



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA



10

La violencia de género y sus repercusiones en los derechos sexuales y reproductivos : El caso de algunas mujeres de San Luis Tlaxialtemalco, ubicadas en los módulos B y D del CCOAPS ENEO.

TESIS GRUPAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Presentan:

Arenas Vázquez María del Carmen
Arroyo Nava Rocio Aidee
Oaxaca Mejía María del Carmen

Sánchez Fuentes María Trinidad
Sánchez Hernández Gladys



Directora de Tesis:
E. Alatorre
Edda Raquel Alatorre Wynter

**Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
México, 2002.
Coordinación de
Servicio Social**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A la FNEB, por ser la principal institución formadora de profesionales con espíritu de lucha, responsabilidad y objetividad.

A las (os) profesoras (as), por compartir sus conocimientos y experiencias que han sido valiosos para nuestro desempeño profesional y personal.

Al COAEB, por ser un espacio que da las herramientas y que motiva a los pasantes de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia a desempeñar un ejercicio libre de la profesión.

A las mujeres de San Luis Tlaxialtamalco que colaboraron para la realización de esta tesis, ofreciéndonos parte de su tiempo y confiándonos sus experiencias.

Y de manera muy especial a la Abta. Felda R. Alatorre Winton, a quien le agradecemos enormemente su comprensión, paciencia y apoyo que nos brindo a lo largo de la elaboración de nuestra tesis.

"Con Admiración y respeto"
Carmen, Aída, Carmen, Trinidad y Claudia.

ÍNDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	6
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
IV. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	11
V. METODOLOGÍA	12
VI. MARCO TEÓRICO	14
1. LA SALUD COMO UN DERECHO HUMANO	14
1.1. La Declaración Universal de los Derechos Humanos	14
1.2. Los Derechos Sexuales y Reproductivos y su relación con la salud.	19
1.2.1. Características de los derechos sexuales	12
1.2.2. La violación a los derechos sexuales y reproductivos: repercusiones en la salud.	23
1.2.3. La protección nacional e internacional de los Derechos sexuales y reproductivos.	30
2. LA TEORÍA DE GÉNERO PARA ANALIZAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.	33
2.1. La Construcción de "modelos ideales" diferenciados.	34
2.1.1 Las relaciones inter e intra géneros.	37
2.2. La sexualidad y el ejercicio asimétrico del poder	39
2.3. La salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género.	40
2.3.1. La violencia de género para explicar la violación a los derechos sexuales y reproductivos.	42

**3. LA PARTICIPACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA.**

47

3.1. La (el) Licenciada (o) en Enfermería y Obstetricia de la Escuela
Nacional de Enfermería y Obstetricia (E.N.E.O.). de la U.N.A.M.

47

3.1.1. Su formación profesional en el área de la salud sexual y
reproductiva.

49

**4.EL CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA
SALUD (CCOAPS) DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO, COMO ESPACIO
DE INTERVENCIONES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
PARA LA ENFERMERÍA PROFESIONAL.**

53

4.1. Cobertura

54

4.2. Programas

56

4.3. Demandas de atención.

58

VII. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.

60

VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

63

IX. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

67

BIBLIOHEMEROGRAFÍA

71

ANEXOS:

Cuestionario

Cuadros

Gráficas

I. INTRODUCCIÓN

A través de la historia de la humanidad se han construido "modelos ideales" de conducta para las personas –hombres y mujeres- apoyados por la cultura y la religión fundamentalmente. Estas formas de vida han tenido gran peso en la construcción de valores e ideología diferentes en unos y otras. Históricamente, las diferencias biológicas han sido interpretadas como desigualdades sociales en detrimento de las mujeres. Por esto, el hombre ha tenido mayores espacios de participación política, económica y académica en los ámbitos: familiar, profesional y social.

La forma más pequeña y universal de organización humana es la familia. Ella es una de las instituciones encargadas de construir y reproducir este tipo de normas y dogmas que influyen en la forma de ser, de pensar, de sentir y de actuar de las personas según sea su pertenencia a uno u otro sexo biológico, lo que constituye su género social.

La desigualdad aprendida por mujeres y hombres a lo largo de su vida, limita las posibilidades de desarrollo lo que repercute en forma negativa en las relaciones que se establecen al interior de sus familias.

Entendemos por género el conjunto de ideas, creencias y atribuciones sociales construidas en cada cultura tomando como base la diferencia sexual; que asigna a la persona una manera de ser mujer u hombre, con formas de comportamiento, actitudes, destrezas y roles específicos para desenvolverse y ocupar un lugar en el mundo. (Alatorre, E. 2001). El ser mujer u hombre equivale a aprender a vivir y a enfrentar la vida de manera diferente. En consecuencia, a tener opciones de vida distintas como integrantes de una sociedad en un marco diferenciado en relación con: igualdad, derechos y obligaciones. (Lagarde, Marcela. 1993)

Para redefinir filosófica, política y socialmente a las mujeres y a los hombres es determinante colocar simbólicamente y existencialmente su salud en el centro de la propia vida como un derecho humano. La salud entendida como un todo, incluye la salud reproductiva y sexual, ambas deben ser consideradas como derechos humanos fundamentales. (Sayavedra, G. 1997)

Si bien los derechos humanos son valores universales que posee todo ser humano por el solo hecho de serlo, sin importar sexo, edad, raza, cultura o condición social, lo cierto es que vivimos en un mundo lleno de desigualdades. Esta misma sociedad jerarquiza el lugar social de los géneros, otorgando al hombre la autonomía, el mando y la imposición de su autoridad sobre la mujer. Esta desigualdad afecta de manera determinante la salud integral de la mujer y violenta el disfrute de sus derechos: los sexuales y reproductivos, entre otros.

La igualdad de derechos ha quedado plasmada desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos que establece en el artículo 22 que: "toda persona como miembro de la sociedad tiene derecho a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, la satisfacción de los derechos sociales, económicos y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su persona".

El Derecho a la Salud forma parte de los Derechos Humanos conforme al artículo 25 de la Declaración mencionada, la cual señala que: "toda persona tiene derecho a un nivel de vida que le asegure, así como a su familia, el bienestar y la salud, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y el servicio social". Por lo que la salud es un derecho humano fundamental al que hombres y mujeres, independientemente de sus condiciones biológicas, sociales y políticas tienen derecho.

En nuestro país, la normatividad específica para la defensa del Derecho a la Salud se encuentra expresada en la Constitución Política Mexicana en su artículo 4° el cual establece que: "toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades Federativas en materia de salubridad general".

Desde luego que si señalamos que todos los derechos corresponden por igual a hombres y a mujeres, entendemos que ellos tienen también derechos sexuales y reproductivos; sin embargo, para efectos de esta investigación, nos ocuparemos fundamentalmente de los de las mujeres, pues estamos convencidas de que, por razones de género, ellas viven condiciones de especial discriminación lo que vulnera necesariamente el disfrute y el ejercicio de su sexualidad y por ende, de su reproducción, lo que de una u otra manera afecta a la familia y a la sociedad.

En México, la salud sexual y la reproducción comprenden una amplia gama de situaciones, muchas de las cuales han sido tradicionalmente descuidadas o ignoradas en la atención de las mujeres, lo que se ha manifestado de distinta manera en la salud, el bienestar y la calidad de su vida. Aunque es importante considerar además, los factores biológicos, culturales, sociales, económicos, y políticos pues son determinantes en la salud y en la calidad de vida de las mujeres, todas estas variables son modificadas por la constante universal del género.

Los hombres también sufren de problemas de salud en esta área, en particular por enfermedades de transmisión sexual (ETS), sin embargo, la calidad de vida y el tipo de riesgo indican que las mujeres viven condiciones de mayor vulnerabilidad. Ello implica que los modelos machistas influyen en la salud de las mujeres a través de la propia cultura de salud como ocurre: en la prevención o no, de las ETS; en los hábitos nocivos (fumar, beber, consumir drogas); en la distribución de las tareas domésticas, etc. En suma, en el ejercicio libre de sus derechos reproductivos y en una vida libre de violencia o por el contrario en una vida de abuso e inequidad.

reproductivos y en una vida libre de violencia o por el contrario en una vida de abuso e inequidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud reproductiva no sólo como la ausencia de enfermedad o incapacidad, sino como " una condición en la cual se lleva a cabo el proceso reproductivo en un estado de total bienestar físico, mental y social". (Lee, E. 1994).

Los derechos reproductivos son parte de los derechos sexuales de las mujeres: Derecho a su propio cuerpo, derecho a decidir sobre su fecundidad, su maternidad, a interrumpir voluntariamente su embarazo, derecho a la atención de su salud en cualquier evento y durante toda la vida. En los derechos sexuales se incluye el ser consideradas como personas sexuadas y respetadas por la identidad sexual asumida. Estos derechos pueden fomentar la igualdad entre mujeres y hombres y la equidad en la convivencia entre ambos, o pueden ser la base sobre la cual se domine y agrede a las mujeres.

El tema de la salud de las mujeres adquiere cada vez más relevancia, sobre todo en la medida en que diversas organizaciones gubernamentales y civiles han relacionado las evidentes desigualdades y la violencia de género que viven las mujeres, con las repercusiones sociales que esto trae consigo.

El informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (F.N.U.A.P.) del año 2000 señala: " Si las relaciones de poder entre hombres y mujeres fueran más igualitarias y esa situación se combinara con mayor acceso a buenos servicios de salud reproductiva se salvarían así las vidas de centenares de miles de mujeres, inclusive muchas de las que pierden la vida por causas relativas al embarazo. Si las mujeres tuvieran facultades para adoptar decisiones acerca de la actividad sexual y sus consecuencias, sería posible evitar muchos de los 80 millones de embarazos no deseados que ocurren cada año. Muchos de los 20 millones de abortos realizados en malas condiciones, algunas de las 500 mil

defunciones derivadas de la maternidad (inclusive 78 mil resultantes del aborto realizado en malas condiciones) y cantidades muy superiores de enfermedades y lesiones.

También sería posible evitar muchos de los 333 millones de nuevos casos de enfermedades de transmisión sexual que ocurren cada año".

El propio Consejo Internacional de Enfermeras está recomendándonos que nos involucremos en la atención de las condiciones de discriminación que afectan la salud de las mujeres: "Han de destacarse los papeles de las enfermeras como defensoras, educadoras, consejeras, investigadoras y encargadas de prestar cuidados –desde un enfoque integral de género- que haga visible la condición de las mujeres. (C.I.E. 1995)

II. JUSTIFICACIÓN

Uno de los propósitos fundamentales de la Universidad Nacional Autónoma de México es formar profesionales competentes e informados que participen con una perspectiva crítica en la promoción de los cambios y transformaciones requeridos por la sociedad. Es por eso que el papel de la (el) Licenciada (o) en Enfermería y Obstetricia no puede permanecer estático, se obliga a ir cambiando de acuerdo con las necesidades de la sociedad; lo que significa que sus conocimientos y destrezas deben ser ampliados y profundizados, para entender desde un panorama social, las manifestaciones de la salud e intervenir en tal fenómeno.

Como parte de la formación que recibimos, se encuentran asignaturas de las siguientes áreas: Enfermería y Salud en México, Proceso Salud- Enfermedad en las diferentes etapas evolutivas y Proceso Salud- Enfermedad de la reproducción humana. La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia señala dentro del Perfil Académico Profesional, que el egresado de la Licenciatura, será capaz de comprender los factores sociales, económicos, culturales y ecológicos que condicionan el proceso salud-enfermedad, a fin de analizar la realidad nacional y los problemas prioritarios de salud, relacionando su participación profesional en los tres niveles de atención; enfocada principalmente a la prevención de enfermedades y tratamiento de las mismas.

Al analizar el plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, y el perfil Académico Profesional consideramos que las asignaturas antes mencionadas se orientan más a los aspectos biológicos y psicológicos de la persona. Si bien es cierto, como profesionales de la Enfermería hemos aprendido que los aspectos biológicos y psicológicos de la persona influyen en su salud, consideramos que poco estamos tomando en cuenta el entorno social y sobre todo, las condiciones

diferenciadas de pertenencia a un género, factores que cada día cobran mayor interés en las

(los) investigadoras(es) de la salud, pues están demostrando que existe una relación determinante entre las condiciones de salud y la pertenencia a un género.

Durante las actividades que realizamos como pasantes en servicio social dentro del Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud (CCOAPS) en San Luis Tlaxialtemalco, observamos que las mujeres son las que acudían con mayor frecuencia a los servicios de salud, demandando atención perinatal, ginecológica y psicológica principalmente.

Entre las principales características de las mujeres que acuden al CCOAPS de San Luis Tlaxialtemalco están: multiparas, avejentadas prematuramente, se les observó con actitud de temor, permanecen en silencio, son poco demandantes e ignoran sus derechos en general y resulta preocupante que, al profundizar sobre sus problemas de salud comprobamos que, al margen de las causas objetivas que estén presentes en su problemática de salud, subyacen problemas familiares donde la violencia es el común denominador.

Durante el proceso de atender sus necesidades de salud fuimos detectando, en algunas de ellas, que había algo de carácter tal vez emocional que se agregaba a sus problemas de salud o que, tal vez, era su origen. A medida que las mujeres atendidas fueron sintiendo confianza en nosotras, nos platicaron más sobre ellas mismas y sobre su familia. Sus testimonios nos hicieron pensar que ellas vivían condiciones de maltrato, sobre todo por parte de sus parejas; maltrato que se manifestaba con discriminación, descalificación y abuso.

Nuestras inquietudes encontraron sustento cuando conocimos el trabajo de investigación sobre Violencia de Género y sus repercusiones en la salud, que se

iniciaba en San Luis Tlaxialtemalco, a cargo de la Coordinación de Estudios de Género de nuestra escuela. Esto decidió el tema de nuestra tesis profesional y

nos motivó a aplicar un cuestionario dirigido a las mujeres que acudían al CCOAPS en demanda de atención, con el propósito de conocer su opinión y testimonio sobre su salud reproductiva, a fin de detectar posibles condiciones desfavorables que afectaran su salud.

El cuestionario aplicado forma parte de los aspectos metodológicos del macro proyecto: "La violencia Familiar en San Luis Tlaxialtemalco estudio con enfoque de género" (Alatorre, W., Gutiérrez, A.) que se lleva a cabo en el CCOAPS; el cual fue adaptado para fines de nuestra investigación.

Al revisar los primeros resultados nos percatamos de que las mujeres viven diversos factores de riesgo y conductas sociales adversas relacionadas directamente con "modelos ideales femeninos" aprendidos, que afectan su bienestar y que ellas no identifican como problemas para su salud o como situaciones que deben ser modificadas. Al analizar las respuestas del grupo encuestado y compararlas con lo que señala la legislación nacional e internacional como parámetros adecuados para el ejercicio de estos derechos, pudimos confirmar que ellas viven diversas formas de violación a sus derechos sexuales y reproductivos, puesto que sus testimonios señalaron que:

No tienen decisión sobre sus relaciones sexuales. Es su pareja quién decide la frecuencia y las características de éstas.

Con mucha frecuencia viven de manera forzada y violenta las relaciones sexuales.

Su pareja decide si ella utiliza o no algún método anticonceptivo. Si lo hace por su cuenta, vive la angustia de la violencia de su compañero al enterarse.

El compañero, poco o nada se involucra en el cuidado y manutención de los (as) hijos (as), y en las labores domésticas.

El compañero ejerce distintas formas de violencia: física, emocional, sexual, abandono, etc. contra ella y los (as) hijos (as).

Algunas mujeres refieren haber sido maltratadas estando embarazadas, otras señalan que este estado aumenta la violencia de su pareja.

No solo por que estos datos coinciden con diversos estudios sobre el particular realizados en México y otros países, sino porque las mujeres entrevistadas no están concientes de que este maltrato no es normal, y porque ellas ni siquiera se ubican como sujetas de derechos humanos. Por ello consideramos necesario que se atienda esta problemática, que en nuestra opinión está afectando en muchos aspectos la salud integral de las mujeres y en particular su salud sexual y reproductiva.

Una de las razones que nos llevó a la selección del tema de investigación es el hecho de ser mujeres, lo cual nos creó el interés y la inquietud de conocer y analizar, si existe desigualdad en el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva, en las mujeres de San Luis Tlaxialtemalco y si esta desigualdad podemos atribuirla a estereotipos aprendidos.

Debemos resaltar que en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México el 80% aproximadamente de sus estudiantes son mujeres. La Enfermería es una profesión que proporciona cuidados a la persona sana o enferma. Históricamente la Enfermería ha sido adjudicada al género femenino bajo el supuesto de que las mujeres son las más aptas para cuidar, proteger, apoyar, brindar amor, escuchar, atender, educar etc; lo cual ha sido una carga cultural histórica que requiere ser cuestionada y reconstruida, pues los hombres no deben quedar excluidos de la Enfermería puesto que contamos con los mismos elementos teóricos y prácticos para

desempeñar la profesión. Además, la formación académica es la misma para ambos y las cualidades humanas y profesionales que se requieren no deben ser excluyentes por razón de género.

El analizar la desigualdad de género y sus efectos en la salud sexual y reproductiva resulta por demás interesante y de gran trascendencia para nosotras, pues nos permite asumir actitudes más críticas y propositivas. Por lo que una de nuestras pretensiones fue profundizar al respecto a través de una investigación de tipo descriptivo, teniendo como base teórica las aportaciones que propone la Teoría de Género para explicar los fenómenos sociales. Consideramos además, los postulados de los Derechos Humanos sobre el particular. Pretendemos dejar a otras compañeras (os) interesadas (os) en el tema mayores elementos para abordar un grave problema de salud pública: la violencia de género y sus repercusiones en la salud sexual y reproductiva, pero desde una perspectiva de análisis social.

Finalmente, es importante mencionar que aunque el CCOAPS cuenta con un programa de Salud Familiar y una sublínea de investigación sobre Violencia Familiar, es necesario profundizar en aspectos relacionados con Derechos Humanos, sobre todo el derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos para que los pasantes y profesionales de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia actúen de forma comprometida y responsable para atender esta problemática. Por ello creímos necesario y factible que en el CCOAPS se cree e implemente una clínica de atención a la mujer que vive situaciones de violencia de género, en la cual se le oriente, se le asesore y se le apoye, ya que esta violencia afecta su salud integral y por ende se violan sus derechos sexuales y reproductivos.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Existe violencia de género en las mujeres de San Luis Tlaxialtemalco de los módulos B y D? Y si es así, ¿Cómo se ven afectados sus derechos en la salud sexual y reproductiva?

IV. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- 1.- Identificar si las mujeres seleccionadas para el estudio sufren condiciones de violencia de género que afecten su derecho a la salud sexual y reproductiva.
- 2.- Conocer la percepción que tienen las mujeres seleccionadas para el estudio, sobre sus Derechos Humanos, de manera particular el derecho a la salud sexual y reproductiva.
- 3.- Analizar si podemos atribuir la violencia sexual y reproductiva a estereotipos aprendidos que consideran como desigualdades sociales las diferencias biológicas entre hombres y mujeres.

V. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación fue un estudio descriptivo, transversal de tipo cuanti – cualitativo. El universo estuvo constituido por el total de mujeres usuarias del CCOAPS-ENEO, en San Luis Tlaxiátemalco. Tomamos como muestra convencional a 100 mujeres de los módulos B y D cuya edad estuvo en el rango de 15 a 45 años de edad, sin importar su estado civil, bastó con que vivieran en la localidad mencionada y que aceptaran participar en la investigación una vez que habían sido informadas sobre el proyecto. Fueron excluidas del proyecto las mujeres que no cumplieron con los criterios de inclusión señalados.

La recolección de datos fue de manera transversal, elaboramos un cuestionario semiestructurado a fin de obtener datos que nos indicaran violación a derechos sexuales y reproductivos y concepciones evidentes y/o ocultas de "normalidad estereotipada" aprendida. Elementos que constituyeron nuestra base teórica para el análisis final.

Aunque analizamos cualitativamente los datos, utilizamos también estadística descriptiva a fin de tener una explicación causal que complementara cuantitativamente nuestro estudio.

El estudio fue realizado en tres etapas. La primera etapa consistió en la revisión y análisis de diversos documentos que nos permitieron tener un panorama más amplio de la situación a investigar. Además aplicamos previamente a este estudio un cuestionario a 20 mujeres que acudieron al CCOAPS en demanda de atención, lo cual nos sirvió para acercarnos al fenómeno de la violencia e identificar si ellas vivían algún tipo de inequidad con respecto al disfrute de sus Derechos Humanos, sobre todo los sexuales y reproductivos. Con este primer diagnóstico definimos la línea de investigación.

La segunda etapa consistió en la elaboración de un marco teórico que explicara cómo la pertenencia social a un género constituye un factor de riesgo para el disfrute de los Derechos Humanos. Mediante la revisión de libros, revistas, periódicos, Internet y manuales, obtuvimos información que vaciamos en fichas de trabajo. Una vez elaborada la mayor parte del marco teórico, se obtuvieron los elementos necesarios para presentar el protocolo de investigación y estructurar el cuestionario que nos sirvió como instrumento para la recolección de datos.

La tercera etapa fue una investigación de campo. Para recolectar la información, aplicamos un cuestionario a 100 mujeres de la comunidad de San Luis Tlaxiátemalco, acudiendo directamente a sus domicilios, con la finalidad de identificar si algunos estereotipos de género podríamos relacionarlos con situaciones de violencia fundamentalmente en la salud sexual y reproductiva.

El cuestionario se estructuró en 3 partes. La primera parte fue para explicar su propósito, enfatizando que la información sería estrictamente confidencial. La segunda parte incluyó además datos de identificación personal esenciales para la investigación. La tercera parte fue elaborada con preguntas de opción múltiple tipo escala de Likert (se anexa), donde la mujer debía marcar la opción que considerara más apropiada a su forma de pensar.

Finalmente, se realizó la descripción y el análisis de los datos obtenidos, basándonos en el marco teórico ya elaborado.

VI. MARCO TEORICO

"Vale poco para mí tener el derecho avoto, y
a tener propiedades, si no puedo ejercer un
derecho absoluto sobre mi cuerpo y sus usos"
Lucy Stone, 1855 (Wolf, 1992)

1. LA SALUD COMO DERECHO HUMANO

1.1. LA DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

Para desarrollar el tema sobre Derechos Humanos retomaremos lo que menciona el Instituto Interamericano de Derechos Humanos con lo cual "Podemos afirmar que los Derechos Humanos son aquellos que resultan indispensables para lograr la realización plena e integral de la dignidad humana y que son inherentes a todo ser humano por el solo hecho de serlo, sin hacer distinción por motivo de raza, sexo, idioma o religión y procurar la efectividad del respeto a los derechos fundamentales del hombre y de la mujer". (IIDH. 1999)

Antecedentes de los Derechos Humanos.

Durante el siglo XVIII, conocido como la Ilustración o Siglo de las Luces, surgen poderosos cambios ideológicos sobre el antiguo régimen. Del pensamiento social de esta época brotan ideas fundamentales sobre el Estado Moderno, la democracia y los Derechos Humanos. Sin embargo, en el marco de estas nuevas formas de concebir la realidad social, su conocimiento y progreso, no se logra plantear la igualdad de las mujeres. Los iguales eran los hombres.

Pero, el principio de igualdad surgido en esa época no incluía tampoco a algunos hombres, que por razones de clase y etnia también fueron excluidos. De manera que, los "iguales" eran finalmente los hombres blancos, burgueses, educados: La clase social emergente, protagonista y triunfante de la Revolución Francesa. Es decir que, mientras que por un lado se reconocía y se establecía el principio de igualdad de todos ante la ley, por otro se legitimaba la desigualdad entre mujeres y hombres.

Esta perspectiva llegó a dominar la interpretación de los eventos del mundo. De ella se establecieron las reglas de la convivencia humana, las normas, las leyes, los derechos y los deberes de las personas. Con estas ideas se justificó durante años la exclusión de las mujeres en la toma de decisiones, en la vida pública, en el ejercicio de representación a través del voto, en la formación de las leyes, y en la producción de conocimientos. Y, al mismo tiempo, se consagró su reclusión en el espacio privado.

Como lo hemos aprendido culturalmente, a los hombres se les otorga el poder por su condición de género. A través de los años esta condición social, ha hecho que a la mujer se le subordine a tareas poco valoradas y reconocidas; aunque, aparentemente pueda desarrollarse en actividades sociales, políticas, económicas y otras acciones consideradas "propias del hombre".

Las primeras luchas de las mujeres surgen por la reivindicación de la igualdad para la mitad de la población, es decir por la aplicación verdaderamente universal del principio de igualdad. Lucha que aún sigue presente en nuestros días.

Podemos resaltar la importancia que han tenido cada uno de los movimientos, que las mujeres han llevado a cabo a través de la historia, ya que de acuerdo con las circunstancias y el momento histórico, fueron marcando avances importantes hacia la revaloración de la participación de las mujeres y hacia el reconocimiento

de los derechos humanos, sin la distinción establecida entre sexo y género, lo que permitió entender que las únicas diferencias naturales o biológicas entre mujeres y hombres se encuentran en las características anatómicas y fisiológicas de ambos.

Lo anterior fue el resultado de un largo proceso que tuvo inicio en el siglo XVIII, y que se aprueba de manera internacional en 1948 con la Declaración Universal de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos. A partir del fin de la Segunda Guerra Mundial, el panorama acerca de los Derechos Humanos cambió totalmente, tomando el carácter de obligatoriedad moral, para cada país, el respeto y la tutela de estos derechos.

Características de los Derechos Humanos.

Los Derechos Humanos no dependen del reconocimiento por parte del Estado ni son privilegios suyos; tampoco dependen de la nacionalidad, etnia, edad de la persona, género, ni de la cultura a la cual se pertenezca. Son derechos que corresponden a toda persona y sus características principales son:

Son universales: todas las personas independientemente de su clase social, edad, grupo étnico, sexo, o cualquier otra condición, tienen Derechos Humanos, vivan en el lugar que vivan.

Son intransferibles, irrenunciables e imprescriptibles: una persona no puede ceder a otra sus Derechos Humanos o renunciar a ellos; además los Derechos Humanos no terminan, porque no tienen plazo. Son generadores de deberes: los Derechos Humanos generan obligaciones de conducta ante los demás y ante nosotros mismos.

Son integrales y complementarios: su disfrute se refiere a todas las categorías de derechos (civiles, políticos, económicos, sociales y culturales) y no hay una sola de ellas que se pueda irrespetar, las categorías son complementarias.

Son de protección nacional e internacional: la violación de Derechos Humanos puede denunciarse a nivel local, ante los organismos pertinentes y, cuando se han agotado los mecanismos internos, ante órganos de protección internacional como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos o la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

A pesar de todas estas características los derechos humanos se siguen violando, debido entre otras cosas, a la falta de difusión estatal y nacional, y aunque la población los conozca no los ejerce plenamente, principalmente las mujeres. En nuestra sociedad existe una cultura de discriminación hacia lo femenino. Lo masculino sigue siendo el parámetro de lo humano. Por esto, es importante que en los Derechos Humanos se incorpore la perspectiva de Género, para transformar el mundo de dominación de "género", en un mundo de igualdad de derechos y de respeto a las diferencias.

Coincidimos plenamente con Alda Facio (De qué igualdad se trata,1995), acerca de luchar por una sociedad nueva y un derecho nuevo, basado en que mujeres y hombres somos diferentes y semejantes, y que estas diferencias o semejanzas no deberán ser una razón para dominar o explotar a otra (o). Lo que se traduciría en una igualdad en la diferencia.

Clasificación de los Derechos Humanos

Los Derechos Humanos han sido clasificados de diversas maneras, de acuerdo con su naturaleza, su origen, su contenido y por la materia que refiere. La clasificación por generaciones es de carácter histórico y considera cronológicamente su aparición o reconocimiento por parte del orden jurídico normativo de cada país.

Derechos Humanos de Primera Generación: se refiere a los derechos civiles y políticos también denominados "libertades clásicas" (derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad, a la justicia). Fueron los primeros que exigió y formuló el pueblo en la Asamblea Nacional durante la Revolución Francesa.

Derechos Humanos de Segunda Generación: los constituyen los derechos económicos, sociales y culturales (derecho al trabajo, a la educación, a la salud), debido a los cuales, el Estado de Derecho pasa a una etapa superior, es decir, a un Estado Social de Derecho.

Derechos Humanos de Tercera Generación: este grupo fue promovido a partir de la década de los setenta del siglo pasado para incentivar el progreso social y elevar el nivel de vida de todos los pueblos, en un marco de respeto y colaboración mútua entre las distintas naciones de la comunidad internacional (derecho a un ambiente sano, a la paz y la solidaridad).

Otra clasificación de los Derechos Humanos es por grupos en condiciones de vulnerabilidad. Se refiere a aquellos grupos o comunidades que, por circunstancias de pobreza, origen étnico, estado de salud, edad, género o raza, se encuentran en una situación de mayor indefensión para hacer frente a los problemas que plantea la vida y no cuentan con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas. La vulnerabilidad coloca a quien la padece en una situación de desventaja en el ejercicio pleno de sus derechos y libertades.

Por ser grupos con vulnerabilidad, suelen desconocer cuáles son sus derechos, ignoran los medios para hacerlos valer y carecen de los recursos para acudir a los sistemas de justicia; por tal motivo el Estado tiene la obligación de protegerlos.

1.2. LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y SU RELACIÓN CON LA SALUD.

Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual y reproductiva, debe ser considerada como un derecho humano básico. Aproximarnos a la sexualidad y a la reproducción humana desde la perspectiva de los Derechos Humanos, supone adoptar los conceptos de derechos sexuales y derechos reproductivos.

Para fines de nuestra investigación consideramos que ambos conceptos están relacionados entre sí, lo que significa que los abordaremos en conjunto y no por separado. Retomamos lo acordado en la IV Conferencia de Beijing de 1995 sobre derechos reproductivos, en el sentido de que éstos: "se basan en el reconocimiento del derecho fundamental de todas las parejas o individuos a disponer de información y medios para decidir de manera libre, responsable e informada el número de hijos (as) que quieren tener, así como la separación entre los nacimientos y el momento entre ellos y el derecho a conseguir el mayor nivel de salud sexual y reproductiva".

Así pues, gozar de salud reproductiva implica tener una vida sexual satisfactoria y libre de riesgos, la capacidad de reproducirse, así como la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia tener relaciones sexuales y de esta forma alcanzar el nivel más alto de salud sexual y reproductiva.

Siempre que hablemos de derechos sexuales se tomarán en cuenta los derechos reproductivos, puesto que estos van incluidos dentro de los primeros. Los términos, derechos sexuales y derechos reproductivos son recientes. Aunque su contenido tiene raíces en los conceptos de integridad personal, de salud, de autodeterminación y de libertad. Por lo tanto abarcan ciertos derechos humanos

ya reconocidos en documentos nacionales e internacionales. A nivel mundial, algunos estudiosos del tema los consideran conceptos en construcción. Sin embargo, diversos avances suelen definirlos como todos aquellos derechos básicos de las personas y las parejas; derechos que se vinculan con el libre ejercicio de la sexualidad y la reproducción humana, independientemente de la edad, condición social, raza y religión, entre otros.

Estos conceptos han evolucionado progresivamente y continúan siendo temas de debate en diferentes foros nacionales e internacionales. Violeta Bermúdez (2001) lo ilustra señalando que:

- En la Conferencia sobre Derechos Humanos de Teherán de 1968, se estableció que constituyen, entre otras cosas el derecho de la pareja de decidir el número de hijos (as) y su espaciamiento.
- En la Conferencia de Población de Bucarest de 1974, se reconoce el papel del Estado, en asegurar la información y el acceso a métodos de control de natalidad.
- En la I Conferencia Mundial de la Mujer, celebrada en México en 1975, se reconocen los derechos de las mujeres a la integridad física, a decidir sobre su cuerpo y a la opción sexual. Entre los derechos reproductivos, se incluye una maternidad voluntaria.
- En la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer de 1979, se planteó la necesidad de asegurar la igualdad de acceso a los servicios de planificación familiar.

Por otro lado, Rodolfo Tuirán (1995) aporta que:

En la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994, se contribuyó de manera importante a cuestionar las visiones no sólo de anticoncepción, aborto y enfermedades de transmisión sexual como parte de la salud reproductiva ligadas al control de la fecundidad, sino también de la sexualidad misma, señalando que ésta abarca una vida sexual satisfactoria y libre de riesgos.

En la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing, de 1995, se reafirmó la definición de salud reproductiva, al insistirse que ésta entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de salud o de procrear; con la libertad para decidir la reproducción, cuándo y con qué frecuencia. Lo que implica el derecho del hombre y de la mujer a obtener información sobre planificación familiar, a tener acceso a métodos seguros, eficaces, accesibles y aceptables, y a recibir los servicios de salud adecuados que permitan embarazos y partos sin riesgos.

1.2.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS DERECHOS SEXUALES.

Los Derechos Sexuales implican el derecho de hombres y mujeres a ser considerados (as) personas sexuadas y a ser respetados (as) en cualquier opción e identidad sexual asumida.(Zayavedra, Gloria 1997) Comprenden:

- El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables (Derecho reproductivo que forma parte de los Derechos sexuales) Abarca el derecho a decidir el tener o no hijos e hijas, el número y espaciamiento entre cada uno, y el derecho al acceso pleno de métodos de regulación de la fecundidad.

- El derecho a la libertad sexual. Se refiere a la plena expresión del potencial sexual de las personas, lo que excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexual en cualquier tiempo y situación de la vida.
- El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexual del cuerpo. Se refiere a la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social; así como el control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.
- El derecho a la privacidad sexual. Se refiere al derecho de decisión y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad. Siempre y cuando no interfiera en los derechos de otras y otros.
- El derecho a la equidad sexual. Se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.
- El derecho a la libre asociación sexual. Posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.
- El derecho a la información basada en el reconocimiento científico. La información sexual debe ser generada a través de la investigación científica, libre y ética, que abarca el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales.
- El derecho a la educación sexual integral. Este es un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida y debe involucrar a todas las instituciones sociales.
- El derecho a la atención de la salud sexual. Debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

Aunque a nivel nacional e internacional se puede contar con información y medios para ejercer libremente una sexualidad sana y así gozar del

reconocimiento de estos derechos; lo cierto es que este hecho por sí sólo, no garantiza su pleno disfrute, pero es evidente que constituye un acontecimiento histórico trascendente y un paso inicial para su concreción universal.

Por ello es importante analizar estos temas, tomando en cuenta el contexto económico, político y social del país actual. Es verdad que estos derechos, deben ser sostenidos, posibilitados y defendidos por los Estados, sus gobiernos e instituciones, creando políticas con la finalidad de sancionar, cuando se presentan prácticas sociales discriminatorias y actitudes negativas hacia las mujeres, que limiten su poder de decisión respecto a su salud sexual y reproductiva.

Esto nos lleva a la necesidad de hablar de los derechos sexuales, incluidos los reproductivos, tomando en cuenta a la sexualidad y a la fertilidad, al poder de decisión de la mujer, a las relaciones de pareja y a la influencia del Estado en lo que se refiere como Derechos Humanos de las mujeres en temáticas de sexualidad y reproducción. Lo anterior implica enfrentar el desafío de abrir nuevos espacios de reflexión y acción.

1.2.2. LA VIOLACIÓN A LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS : REPERCUSIONES EN LA SALUD.

La violencia contra la mujer es reconocida ahora como violencia de género. Existe al margen de: clase social, nivel económico, cultura, raza, etnia o religión. La violencia es un problema social que tiene su origen en las relaciones sociales basadas en la desigualdad, que implica la presión a un género (el femenino) por parte del otro (el masculino). Este ejercicio asimétrico del poder se legitima mediante una compleja red de estructuras sociales (Alatorre, E. 2000).

La lucha contra la violencia en México ha sido lenta, sin embargo a lo largo de las dos últimas décadas, en las organizaciones de mujeres, la violencia ha sido un tema prioritario, con el fin de lograr que sea reconocida como un problema social y de Derechos Humanos debido al gran impacto que ejerce sobre la vida, la salud y la dignidad las mujeres.

Consideramos que es de gran importancia señalar que México ha suscrito varios acuerdos internacionales que amparan la protección de los derechos y la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Entre estos se encuentran la Convención de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, firmada el 17 de junio de 1980; la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, asignada el 4 de junio de 1995; y la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la mujer aprobada en diciembre de 1993. En ellos se define como Violencia de Género: "Todo acto de violencia basado en el género, que tiene como resultado, posible o real, daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, coerción, y privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada". Se agrega que deberán considerarse: "la violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violación conyugal, y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer; la violencia ejercida por personas distintas al marido y la violencia relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica a nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, en distintas instituciones educativas y en otros ámbitos; el tráfico de mujeres y la prostitución forzada; así como la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado dondequiera que ocurra".(ONU, 1994)

No obstante, aunque se han adoptado acuerdos internacionales que reconocen los derechos de la mujer como parte fundamental de los derechos humanos y que se han tomado medidas para corregir la discriminación y lograr la equidad de género, la violencia sigue siendo un problema social que afecta principalmente al género femenino.

El Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI), en su informe de 1996 reporta que: un 90% de mujeres y un 10% de hombres fueron atendidos como víctimas de maltrato. El 90% de los malos tratos registrados al interior del núcleo familiar los propicia el hombre a su compañera, mientras que el 10% restante son agresiones del propio varón hacia los hijos o de la mujer hacia los hijos o ancianos a su cargo. De acuerdo con estas cifras, la mujer es maltratada por la persona de la que, por lo general, depende económicamente. (Programa Estatal contra la Violencia Familiar, Puebla 2000-2005)

El Secretario General de las Naciones Unidas en su informe titulado "Esfuerzos para erradicar la violencia contra las mujeres, en la familia y en la sociedad". (Yanuzova, 1992). Da a conocer las principales características de la violencia contra la mujer: "La violencia contra la mujer ocurre principalmente del hombre hacia la mujer; la mayoría de las víctimas de la violencia en la familia y en la sociedad son sus integrantes más vulnerables" refiriéndose a las mujeres, niñas (os), adultas (os) mayores y discapacitadas (os). También señala que la violencia se produce cuando se pone en duda el poder del fuerte (el hombre).

Podemos resumir que en la violencia contra las mujeres, el victimario es por lo general un hombre. Por lo tanto nos cuestionamos ¿Por qué la mujer no abandona al hombre que la agrede?. Esta cuestión ha sido entendida a través del modelo conocido como Síndrome de Estocolmo, el cual ha sido desarrollado para explicar las respuestas paradójicas y psicológicas de los rehenes de guerra (Dutton, Painter en 1981; Finkelhor, Yllo en 1985 y Hilberman en 1980).

El modelo muestra cómo las características psicológicas observadas en mujeres maltratadas se parecen a aquellas de los rehenes de guerra. Se sugiere que estas características son el resultado de estar en una relación donde está amenazada su vida.

Para poder detallar cuidadosamente la relevancia de la literatura sobre los rehenes y para entender las experiencias y reacciones psicológicas de las mujeres maltratadas, describiremos las condiciones para el desarrollo del Síndrome de Estocolmo, que son las siguientes:

- 1.- Una persona amenaza con matar a otra, ésta le percibe con la capacidad para hacerlo.
- 2.- La otra no puede escaparse, por lo que su vida depende de la persona amenazante.
- 3.- La persona amenazada está aislada con el "extraño", así que la única perspectiva disponible para ella, es la persona amenazadora.
- 4.- La persona que amenaza es percibida con un cierto grado de bondad por el (la) que sufre la amenaza, al mantenerlo (a) con vida; situación que crea un vínculo de dependencia entre ambos.

Para que las relaciones de violencia surjan entre la pareja debe haber un desequilibrio de poderes. La mujer en una relación de maltrato vive diversas formas de subordinación y de indefensión, por lo que desarrolla una autoestima baja, ansiedad y depresión. El hombre por su parte toma un papel de dominio y desarrolla sentimientos de poder y grandeza, en función de la subordinación de la mujer. Cada uno de ellos requiere del otro para satisfacer sus necesidades, y reproducir ese ejercicio asimétrico del poder

Las mujeres maltratadas desarrollan diversas estrategias para mantenerse vivas, esto incluye un cambio de actitudes que van desde las manifestaciones cariñosas, ser atentas o afectivas, hasta mantenerse fuera de la vista del agresor.

Después de una agresión, la mujer maltratada no sólo se encuentra con el dolor físico, sino que se siente emocionalmente indefensa y necesitada y en este caso la persona disponible es el propio agresor que suele comportarse arrepentido y hasta amoroso. Esto inicia nuevamente la dependencia enferma entre ambos. La mujer trata de convencerse a sí misma de la posibilidad de que su agresor cambie, y llegue el día en que "su cruz" no sea tan pesada.

La violencia de género está vinculada con la violencia sexual y reproductiva, ya que las mujeres no tienen el poder de decisión sobre su sexualidad y su maternidad; sobre cuándo, cómo y con qué frecuencia tener relaciones sexuales; en qué momento embarazarse; decidir el número de hijas (os) y su espaciamiento; y poder acceder a métodos de planificación familiar.

Los riesgos para la salud y la vulnerabilidad que enfrente, estarán relacionados con las circunstancias que viva la mujer durante cada etapa de su vida. En el caso de la salud sexual y reproductiva nos interesan, de manera particular las mujeres adolescentes y las adultas pues es en estas etapas: de 15 a 45 años donde mayores riesgos específicos existen.

La mujer adolescente experimenta nuevos cambios físicos, emocionales, sexuales y sociales. Principalmente aumenta el interés sexual por el sexo opuesto, lo que puede llevarla a iniciar una vida sexual activa; que se traduzca en embarazos a temprana edad muchas veces no deseados, abortos y enfermedades de transmisión sexual, problemas originados por la falta de información sobre su sexualidad y sobre los métodos de planificación familiar, pero también debido a estereotipos aprendidos. A través de diversos mensajes, las mujeres introyectan una alta estima social por la maternidad y los hombres por la conquista femenina.

El embarazo a edades tempranas tiene un elevado riesgo de complicaciones, tanto para la salud de la madre como para la de su hijo (a). Son frecuentes la preclamsia, la anemia, partos prematuros y alteraciones irreversibles como retraso mental o retardo en el desarrollo psicomotor. En casos extremos, incluso la muerte de uno o de ambos.

Las consecuencias sociales más frecuentes suelen ser la deserción escolar, con la consecuente interrupción de la formación técnico-profesional, tanto para la adolescente como para su pareja, y la prematura inserción en la vida laboral sin la suficiente preparación académica para mantener una estabilidad económica. Lo anterior genera tensiones y alteraciones emocionales al tomar decisiones frente a un embarazo y por hacer frente a diversas presiones de la familia y de la sociedad.

A esto se agrega que las relaciones de pareja entre adolescentes suelen estar marcadas por profundas desigualdades por efecto de modelos aprendidos. La adolescente aprende que debe asumir actitudes maternas de cuidado, dulzura, comprensión y nobleza, mientras que el adolescente aprende que debe ser fuerte, decidido y dominante. En esta etapa se reafirman aún más estos modelos, pues ambos adolescentes empiezan a vivir las relaciones adultas de género. El enfrentamiento de ambos a situaciones que los rebasa puede convertirse en detonadores de violencia.

Los embarazos e hijos no deseados no sólo se presentan durante la adolescencia, y en parejas no constituidas; el embarazo de muchas mujeres que viven con su pareja, puede ser resultado de una violación conyugal, lo cual es visto "socialmente normal" y por ello no es denunciada y en caso de serlo, para las autoridades no constituye un delito es, a lo sumo, el abuso "de un derecho".

El maltrato tiene consecuencias tanto en la salud física como en la salud mental de las mujeres. Las consecuencias físicas incluyen lesiones como: magulladuras, heridas, ojos amoratados, huesos rotos, lesiones en las articulaciones, pérdida parcial de la visión o de la audición, cicatrices por quemaduras, mordeduras y heridas de armas blancas. Además, las mujeres golpeadas sufren a menudo de dolores de cabeza crónicos, parálisis facial, dolores abdominales, dolores musculares, infecciones vaginales recurrentes y trastornos en la alimentación, entre muchos otros problemas de salud.

Su salud se ve afectada además, por diversos factores sociales, económicos y culturales como: sobrecargas de trabajo en el hogar, sumadas a trabajos laborales mal remunerados, multiparidad, descuido de su salud, baja autoestima, bajo nivel educativo, etc., que la mantiene en un círculo de inseguridad y temor permanentes.

Para muchas mujeres, los daños psicológicos del abuso son mayores que los efectos físicos. Miedo, ansiedad, fatiga, desordenes por estrés postraumático, depresión, ansiedad, incapacidad de concentración, disfunción sexual, trastornos del sueño, incomunicación, confusión y desordenes de la personalidad constituyen reacciones comunes a largo plazo ante la violencia de género, y a pesar de esto las mujeres abusadas pueden tener diversas dependencias hacia su agresor y dificultades para tomar decisiones por sí mismas y romper esas relaciones de violencia.

La mujer que vive estos actos de violencia, puede asumir conductas de aislamiento, culpabilidad, baja autoestima, consumo de alcohol y otras sustancias dañinas para su salud, así como intentos de suicidio. El Banco Mundial estima que de los años de vida saludable perdidos por mujeres, el 30% se pierde debido a suicidio; la tasa de muerte por suicidio entre mujeres jóvenes de 15 a 24 años es 5 veces mayor que la debida a enfermedades infecciosas y 55 veces mayor que la tasa por causas obstétricas (OMS, 1985).

El embarazo debería ser una etapa durante la cual la salud y el bienestar de las mujeres fueran especialmente respetados. Sin embargo, no es así. Una encuesta realizada en 342 mujeres de las cercanías de la ciudad de México, reveló que el 20% recibieron golpes en el abdomen durante el embarazo. (Lori Heise, Jacqueline Pitanguy. 1994). La violencia afecta a las hijas e hijos, los cuales tienen un alto riesgo de reproducir estos comportamientos. Los niños aprenden a ser abusivos como las figuras masculinas y las niñas a aceptar ser víctimas.

Coincidimos con lo que dice el Secretario de la ONU, Kofi Annan: "la violencia contra las mujeres, es una de las violaciones a los Derechos Humanos más vergonzosa y perversa... su desaparición debe ser más que un deseo, sólo así las mujeres podrán disfrutar de sus derechos humanos y vivir en igualdad y paz" (El Universal, 9 de marzo de 1999)

1.2.3. PROTECCIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

Como ya mencionamos, a partir de la segunda guerra mundial, los Derechos Humanos adquieren valor universal y legal. Pasan a formar parte de las políticas de los Estados, como una condición justa y democrática para cada persona. De tal manera, cada Estado tiene la responsabilidad de hacerlos valer.

La protección internacional nace con la firma de la Carta de San Francisco de 1945 mediante la cual se crea la Organización de las Naciones Unidas, cuyo fin es velar por el cumplimiento de los derechos a través de tratados, los cuales les confieren un carácter jurídico obligatorio. (IIDH, septiembre 1998)

Actualmente, una de las definiciones más amplias sobre los derechos reproductivos es la acordada en la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo (El Cairo, septiembre 1994). "Los derechos reproductivos reposan en el reconocimiento básico del derecho de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número, espaciamiento y oportunidad de tener hijos a tener la información y los medios para hacerlo; y el derecho a alcanzar el más elevado standard de salud sexual y reproductiva". Ello incluye el derecho que a todos les asiste de tomar decisiones reproductivas libres de discriminación, coerción y violencia tal como lo expresan los instrumentos de Derechos Humanos. Como parte de sus compromisos, debe darse total atención a la promoción del respeto mutuo y a las relaciones de género equitativas.

En la IV Conferencia Internacional de la Mujer, llevada a cabo en Beijing China, en septiembre de 1995 se recupera lo afirmado en Viena y en El Cairo, pero se da otro paso más, al reconocer la existencia de una relación entre sexualidad, reproducción y condición de subordinación de la mujer. El documento ratifica los derechos de las mujeres y las niñas como parte inalienable e indivisible de todos los Derechos Humanos y libertades fundamentales y se enfatiza la voluntad de promover el potenciamiento de las mujeres, en todas las esferas de la sociedad. (Zurutuza, C.1997). En esta conferencia se reitera la necesidad de tipificar como violencia contra la mujer, toda forma de violencia física, sexual y psicológica en los ámbitos públicos y privado; concretamente la violación en el matrimonio, el abuso sexual, así como los actos de violencia contra la mujer que incluyen la esterilización forzada, el aborto forzado, la utilización forzada de anticonceptivos, la determinación prenatal del sexo y el infanticidio de niñas. Así mismo, se reafirma el derecho al disfrute del más alto nivel de salud física y mental para las mujeres y las niñas, concluyendo que la salud es un concepto más amplio que incluye la salud reproductiva y la salud sexual, cuyos objetivos son el desarrollo de la vida, el desarrollo de las relaciones personales, la atención en problemas de reproducción y la atención en enfermedades de transmisión sexual (Montaño, Sonia 1997).

México ha pretendido favorecer la participación de las mujeres, mediante la ratificación de diversos compromisos internacionales, entre ellos: la Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer en 1952; el Convenio sobre la Nacionalidad de la Mujer Casada de 1957; la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación sobre la Mujer en 1979; el Convenio de la Organización de Estados Americanos sobre la Nacionalidad de la Mujer de 1933; la Convención Interamericana sobre la Concesión de los Derechos Políticos a la Mujer en 1948 y la Convención Interamericana sobre la Concesión sobre los Derechos Civiles a la Mujer de 1948" (Vasak K., 1984). De estos convenios se derivan leyes, que México asume a través del artículo 133 de su Constitución, el cual establece que "las leyes del Congreso de la Unión, que emanen de ella y todos los tratados que estén de acuerdo con la misma, serán la Ley Suprema de toda la Unión".

A través de la Constitución Política Mexicana, las mujeres están protegidas en lo que respecta a su salud sexual y reproductiva: "El varón y la mujer son iguales ante la Ley y toda persona tiene derecho a la protección de la salud incluyendo el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos". (Constitución Mexicana de los Estados Unidos Mexicanos, 1999)

Los Derechos Humanos, deben ser el pilar para eliminar toda forma de discriminación hacia las personas. Consideramos esencial que estos Derechos Humanos reconocidos por México y plasmados en nuestra Constitución deben darse a conocer a toda la población, para ejercerlos y disfrutar de ellos, tomando en cuenta que estos a su vez, son generadores de obligaciones para los y las humanas.

2. LA TEORÍA DE GÉNERO PARA ANALIZAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

Juan Carlos Ramírez (2000) señala que "la perspectiva de género plantea una iniciativa tanto en términos teórico-metodológicos como en el plano de una intervención estratégica que integre políticas, programas y acciones orientadas bajo esta relativamente novedosa perspectiva de comprensión de los procesos colectivos en el campo de la salud".

Si bien el desarrollo teórico que sustenta a la categoría Género tiene un impulso decisivo por parte del movimiento feminista, es a finales de los años setenta que los denominados "Estudios de la Mujer", abren otras posibilidades para ir más allá en los análisis que atienden a la problemática de la mujer en general y en aquellos relacionados con la salud en particular. La Teoría de Género sostiene que hay que aplicar como herramienta central la diferencia entre sexo como hecho biológico y género como hecho social. En tal sentido hablar de género no es sinónimo de mujer, pues géneros son dos: femenino y masculino.

¿Qué de nuevo incorpora la categoría de género a los estudios sobre la salud de la mujer?. Si bien en algunos trabajos existe la intencionalidad explícita de mostrar la inequidad respecto del sexo opuesto, el interés fundamental reside en identificar y analizar la salud diferencial dada en grupos específicos de mujeres según su adscripción de clase social, de su participación en el mercado de trabajo, de la pertenencia o no a grupos étnicos, de la distribución geográfica, etc. (Ibidem, 2000), pero no se considera la categoría "pertenencia a un género social" como determinante de la salud. Entonces, cualquier análisis estará incompleto y sesgado (Alatorre, E. 2001). La necesidad de llevar a cabo un estudio crítico sobre la categoría género está en función de las construcciones sociales que alberguen las estructuras de prestigio, de poder y las normas de subordinación que permean los ámbitos del quehacer social entre mujeres y hombres. La categoría género no solo contribuye a la comprensión de la vida de

la mujer y de la vida del hombre sino que además permite analizar las relaciones entre ambos, y la forma en que se aprenden, es decir, se construyen los "modelos" diferenciados para los sujetos femeninos y para los masculinos.

2.1. LA CONSTRUCCIÓN DE "MODELOS IDEALES" DIFERENCIADOS

Para abordar este tema es necesario definir dos conceptos importantes: sexo y género. Edda Alatorre (1997) señala que sexo, es una variable biológica determinada desde la concepción misma y se traduce en una condición física inmutable, con la que se hace "hombre" si los cromosomas tienen la fórmula XY o "mujer" si los cromosomas son XX. Considera que género en cambio es una variable determinada en un contexto social, aprendido, que cambia según las normas y valores que imponga él o los grupos en el poder y que por el hecho de ser adquirida socialmente es susceptible de modificarse. El hecho de que biológicamente la mujer posea funciones ligadas a la vida misma (menstruación, embarazo y lactancia), ha hecho que se le sitúe en el campo de la naturaleza (puesto que "la naturaleza decidió" recluirla al ámbito familiar-privado, al dotarla de capacidad pro-creativa) y se le margine del campo social, donde los hombres establecen los roles que deberán desempeñar los géneros: femenino y masculino. Es así que las diferencias biológicas han sido interpretadas como desigualdades sociales, construyéndose características, actitudes y roles para cada sexo que son dicotómicas, valores creados, adjudicados y legitimados por una ideología patriarcal. (Ibidem, 1997)

Históricamente este sistema patriarcal ha sido aceptado por la sociedad, la cual espera del hombre un comportamiento agresivo, racional, activo, público, fuerte, dominante, proveedor, etc., y de la mujer se espera que sea dulce, emocional, pasiva, hogareña, intuitiva, débil, irracional y conferida a espacios privados.

Las características, actitudes y roles asignados al hombre son más valorados socialmente. El hombre y todo lo relacionado con lo masculino son el punto de partida, el ángulo desde donde se miran y evalúan todas las cosas. Las instituciones por medio de las cuales el patriarcado se mantiene en sus distintas manifestaciones históricas son: la familia, la escuela, la iglesia y el trabajo, entre otras. (Facio, Alda 1997)

La institucionalización es un proceso por el cual las prácticas sociales se hacen regulares y continuas, se basa en reglas, usos y rituales formalizados que definen la conducta esperada y considerada como legítima en roles sociales específicos, donde se transmiten y perpetúan las desigualdades entre los géneros y que se traducen para las mujeres en menos oportunidades de salud, de educación, de trabajo y de equidad política y jurídica. (Ibidem, 1998)

Los "modelos ideales" se empiezan a construir desde que se es pequeña o pequeño, a partir de que se nace con un sexo biológico se conforma un sistema de pensamiento que permite interpretar socialmente la diferencia sexual, desde el color rosa asociado a la niña y el azul al niño. A medida que crecen participan en diversas relaciones sociales que regulan sus conductas y modelan su propia forma de percibirse a sí mismos y a los demás. A la niña se le obsequian juguetes relacionados con el cuidado del hogar y la familia que reflejan el rol femenino que debe asumir a través del juego con muñecas y utensilios de cocina; mientras que al niño se le obsequian juguetes relacionados con el trabajo y el prestigio social como carros, pelotas, juegos de batalla (soldados, armas, tanques), autopistas, etc, con los que aprende actitudes como ser dominante, emprendedor y poderoso, reflejando así el rol masculino que la sociedad espera de él.

Los "modelos ideales" son aprendidos, no se nace con ellos, por lo que pueden ser transformados; ya que la distinción entre el sexo y género nos permite entender que no hay nada de natural en los roles y características que se atribuyen a cada sexo. Dichos modelos se han visto modificados gradualmente conforme va cambiando la dinámica de la sociedad. Actualmente la participación de la mujer mexicana se está diversificando, lo que ha traído como resultado numerosas transformaciones en la realidad de las personas, las familias y la sociedad; al mismo tiempo esto ha repercutido en la forma de asumir su "ser mujer", tanto en el ámbito de lo privado - como en el ámbito público.

La presencia de la mujer en todos los espacios del desarrollo humano, se ha fortalecido, lo que significa un gran cambio en los roles tradicionales, así como en las responsabilidades y tareas asignadas. Su presencia en el mercado de trabajo crece casi un 6% cada año; actualmente las mujeres representan más del 36% de la población económicamente activa. Sin embargo, esto no quiere decir que la participación de la mujer en el ámbito público favorezca la equidad entre los géneros, puesto que el hombre aún no ha asumido su responsabilidad paterna en el hogar y el cuidado de las (los) hijas (os), provocando que la mujer asuma una doble responsabilidad y carga de trabajo, lo cual se ve reflejado en el deterioro de su salud. La participación de la mujer ha sido un proceso lento, así como la lucha por sus derechos continúa siendo un reto. La discriminación por género, la falta de oportunidades, la carga de pobreza y la prevalencia de imágenes estereotipadas sobre la mujer no favorecen su autoestima, ni personal ni social. (Saavedra E. Alba I., El universal 18 de junio del 2001.)

Mujeres y hombres tenemos diferentes necesidades, pero eso no significa que seamos socialmente desiguales, ni que las necesidades de los hombres sean el parámetro de lo humano. Esto es un espacio de reflexión para luchar por la equidad –igualdad en la diferencia- y para luchar por una sociedad más justa lo que requiere de un esfuerzo en conjunto

Es imprescindible partir de una reflexión de el hombre y la mujer como personas humanas, en toda su dimensión intelectual, emocional, social, afectiva y de trascendencia vital.

2.1.1. LAS RELACIONES INTER É INTRA GÉNERO.

Las personas no nacen con los comportamientos necesarios para sobrevivir, tienen que descubrirlos y aprenderlos, por lo que deben construir sociedades y desarrollar culturas. Su personalidad se forma mediante su cultura, su experiencia en grupo y su experiencia propia. Si tomamos en cuenta que la cultura es un sistema organizado de normas y valores que cada persona tiene, como parte de una herencia social, es decir, lo que es socialmente aprendido y compartido por los miembros de una sociedad. Esta define las reglas de conducta, cómo se espera que actúen socialmente las mujeres y los hombres, los cuales forman parte de una sociedad.

Mujeres y hombres utilizan símbolos para comunicarse, intercambiar sentimientos e intenciones, compartir y organizar actividades. Mediante las relaciones se construye el proceso de socialización, en el cual las personas aprenden patrones de conducta socialmente aceptados. Esta construcción social se deriva a partir de asumir una identidad masculina o femenina con los atributos esperados para unos y otras, los cuales han implicado privilegios y poder para unos y subordinación y dependencia para otras.

Estas relaciones sociales se dan entre géneros iguales (hombres-hombres, mujeres-mujeres), es decir intergéneros , y entre géneros distintos (mujeres-hombres, hombres-mujeres). es decir intragéneros y marcan significativamente las relaciones humanas.

Todos los hechos sociales y culturales, las relaciones, las instituciones, las normas, las concepciones, el trabajo, la participación social, los saberes, los conocimientos, las habilidades, las relaciones afectivas, las cualidades, los bienes, los territorios, el cuerpo y la subjetividad (es decir sujetas y sujetos) se viven en espacios de poder. (Sayavedra, Gloria 1997)

Las relaciones inter e intra géneros se ven condicionadas de acuerdo con el rol asignado y asumido por cada persona, lo cual hace notoria la distinta forma en que mujeres y hombres se relacionan. Y es en la familia donde estos roles se inician y se reafirman a lo largo de la vida mediante un proceso de institucionalización que rebasa los límites familiares y se extiende a la escuela, la iglesia, los medios de comunicación y a todas las instituciones del Estado, instituciones que históricamente legitiman las relaciones de desigualdad entre los géneros. Favoreciendo de esta forma las conductas patriarcales de dominio y poder de un género sobre otro.

2.2. LA SEXUALIDAD Y EL EJERCICIO ASIMÉTRICO DEL PODER

Ninguna sociedad trata igual a las niñas y a los niños, ni construye modelos femeninos y masculinos de igualdad para su imitación; de ahí que la mayor parte de las diferencias sexuales en el comportamiento son aprendidas, no heredadas. En sociedades androcéntricas o patriarcales se deposita el uso del poder en las figuras masculinas. Las familias institucionalizan este patrón. Se enseña a los hijos hombres a dominar para que actúen en el mundo exterior, con poder y dominio sobre otras (os) y se enseña a las hijas mujeres a aceptarlo.

Los niños han sido recompensados por ser agresivos, competitivos y por orientarse hacia actividades de poder y prestigio. Las niñas han sido recompensadas por ser amables, juiciosas y hogareñas. Los hombres han sido adiestrados para dirigir y mandar; las mujeres lo han sido para obedecer, servir y para obtener lo que se quiere mediante la coquetería y la manipulación. En caso de frustración, se espera de los hombres que peleen y de las mujeres que lloren. A los hombres se les valora según el avance en su carrera, mientras que a las mujeres se las evalúa por sus habilidades domésticas. Así, los hombres se clasifican por sus logros, en tanto que a las mujeres por los logros de los hombres a los cuales se han unido. (Horton 1996)

Todo gira o versa alrededor del uso del poder; "uso" es la palabra clave. Confundimos el hecho de ser poderosos, con la persona que ejerce el poder. "El que es poderoso, es alguien, el que no tiene poder, no es nadie". (Satir, V. 1978). Cuando analizamos un fenómeno social desde la perspectiva del género, resulta imprescindible analizar las formas asimétricas en que mujeres y hombres ejercen el poder.

A partir de una perspectiva de aprendizaje del desarrollo social y del momento histórico en que se vive, comprendemos cómo las personas obtienen instrucciones de su ambiente social; adquieren y reúnen significados, destrezas y valores de las personas que las rodean. Aprenden algunas de las cosas que se esperan de ellas y de ellos, continúan haciéndolo lentamente hasta acumular una creencia acerca de quiénes son y deben ser durante el resto de la infancia, la adolescencia y la edad adulta. La conducta sexual se aprende en la misma forma y mediante similares procesos; se adquiere y se reúne por medio de la interacción humana, juzgada y ejecutada en muchas culturas y en diferente tiempo.

Esto nos permite contemplar la sexualidad, no sólo como una fuerza o un instinto biológico que se nos otorga al nacer sino como algo que cada una (o) de nosotras (os) adquiere a medida que se crece, en forma distinta, a diferente velocidad y con diversos resultados. De ahí que mujeres y hombres deban ejercer su sexualidad con libertad para decidir sobre sus propios cuerpos, el momento, lugar y persona con quién desean compartir su intimidad, sin verse sujetas al dominio de otra u otro, para sentir, comportarse y responder ante la propia sexualidad.

2.3. LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) expresa que la "Salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, que gocen de plena capacidad para reproducirse y de la libertad de decisión, cuándo y cuán a menudo hacerlo. Implícitamente en esta última condición están los derechos del hombre y de la mujer a ser informados, a tener libre elección y acceso de los métodos para regular la fecundidad que sean seguros y de fácil alcance; así como el derecho de acceso a servicios y cuidados de salud apropiados, que permitan a la mujer vivir con seguridad su embarazo y parto, ofreciendo a las parejas la más alta posibilidad de tener un hijo (a) sano (a).

Aunque se trata de un derecho que involucra a toda la población, está profundamente marcado por desigualdades sociales y de género, ya que no se toma en cuenta la autonomía de la mujer respecto a su salud, la cual se ve sometida a normas y costumbres socialmente aceptadas que se ligan a creencias religiosas, conveniencias sociales, conveniencias económicas y conveniencias políticas, que se traducen en prohibiciones, impedimentos, castigos y control de su sexualidad y con ello el control de su reproducción. Por lo que este derecho aunque es reconocido no es respetado.

Se supone que la sexualidad y la reproducción son decisiones privadas, que cada persona hombre y mujer debe elegir en igualdad de circunstancias. Sin embargo, nos damos cuenta que esto no siempre es así. La Norma Oficial Mexicana sobre Planificación Familiar ofrece una variedad de métodos que las instituciones de salud promueven para controlar el crecimiento demográfico del país, pero la gran mayoría de métodos se dirigen a controlar la fecundidad femenina, lo que es claramente discriminatorio, esto favorece una cultura sexista, clasista, y etnicista. Donde "Ser mujer, ser pobre, ser india, ser negra, ser amarilla, convierte a ese ser humano en blanco favorito de las políticas poblacionales" (Espinosa, Gisela 2000)

Martha Lamas (1997) señala que además "toda sociedad genera costumbres y normas, que regulan las prácticas y las relaciones sexuales; idea heterosexista en la que nos han educado a partir de un supuesto orden "natural" donde los valores desechan o niegan otras prácticas, creencias y deseos.

De ahí la necesidad de abordar esta temática con una perspectiva de género, puesto que "incluye los intereses, derechos, necesidades, realidades y puntos de vista de las mujeres y de los hombres en cada aspecto o nivel de una política, actividad, plan o programa". (Alatorre, Edda 2001).

Esto implica la transformación de las relaciones de desigualdad entre los géneros; lo cual favorecería la autodeterminación de las mujeres a decidir sobre su vida sexual, sobre sus cuerpos y sus maternidades; a ser consideradas como humanas con sus propios derechos; que los hombres se responsabilicen de sus actos sexuales, de las tareas familiares y la crianza de las hijas (os); y que no sólo se atienda la reproducción, sino también la sexualidad como parte de la salud de la mujer.

No se trata de derechos individuales, sino de metas colectivas a alcanzar a través de la justicia y la no-discriminación de género, ya que sus principales obstáculos son los estereotipos sexuales y las desigualdades socioeconómicas y políticas.

2.3.1.LA VIOLENCIA DE GÉNERO PARA EXPLICAR LA VIOLACIÓN A LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

Para profundizar en esta problemática deberán considerarse tanto la violencia estructural como la violencia familiar, que en su conjunto forman la violencia de género. Podemos mencionar que "la violencia estructural es aquella que alude a las evidentes desigualdades que en educación, trabajo, procuración de justicia, alimentación, salud, participación política y muchas otras que viven las mujeres de todo el mundo" (Alatorre, Edda. 1997). "La violencia Familiar son los actos de poder u omisión recurrente, intencional y cíclica dirigidos a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, emocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio familiar, que tengan alguna relación de parentesco, o lo hayan tenido por afinidad, civil, matrimonio, concubinato o mantengan una relación de hecho, y que tiene efecto, de causar daño; también incluye abandono y explotación en las relaciones familiares". (NOM 190-SSAI-1999).

A pesar de que en México las mujeres forman parte importante de la población económicamente activa, aún enfrentan obstáculos para alcanzar un pleno desarrollo personal y profesional dentro del hogar, la escuela y el trabajo, pues enfrentan diversos obstáculos como: total responsabilidad del hogar y el cuidado de los hijos; mayor preferencia hacia los hombres para el acceso a la educación; sobrevaloración de ciertas habilidades y conocimientos científicos que la sociedad atribuye a los hombres; excesivas jornadas de trabajo; salarios muy bajos; poca participación en la toma de decisiones, que en su mayoría carecen de impacto. Estas situaciones de desigualdad constituyen formas de violencia estructural.

La violencia hacia las mujeres tiene sus raíces en la figura masculina del poder. Se trata de un patrón cultural de comportamiento que se sostiene en la condición subordinada de la mujer. La violencia incluye además de golpes y abuso sexual: amenazas, coerción, privación arbitraria de la libertad, vigilancia de los movimientos de la compañera y restricción de su acceso a recursos (Jornada 20 de julio 2001).

Estas condiciones de dominio contra la mujer se presentan en cualquier nivel social y económico; sin importar la edad, la raza, la religión o la cultura a la que se pertenezca. Y sucede principalmente en el núcleo familiar.

En México, las mujeres son las más afectadas por la violencia familiar ya que el 75% de las denuncias por violencia familiar en el DF., son hechas por mujeres y sólo el 15% por hombres, en cuanto a delitos sexuales el 86% es contra el sexo femenino, mientras que el 14% es en el sexo masculino (niños). Los generadores de violencia contra las niñas (os) fueron 60% hombres, que en la mayoría de los casos se trata del padre biológico o del padrastro, en circunstancias donde el alcohol, el bajo nivel de escolaridad y una situación económica precaria se convierten en factores de riesgo en los hogares donde se ha detectado la violencia familiar (González Susana La Jornada, 11 de

septiembre 2001), factores que, como ya señalamos, suelen desencadenar la violencia pero no la explican. Cada día se demuestra más que aún en circunstancias sin esos riesgos la violencia no disminuye.

¿Por qué los hombres son violentos?, un elemento importante para explicar la violencia, en particular la masculina es la intolerancia, entendida como el miedo frente a la diferencia. En la historia de la humanidad ¿De dónde nacen las intolerancias?, podemos pensar que surgen de creencias rígidas, así como de costumbres, valores y reglas fundadas en privilegios arbitrarios que se ejercen bajo distintos tipos de discriminación u opresión del más fuerte sobre el más débil (Cervantes Francisco, 1997). Los hombres son violentos por el autoritarismo que nuestra cultura les otorga, la cual los coloca en un lugar privilegiado frente a las mujeres. Manuel Zozaya (1999) señala que entre las razones de la prevalencia de conductas agresivas están el miedo a renunciar a los privilegios y a la descalificación social puesto que "un hombre no violento es visto como incompleto o de plano como no hombre".

Nos damos cuenta que la cultura ejerce un gran peso en la construcción de las conductas agresivas de los hombres, mediante valores y costumbres que se aprenden, se aceptan, se perpetúan, y que varían de cultura a cultura a través del tiempo, pero que mantienen constante la inequidad por razón de género.

El hombre violento e intolerante se asume (consciente e inconscientemente) como patriarca y considera natural el derecho de restringir la vida, incluso los sentimientos de su compañera. A la construcción social del hombre violento corresponde paralelamente la victimación social de las mujeres. La cultura misma que fomenta los actos violentos hacia las mujeres hace que estos sean vistos como parte de la cotidianidad "normal", por lo que rara vez son castigados.

En las reglas sociales de nuestra cultura a los hombres se les limita en actividades como la crianza de hijas (os), en el apoyo emocional y las manifestaciones afectivas hacia su familia. Además, se les estereotipa como fuertes, proveedores, con autoridad en la casa, estables emocionalmente e inteligentes. Cuando un hombre no cumple estos roles, entra en conflicto por "inseguridad personal, conferida por la incapacidad de pasar la prueba de hombría, lo cual hace que se vean envueltos en un torbellino de miedo, ira, aislamiento, auto castigo y agresión... mecanismos compensatorios al estrés que se genera" (Kaufman, Michel. La Jornada 6 de abril 2000). Así ejercen la violencia como una forma de restablecer su rol masculino ante otros hombres y la hacen parte de su personalidad, por miedo a perder el dominio sobre las mujeres y por temor a ser discriminados por los propios hombres. De esta manera experimentan desde pequeños la violencia como parte de sus vidas, a través de observar y aún de sufrir relaciones familiares abusivas.

El término violencia nos remite al concepto de fuerza. La violencia implica el uso de la fuerza y el uso del "poder de dominio" con el que se causa daño. El uso de la fuerza, nos indica el poder de dominar, de intervenir en la vida de otras y otros para castigar, ignorar o restarles derechos y bienes: materiales o simbólicos.

La violencia contra las mujeres es un problema de gran magnitud, que viola sus Derechos Humanos, que afecta su salud integral, ya que las expone a un alto riesgo de padecer traumas físicos y mentales, enfermedades de transmisión sexual, embarazos e hijas (os) no deseados, matrimonios obligados, matrimonio y reproducción a edad temprana, abortos, rezago educativo, rezago social, pobreza, dependencia económica, distribución desigual de los alimentos en el hogar, limitaciones en el desarrollo personal, deficiente acceso a la procuración de justicia, inequidad laboral y profesional, sobrecargas de trabajo, etc.

La Organización Panamericana de Salud (OPS), a través de su programa Mujer, Salud y Desarrollo (PWD) ha mostrado gran interés en apoyar las iniciativas locales contra la violencia de género, reconociendo su magnitud y prevalencia. La OPS ha destacado la importancia de los profesionales del sector salud y ha dirigido de manera particular algunas recomendaciones como:

Profundizar en el conocimiento clínico de las diversas patologías que afectan a las mujeres, ya que suelen desconocerse o restársele importancia a la etiología social al analizar la violencia experimentada en las diferentes etapas del ciclo vital ya que los efectos prolongados predisponen a la víctima a graves riesgos secundarios tales como suicidio, depresión y abuso de sustancias.

Es importante impulsar estudios que analicen la relación de género y de temas sobre maternidad segura, supervivencia infantil, prevención del SIDA y planificación familiar. (Alatorre, Edda. 1997)

Es importante que nosotras como profesionales de la salud, reconozcamos la magnitud de esta problemática y asumamos la responsabilidad de intervenir en situaciones o circunstancias donde se presenten actos violentos, como lo reglamenta la Secretaría de Salud, a través de la Norma Oficial Mexicana 190-SSA 1-1999. La cual señala las responsabilidades que tienen las (os) integrantes del equipo de salud cuando detecten que algún miembro de la familia está siendo víctima de violencia y actúen en consecuencia. De esta manera, combatir la violencia promoviendo la convivencia pacífica y la equidad entre los géneros, son acciones que favorecerán la salud integral y en ese sentido, deberán ser parte fundamental del hacer profesional del personal de Enfermería.

3. LA PARTICIPACIÓN PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

3.1. LA (E) LICENCIADA (O) EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA (E.N.E.O.) DE LA UNAM.

Actualmente se imparte el nuevo plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería, aprobado por el Honorable Consejo Técnico de la E.N.E.O el 3 de mayo del 2000. Para fines de esta investigación nos basaremos en el plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de 1991, puesto que con él fuimos formadas. Le anteceden la revisión a una serie de consideraciones como son: la crisis económica que vivió América Latina en la década de los ochentas, lo cual afectó la capacidad de los gobiernos para ofrecer servicios y satisfactores básicos a los diversos grupos sociales. Es por eso que se creó el Plan Nacional de Desarrollo donde se establece el eje de estrategia económica a largo plazo, de esta manera el avance y éxito de la estrategia económica repercutió en los programas y acciones que incrementaron el bienestar nacional, afectando los niveles de educación, nutrición y servicios públicos indispensables, en suma la salud que es un factor importante para la recuperación económica y social del país.

Todo lo anterior adquiere relevancia, ya que México, entre otros 157 países se comprometió a cumplir las metas regionales formuladas por la Organización Mundial de la Salud para avanzar a la meta de salud para todas y todos en el año 2000 (ENEO-UNAM, Plan de estudios, 1991). Con lo cual el Sistema Nacional de Salud se veía obligado a realizar una serie de modificaciones a los programas y a plantearse nuevos objetivos en los cuales debía predominar un enfoque evidentemente preventivo. Para lograr esto se hacía necesaria la participación de profesionales de la salud dentro del Primer Nivel de Atención que presentaran mayor atención al campo de la Salud Pública.

En este contexto, la ENEO realizó una serie de modificaciones al Plan de Estudios de 1975 con la intención de formar egresados capaces de enfrentar y colaborar en la solución de la problemática de salud vivida en el país, bajo la premisa de una sociedad con individuos sanos. Es decir formar profesionales con conocimientos científicos, teóricos y prácticos para atender las necesidades, y los problemas de salud tanto en el área hospitalaria como en la comunidad teniendo como objetivo la prevención y el cuidado. Sin embargo por nuestra experiencia consideramos que aun faltan por rescatar espacios para poder llevar a cabo los objetivos del Plan de Estudios, siendo necesario despertar el interés del profesional de Enfermería hacia un panorama social basado en los aspectos: biológico, psicológico y social, y de esta forma mejorar la atención y calidad de vida del individuo o población tomando en cuenta que las Teorías Sociales aportan elementos clave del comportamiento humano, que bien pueden ser útiles en el área de la salud para así cumplir ampliamente con las expectativas del Plan de Estudios por lo que consideramos que con estos elementos la participación de la (el) Licenciada (o) en Enfermería y Obstetricia cambiaría su perspectiva actual de atención.

Coincidimos que la Teoría de Género como Teoría Social, puede ser una herramienta importante para la Enfermería ya que se basa en intervenciones, estrategias, programas y acciones orientadas a la comprensión de la vida de la mujer y la del hombre permitiendo analizar las relaciones entre ambos y los procesos históricos y sociales a través de los cuales las diferencias biológicas han sido interpretadas e institucionalizadas como desigualdades sociales, lo que de una u otra forma repercute en la salud individual y colectiva.

3.1.1. LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL ÁREA DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Uno de los principales objetivos de la U.N.A.M., es formar profesionistas capaces de contribuir a la solución de los principales problemas que aquejan a nuestro país mediante su participación activa y a través de una actitud crítica y objetiva. El Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la E.N.E.O. señala que conforme a los principios de docencia derivados de la Ley Orgánica, de la UNAM, "... los egresados de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO se distinguen por un desempeño profesional que contribuye a solucionar los problemas del área de la salud que afectan a las grandes mayorías proponiendo e impulsando las transformaciones que deriven de una sociedad más sana, justa y democrática."(ENEO-UNAM, Plan de Estudios, 1991)

Para que el egresado cumpla adecuadamente con sus responsabilidades profesionales, se señala que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia se caracteriza por su capacidad para: (*)

- "Analizar la evolución histórica y prospectiva de la atención a la salud en México para reconocer los factores que han determinado la práctica real de Enfermería y ubicar su rol profesional posible en el campo de la salud.
- Comprender los factores sociales, económicos, culturales y ecológicos que condicionan el proceso Salud-Enfermedad a fin de analizar la realidad nacional y los problemas prioritarios de salud en relación con el Sector Salud, las políticas y las estrategias de acción en virtud de definir su nivel de participación como integrante del equipo de salud en la práctica institucionalizada y en el ejercicio libre de la profesión.

(*) El subrayado es nuestro.

- Interpretar críticamente los programas de salud a nivel nacional, estatal y municipal para ubicar la participación de Enfermería en el nivel estratégico, táctico y operativo; Su función real y posible en los tres niveles de atención; y su contribución en el fortalecimiento de las acciones de atención primaria.
- Participar multiprofesional e interprofesionalmente, en las acciones que se deriven de los programas prioritarios del Sector Salud, particularmente en lo que concierne a la prevención de las enfermedades, al tratamiento de los padecimientos que tienen una evolución previsible y que pueden resolverse, mediante el manejo de tecnología y metodología simplificada, a la promoción de la salud y al fomento e integración de esfuerzos comunitarios para la solución de problemas que tienen que ver con la salud.
- [...] Diseñar, ejecutar y evaluar programas de educación para la salud, dirigidos a individuos y grupos sociales, mediante estrategias de aprendizaje que modifiquen hábitos y estilos de vida, que incrementan el capital cultural para la conservación de la salud y que propicien la autosuficiencia en su cuidado.
- [...] Aplicar la metodología de la investigación en el ámbito clínico, educativo y comunitario para conocer, explicar y predecir los fenómenos relacionados con el proceso salud enfermedad a fin de proporcionar alternativas de Enfermería tendientes a mejorar la calidad de la atención a la salud.
- [...] Actuar durante el desarrollo de su práctica con estabilidad emocional, sustentada en valores éticos y principios humanísticos."

El Plan de Estudios se encuentra organizado por áreas de conocimiento, cuyo propósito fundamental es integrar y facilitar el aprendizaje de los contenidos. Las áreas que lo integran son: Enfermería y Salud en México, Proceso Salud-Enfermedad en las diferentes Etapas Evolutivas y Proceso Salud-Enfermedad en la Reproducción Humana.(*)

AREA I: Enfermería y Salud en México, contiene las asignaturas de las disciplinas fundamentales las cuales proporcionan los conocimientos básicos del área de la salud en general y de la Enfermería en particular. Tiene como objeto de estudio al hombre y a **la mujer** de manera individual y colectiva en interacción con su ambiente considerando este último como determinante del proceso salud-enfermedad. Esta área abarca los tres primeros semestres.

AREA II: Proceso Salud-Enfermedad en las diferentes Etapas Evolutivas, incluyen las asignaturas que proporcionan los conocimientos, habilidades y destrezas para el desempeño de la práctica profesional. La área tiene como objeto de estudio la intervención de Enfermería en la conservación, fomento y restauración de la salud, considerando las características propias de las diferentes etapas de la vida del ser humano, así como los riesgos a la salud y enfermedades de mayor prevalencia en ellas. Esta área abarca los siguientes tres semestres.

(*) Marcamos con "letras negritas" las letras y/o palabras que a nuestro juicio deben ser consideradas para eliminar omisiones significativas. De manera particular, en el lenguaje. En el plan de estudios de la Lic. en Enfermería y Obstetricia encontramos un lenguaje discriminatorio para el género femenino, ya que hablar de hombre como paradigma de lo humano no se justifica y menos en nuestra profesión conformada tanto por hombres como por mujeres con un porcentaje muy superior de mujeres, como lo indica el boletín N° 9 de la DGP 2000: 93.5 % de profesionales que integran la Enfermería son mujeres, mientras que el 6.5% son hombres.

La categoría Hombre excluye a las mujeres. No puede pretenderse neutralidad puesto que existe la categoría Mujer. El lenguaje y la estructura gramatical de los idiomas lleva a una cuidadosa ocultación de la mujer y a una masculinización de la manera de pensar. Esta "misoginia en el lenguaje" está siendo documentada, señalándose incluso su intencionalidad, consciente e inconsciente, en la reproducción de desigualdades. "El lenguaje y la estructura gramatical es el vehículo principal de la comunicación humana y por ello el medio por el cual se transmiten los hábitos culturales de cada sociedad teniendo gran influencia en la mentalidad y comportamiento de los hablantes" (Urrutia., E. Uno mas uno. 11 de junio de 1978).

objeto de estudio la intervención de Enfermería en la conservación, fomento y restauración de la salud, considerando las características propias de las diferentes etapas de la vida del ser humano, así como los riesgos a la salud y enfermedades de mayor prevalencia en ellas. Esta área abarca los siguientes tres semestres.

AREA III: Proceso Salud-Enfermedad en la Reproducción Humana, se enfoca a la participación de **la (el) licenciada (o)** en los procesos preventivo-terapéuticos de la reproducción humana con un enfoque de riesgo y desde la perspectiva de la atención primaria perinatal. En esta área **la (el) alumna (o)**, tiene la oportunidad de ampliar sus conocimientos científicos, tecnológicos y humanísticos de su interés a través, de los seminarios optativos. Esta área abarca los dos últimos semestres de la carrera.

Para este trabajo, el área III : Proceso Salud-Enfermedad en la Reproducción Humana es de especial interés para nosotras. Si bien es cierto que **la (el) Licenciada (o)** en Enfermería está participando en los procesos preventivo-terapéuticos de la reproducción humana desde una perspectiva de atención primaria a la salud perinatal, consideramos que el enfoque es eminentemente biologicista. Desde la práctica profesional en instituciones privadas y del Estado se presentan demandas constantes, respecto a violaciones a los derechos sexuales y reproductivos, sin que sean abordados como problemas de salud pública, dada la ausencia de políticas sociales integrales destinadas al respeto de la salud reproductiva y educación sexual como derechos humanos. Con esto, la respuesta a esta problemática se limita a la decisión y buena voluntad de los profesionales del área de la salud, los cuales cuentan con escasos recursos de formación teórica para planificar acciones sociales, especialmente, para considerar que la pertenencia a un género social es una categoría determinante en la salud humana.

Como egresadas de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, estamos convencidas de que es necesario favorecer la salud integral, mediante la formación profesional con materias que integren los Derechos Humanos, los Derechos Sexuales, los Derechos Reproductivos, los Derechos de las Mujeres y la Teoría de Género, ya que estos elementos ampliarían la base de conocimientos para proporcionar una mejor atención e información a las usuarias y usuarios, lo que favorecería su estado de salud y bienestar, y lo más importante, actuaríamos realmente con un enfoque holístico y humanista, pues hoy aunque se pretenda teóricamente, en la práctica se está privilegiando una visión: la masculina.

4. EL CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD (CCOAPS) DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO COMO ESPACIO DE INTERVENCIONES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA LA ENFERMERIA PROFESIONAL.

El Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud (CCOAPS) se crea por la necesidad de dar coherencia a la teoría con la práctica comunitaria y para fortalecer el proceso enseñanza-aprendizaje de las (los) futuras (os) Licenciadas (os) en Enfermería y Obstetricia (LEO.) y estudiantes de Postgrado.

En el CCOAPS las (los) estudiantes realizan prácticas comunitarias, ligadas a diferentes áreas del Plan de Estudios: Enfermería en la Atención a la Salud en México; Enfermería del niño; Enfermería del adolescente, adulto y adulto mayor; Enfermería en el proceso reproductivo. Las (os) estudiantes de postgrado; maestría, doctorado y especializaciones de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y de otras Universidades del país y del extranjero realizan prácticas comunitarias en las áreas de Enfermería en salud pública y Enfermería en el adulto mayor.

Este Centro se encuentra localizado en la región sur-oeste del Distrito Federal. Esta ubicado en el poblado de San Luis Tlaxialtemalco. El pueblo de San Luis Tlaxialtemalco es un asentamiento ribereño del antiguo lago de Xochimilco, cuya fundación se remota a la época prehispánica; cuenta con una extensión de 6.5 km² donde se asientan 10,000 habitantes, alrededor de 2,000 familias. El domicilio del CCOAPS es Avenida 5 de Mayo S/N esquina con Calvario. Brinda servicio a la comunidad de lunes a viernes en dos turnos: matutino de 8 AM a 14 PM, y vespertino de 13 PM a 19 PM

La filosofía del CCOAPS se refiere a la vinculación con la sociedad y se enmarca en los postulados expresados en la Declaración de Alma Atta, que señala la "Atención Primaria a la Salud como asistencia sanitaria esencial basada en métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptables al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación".(HINOJOSA, M. A., Pineda, V. A., Manual de líneas Programáticas de Trabajo; CCOAPS-ENEO, 2000)

4.1. COBERTURA

En el CCOAPS se atiende a las familias de San Luis Tlaxialtemalco, no solamente desde el punto de vista de servicios clínicos, sino como un campo de docencia y de investigación para las (os) alumnas (os) que realizan el servicio social. En este sentido, se trata de incidir positivamente en la población, aliviando los posibles daños a la salud, con la finalidad de mejorar aquellos factores condicionantes que propicien los daños.

Como pasantes, durante el periodo de servicio social, nos dimos cuenta que la población cuenta con las siguientes características: que sus costumbres y tradiciones aún son arraigadas, su ocupación laboral se sitúa en el campo, siendo principalmente trabajadores de invernaderos dedicados al cultivo de plantas de ornato; tal actividad no es remunerada de forma satisfactoria para el cumplimiento de todas las necesidades, ya que son familias extensas en su mayoría; esta situación les impide un adecuado desarrollo educativo, la mayoría de las personas cuenta con tan solo la primaria incompleta de acuerdo con lo detectado en la historia clínica que se realiza a las (os) usuarias (os), tanto en la consultoría como en la comunidad y se confirma con lo mencionado en el diagnóstico de salud de la población de San Luis Tlaxialtemalco. (CRUZ, S. C., Esparza, M., Juárez, V. Diagnóstico de Factores de Riesgo para la salud y Déficit de autocuidado de la Comunidad de San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, 1997-1998)

“Esta comunidad cuenta con una población femenina de 52.41% y masculina de 47.59%. El mayor porcentaje se ubica en el grupo de 20 a 24 años de edad, lo que nos indica que la mayor parte de la población se ubica en edades productivas y reproductivas”. (Ibidem)

Las familias de San Luis Tlaxialtemalco se caracterizan por ser extensas, donde se conservan tradiciones, en las cuales la figura masculina sigue siendo la más importante pues representa ser el jefe, el proveedor, el honor, la unidad y el prestigio ante la sociedad. Respecto a las mujeres en su mayoría se dedican al trabajo doméstico, el cuidado de los miembros de la familia, y al comercio irregular. Por ello, sus oportunidades de desarrollo académico y personal son limitados, lo que conlleva a que muchas se casen a edad temprana.

4.2. PROGRAMAS

El CCOAPS ofrece a la comunidad cinco programas básicos: Salud Familiar, Salud Escolar, Salud Laboral, Salud Ambiental y Salud en el Deporte y la Recreación; los cuales son implementados por los (las) estudiantes, pasantes y docentes de enfermería.

Uno de los programas del CCOAPS de mayor importancia para el desarrollo de esta investigación es el de Salud Familiar. Consideramos que: "la familia es una institución histórica y dinámica fundamental para la generación, conservación y reproducción de las relaciones sociales y la unidad doméstica que procura funciones vitales para la reproducción biológica, la preservación de la fuerza de trabajo y la reproducción ideológica de toda formación social". (Alatorre, E. 1999)

En este contexto, la familia, constituye un espacio para analizar los factores sociales y culturales que determinan el proceso salud-enfermedad de sus integrantes, y hacen evidentes los riesgos y daños a la salud, de las y los niños, de las personas ancianas y principalmente de las mujeres.

La línea programática del Programa de Salud Familiar "pretende que las (os) pasantes del CCOAPS trabajen en forma directa con las familias de manera que sus integrantes, mantengan o eleven su salud a nivel que les permita lograr el desarrollo y la adaptación necesaria para obtener su nivel funcional óptimo, generando la búsqueda de sus satisfactores y fomento del autocuidado de su salud". (HINOJOSA, M. A., Et al. Manual de líneas Programáticas de trabajo, CCOAPS-ENEO, 2000)

Dentro de esta línea programática se siguen dos sublíneas de investigación que son: la Salud reproductiva (Lic. Ma. Antonieta Larios) y la Violencia familiar (Mtra. Edda Alatorre) que fueron insertadas al CCOAPS en 1998, con la finalidad de brindar una atención integral y de calidad a las usuarias (os) que acuden al centro. Nos apoyaremos para el tema de investigación en la Violencia Familiar. Siendo que esta abarca en forma especial a las mujeres.

La línea programática del Programa de Salud Familiar "pretende que las (os) pasantes del CCOAPS trabajen en forma directa con las familias de manera que sus integrantes, mantengan o eleven su salud a nivel que les permita lograr el desarrollo y la adaptación necesaria para obtener su nivel funcional óptimo, generando la búsqueda de sus satisfactores y fomento del autocuidado de su salud". (HINOJOSA, M. A., Et al. Manual de líneas Programáticas de trabajo, CCOAPS-ENEO, 2000)

Dentro de esta línea programática se tienen dos proyectos de investigación que fueron incorporados al CCOAPS en 1998, con la finalidad de brindar una mejor atención integral a las usuarias (os) que acuden al centro. Esta investigación constituye a su vez, una etapa de la investigación: "La violencia familiar en San Luis Tlaxiátemalco: un estudio con enfoque de género" a cargo de las Maestras Edda Alatorre Wynter y Addy Gutiérrez Raigoso. Formando parte de los proyectos institucionales de la E.N.E.O. como Centro Colaborador de la O.P.S.

4.3. DEMANDAS DE ATENCIÓN

La atención primaria a la salud tiene su base en los servicios de primer nivel de atención, los cuales se dirigen a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades más comunes. El CCOAPS se caracteriza por la atención a los problemas de salud de bajo riesgo, siendo atendidos por un profesional de Enfermería.

Durante nuestra estancia en el servicio social, proporcionamos tratamiento oportuno a los problemas de salud en la niñez, siendo más frecuentes las enfermedades exantémicas, enfermedades infecciosas y parasitarias; además pusimos en práctica diversas acciones de prevención y de educación para la salud, durante el control de la niña (o) sana (o), inmunizaciones, elaboración de certificados de salud y determinación de grupo y factor Rh sanguíneos. El objetivo de estas acciones fue disminuir daños y evitar complicaciones.

Cabe destacar que, observamos que las mujeres acudían con mayor frecuencia a los servicios con problemas nutricionales, infecciones de vías urinarias, infecciones vaginales y alteraciones en la menstruación. Nuestra participación se enfocó principalmente a la prevención de cáncer cervicouterino y mamario, mediante la exploración periódica; la información sobre métodos de planificación familiar, en especial el DIU (ya que generalmente es el más indicado); la realización de la prueba inmunológica de embarazo; la vigilancia del embarazo; y la orientación sobre el climaterio y la menopausia.

Estas consultas se proporcionaron mediante un trato personalizado, pretendiendo un enfoque holístico y respetando la individualidad de la usuaria. Así mismo, tuvimos la oportunidad de realizar visitas domiciliarias donde interactuamos con la familia, aprovechando el espacio para brindar educación para la salud a través de folletos, trípticos, periódicos murales y rotafolios.

A medida que las mujeres atendidas fueron sintiendo confianza en nosotras, nos platicaron más sobre ellas y sus familias. Sus testimonios nos hicieron pensar que ellas vivían diversas condiciones de maltrato por parte de sus parejas, maltrato que se manifiesta con discriminación, descalificación y abuso. Inquietud que encontró sustento al conocer el trabajo de investigación sobre Violencia de Género y sus repercusiones en la salud a cargo de la Maestra Edda Alatorre Wynter, quién fue guía para estructurar esta investigación que constituye nuestra tesis profesional.

VII. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

La población total encuestada fue de 100 mujeres. Todas viven en la población de San Luis Tlaxiátemalco en áreas asignadas por el CCOAPS como módulos B y D. En cuanto a la edad de las mujeres encontramos que el 39% está entre los 15 a los 25 años de edad, (13% de 15 a 18 años y 26% de 19 a 25); 31% entre 26 y 35 años de edad y el 30% restante entre 36 a 45 años de edad.

Con respecto al nivel académico, el 5% de la población no tiene ningún estudio sin embargo afirmaron saber leer y escribir, el 15% tiene primaria incompleta, el 22% tiene primaria completa; el 6% tiene secundaria incompleta, el 24% tiene secundaria completa; el 9% tiene nivel medio superior incompleto, el 13% tiene nivel medio superior completo y en un mismo porcentaje con un 3% el nivel superior completo e incompleto.

Con respecto a la religión que practican, se encuentra la Católica con 92%, Cristiana 4%. Evangelista 2%, Testigos de Jehová 1% y sin religión 1%.

De acuerdo con su ocupación, el 36 % de las mujeres trabaja de forma remunerada como empleadas o comerciantes, mientras que el 64% no trabajan en forma remunerada, se dedican al hogar o son estudiantes.

Con respecto al número de hijos el 28% no los tiene, el 56% tiene de 1 a 3 hijos y el 16 % de 4 a 10 hijos. El 68 % tiene pareja actualmente y el 32% contestó que no aunque, el 86% de ellas contestó que sí ha tenido pareja y el 14% contestó que no la ha tenido.

Las respuestas dadas a cada enunciado del cuestionario fueron:

El 100% contestó estar de acuerdo en que "todas las mujeres tienen derecho de contar con atención de calidad en los servicios de salud".

El 52% contestó estar de acuerdo en que "los hombres tienen que capacitarse más que las mujeres", el 6% consideró estar indecisa y el 42% estar en desacuerdo.

El 26% está de acuerdo con el planteamiento: "no es necesario que las mujeres estudien una carrera larga pues finalmente se deben casar", el 6% está indecisa y el 68% en desacuerdo.

El 44% contestó estar de acuerdo en que: "las mujeres son las responsables de las labores de la casa y del cuidado de la familia", el 4% consideró estar indecisa y el 52% en desacuerdo.

El 24% está de acuerdo en que: "las empresas tienen derecho a exigir una prueba de embarazo a las mujeres cuando quieren trabajar", el 6% indecisa y el 70% en desacuerdo.

El 98% está en desacuerdo con el enunciado: "los hombres tienen derecho a maltratar a sus esposas o compañeras" y el 2% restante consideró estar indecisa.

El 18% está de acuerdo con que: "las mujeres deben aguantarse para conservar el matrimonio" y el 82% en desacuerdo. Nadie estuvo indecisa.

El 14% contestó estar de acuerdo en que: "las mujeres son responsables de ser violadas cuando se visten provocativamente", el 45% estar indecisa y el 82% en desacuerdo.

El 56% está de acuerdo con que: "es natural que el hombre sea el jefe de la familia", el 6% indecisa y el 38% en desacuerdo.

El 32% contestó estar de acuerdo en que: "la principal razón de vivir en pareja es tener hijos", el 2% indecisa y el 66% en desacuerdo.

El 34% está de acuerdo con que: "el hombre tiene derecho a que su compañera lo satisfaga sexualmente", el 14% indecisa y el 52% en desacuerdo.

El 86% contestó estar de acuerdo que: "la mujer antes de decidir un método de planificación familiar debe comunicarlo a su pareja", el 4% indecisa y el 10% está en desacuerdo.

El 58% está de acuerdo con el enunciado: "los hombres se enojan si su compañera no se embaraza", el 8% indecisa y el 34% en desacuerdo.

El 52% contestó estar de acuerdo en que: "la mujer disfruta de las relaciones sexuales igual que el hombre", el 24% indecisa y el 24% estar en desacuerdo.

El 44% está de acuerdo con el enunciado: "una mujer tiene derecho a ser lesbiana", el 16% indecisa y el 40% estar en desacuerdo.

El 38% contestó estar de acuerdo en que: "una mujer tiene derecho a decidir si aborta", el 8% indecisa y el 54% está en desacuerdo.

VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El mayor porcentaje de las mujeres encuestadas se encuentran entre los 15 a 25 años de edad, con un 39%, lo que representa ser una población joven, con vulnerabilidad relacionada con la edad, con el género, con la escolaridad y con el nivel económico, de acuerdo con nuestros resultados.

El mayor porcentaje 41% señala que tuvo su primer hijo entre los 19 y 25 años de edad. El 56% de las mujeres encuestadas tiene de 1 a 3 hijos, lo que nos hace suponer que iniciaron su vida reproductiva a edades tempranas (17 a 19 años de edad). El embarazo a edades tempranas tiene un elevado riesgo de complicaciones, tanto para la salud de la madre como la de su hijo, entre ellas la preeclamsia, la anemia, el parto prematuro y alteraciones irreversibles como retraso mental o retardo en el desarrollo psicomotor en el recién nacido, además , en casos extremos la muerte materna y/o fetal. A esto se agrega que las relaciones de pareja suelen estar marcadas por profundas desigualdades por efecto de modelos aprendidos, como lo demuestran los elevados índices de violencia sexual marital.

El 48% de las mujeres tienen apenas estudios de primaria; el bajo nivel académico constituye un factor de riesgo, pues expone a las mujeres a diversas discriminaciones y abusos dada su deficiente información y seguridad para defenderse. Además, limita sus posibilidades de insertarse en un trabajo calificado y bien remunerado.

Nos llama la atención el alto porcentaje, 62%, de las mujeres que se dedica al hogar y es mayor el asombro cuando ellas no lo consideran como trabajo ya que lo ven como una actividad que les corresponde "por naturaleza" pues es "lo propio" para las mujeres, lo que coincide con la literatura revisada, en el sentido

de la introyección que se hace de los modelos impuestos y diferenciados para unas y para otros. Así se establecen también los controles que aseguren que las personas se ajustarán a estos modelos. En tal situación, es explicable que las mujeres consideren "suyos" los espacios privados domésticos, donde el trabajo no es remunerado ni reconocido socialmente, ni por ellas mismas. A esto hay que agregar que las mujeres que se dedican al trabajo remunerado también atienden el trabajo doméstico con lo que adquieren doble responsabilidad y carga de trabajo puesto que los hombres difícilmente asumen las responsabilidades paternas en el hogar y en el cuidado de los hijos (as), situación congruente con la educación que recibieron como niños y como niñas.

Es interesante ver que el 56% de las mujeres encuestadas opinó estar de acuerdo en que "es natural que el hombre sea el jefe de la familia", y si esto lo relacionamos con que el 44% de las mujeres opinaron estar de acuerdo en que son ellas las responsables de las labores de la casa y el cuidado de la familia es de suponerse que el sistema patriarcal y los estereotipos de género aprendidos se siguen reproduciendo y son transmitidos por medio de diversas instituciones, entre ellas la familia.

Aunque los Derechos Humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener control sobre su sexualidad y a decidir libremente respecto de su vida reproductiva sin verse sujetas a coerción, discriminación, ni violencia, consideramos que por ser San Luis Tlaxialtemalco una comunidad católica con creencias y tradiciones muy arraigadas, el machismo está presente en las relaciones de pareja y no es de extrañarnos que el 58% de las mujeres opinaron estar de acuerdo en que "los hombres se enojan si su compañera no se embaraza", lo que contribuye a que el hombre, como habitualmente ha sido, ejerza el poder de decidir sobre las cuestiones reproductivas y sexuales de las mujeres decidiendo el número y el espaciamiento de hijas (os), la frecuencia y características de las relaciones sexuales y la utilización o no de métodos de planificación familiar.

Por otro lado las mujeres han aprendido que los hombres tienen más necesidades sexuales y que es un "deber matrimonial y femenino" atenderlos. No es extraño que el 48% de las mujeres encuestadas está de acuerdo con que el hombre tiene derecho a que su compañera lo satisfaga sexualmente. Algunas investigaciones señalan que, el no complacer a la pareja sexualmente, puede conducir a situaciones de violencia incluso de violación conyugal. Para algunas mujeres el complacer a la pareja cuando no lo desean las lleva a tener sentimientos de depresión, enojo y angustia. Evidentemente, estamos ante una violación a sus derechos sexuales, que implica el no gozar de una vida sexual satisfactoria y libre de riesgos, así como la libertad de decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia tener relaciones sexuales.

Con respecto al enunciado: "La mujer antes de decidir un método de planificación familiar debe comunicárselo a su pareja", el 68% contestó estar de acuerdo. Esto plantea que ellas no deciden libremente el método de planificación familiar que quieren usar, es la pareja la que finalmente decide por ellas, problema que se traduce también en el incremento del número de hijos o bien en embarazos e hijos no deseados. Estas conductas son resultado de modelos patriarcales que colocan a las mujeres en situaciones de desventaja en relación a tomar sus decisiones. Si bien es cierto que el hombre y la mujer tienen el derecho de obtener información sobre planificación familiar, a tener acceso a métodos seguros, eficaces y aceptables, y a disfrutar servicios de salud adecuados, es la mujer quién debe decidir sobre su cuerpo y ser libre de usar el método de planificación familiar una vez que ha sido debidamente informada sobre sus ventajas y desventajas.

Como vimos, la mayoría de las mujeres aprenden que es un deber tener relaciones sexuales cuando su pareja así lo desea, pues una "buena mujer" es un ser que debe servir a su esposo. Desde niñas, a través de diferentes mensajes,

aprenden también que la sexualidad es "algo malo" , "sucio" y "moralmente reprobable" sobre todo en las mujeres, ya que los hombres es disculpable dado su "natural temperamento" por lo que ellos deben satisfacer sus necesidades biológicas". Sin embargo, nos llama la atención que el 52% de las mujeres encuestadas opinan que "la mujer disfruta de las relaciones sexuales igual que los hombres". No sabemos si esta respuesta alude a una situación deseable o si, a pesar de vivir relaciones sexuales no satisfactorias, saben que el placer o el displacer sexual se ubican en el contexto afectivo y/o del "deber ser" con la pareja y no en una condición excluyente por razón de género.

Sobre el enunciado "la mujer tiene derecho a decidir si aborta, el 54% está en desacuerdo. El aborto dentro de la sociedad mexicana es una decisión influida por normas religiosas y morales principalmente, y si esto lo comparamos con el porcentaje obtenido en cuanto a la religión que practican, recordamos que el 92% son católicas. La religión es una institución que moldea la forma de percibirse como mujeres u hombres y regula las formas de pensar y de actuar a través de creencias y prácticas que transmiten comportamientos y valores que refuerzan el sistema patriarcal. Entonces, si los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva y a decidir libremente respecto de estas cuestiones sin verse sujeta a coerción, discriminación ni a violencia, es evidente que estos derechos tampoco son ejercidos por ellas.

IX. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

San Luis Tlaxialtemalco se considera una zona semiurbana, donde el mayor porcentaje de la población son mujeres que en su mayoría se dedican al cultivo y comercio de vegetales y flores y al trabajo doméstico, lo que las obliga a pasar la mayor parte del tiempo en sus hogares y por ende a estar más pendiente del cuidado de los hijos, la pareja u otros familiares a su cargo, situación que es vista como normal por ellas y por la sociedad. Esto se relaciona con los modelos familiares diferenciados aprendidos, que asignan los espacios domésticos a las mujeres, así como la responsabilidad del cuidado de la familia y la restricción de ampliar sus espacios fuera del ámbito privado. Diversos estudios fundamentan cómo, la asignación de espacios y de tareas han sido un obstáculo para el disfrute pleno de sus derechos lo que ha propiciado una situación de subordinación de la mujer ante el hombre, aceptando lo que el padre o la pareja decide sobre ellas. Esto, constituye diversas formas de poder que el hombre ha aprendido y que incluye el control mediante la violencia. Cualquier forma de abuso y violencia repercute en la salud de las mujeres, en especial la salud sexual y reproductiva, y se manifiesta en la falta del poder de decisión sobre su sexualidad y maternidad; sobre cuándo, cómo y con qué frecuencia tener relaciones sexuales satisfactorias, en qué momento embarazarse; decidir el número de hijos (as) y su espaciamento, así como tener acceso a métodos de planificación familiar.

La violencia tiene consecuencias a corto y a largo plazo para la mujer como son: daños físicos, emocionales y psicológicos, además de la violación de Derechos Humanos fundamentales: su libertad, su dignidad, su salud, su supervivencia y su independencia.

Nuestra investigación, por atender un problema social, pretende ser integral y humanista, además de ser novedosa e innovadora para nuestra profesión, ya que en Enfermería comúnmente no se realizan este tipo de investigaciones con enfoque de género.

Para nosotras resultó difícil integrar esta teoría a nuestro fenómeno de estudio pero fue muy significativo y valioso.

Por medio de los cuestionarios que aplicamos a las mujeres pretendimos identificar si los estereotipos de género estaban relacionados con la violencia y si podíamos documentar su repercusión en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Al principio de la aplicación de los cuestionarios, algunas mujeres se rehusaban a participar poniendo como excusa la falta de tiempo, pero al explicarles que el tema se relacionaba con la violencia hacia las mujeres de inmediato observábamos un cambio de actitud, mostrándose interesadas en responder a las preguntas, consideramos que podemos explicar este cambio porque sintieron confianza al ser una mujer la que les realizaba la entrevista ya que por el hecho de ser mujeres nos identificamos con este tipo de temas y sabemos que cada una de nosotras en algún momento de nuestra vida hemos experimentado algún tipo de violencia.

De esta forma, el interés mutuo fue en aumento conforme realizábamos las preguntas; sobre todo cuando algunas de las mujeres encuestadas nos comentaban sus experiencias de maltrato emocional, físico y de desigualdad principalmente laboral. En su opinión, consideraban que estas situaciones desiguales deben cambiar para beneficio principalmente de sus hijas comentando que éstas deben prepararse para "defenderse en la vida" no tanto para ser independientes, sino para aprovechar sus estudios y trabajar, por si alguna vez "las deja el esposo".

Para nosotras, fue gratificante saber que algunas de ellas se interesaron por conocer los resultados finales por lo que se les informó que en el CCOAPS podrían consultar los resultados de la investigación cuando estuviera concluida.

Cabe señalar que al iniciar la etapa de recolección de datos, las preguntas del cuestionario fueron organizadas en 5 opciones, tipo escala de Likert, la cual mide actitudes. Fue aplicado de forma indirecta debido a que las mujeres en su mayoría se encontraban realizando actividades domésticas y para ellas fue mejor que nosotras les leyéramos el enunciado con sus cinco opciones de respuesta y marcáramos la opción que consideraba más apropiada de acuerdo a su forma de pensar. Cabe señalar que con las primeras 10 entrevistas, nos percatamos que las 5 opciones de respuesta que maneja la escala de Likert resultaron poco claras para las mujeres entrevistadas ya que no diferenciaban entre las opciones de "completamente de acuerdo" y "de acuerdo" o bien "completamente en desacuerdo" y "desacuerdo". Decidimos, plantearles solamente 3 opciones "de acuerdo", "indecisa" y "en desacuerdo". Esto nos facilitó la recolección, descripción e interpretación de los resultados.

Actualmente, en la ENEO aun no existen investigaciones tan profundas sobre las condiciones que afectan la salud de las mujeres, desde un enfoque de género, por lo que esperamos que este trabajo sirva para dar pauta a nuevas investigaciones, tanto en nuestra escuela como en el CCOAPS y así aportar nuevos conocimientos a la profesión y sobre todo para que la formación profesional en Enfermería y Obstetricia se oriente a proporcionar atención y cuidados realmente integrales y humanistas.

Creemos necesario que en el CCOAPS, se brinde información sobre Derechos Humanos y Violencia de Género a los pasantes de la licenciatura, con la finalidad de profundizar en esta problemática y llevar a cabo intervenciones de prevención a la misma.

Este esfuerzo sería por demás provechoso, si se implementara una clínica de atención integral a la mujer que vive situaciones de violencia, con el fin de orientarla, asesorarla y apoyarla ya que esta violencia afecta su salud y por ende se violan sus derechos sexuales y reproductivos.

Un apoyo fundamental sería la creación de un directorio de prevención a la violencia, que contenga direcciones y teléfonos de Centros o Instituciones dedicados a la atención de mujeres maltratadas.

Finalmente, aunque las propuestas de atención se orientan a las mujeres dado que constituyeron nuestra población de estudio – **afirmamos que cualquier intervención debe incluir a la familia pues es en ella donde se establecen las relaciones de violencia, o por el contrario, las relaciones democráticas y tolerantes que favorecen el desarrollo respetuoso de cada uno (a) de sus integrantes -.**

- Balcazar Franco, Sandra. "Proponen reformar la ley sobre violencia intrafamiliar". En: El Universal 2001.
- Ballinas, Víctor. "Ante el tráfico de menores en Jalisco, la CNDH estatal pidió suspender procesos de adopción". En: La Jornada 26 septiembre 2001.
- Ballinas, Víctor. "Los Gobiernos de transición deben aclarar crímenes del pasado: ONU". En: La Jornada 2001.
- Bermúdez Valdivia, Violeta. "¿Qué son los derechos sexuales?". En: La Jornada 01 febrero 2001.
- Bolaños, Angel. "Maltrato emocional, el que más secuelas deja a la víctima". En: La Jornada 02 agosto 2001.
- Botello, Estela. "Niegan que la mujer sea siempre víctima". En: Reforma 12 octubre 2001.
- Bosch Fiol, Esperanza. Ferrer P., Victoria A. "La Violencia de género: De cuestión privada a problema social". En: Revista de igualdad y calidad de vida. Vol.9, N° 1 2001.
[http://www.Nodo50.org/mujeres/red/violencia de género: De cuestión privada a problema social](http://www.Nodo50.org/mujeres/red/violencia%20de%20g%C3%A9nero%20de%20cuesti%C3%B3n%20privada%20a%20problema%20social) 28/octubre 2001.
- Campaña de las Naciones Unidas por los Derechos Humanos de las Mujeres. "Salud: los riesgos de la violencia de género".
[http:// www.CNDH. Gob. mx](http://www.CNDH.Gob.mx).
- Chavarría, Mónica. Salvar la vida de las mujeres, consigna del FNUAP. México 10 julio 2000.
<http://www.cimac.org.mx/noticias/00jul/00071006.html>.
- Cardoso, Laura. "Apoyan centros integrales de atención a la mujer lesbianas". En: El Universal 16 junio 2001.
- Cardoso, Laura. "Ser padre, construcción social". En: El Universal 17 junio 2001.

- Cervantes, Alejandro. "De mujeres, médicos y burócratas: políticas de población y de Derechos Humanos en México". En: Carcaga P., Gloria (com.). Ética y salud reproductiva. Edit. Porrúa, México 1996.
- Cervantes, Francisco. "Un nuevo concepto de masculinidad". En: Fuentes, M. et. al. Ámbitos de Familia. UNICEF-COLMEX., México 1997.
- Comisión de Derechos Humanos. Integración de los Derechos de la Mujer y la Perspectiva de Género: La Violencia contra la Mujer. CND 1997.
<http://www.Unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/TestFrame/...>
- Conway J., Bourque. "El concepto de género". En: Lamas, M. (com.). El género: La construcción de la diferencia sexual, Coordinación de Humanidades. PUEG. Edit. Porrúa, México 1996. pp. 21-33.
- Cruz S., C. Esparza M. Juárez V. Diagnóstico de Factores de Riesgo y Déficit de autocuidado de la Comunidad de San Luis Tlaxialtemalco. Xochimilco 1997-1998.
- Cruz, Angeles. "En marcha, Programa de Salud Reproductiva".
<http://www.LaJornada.UNAM.mx/2001/nov01/011101/026n1.pol.html>.
- Cuchiari, Salvatore. "La revolución de género y la transición de la horda bisexual a la banda patrilocal: los orígenes de la Jerarquía de género". En: Lamas, M. (com.). El género: La construcción de la diferencia sexual, Coordinación de Humanidades. PUEG. Edit. Porrúa, México 1996. pp. 81-264.
- Declaración de los Derechos Humanos desde perspectiva de género: Documento N° E/CN.4/1998/NGO/3 Comisión de Derechos Humanos ONU.
- Declaración de México para una Maternidad sin riesgos. Conferencia sobre Maternidad sin riesgos en México 11 febrero 1993.
- De Oliveira, O. García, B. "Jefas de Hogar y Violencia domestica". Revista Interamericana de Sociología. Vol. III México 2000.
- Derechos Reproductivos. <http://www.ispm.org.ar/documentos/doc002.htm>.

- o El Hogar, centro de violaciones a nuestros Derechos Humanos
http://www.ecuanex.apc.org/alai/16_dias/1997/México I.html.
- o ENEO UNAM. Plan de Estudios de la carrera de Enfermería y Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Edit. ENEO 1991.
- o Esfuerzos encaminados a erradicar la violencia contra la mujer en la familia y en la sociedad. Naciones Unidas. Consejo Económico y Social, Viena 1988.
- o Espinosa Damián, Gisela. "Políticas demográficas. La expropiación del cuerpo femenino". En: La Jornada 05 octubre 2000.
[http://www.La Jornada. UNAM. mx /2000](http://www.LaJornada.UNAM.mx/2000) (suplementos /letra S).
- o Facio, Alda. De qué igualdad se trata. Parte final de una ponencia presentada en varios foros en 1995. San José, Mimeo.
- o Facio, Alda. "El principio de igualdad ante la ley". En: III Curso Internacional: Mujer y Derechos Humanos. Lima, Perú 1997.
- o Figueroa Perea, Juan Guillermo (com). La Condición de la Mujer en el espacio de la Salud. Edit. Col. de México., México 1998. pp. 331.
- o Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP). Estado de Población Mundial 2000.
- o Gagnon, John. Sexualidad y Cultura. Edit. Pax. México., México 1980. pp. 308.
- o Garantizando los Derechos Reproductivos de los Adolescentes.
http://www.crlp.org/pub_sp_adolesc.html
- o García, Beatriz. "Crecen embarazos de púberes en Iztacalco". En: El Universal 25 febrero 2001.
- o Gómez Mena, Carolina. "Mujeres participación laboral al alza". En: La Jornada 18 de septiembre 2001.

- Gómez Mena, Carolina. "Uno o más miembros de 66% de hogares urbanos reciben algún tipo de violencia, casi siempre Paterna". En: La jornada 11 octubre 2001.
- González, Cecilia. "Aspiran mujeres a la mitad de puestos Públicos del país". En: Reforma 10 agosto 2001.
- González, Susana. "Aumentan las denuncias por violencia familiar". En: La Jornada 11 septiembre 2001.
- González, Cecilia. "Critican penas contra el aborto". En: Reforma 11 julio 2001.
- Gutiérrez Raigosa, Addy. "Una propuesta para la atención primaria a la salud de las niñas". En: Galeana, P. (com.). Los Derechos de las Niñas. Federación Mexicana de Universitarias, México 1995. pp. 301-305.
- Halmiton, Roberta. La liberación de la mujer. Patriarcado y paternalismo. Ediciones Península, México 1980.
- Heise, Lori. Pitanguy, Jacqueline. German, Adriana. Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud, OPS. OMS. 1994.
- Hernández Sampieri, Roberto. et. al. Metodología de la Investigación. 2ª.ed. Edit. Interamericana McGraw-Hill., México 1999. pp. 501.
- Herrera, Jorge. "A debate nacional, el aborto, exigen". En: El Universal 10 junio 2001.)
- Herrera, Cristina. Rojas, Lía. "Memorias del Seminario de Sexualidad y género". En: Revista Reflexiones Año. 2, N°9 septiembre 1999. El Colegio de México pp. 2-8 y 56-70.
- Hierro, Graciela. "Los Derechos Humanos de las Mujeres". En: Revista Mexicana de Justicia. Procuraduría General de la República. México 1998. pp. 13-20.

- Hierro, Graciela. Los Derechos Humanos de la Mujer ética sexual y género. PEMEX Dirección Corporativa de Administración. Unidad de servicios sociales y culturales, México 1998.
- Hinojosa M. A. Pineda V., A. Manual de Líneas Programáticas de trabajo. CCOAPS-ENEO 2000.
- Horton, Paul. Sociología, 6ª .ed. Edit. MacGraw-Hill., México 1996. pp. 606
- INEGI, Proyecto para la Generación de Estadísticas sobre violencia. Encuesta sobre violencia intrafamiliar 2001.
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH). Lineamientos para la integración de la perspectiva de género en los organismos de la Federación Iberoamericana de Ombudsmán. Lima, Perú, septiembre 1998.
- Jiménez, Javier. "Rechaza iglesia aborto y la eutanasia". En: El Universal 20 julio 2001.
- Jordán, Miriam. "En Bracilia cesárea es cuestión de moda". En: Reforma 15 junio 2001.
- Kaufman, Michelle. Masculinidad dominante, Armadura que paraliza. <http://www.Jornada.UNAM.Mx/2000/abr00/000406/Is-Kaufman.html> abril 06 abril 2001.
- Lagarde, Marcela. "Autoestima y género". En: Claves feministas para la autoestima de las mujeres. Cuadernos inacabados 39 Edit. Horas y Horas, España 2000. pp. 17-42.
- Lamas, Marha. "Valores sexuales: una perspectiva libertaria". En: La Jornada 07 de agosto 1997.
- Los Derechos a la Salud y Reproductivos a nivel Internacional. <http://www.laneta.apc.org/generovenus/genven3.htm>.

- Lubertino, María José. Los Derechos Reproductivos en la Argentina. <http://www.ispm.org.ar/documentos/doc002.htm>. 29/05/01
- Macklin, Ruth. "Ética y reproducción Humana: perspectivas internacionales". En: Careaga P., Gloria (com.). Ética y salud reproductiva. Edit. Porrúa, México 1996.
- May Correa, Justo. "Piden mayor rigor contra la discriminación hacia la mujer". En: El Universal 08 junio 2001.
- Martín, Diego. "Interrogan sobre su vida sexual a empleadas del Instituto de la mujer". En: Reforma 13 julio 2001.
- Méndez Ramírez, Ignacio. et. al. El Protocolo de Investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis. Edit. Trillas, México 1984. pp. 210.
- Mira, Emilio. Psicología Evolutiva del niño y del adolescente. Edit. Librería el Ateneo., Argentina, Buenos Aires 1988. pp. 252.
- Montañó, Sonia. "Los Derechos Reproductivos de la Mujer". En: Arízpe V. et. al. Estudios básicos de Derechos Humanos. Tomo IV. IIDH. CUE. 1997 pp. 165-185.
- Montecino, Sonia. De la Mujer al Género: Implicaciones Académicas y Teóricas. Excerpta N°2 abril 1996
- Murga, Rosario. Individuo y Sexualidad. Edit. Regina de los Ángeles S. A. Vol. 3, México 1982. pp. 302.
- Muriedas P., Isphording A. Manual para el ejercicio de los Derechos Reproductivos en México. Leyes, análisis y propuestas. SIPAM, México 1996.
- Namakforoosh Naghi, Mohammad. Metodología de la investigación. 2ª .ed. Edit. Limusa, México 2000.

- Navarró Benítez, Raúl. "Mujeres al borde de un ataque de nervios". En: Milenio mayo 2001.
- Norma Oficial Mexicana. 190-SSA 1-1999. Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención Médica de la violencia familiar.
- Norma Oficial Mexicana de Los Servicios de Planificación Familiar. Secretaría de Salud mayo 1994.
- Núñez, Zulma. Derechos reproductivos: Legislación y realidad social. <http://www.Fsoc.uba.ar/extensión/graduados/cursos> 29/05/01
- Olayo, Ricardo. "Pretende el PAN contrarreforma al código penal sobre delitos sexuales". En: La Jornada 21 agosto 2001.
- Olvera, Leticia. "En crisis el modelo hegemónico de masculinidad en México". En: Gaceta UNAM 21 julio 2001.
- Ortner B., Whitehead. "Indagaciones acerca de los significados sexuales". En: Lamas, M. El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. Coordinación de Humanidades. PUEG, UNAM. Edit. Porrúa, México 1996. pp. 21-33.
- Otero, Silvia. "Atiende CAVI 10 mil casos de violencia intrafamiliar". En: El Universal 13 agosto 2001.
- Programa Estatal contra la Violencia Familiar, Puebla 2000-2005.
- Ramírez R, Juan Carlos. <http://www.Género/Investigaciones> 24/septiembre/2001.
- Rangel de la Vega, Alma. "Embarazo en las adolescentes". En: Galeana, P. (com.). Los Derechos de las Niñas. Federación Mexicana de Universitarias, México 1995 .pp. 289-293.

- Rivas Ziuy, Marta. et. al. "La construcción de la noción de derechos reproductivos entre mujeres mexicanas: el caso del Distrito Federal. En: Revista Reflexiones. Año 2, N°10, Colegio de México, septiembre 1999. pp. 10-46.
- Roccati, Mireille. "Presentación". En: Tapia Hernández Silverio (com.). Principales Declaraciones y Tratados Internacionales de Derechos Humanos ratificados por México. Comisión Nacional de Derechos Humanos, México 1999. pp. 11-15.
- Rodríguez, Gabriela. "Violencia de género". En La Jornada, 20 junio 2001.
- Rodríguez, Gabriela. "Miradas sobre el aborto". En La Jornada, 02 agosto 2001.
- Romero Campos, Mónica. "Xochimilco enfrenta la violencia Familiar". En: Compiladoras: Mujeres de Xochimilco. Gobierno del D. F. Marzo 2000 Delegación Xochimilco, pp.125-127.
- Saavedra E., Alba Ines. "Mujer y Participación Social". En: El Universal 18 julio 2001.
- Sadik, Nafis. Vivir Juntos en Mundos separados. Hombres y mujeres en tiempos de cambio. Fondo de Población de las Naciones Unidas 2000.
- Salanueva Camargo, Pascual. "Emoción violenta. Delito Justificado". En: El Universal 16 julio 2001.
- Satir, Virginia. Relaciones Humanas en el núcleo familiar. Edit. Pax. México, México 1978.
- Sayavedra H., Gloria. "El ejercicio del poder". En: Ser mujer: ¿Un riesgo para la salud?. Edit. Red Mujeres A.C., México 1997. pp. 95-137.
- Saucedo Gonzáles, Irma. "Violencia doméstica: conceptualización y datos que existen en México. En: Revista Perinatología y Reproducción Humana, Vol. 10, N°2, México abril-junio 1996.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

- Sentís, Yolanda. Declaración de México para una maternidad sin riesgos. Conferencia para una maternidad sin riesgos, México 1993.
- Scavone, Lucía (com.). Género y salud reproductiva en América Latina. Edit. LUR, Costa Rica 1999. pp. 19- 116.
- Secretaría de Gobernación. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 1999.
- Stern, Claudio. "Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente". En: Revista Reflexiones. Año. 2, N°13. Colegio de México, septiembre 1999.
- Tapia H., S. Principales declaraciones y tratados Internacionales de Derechos Humanos ratificados por México. Comisión Nacional de Derechos Humanos, México 1999. pp. 311-324.
- Tuirán, Rodolfo. "La salud de las mujeres: controversia y construcción del consenso en la Conferencia de Beijing". En: Revista mexicana de Política Exterior. N°48, México. Instituto Matías Romero de Estudios Diplomáticos. 1995.
- Universidad Nacional Autónoma de México. Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, México 1998.
- Urrutia, Elena. "Porqué son tan caros los anticonceptivos en México". En: La Jornada 2001.
- Urrutia, Elena. "Lenguaje, vehículo de discriminación social". En: Uno mas Uno 11 de junio 1978.
- Urrutia, Elena. "Lenguaje y Discriminación" . En: Uno mas Uno 08 de junio 1978.
- Urrutia, Alonso. "Apoyaría Instituto de las mujeres debate público sobre el aborto". En: La Jornada 14 junio 2001.

- Vasak, Karel. Las dimensiones internacionales de los Derechos Humanos. Vol. I, II, III. Edit. Serbal-UNESCO, España 1948.
- Vega, Ana M. Los derechos reproductivos y sus interpretaciones: Una causa que se promueve en la ONU.
<http://www.vidahumana.org/vidafam/onu/derechos-rep.html> 29/05/01.
- Wilson Shaef, Anne. La mujer en un mundo masculino. Edit. Pax. México, México 1987. pp. 203.
- Yanuzova, Maria. "Los Derechos Humanos y la violencia contra la mujer en la familia". En: La violencia y los Derechos humanos de la mujer. Bogotá, Colombia, Profamilia.
- Zozaya, Manuel. Violencia domestica: problema de salud pública y Derechos Humanos.
<http://www.la Jornada /suplementos/letra S.>
- Zurutuza, Cristina. "Mujeres y Derechos Reproductivos: reflexión y lucha para una nueva sociedad". Del: Seminario regional Los Derechos Humanos de las Mujeres en las Conferencias Mundiales. Cambios, consensos y después ... CLADEM Lima, Perú 1997.

A N E X O S

ACCC 1

Caso No. _____

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD - ENEO.
SAN LUIS TLAXIALTEMALCO

El propósito de este cuestionario es conocer su opinión acerca de varios temas. Esto nos servirá para investigar sobre algunos asuntos que pueden estar afectando su salud, a fin de que podamos atenderla mejor en el Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud. La información será estrictamente confidencial, únicamente la utilizaremos para los fines de esta investigación.

Por favor conteste lo siguiente:

¿Qué edad tiene? _____ ¿ Hasta qué año estudió? _____

¿ Qué religión tiene? _____

¿ Trabaja usted? Si _____ En qué _____ No _____

¿ Cuántos hijos tiene? _____

¿ A qué edad tuvo su primer hijo? _____

¿ Actualmente tiene pareja? Si _____ No _____

¿ Ha tenido pareja? Si _____ No _____

Por favor lea los siguientes temas y marque sólo la opción que usted considere más apropiada a su forma de pensar (marque una sólo).

1.- Todas las mujeres tienen derecho de contar con atención de calidad en los servicios de salud.

Estoy de acuerdo _____

Estoy indecisa _____

Estoy en desacuerdo _____

2.- Los hombres tienen que capacitarse más que las mujeres.

Estoy de acuerdo _____
Estoy indecisa _____
Estoy en desacuerdo _____

3.- No es necesario que las mujeres estudien una carrera larga, pues finalmente se deben casar .

Estoy de acuerdo _____
Estoy indecisa _____
Estoy en desacuerdo _____

4.- La mujer es la responsable de las labores de la casa y del cuidado de la familia.

Estoy de acuerdo _____
Estoy indecisa _____
Estoy en desacuerdo _____

5.- Las empresas tienen derecho de exigir una prueba de embarazo a las mujeres cuando quieren trabajar.

Estoy de acuerdo _____
Estoy indecisa _____
Estoy en desacuerdo _____

6.- Los hombres tienen derecho a maltratar a sus esposas o compañeras.

Estoy de acuerdo _____
Estoy indecisa _____
Estoy en desacuerdo _____

7.- Las mujeres deben aguantarse para conservar el matrimonio.

Estoy de acuerdo _____
Estoy indecisa _____
Estoy en desacuerdo _____

8.- Las mujeres son responsables de ser violadas cuando se visten provocativamente.

Estoy de acuerdo _____
Estoy indecisa _____
Estoy en desacuerdo _____

9.- Es natural que el hombre sea el jefe de la familia

Estoy de acuerdo _____
Estoy indecisa _____
Estoy en desacuerdo _____

10.- La principal razón de vivir en pareja es tener hijos.

Estoy de acuerdo _____
Estoy indecisa _____
Estoy en desacuerdo _____

11.- El hombre tiene derecho a que su compañera lo satisfaga sexualmente

Estoy de acuerdo _____
Estoy indecisa _____
Estoy en desacuerdo _____

12.- La mujer antes de decidir un método de planificación familiar debe comunicarlo a su pareja.

Estoy de acuerdo _____
Estoy indecisa _____
Estoy en desacuerdo _____

13.- Los hombres se enojan si su compañera no se embaraza.

Estoy de acuerdo _____
Estoy indecisa _____
Estoy en desacuerdo _____

14.- La mujer disfruta de las relaciones sexuales igual que el hombre.

Estoy de acuerdo _____
Estoy indecisa _____
Estoy en desacuerdo _____

15.- Una mujer tiene derecho de ser lesbiana.

Estoy de acuerdo _____
Estoy indecisa _____
Estoy en desacuerdo _____

16.- La mujer tiene derecho a decidir si aborta

Estoy de acuerdo _____
Estoy indecisa _____
Estoy en desacuerdo _____

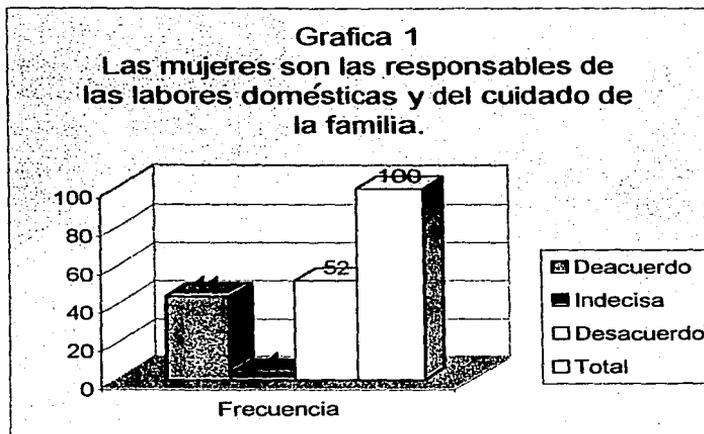
Gracias por su colaboración

CUADRO 1

Las mujeres son las responsables de las labores domésticas y del cuidado de la familia.

Opciones	Fo	%
De acuerdo	44	44%
Indecisa	4	4%
Desacuerdo	52	52%
Total	100	100%

Fuente: Datos obtenidos a través de encuestas aplicadas a la población femenina de San Luis Tlaxialtemalco de los módulos B y D, del CCOAPS - ENEO, Diciembre, 2001.



Fuente: Cuadro No. 1

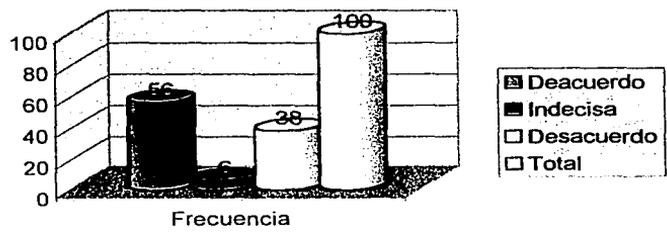
Nota: Todas las descripciones de cuadros y gráficas quedan concentradas en el capítulo sobre análisis de resultados.

CUADRO 2
Es natural que el hombre sea el jefe de familia

Opciones	Fo	%
De acuerdo	56	56%
Indecisa	6	6%
Desacuerdo	38	38%
Total	100	100%

Fuente: Cuadro 1

Grafica 2
Es natural que el hombre sea el jefe de familia



Fuente: Cuadro No. 2

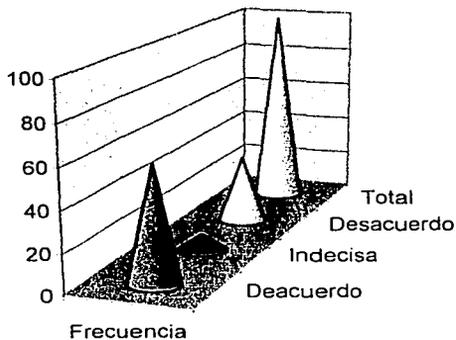
CUADRO 3

Los hombres se enojan si su compañera no se embaraza

Opciones	Fo	%
De acuerdo	58	58%
Indecisa	8	8%
Desacuerdo	34	34%
Total	100	100%

Fuente: Cuadro 1

Grafica No. 3
Los hombres se enojan si su
compañera no se embaraza



De acuerdo Indecisa Desacuerdo Total

Fuente: Cuadro No. 3