miedo _ Políticas institucionales _ Normas legales _ Ley 100" 	



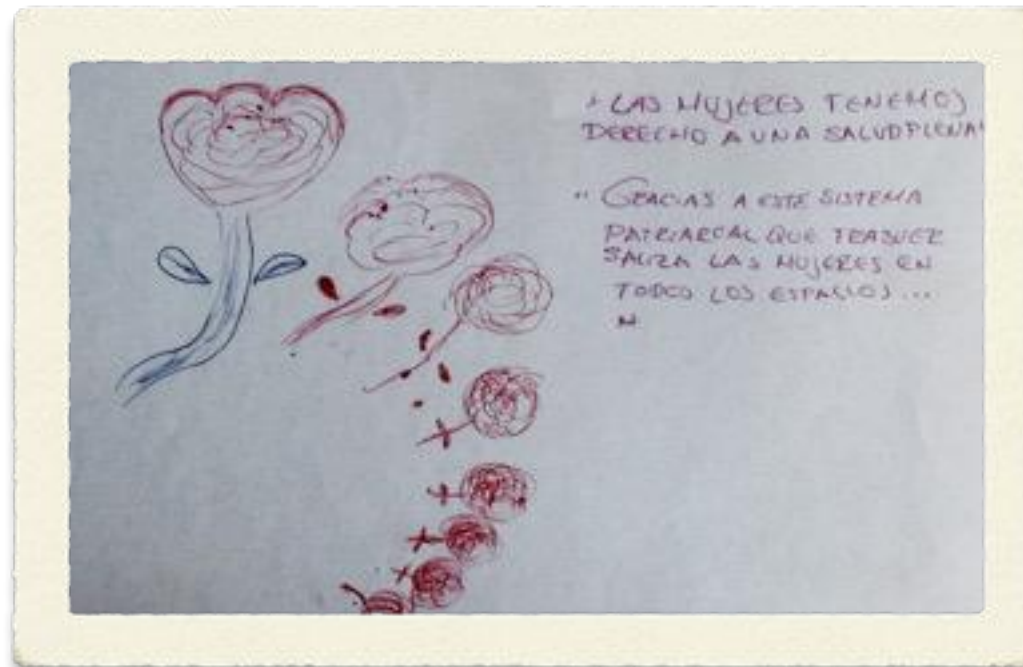
Talleres de Fotografía. Sesión uno.

	Instrucción	Pertenenencia	Transcripción	Texto que acompaña la imagen
1	¿Para ti qué es tener salud?	Fasol	"Ser atendida preventiva e integralmente con perspectiva de género"	Yo quisiera que la salud fuera como un colibrí. Que toman miel de flor en flor. Que sea atendida como un ser humano. Eso para mí es bienestar.
	¿Para ti como mujer qué es tener salud?		"Prevención para una vida digna, para gozar de un bienestar pleno"	
	¿Qué barreras identificas en la atención en salud para las mujeres?		"_ Limites en edad para ciertos exámenes _ Funcionarios sin perspectiva de género _ Tramitología _ Dobles cargas"	



Talleres de Fotografía. Sesión uno.

	Instrucción	Pertinencia	Transcripción	Texto que acompaña la imagen
2	¿Para ti qué es tener salud?	Fasol	"Bienestar integral. Poder hacer, mover, soñar, crear cosas que nos den una calidad de vida digna"	"Las mujeres tenemos derecho a una salud plena. Gracias a este sistema patriarcal que transversaliza las mujeres en todos los espacios"
¿Para ti como mujer qué es tener salud?	"El estado garantizando que tenga salud, esto traduce en atención el el momento en que se requiera, teniendo en cuenta que soy mujer y no estoy dentro del paquete familiar. Solo así se podría hablar de salud"			
¿Qué barreras identificas en la atención en salud para las mujeres?	<ul style="list-style-type: none"> "_ Estar dentro del paquete familiar _ Estar de lado a lado, cita en un lado, autorización en otra, medicamento en otra, tratamiento finalmente pérdida de vida por desertar a todas estas vueltas _ Las mujeres somos vistas como cuidadoras por lo tanto siempre estamos vistas como ciudadanas de segunda clase para una sociedad patriarcal" 			



Talleres de Fotografía. Sesión uno.

	Instrucción	Pertenencia	Transcripción	Texto que acompaña la imagen
3	¿Para ti qué es tener salud?	Fasol	“Tener conciencia de mi cuerpo y sus necesidades. Cuidarlo, amarlo y mantenerlo sano”	
	¿Para ti como mujer qué es tener salud?		“Es tener oportunidades y al plan de salud sin barreras”	
	¿Qué barreras identificas en la atención en salud para las mujeres?		“Las políticas y barreras de los hospitales”	

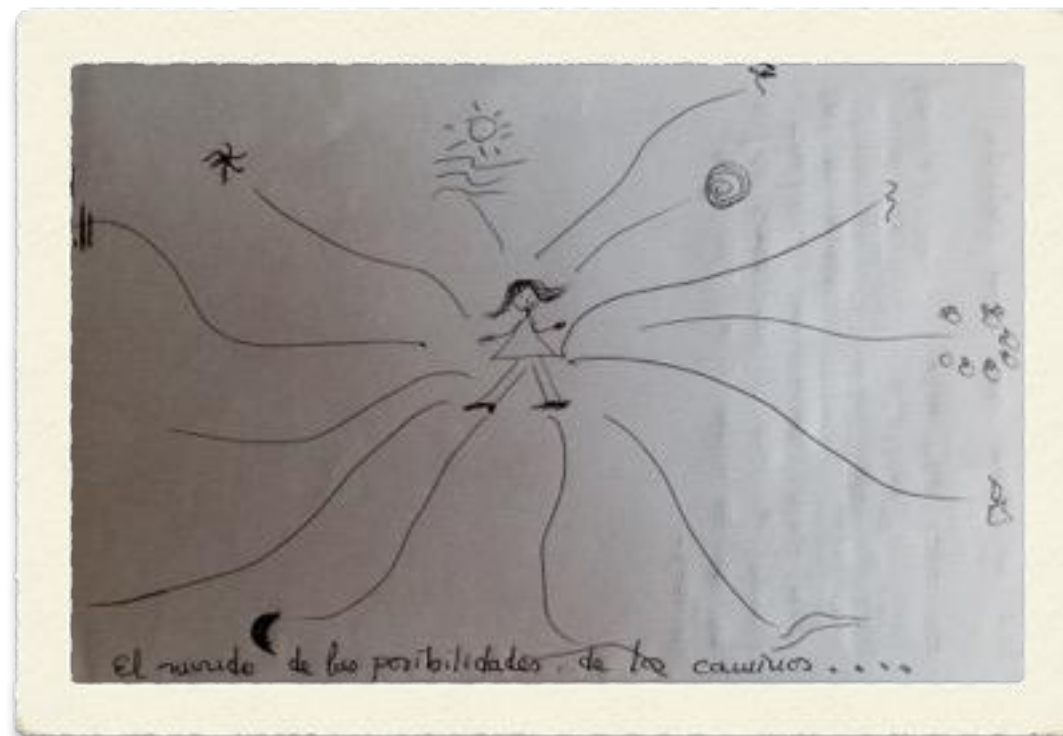
Talleres de Fotografía. Sesión uno.

	Instrucción	Pertenencia	Transcripción	Texto que acompaña la imagen
4	¿Para ti qué es tener salud?	Fasol	“Es estar sana en todo mi ser. Sana de mi cuerpo, de la mente, mis sentimientos”	"La naturaleza me da bienestar"
	¿Para ti como mujer qué es tener salud?		“Es que tengan el derecho a una salud plena	
	¿Qué barreras identificas en la atención en salud para las mujeres?		“Una barrera de acceso a la salud puede ser cuando no dan las citas que se necesitan”	



Talleres de Fotografía. Sesión uno.

	Instrucción	Pertenencia	Transcripción	Texto que acompaña la imagen
5	¿Para ti qué es tener salud?	Fasol	“Es tener una serie de condiciones físicas, emocionales, sociales que me permiten el disfrute de la vida pero también posturas frente a las situaciones difíciles de la vida que no me dañen”	“El mundo de las posibilidades, de los caminos”
	¿Para ti como mujer qué es tener salud?		“Como mujer la salud de las mujeres debe tener una mirada también integral pero con las particularidades propias de la historia, el cuerpo y en general la vida de las mujeres”	
	¿Qué barreras identificas en la atención en salud para las mujeres?		“Que no te atiendan de manera diferencial y teniendo en cuenta las particularidades de la población”	



Talleres de Fotografía. Sesión uno.

	Instrucción	Pertenencia	Transcripción	Texto que acompaña la imagen
6	¿Para ti qué es tener salud?	Fasol	"Tener el cuerpo sin dolencias, sano de toda enfermedad. Tener el cuerpo aseado. Que mis derechos sean apoyados por la secretaría"	"Paseo de la muerte, Muy triste en cuanto a salud. Más salud para las mujeres "
	¿Para ti como mujer qué es tener salud?		"Pues por unas partes si tenemos particularidades por se mujer. Puesto que nuestro cuerpo tiene más riesgo empezando desde la maternidad"	
	¿Qué barreras identificas en la atención en salud para las mujeres?		"No dar la ruta a conocer y la ponen a paseo de la muerte, no hay un sitio donde lo atiendan por medicinal general si no es menor de 60 años"	



Talleres de Fotografía. Sesión uno.

Datos Generales

No. de participantes	Rangos de edad	Pertenencia	Género
11	28 - 66	<p>5 profesionales del hospital del Sur manejando la coordinación de los servicios amigables, la dimensión de divulgación comunitaria de estos.</p> <p>La profesional a cargo de atención al usuario del hospital.</p> <p>La profesional a cargo del programa de prevención de cáncer de cuello úterino.</p> <p>La profesional a cargo del proceso de mujer y genero.</p> <p>6 compañeras de Fasol que tienen a su cargo la dinamización y el sostenimiento del Comité de Salud</p>	Femenino

Anexo 6

Salud en cuerpo de mujer
Exposición fotográfica colectiva

Gracias al apoyo de:
Comité de Salud - Mesa de organizaciones de
mujeres de Kennedy
Centro de Promoción y Cultura, CPC, - FASOL
Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM
Conacyt

En el marco de la tesis de doctorado "Salud en cuerpo de mujer" este es un ejercicio desarrollado por las mujeres del Comité de Salud en representación de la Mesa de organizaciones de mujeres de Kennedy; Centro de Promoción y Cultura, CPC, - FASOL y el Hospital del Sur en el que partimos de la pregunta ¿qué es para ti, como mujer, tener salud?

Buscamos acercarnos a esas particularidades que llenan de sentido, de bienestar, dolores, tristezas, rabias la vivencia de la salud para las mujeres de la localidad de Kennedy.

Es una apuesta colectiva en la que queremos recordar que "el espacio de lo propio es aquel que tenemos que recuperar. Ese, donde cada una tiene la posibilidad de ser para sí misma"



"Un sueño de muchas mujeres, descansar plácidamente para recargar energías. Esto es Salud..."

"El cuerpo te grita, oye necesito un sitio donde yo pueda decir algo y nadie me pare."



"Porque así somos las mujeres. Siempre vamos de la mano."



*“¿Le ponemos cuidado a nuestro cuerpo?
Muchas veces tenemos síntomas.”*



“Hace poco escuché una persona decir en un taller que lo emocional se puso de moda. Que todo es emocional. Pero yo lo sigo pensando así. No es que le echemos la culpa. Es que es así. Más bien lo que sucede es que le quitamos el valor a lo emocional y perdemos de vista en qué medida nos enferma.”



*"Lo que te pasa a ti, me pasa a mí.
& así vamos generando confianza
entre nosotras"*



*"El yoga es un sistema natural de
sanación para la salud"*



*"En el plexo solar se ubican las
emociones y la estabilidad del
cuerpo y el alma"*





"Pero si nos recriminan porque no hicimos, no bajamos de peso, no fuimos por el examen, no nos hicimos el autoexamen, no mandamos a poner la vacuna, el cuidado termina siendo nuestra culpa. Así que si nos descuidamos en lugar de autocuidado esto termina siendo la cultura del autoservicio."



"Eso pensamos de los servicios en la UPA. Logramos arrancar pero justo lo institucional nos acompaña con temas de salud reproductiva."



"El bienestar & la calidad del entorno son fundamentales para mantenerme como mujer y expresar una salud plena."



"Nuestros pasos para la UPA de las mujeres"



"Una de las guías para hacer política desde las mujeres es desarrollar planes de cuidado y contención para la otra. Autorizar a la otra se convierte en una de sus apuestas políticas"



"Empezamos con una primera mirada a que las mujeres podemos hacer mucho más, que podemos conspirar juntas para otras cosas. Así vamos rompiendo esa estructura de no somos amigas o que si va otra mujer a mi casa es para quitarme el marido o si va otra mujer a mi casa es para criticar."





Para mí tener salud es,

“. El estar bien con todos mis sentidos, con todo mi ser, cuerpo, mente, espíritu

. Vida sana, alimentación, ejercicio

. Lavarse las manos

. Que su cuerpo este limpio sin bacterias, sin ninguna enfermedad

. Lo principal, la toma de medicamentos, sentirme enferma me aflige

. Estar bien consigo misma, hacer lo que me gusta

. Divertirse



. Ir al médico, evitar los problemas

. Lo verde, lo natural...

. Es la vida, una sin salud no es nada

. Bienestar . Libertad

. Estar contenta, realizar mis actividades cotidianas

. Estar bien por fuera y por dentro

. Alimentar el alma



“Si, la salud y bienestar se asocian a factores emocionales

¿Pero cómo resuelvo?

De allí, de sus palabras, surgió un ingrediente más a esta nueva mixtura política. “Sistema (de salud) y cultura habitan el bienestar de las mujeres.”



“No nos cuidamos, ese es el problema”



“Las mujeres permanentemente nos enfermamos pero suponemos que eso solo les pasa a los otros. Tenemos tan metido nuestro rol que nunca no hay tiempo para respondernos ¿qué va a pasar conmigo?”

"Y se reafirman en lo imperante que es trabajar juntas, tener un lugar seguro al cual volver, en donde sostenernos, porque el camino necesita de la otra para reconocer que eso que a ti te descoloca seguramente me ha pasado a mí, nos ha pasado a todas."

Anexo 7

“Vi mi foto y sentí emoción, satisfacción”

Exposición de fotografía.

Luego de ver las fotografías y de la relajación iniciamos la conversación.

Mi primera pregunta para el grupo fue ¿Qué les evocaron las fotografías?

Alejandra colgó un cartel para que ellas, además, escribieran ¿Qué es salud para mí? Pregunta que se mezcló en toda la conversa.

“Para mí lo primero es que son como un recuerdo. Al verlas, lo que cada uno expresa, ver como es una unidad familiar, como lo somos, una familia solidaria. Pasamos por momentos que quedan en el recuerdo. Momentos lindos, otros tristes, otros hermosos; naturaleza, alegría. Emoción que nos da la vida, salud. Salud es vida”

“Yo me quedé pensando en una gran reflexión para la salud. Como en el caso mío, salud no es el medicamento. Todo esto que hacemos son terapias.”

“A mí la foto de los pasos me hizo pensar en la luchas que hemos dado por la UPA*. Tantos obstáculos para llegar a que haya este punto de atención. Verlo tan deteriorado y tantas cosas que nos pueden ofrecer. Fabuloso llegar a ver un hospital”.

“Salud es vida. Para mí estos espacios son un fortalecimiento para quienes somos en la familia. Para mí que soy una mujer de edad, es importante estar activa, energética, no dejarme desfallecer”

“Salud no es que va al médico y le dan pastillas. Podemos curarnos con terapias, con buena amistad, alguien que nos escuche, un encuentro, un abrazo. Sería muy agradable encontrar todo eso en un lugar donde sea cien por ciento salud para las mujeres”

“Son momentos maravillosos. Muchas veces a una la enferman tantos malestares hacia otras personas; como a mí me pasa con las vecinas. Aprender a perdonar es salud”

“También el comer... Saber comer. Lo más sano que se pueda con lo que se tiene”

“A mí estas reuniones me dejan con más ánimo para no dejarse vencer.”

“Uno en casa se estresa. Una no tiene el valor de contarle a nadie sus cosas. Sea por no preocuparlos o porque se ríen.”

“Darle la importancia a cada acto de Fasel. El por qué viene uno. Qué representa el espacio. Llenarnos ese goce interior”

“Cuando las veo a mí me emocionan. Cada fotografía es la imagen de una mujer con la que me he encontrado. necesitamos de estos espacios mucho más. Lo que hacen es procurarnos momentos para que a partir de lo que hacemos, mejoremos nuestra forma de estar en el mundo.”

“Todo aporta pues ya sabemos que la salud no es sólo salud física, también mental, por ejemplo. La foto de Hortensia descansando y en la que está con los brazos abiertos me hacen recordar algo que dijo una mujer en estos días sobre la soledad.

El aprender a estar solas con nosotras mismas porque es una posibilidad; el estar con una misma.

También hacer un tejido para que no estemos solas.

Otra cosa es vivir momentos para quedarse, cuidarse, escuchar el cuerpo.”

El lunes vino una mujer al grupo que acompaño. Ella nos contó que sus hijos e hija la visitan el fin de semana cada quien se mete en su cuarto; su hija usa todo el tiempo el whats app; su hijo entra al cuarto a usar su computador; salen a comer no se dedican un minuto para hablar con ella,”

“Estamos acostumbradas a callarlo todo. Perdemos la posibilidad de comunicarnos”

“Acá me puedo desahogar. Lo que se habla acá, acá se queda.”

“Yo he aprendido que me hago la vida yo misma.”

“Compartimos aún cuando sea una risa.”

“El privilegio de estar acompañadas. Herramientas de sanación procuran el bienestar.”

“Tendremos una vejez feliz”

De nuevo ellas rondando lo emocional como centro de lo político. Allá remiten su vivencia sobre sí mismas, sus posibilidades de ser y de trabajar con las otras, su paso por esta organización y el sostén que les brinda y que da sentido a su vida.

Este conversatorio me llevó a re-pensar la reflexividad tan nombrada en la antropología. Eso de comprender el mundo desde el lugar en que las mujeres lo comprenden. Y a pararme muy fuerte en lo que la teoría propone al hablar del conocimiento situado y de la epistemología desde el Punto de Vista. Porque sus fotografías y sus respuestas se salieron del lugar esperado. Y esa es la mayor virtud del trabajo de campo, que sea inesperado, creativo y sorprendente.

Cuando la toma de las imágenes fue un ejercicio complejo temí en que no podríamos llevarlo a término. Luego al ver el contenido que le daban a sus fotografías me centré en lo que ha sido este paso por Fasol. Ellas le dan un gran valor a la palabra de la otra y respetan su opinión. Ninguna dice cosas sin sentido, ni sin valor. Y aunque parezca obvio pues así no es la realidad en otras organizaciones feministas por las que he pasado hay donde jefas, indudablemente, que validan o niegan tanto la palabra como la presencia de la otra.

Entonces tanto las fotografías como los comentarios sobre ellas estuvieron llenas de lo que es su vida cotidiana. Y esa es su opinión sobre la salud de las mujeres. La tranquilidad, la posibilidad de ser escuchadas, la solidaridad, el apoyo y la compañía que encuentran en el proceso,

Para mí eso es el feminismo. Un camino donde se tiene la posibilidad de ser mientras cavamos en las raíces de ese mundo patriarcal que habita nuestra cotidianidad. Ese que construye como un inequívoco la soledad para nosotras, que nos enseña a callar ante servicios de salud que nos atropellan, nos invisibilizan. Cada una desde su propio lugar.

Datos Generales

No. de participantes	Rangos de edad	Pertenencia	Género
23	Desde 39 hasta 66	CPC Fasol y núcleos	Femenino