



Universidad **N**acional **A**utónoma de **M**éxico

Tesis para obtener el grado de Lic. En Relaciones Internacionales:

# Instrumentos internacionales de derechos humanos en materia de salud mental de las mujeres

Presentada por: Heidi Jessica Quiñones Juárez

Asesora: Teresa Ordorika Sacristán



Facultad de **C**iencias **P**olíticas y **S**ociales

.....  
*octubre 2011*  
.....



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.



*Para los seres que hacen que mi vida adquiriera un rotundo  
sentido y que me permiten experimentar la felicidad, el amor y  
la amistad, al hacer que desaparezca cualquier sentimiento de  
soledad o de aislamiento:*

*A mi hermosa y extraordinaria madre*

*A mi padre por ser tan cariñoso y gran amigo*

*A mi hermana por compartir memorias y el mayor vinculo de amor*

*A Chad por su fidelidad y cariño*

*Les agradezco todos los afectos y complicidades.*

*Los amo.*

*Mi gratitud infinita a Tere por compartir la esencia de su sabiduría,  
por todo el apoyo y tiempo para que se logrará esta investigación.*





*Being curious take energy. It may thus be a distorted form of "energy conservation" that makes certain ideas so alluring. Take, for instance, the loaded adjective "natural" .If one takes for granted that something is 'natural'-generals being male, garment workers being female -it save mental energy. We can just feel sympathy with women working in sweatshops, for instance, without bothering to figure out how they got there or what they think about being women sewing there. "Tradition" serves much the same misguided energy-saving purpose.*

*A close cousin of "traditional" is "always". Warning lights now start flashing in my head whenever I hear someone wielding "always". Too often it is used to cut short a awkward discussion. "Americans have always loved guns". "Women have always seen other women' s as rivals". A variant on "always" is "oldest" as in the glib declaration "Prostitution is the oldest profession". As if prostitution were timeless, without a history. (...) now we don't have to invest our scarce energy in exploring that topic. Phew.*

*So many power structures inside household, within institutions, in societies, in international affairs are dependent on our continuing lack of curiosity. "Natural", "tradition", "always": each has served as a cultural pillar to prop up familial, community, national, and international power structures, imbuing them with legitimacy, with timelessness, with inevitability. Any power arrangement that is imagined to be legitimate, timeless, and inevitable is pretty well fortified.*

*Why is a state of uncuriosity about what it take to produce a pair of fashionable sneakers so comfortable? What is there about being uncurious about how any military base affects the civilians living in base towns that seems so reasonable? I've come to think that making and keeping us uncurious must serve somebody's political purpose.*

*What is distinctive about developing a feminist curiosity? One of the starting points of feminism is taking women's live seriously. "Seriously" implies listening carefully, digging deep, developing a long attention span, being ready to be surprise. Taking women -all sorts of women' s, in disparate time and places-seriously is not the same thing as valorizing women.*

Cynthia Enloe, "*The curious feminist: searching for women in a new age of empire*" . University of California Press, United States of America, 2004, 1-2pp.



# Índice

## Instrumentos internacionales de derechos humanos en materia de salud mental de las mujeres

	Pág.
Introducción	1
La teorización feminista en las Relaciones Internacionales	12
1.1 El desarrollo histórico de la disciplina de Relaciones Internacionales	15
1.1.1 Paradigma liberal o idealista	17
1.1.1.1 Academia Británica	21
1.1.1.2 Academia Norteamericana	22
1.1.2 Paradigma Realista	24
1.1.3 Diálogos y fracturas teóricas en Relaciones Internacionales	30
1.1.3.1 Debate liberal-realismo	30
1.1.3.2 Debate realismo-trasnacionalismo	32
1.1.3.3 Debate neorrealismo-neoliberalismo	33
1.1.3.4 Diálogos disidentes-reflectivistas	34
1.2 El cuestionamiento feminista al paradigma realista	48
1.2.1 Principios de Morgenthau y reformulación de Jo Ann Tickner	53
La salud mental de las mujeres : desde la perspectiva feminista de la salud y la enfermedad mental	74
2.1 Factores sociales que inciden en la salud mental de las mujeres: desigualdad socioeconómica y violencia de género	82
2.1.1 Desigualdad socioeconómica	91
2.1.2 Violencia de género	101

	Pág.
La salud de las mujeres en la agenda internacional	114
3.1 Decenio de Naciones Unidas para la mujer (1975-1985): surgimiento y consolidación del programa 'Mujeres en el Desarrollo' (MED)	107
3.2 La salud de las mujeres en MED	123
3.2.1 Políticas sanitarias de MED 'Mujer, Salud y Desarrollo' : en países Subdesarrollados	126
3.3 La Categoría de género en el desarrollo y su contribución en las políticas sanitarias (1985-1999)	139
 Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos en materia de salud mental de las mujeres	 151
4.1 Observación General Nº 14 : 'El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud' (2000) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	156
4.2 Recomendación General Nº 24 : 'la Mujer y la Salud' del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (1999)	161
4.3 El derecho a la salud mental de las mujeres: desde una perspectiva de 'capacidades básicas'	170
Conclusiones	181
Bibliografía	186
Hemerografía	199
Documentos electrónicos	207
Páginas electrónicas	213

# Introducción

La presente investigación analiza la salud mental de las mujeres desde la perspectiva feminista de la salud y enfermedad mental, la cual permite explicar la existencia de padecimientos mentales específicos de las mujeres como: la ansiedad, la angustia, la depresión, entre otros, producto de condiciones sociales particulares en las que viven, y que deben ser consideradas si se quiere mejorar en la salud mental de las mujeres.

La importancia de estudiar la salud mental de las mujeres radica en que los trastornos afectivos son más frecuentes en ellas y causan mayor discapacidad, el más importante es la depresión, la cual la padecen 73 millones de mujeres. El Informe Mundial sobre la Salud de 2001 refiere que la prevalencia de depresión en el mundo es de 1.9% en hombres y del 3.2% en las mujeres; y la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y de 9.5% respectivamente<sup>1</sup>. En México la prevalencia nacional de depresión en 2005 fue de 4.5% a 5.8% en las mujeres y de 2.5% en hombres. Datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México del 2005 (ENEP 2005) indican que el 8.8% de la población ha presentado por lo menos un cuadro de depresión alguna vez en su vida y se calcula que es más frecuente en las mujeres que en los hombres con una frecuencia de 1.5 y que la mitad de estos casos son severos<sup>2</sup>. Si se sigue desatendiendo el problema, según proyecciones de la Organización

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS), *Informe sobre la Salud en el mundo, Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, Francia, 2002, p.IX.

<sup>2</sup> María Elena Medina-Mora y colaboradores, *“Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México”* . Revista Salud Pública en México, Vol. 47, supl 1, 2005, p.5.

Mundial de la Salud, en un plazo de 10 años los trastornos mentales se convertirán en la segunda causa de la morbilidad mundial, lo que trae consigo gran sufrimiento, discapacidad, años de vida saludables perdidos, tanto para las personas que padecen dolencias mentales como para los familiares de éstos, así como gastos económicos para los gobiernos.

En este sentido, el abordaje feminista, representa una manera alterna de entender la salud y la dolencia mental, permite reconocer que mujeres y hombres tienen padecimientos específicos producto de los factores y condiciones de vida y no solamente de su biología. Bajo la perspectiva feminista se plantea la necesidad de que exista el reconocimiento internacional en materia de salud mental femenina, y servicios dirigidos a las mujeres y hombres de acuerdo a sus necesidades. Siguiendo esta perspectiva surgen las siguientes interrogantes: ¿Qué instrumentos internacionales de derechos humanos en materia de salud mental de las mujeres existen?; ¿Qué instrumentos internacionales de derechos humanos consideran la salud mental de las mujeres?; ¿Dichos instrumentos indagan sobre dónde y cómo detectar las condiciones de vida enfermantes en las que se encuentran las mujeres?.

Para los objetivos de esta investigación solamente se van a tratar los instrumentos internacionales que cuentan con elementos importantes relativos a la protección del derecho a salud de las mujeres y algunos párrafos a la salud mental, para señalar la importancia del reconocimiento del derecho a la salud en los tratados internacionales de derechos humanos, que están inmersos en los mandatos internacionales de Naciones Unidas, haciendo especial énfasis en la salud mental femenina y su relación con los factores sociales, estos son; la Observación General Nº 14 ‘El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud’ (2000) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC); y en segundo lugar la Recomendación General Nº 24 ‘la Mujer y la Salud’ (1999) del artículo 12º del Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en Inglés). El análisis de los documentos en la materia permiten mostrar que, la elaboración de Recomendaciones y Observaciones, crea un nuevo espacio legal



dentro del sistema internacional, que involucra a cada Estado a adoptar el sistema de derechos humanos, establecer legislaciones, programas, políticas públicas en la materia e incluyen obligaciones que los Estados Partes deben asumir para el cumplimiento del derecho a la salud.

Con la finalidad de ubicar los alcances y límites de la conceptualización sobre la salud femenina de Naciones Unidas, es necesario precisar que, solamente se analizarán estos dos documentos debido a que plantean los avances más significativos de Naciones Unidas en materia del derecho a la salud de las mujeres y que cuentan con algunos párrafos relativos a la salud mental. Así mismo, existen declaraciones o convenciones relativas a la protección y el mejoramiento a la atención de las personas con discapacidad mental, sin embargo para objetivos de esta investigación, no serán mencionados porque no se está tratando el tema de la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, debido a que el objetivo de la tesis radica en insistir en la incorporación y el reconocimiento de abordar la salud mental como un derecho humano fundamental en los instrumentos jurídicos internacionales; y enfatizar la necesidad de crear políticas y programas dirigidos a garantizar tal derecho.

A lo largo de la investigación se podrá constatar que el tema de la salud mental de las mujeres no es primario en la agenda internacional. En general aparece siempre como un sub-apartado de documentos que tratan la salud de las mujeres de manera amplia, si es que aparecen. Debido a que los organismos internacionales han utilizado conceptualizaciones biológicas en el tratamiento de la salud y enfatizado las cuestiones de salud relacionadas con la maternidad.

La centralidad que se le ha dado a las funciones reproductivas, ha confinado todos sus malestares mentales al aparato reproductivo o a su función reproductiva, es decir,

la conceptualización de la salud mental de las mujeres siempre queda referida a factores como el embarazo, parto, puerperio, climatérico; los cuales desencadenan psicoprofilaxis obstétrica, depresión puerperal, ansiedad de la lactancia, trastorno psíquicos de mujeres menopáusicas, entre otras. Desde esta perspectiva clásica o tradicional, la salud mental de las mujeres se concibe como efecto de los sucesos de su salud reproductiva o como una consecuencia de su naturaleza femenina y ha tenido efectos de largo alcance en las concepciones sobre la salud mental de mujeres.

Esta manera de pensar la salud mental femenina, ha tenido repercusiones en el ámbito jurídico internacional. En diversos documentos internacionales de derechos humanos que incorporan la salud como un derecho fundamental no abordan la salud mental en específico, desde una perspectiva que incorpore la estructura social de género que hace que la diferencia entre hombres y mujeres se traduzca en desigualdad social, económica, política y cultural que origina padecimientos y modos de enfermar específicos femeninos. Razón por la cual, la salud mental queda relegada en muchos de los programas, políticas internacionales en la materia y no es considerada como una problemática específica que deba tratarse de manera separada a la salud reproductiva.

En este contexto es necesario analizar específicamente la salud mental de las mujeres, debido a que presentan sintomatologías particulares como la depresión, ansiedad y la angustia. En esta investigación bajo la perspectiva feminista de la producción social de la salud y la enfermedad mental, analizaremos las condiciones sociales como la violencia y la pobreza y su relación con las dolencias mentales específicas en las mujeres. Lo que permite examinar las políticas, planes de Naciones Unidas y sus organismos dirigidos a la salud de las mujeres, enfatizando la necesidad de que se considere la especificidad de ciertos padecimientos de los/las sujetas a las que van dirigidos. Por su parte, desde una perspectiva de género se insiste en la necesidad de un enfoque que vincule el lugar social y padecimientos específicos de

las mujeres, lo que implica reconocer el contexto social, cultural en el que se encuentran las mujeres y su relación con los padecimientos específicos de éstas.

La investigación está organizada en cuatro capítulos, en donde se aborda la necesidad de tomar en cuenta la salud mental de las mujeres como una problemática internacional que debe ser incorporada en los instrumentos internacionales de derechos humanos.

En el capítulo uno, se hace un recuento histórico de la teorización en Relaciones Internacionales, se explica la entrada del feminismo en la disciplina a partir de los años ochenta del siglo XX, lo que generó un replanteamiento teórico en la disciplina de Relaciones Internacionales a través de los enfoques disidentes o reflectivistas y la crítica que hace a la teorización de la política internacional, la cual ha generado una visión selectiva de la realidad internacionales con implicaciones que afectan tanto la teoría como a la práctica de las Relaciones Internacionales. Entre estos nuevos enfoques se incorporaron a las teóricas feministas en la disciplina, así como el reconocimiento de incluir a las mujeres y la categoría de género en el análisis de la sociedad internacional.

La crítica feminista se han centrado en cuestionar la mayoría de los paradigmas hegemónicos (idealista, realista, neorrealista, liberales, entre otros.) que se encuentran fundamentados en identidades de género en la comprensión de la política mundial; la construcción de dichas identidades se constituye a partir de símbolos, ideas, normas, prácticas, y valores de lo que debe ser un hombre y una mujer los cuales se fundamentan desde la familia, las instituciones educativas, sociales, políticas, religiosas, entre otras, por lo que sustancialmente son producto de la cultura y no de la biología humana. Las categorías de pensamiento de los paradigmas en la disciplina de Relaciones Internacionales, no incorporaron a las mujeres en el mismo nivel de análisis en comparación con el de los varones, omitieron sus prácticas y aportaciones

en el conocimiento de la disciplina, debido a que se encuentran fundamentadas en identidades de género.

Esta visión no sólo ha dado respuesta a las inequidades de género que se presentan en la sociedad internacional, sino que en muchos casos las han acentuado. De esta manera se pretende examinar y discutir desde la perspectiva feminista los supuestos básicos de la disciplina de Relaciones Internacionales, para visibilizar las dicotomías implícitas como público-privado, masculino-femenino, poder-debilidad que han repercutido en limitar el análisis internacional, así como la marginalización que se le ha dado a las problemáticas de las mujeres en la agenda internacional y en la teorización de las Relaciones Internacionales.

En este sentido, la perspectiva feminista en la disciplina permite integrar a las mujeres en el discurso de la política internacional y sus problemáticas en la agenda internacional. Lo que proporciona la posibilidad de una comprensión diferente de conceptualizar y entender la política mundial; ampliar los temas de la agenda internacional hacia cuestiones que antes se encontraban ausentes como lo son las problemáticas de las mujeres y para efectos de esta investigación la salud mental de las mujeres, como parte de la complejidad internacional. El principal objetivo de la metodología feminista en Relaciones Internacionales, consiste en realizar un análisis crítico de los contenidos, conceptualización, así como de las categorías (poder, seguridad, paz o soberanía), y de las construcciones de la realidad internacional asentada sobre sesgos sexistas.

Aunque el feminismo está integrado por una amplia variedad de enfoques (liberal, radical, socialista-marxista, postmoderno, etc.), lo que mantuvo el interés por realizar un análisis feminista en Relaciones Internacionales es el desafío que plantea el feminismo al androcentrismo en la esfera internacional, y a la construcción de espacios, conceptos, sujetos alternos en el estudio de la teoría y la práctica internacional. Por lo que se parte de lo que Jo Ann Tickner propone en este sentido, incorporar a las mujeres a partir de una búsqueda 'no convencional' , en 'lugares

no usuales de investigación' , que ayude a visibilizar y ubicar sus aportaciones y problemáticas en la agenda internacional y de preguntarnos ¿Por qué las mujeres como sujetos de las Relaciones Internacionales se encuentran al margen y muchas veces ausentes tanto de la teoría como de la práctica internacional? ; ¿Dónde están las mujeres en las Relaciones Internacionales?.

Incorporar la teorización feminista en Relaciones Internacionales como lo hace Jo Ann Tickner, Cynthia Enloe, Marysia Zalewski, Francine D' Amico, Anne Sisson Runyan, Christine Sylvester, Spike Peterson, entre otras, permite mostrar la manera en que las divisiones de género en la disciplina y en particular el paradigma realista, han privilegiado la experiencia del hombre guerrero y estadista en la esfera internacional: "la política internacional es el mundo del hombre, es un mundo habitado por diplomáticos, soldados al servicio del gobierno" <sup>3</sup> . Por lo que, la inclusión de estas aportaciones feministas, posibilita desarticular la construcción sexista de la disciplina, y el medio para romper con los modelos tradicionales que centralizan el análisis de las relaciones internacionales en el estudio del Estado, la seguridad nacional, el poder, entre otros, para redefinir de una manera más amplia la disciplina de Relaciones Internacionales e incluir los múltiples actores y problemas como la salud mental de las mujeres. En particular se analiza el paradigma realista debido a que representa el enfoque más influyente en la teorización y sus conceptos constituyen ejemplos sustantivos de la manera en que las teorías hegemónicas han segregado a las mujeres como actoras fundamentales en el ámbito internacional por lo que se han excluido sus necesidades y problemáticas, lo que permite introducir, la salud mental de las mujeres en el estudio de la sociedad internacional.

---

<sup>3</sup> Jo Ann Tickner, *Gender and International Relations*, Columbia University Press, Nueva York, 1992, p. 15.

En el segundo capítulo, se analizará la salud mental de las mujeres desde un enfoque de género, que permite señalar la relación entre la salud mental y las condiciones sociales derivadas de la situación de género en la que se encuentran las mujeres, las cuales repercuten en que mujeres y hombres tengan padecimientos mentales específicos, a través del abordaje feminista de la salud mental, las cuales estudian la relación entre la enfermedad mental y el género, bajo dos enfoques: el primero denominado construcción social de la salud y el padecimiento mental, el segundo producción social de la salud y el padecimiento mental.

Por lo que se revisan los trabajos de Phyllis Chesler, Franca Basaglia, Mabel Burín, Jill Astbury, entre otras, señalan las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las desigualdades sociales derivadas del sistema tradicional de género y las implicaciones que tienen en la salud mental de las mujeres. Desde esta perspectiva, los trastornos mentales afectivos, son categorías que sirven para descontextualizar la experiencia y situación en la que viven las mujeres, los cuales se constituyen desde la visión médica como un síntoma y no como una manifestación de la opresión en la que se encuentran.

Es fundamental una visión que en primer lugar, deje de centralizar la salud femenina a los factores biológicos, y en segundo lugar que se conciba la dolencia mental como malestar colectivo y no individual. Por lo que se vuelve esencial conceptualizar a la sociedad como una construcción social jerárquica de género, por lo que la pertenencia a un género merece ser específicamente estudiada y preguntarnos: ¿Enferman las mujeres de manera distinta que los hombres?, ¿Presentan sintomatologías mentales específicas producto de las relaciones de género?, sí es así, ¿Qué factores influyen en los padecimientos mentales específicos de las mujeres?; ¿Cómo las condiciones sociales de género de las mujeres se relacionan con sus posición estructural y padecimientos mentales específicos?.

Las aportaciones feministas de la salud mental, proporcionan elementos que permiten entender la especificidad de los padecimientos mentales en las mujeres, y que en la

mayoría de los casos dichos elementos no se consideran en los programas internacionales como se podrá constatar. Las perspectivas feministas de la salud y el padecimiento mental representan un cambio significativo en la manera de entender la salud mental de las mujeres, las cuales consideran además de los aspectos biológicos y reproductivos (embarazo, parto, climaterio, etc.), los factores sociales en la salud mental de las mujeres. Por lo tanto pretende enfatizar la necesidad de que las instituciones internacionales, incorporen y conceptualicen en sus programas, políticas las particularidades de los padecimientos mentales femeninos.

En el tercer capítulo, se da cuenta del momento en que la salud de las mujeres se incorpora en la agenda internacional y la manera en que se hizo. Solamente se analizarán los programas internacionales dirigidos a la salud de las mujeres a partir del programa 'mujer en el desarrollo' (MED,1975) y periodo posterior al MED (1990) bajo el enfoque de necesidades prácticas y estratégicas de género de Maxine Molyneaux. El objetivo de analizar dicho periodo radica en que representa el inicio de la inclusión de las problemáticas y los temas de las mujeres en la agenda internacional, los referentes básicos de la visión internacional en materia de salud de las mujeres. Lo que permite mostrar la omisión que se le ha dado al tema de la salud mental femenina, debido a que la salud mental de este grupo se ha conceptualizado bajo sesgos androcéntricos, los cuales han asociado las problemáticas sanitarias femeninas solamente a factores biológicos, homogeneizando todos los padecimientos femeninos a cuestiones biológicas, quedando marginada y olvidada de toda política o programa sanitario en dicho período, la salud mental femenina.

El último capítulo muestra que el tema de la salud mental de las mujeres no es primario en la agenda internacional. A pesar del amplio reconocimiento del derecho a la salud en los tratados internacionales de derechos humanos y en las Constituciones nacionales, la salud mental de las mujeres no se ha incorporado de manera sustantiva en los instrumentos internacionales de derechos humanos. Tanto la Observación

General Nº 14 ‘El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud’ (2000) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC); y la Recomendación General Nº 24 ‘la Mujer y la Salud’ (1999) del artículo 12º de la CEDAW, crean un nuevo espacio legal dentro del sistema internacional e instan a los Estados a promover e implementar a través de legislación y planes nacionales la protección a la salud física y mental, por lo que representan un avance importante en el reconocimiento a la salud en los tratados internacionales de derechos humanos. Sin embargo, se muestra que a pesar del avance sustancial en la materia, hay poco interés en el tema de la salud mental de las mujeres producto del desconocimiento existente en torno a las problemáticas particulares de la salud mental femenina, por lo que se mantiene una omisión constante de la necesidad de conceptualizar la salud mental femenina desde un enfoque que incluya los factores sociales. Razón por la cual se insiste a lo largo de la investigación que las políticas y programas sanitarios reconozcan el derecho a la salud mental de las mujeres como un derecho humano fundamental, que trascienda la visión reduccionista y tradicional biológica de la salud femenina.

Para finalizar la investigación se conceptualiza la salud mental de las mujeres, a través del enfoque de capacidades de Nussbaum, como una capacidad para el verdadero funcionamiento humano. Lo que nos permite dejar de conceptualizar la salud de las mujeres como un agregado para los fines de otros o para lograr los objetivos de los programas económicos, como se estableció en el periodo de MED, e insistir en que se debe entender a las mujeres ‘como un fin en sí mismas’ . En este sentido, la capacidad fundamental de las personas, radica en vivir la vida con elementos que valoren y con opciones reales de elección y no solamente un estado pasivo de satisfacción - elección. Desde estos referentes, la salud de las mujeres es entendida como, la capacidad para decidir conscientemente sobre su salud física (su cuerpo), mental y emocional en función de sus capacidades fundamentales y de sus necesidades.



En este sentido, el abordaje feminista, en esta investigación permite reconocer que mujeres y hombres tienen padecimientos específicos producto de los factores y condiciones de vida y no solamente de su biología, por lo que debe existir el reconocimiento internacional en materia de salud mental femenina, y servicios dirigidos a las mujeres y hombres de acuerdo a sus necesidades.

El feminismo, en sus diferentes versiones, tiene el objetivo de analizar y explicar los múltiples factores que perpetúan la desigualdad entre mujeres y hombres producto de las relaciones jerárquicas de género. En el caso particular de las Relaciones Internacionales, el enfoque feminista ha cuestionado el androcentrismo del realismo o de los paradigmas tradicionales, incidiendo en la ampliación de los objetos y temas de estudio en la disciplina. A partir de la introducción de elementos que estaban ausentes, la teoría feminista ha cuestionado la sub-representación de las problemáticas y los aportes de las mujeres tanto en la práctica como en la actividad internacional, y se ha planteado la necesidad de incluirlos en la investigación. En el mismo sentido, la perspectiva feminista ha sido de suma utilidad en el estudio de los padecimientos mentales de las mujeres, dicho enfoque ha estudiado cómo repercuten las diferencias de género en la salud mental de las mujeres.

# Capítulo 1

## La teorización feminista en las Relaciones Internacionales

El presente capítulo parte de un breve recuento histórico del desarrollo teórico de la disciplina de Relaciones Internacionales, para explicar la centralidad que ha tenido el paradigma realista en los postulados de la disciplina, así como, el tratamiento de temáticas tales como: poder, la seguridad, la soberanía nacional, las relaciones entre los Estados, el orden internacional, la estabilidad y las estrategias militares. En particular la centralidad en el análisis del Estado provocó la división de la disciplina en dos corrientes de teorización a finales del siglo XX en: los racionalistas, que se pronunciaban a favor de los viejos enfoques hegemónicos o tradicionales (realistas, neorrealistas); y los liberales, neoliberales o reflectivistas, los cuales cuestionaron los enfoques tradicionales y permitieron nuevas formas de teorizar, entre las que se destaca las teorías feministas, las cuales incorporaron el enfoque de género en la disciplina y abrió el espacio de investigación.

La entrada del feminismo en la disciplina y específicamente de la categoría de género (principios de la década de los ochenta del siglo XX), llevó a formular nuevas preguntas, explicaciones sociales, señaló las desigualdades y mecanismos de opresión en los que se encuentran las mujeres tanto en el ámbito nacional como internacional. Es así como se cuestionó la génesis de las construcciones teóricas realistas o tradicionales, las cuales se encuentran fundamentadas en las dicotomías: masculino - femenino, fuerza - debilidad, público - privado que colocan lo masculino y

lo público en el centro de la elaboración conceptual de la investigación consolidando y legitimando el pensamiento racional al dominio de lo masculino en la esfera internacional.

En este capítulo, se presentará una síntesis de los aportes de la teoría feministas en las Relaciones Internacionales, con el objetivo de mostrar desde una visión crítica, el estatocentrismo del paradigma realista. Esto permitirá señalar la manera en que los paradigmas hegemónicos han dejado fuera de la discusión las relaciones desiguales que acontecen dentro del Estado, así como el papel de la política internacional en las relaciones de género. El realismo, como teoría dominante, no ha explorado el papel que juega el género en la división del trabajo, ni el hecho de que el poder y la política estén dominados por los varones en la mayor parte del mundo público. Por tal motivo, se han perpetuado las relaciones desiguales, la división sexual de trabajo, y el poder que confinan a las mujeres a las posiciones de reproductoras, amas de casa, cuidadoras, en la esfera doméstica, las cuales participan en el mantenimiento del Estado moderno y el sistema interestatal contemporáneo.

Esta investigación sostiene que las aportaciones feministas en las Relaciones Internacionales, basadas en una deconstrucción de las jerarquías de género, permiten identificar las problemáticas específicas de las mujeres, y en términos de adecuación empírica, la inclusión de las mujeres, sus actividades y sus formas de conocimiento, para superar las posturas androcéntricas en la disciplina. Al igual que en el resto de las ciencias sociales, las aportaciones del feminismo constituyen una de las fuentes de renovación importante en la actual teorización de las Relaciones Internacionales y de la teoría realista. Las contribuciones feministas han identificado los problemas básicos derivados del carácter sexista de las concepciones dominantes en la disciplina, así como las implicaciones en cuestiones tales como: la selección de los temas, objetos de estudio, el diseño y selección de metodologías, en síntesis la

forma de comprender el mundo y las Relaciones Internacionales.

La introducción del enfoque de género en Relaciones Internacionales resulta imprescindible para lograr un conocimiento global de la realidad internacional, ya que ofrece una metodología transversal, es decir, la aplicación sistemática de la perspectiva de género en todas las acciones, programas y políticas, así como, la organización, evaluación de los procesos y todos los agentes involucrados en la disciplina. Bajo esta perspectiva se puede estudiar la salud mental de las mujeres, para lograr un entendimiento y un análisis más integral de la realidad internacional, a través de la incorporación de temas como la salud de las mujeres que debe ser incluido en la agenda internacional como parte de los derechos humanos fundamentales.

Comenzar este apartado con los aportes teóricos de la perspectiva feminista en las Relaciones Internacionales, permitirá mostrar la ausencia de las situaciones, experiencias y problemáticas de las mujeres en el estudio de la sociedad internacional, y de esta manera generar un cambio paradigmático del conocimiento. Hasta ahora éste se conceptualiza como universal derivado de la percepción masculina, la cual afecta los conocimientos y las maneras de entender las Relaciones Internacionales, se propone un cambio a un enfoque, que permite incorporar sujetos de estudio que se encuentran ausentes (las mujeres), así como sus problemáticas (como la salud mental de las mujeres) en la agenda internacional y en el análisis de la política internacional

## 1.1 El desarrollo histórico de la disciplina de las Relaciones Internacionales

*Las disciplinas constituyen un sistema de control en la producción de discurso, fijando sus límites por medio de la acción de una identidad que adopta la forma de una permanente reactivación de reglas.*  
Michael Foucault<sup>4</sup>

En el presente apartado se analizará el desarrollo teórico de la disciplina, con el objetivo de enunciar brevemente las principales corrientes teóricas en el análisis de la política mundial y señalar el momento en que las teorías feministas se incorporan en la teorización de las Relaciones Internacionales. Para comenzar a analizar el desarrollo teórico es necesario precisar que la génesis de las Relaciones Internacionales ha recorrido un largo trayecto histórico, antes de su consideración como disciplina científica en el marco de las ciencias sociales.

Es necesario distinguir entre el desarrollo de una teoría de las relaciones internacionales, o teoría internacional, y la aparición o evolución de las Relaciones Internacionales como disciplina científica y académica. La unión entre teoría internacional y desarrollo de las Relaciones Internacionales como disciplina científica se realiza a partir de la Primera Guerra Mundial, momento en que se comienza a

---

<sup>4</sup> Michael Foucault, *La arqueología del saber*, México, Siglo XXI Editores, 1970, p. 224.

producir una toma de conciencia de la teorización de las Relaciones Internacionales entendida como disciplina y ciencia autónoma<sup>5</sup>.

Su evolución científica se dará con mayor claridad como resultado de las dos Guerras Mundiales, las cuales propiciaron una toma de conciencia sobre la sociedad internacional. Esta toma de conciencia constituyó una auténtica revolución científica, en el sentido que señala Thomas Kuhn<sup>6</sup>, lo que estimuló y consolidó definitivamente la autonomía científica de las Relaciones Internacionales en relación con el derecho internacional y la historia diplomática.

En ese sentido, las Relaciones Internacionales, como toda la ciencias sociales, deben su teorización al progreso tanto interno de la disciplina (ideas o paradigmas), como a las aportaciones de las demás ciencias sociales<sup>7</sup> y a los procesos que acontecen en el mundo exterior, como señala Celestino del Arenal “(...) las Relaciones Internacionales son, necesariamente teóricas, pues es la teoría la que proporciona la guía para la investigación y las bases para la explicación”<sup>8</sup>. Por lo tanto, toda ciencia supone en principio una teorización dotada de contenido la cual influye en el desarrollo y en la perspectiva del análisis; pero del mismo modo, la condiciona en sus objetos de estudio y su propio análisis. En tal sentido, se entenderá a la teoría como una reflexión sistemática de los fenómenos observados, diseñada para explicar y dar a conocer un modelo teórico, útil e inteligible; en resumen como afirma Hoffman “la teoría es el principio del orden en una disciplina”<sup>9</sup>, en un momento histórico determinado.

---

<sup>5</sup> Celestino Del Arenal, *Introducción a las relaciones internacionales*, Madrid, Editorial Tecnos, 1990, Pág. 27.

<sup>6</sup> Revolución Científica entendida como “la transición de un paradigma en crisis a otro nuevo del que pueda surgir una nueva tradición de ciencia normal” . Thomas, Kuhn, *Las estructuras de las Revolución Científica*, México, Fondo de Cultura Económica, 1971, p. 19.

<sup>7</sup> Mónica Salomón, “*La Teoría de las relaciones internacionales en los albores del siglo XXI: Diálogo, disidencia, aproximaciones*” , Revista CIDOB d’ Foreign Internationals, No. 56, Dic.2001- Enero 2002, p. 2.

<sup>8</sup> Celestino del Arenal, *op.cit.*, p.42.

<sup>9</sup> Hoffman Stanley., *Teorías contemporáneas sobre las relaciones internacionales*, Madrid, Editorial en castellano Tecnos, 1963, p. 26.

Es necesario mencionar, de manera muy breve, los enfoques teóricos que han tenido mayor relevancia y que han dotado de contenido a la disciplina. Comenzaremos con el paradigma idealista, que fue el primer intento de teorización en las Relaciones Internacionales, el cual emergió en el periodo de la Primera Guerra Mundial (1914-1919) y representa el comienzo del desarrollo teórico de la disciplina.

### 1.1.1 Paradigma idealista

El estallido de la Primera Guerra Mundial fue el acontecimiento que determinó un nuevo tipo de reflexión (la teoría idealista) en la evolución científica de las Relaciones Internacionales, en el marco de las ciencias sociales. Esta Guerra demostró la fragilidad de la diplomacia europea tradicional, vista hasta entonces como medio para asegurar el orden y la paz internacional. A través de la Sociedad de Naciones (1919), se propuso un nuevo sistema mundial dirigido a restaurar la paz, el orden en el sistema internacional, y estableció las bases de la disciplina de Relaciones Internacionales. En este periodo se da la primera fase normativa de disciplina a través del enfoque idealista o también llamado kantiano, el cual pretendía explicar los graves acontecimientos de la época.

La hipótesis de partida de esta corriente de pensamiento, y de la trayectoria inicial de las Relaciones Internacionales, se determinó bajo la premisa de que sólo un estudio global y científico de la guerra podría revelar los factores que precipitan tal acontecimiento y los medios para prevenir su repetición, por lo que dicha teoría se enfrascó en la búsqueda de un orden internacional pacífico<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Antonio Truyol Serra, *La teoría de las relaciones internacionales como sociología: introducción al estudio de las relaciones internacionales*, Instituto de estudios políticos, Madrid, España, 1957, p. 67.

El principio fundamental de la teoría idealista consistió en ver a los actores internacionales como pacíficos y cooperativos: los Estados debían comportarse de acuerdo con los mismos principios morales que guiaban la conducta individual para poder cumplir con el interés común de todos los pueblos de alcanzar la paz y la prosperidad. Se concibió de este modo la naturaleza de las relaciones internacionales no como el conflicto entre los Estados, sino como los lazos sociales transnacionales que unen a los seres humanos, a través de la cooperación entre los Estados<sup>11</sup>. Los conflictos de intereses existentes entre los Estados se concibieron como fenómenos que se originan en un nivel superficial del sistema internacional, en donde los principios morales o legales limitan los intereses de todos los hombres y la acción de los Estados.

Los idealistas realizaron un programa de reformas sobre los errores que habían conducido a la Primera Guerra Mundial, en él se establecieron tres principios básicos: la solución pacífica de controversias, el desarme y el establecimiento de una organización internacional (Sociedad de las Naciones). A través de la institucionalización de un sistema de seguridad colectiva que suministrase una estabilidad (la cual no se había podido establecer anteriormente) por medio de un sistema de equilibrio de poder europeo. Por lo tanto, para los teóricos idealistas o liberales de la disciplina, la política fue entendida como el arte del buen gobierno, donde se rechaza la idea de guerra como algo natural “debido a que el hombre tiene la capacidad de aprender, cambiar y controlar su conducta”<sup>12</sup>, es decir, salir del estado de naturaleza para constituir una sociedad pacífica y ordenada.

Desde esta perspectiva, la política internacional no es concebida como el conflicto originado por la lucha de intereses entre los Estados, sino que se asemeja a una relación pacífica y al mismo tiempo distributiva – productiva, es decir, la esfera internacional será el escenario de intercambios económicos y sociales consensuados entre los Estados, lo anterior es la base principal del fundamento idealista, Bull lo resume en los siguientes términos:

---

<sup>11</sup> Celestino Del Arenal, *op. cit.*, p. 56

<sup>12</sup> *Ibidem.*, p. 57.



La Primera Guerra Mundial podría transformar el (sistema internacional) en un orden mundial básicamente justo y pacífico; (...) bajo el impacto del despertar de la democracia, del crecimiento del ‘espíritu internacional’ , del desarrollo de la Sociedad de Naciones, de los buenos oficios de los hombres de paz o de la expansión ilustrada de sus propias enseñanzas (...), para superar la ignorancia, los prejuicios, la mala fe, y los siniestros intereses que obstaculizan el establecimiento pacífico de las relaciones internacionales<sup>13</sup>.

Son estos fundamentos y propuestas los que explican el desarrollo disciplinario de las Relaciones Internacionales. Y será con esta forma de entender y explicar los acontecimientos surgidos en la Primera Guerra Mundial, como se gestarán nuevas formas de teorizar en la disciplina, las cuales la dotaran de argumentos y objetos de estudio válidos para incorporarlas en las ciencias sociales.

Sin embargo, los fenómenos políticos, como el fin de la Primera Guerra Mundial, las inestabilidades económicas de la década de los años treinta (crisis económica de 1929), y los avances teóricos como el desarrollo de las ciencias sociales en general, de la ciencia política, la sociología, y la psicología en particular, influyeron directamente en el desarrollo teórico de las Relaciones Internacionales. En este contexto surge el enfoque teórico conocido como el realismo político, el cual dejó atrás al idealismo, es decir el pensamiento formal de la realidad internacional, para constituirse como el paradigma hegemónico de la disciplina.

Antes de pasar a señalar los principales postulados del realismo, es necesario apuntar que la disciplina de las Relaciones Internacionales no se ha desarrollado de forma idéntica en todos los países, ni en el tiempo, ni en la perspectiva de indagación

---

<sup>13</sup> *Ibidem*, p. 34.

teórica. Las diferencias desde el punto de vista de institución académica, como desde el punto de vista teórico – metodológico han sido y son notables entre los Estados Unidos de América y el Reino Unido.

En términos de producción académica de la disciplina. En primer lugar, se encuentran los autores (en su mayoría británicos, franceses y españoles) que consideran a las Relaciones Internacionales como una parte de la sociología. En segundo lugar, están los autores que se adscribieron a la corriente del realismo político, en su mayoría especialistas norteamericanos. Estos últimos defendieron la necesidad de estudiar las relaciones internacionales como una parte especializada de la ciencia política. Esto explica por qué la mayor parte de sus obras abordan cuestiones de política internacional y temas de política exterior de las superpotencias relegando otros factores sociales y actores no necesariamente políticos, como las problemáticas de las mujeres en el análisis internacional.

Como se ha mencionado, el fin de la Primera Guerra Mundial influyó en la manera de estudiar las relaciones internacionales e impulsó el establecimiento de centros académicos y teóricos específicos en la disciplina. Fue durante la Conferencia de Paz de París (1919)<sup>14</sup>, donde se constituyeron las dos instituciones más importantes en el estudio de la problemática internacional. En Estados Unidos se creó el Council on Foreign Relations (Nueva York) y en Reino Unido, el Royal Institute of International Affairs<sup>15</sup>. En estas instituciones se realizaron los primeros estudios académicos en Relaciones Internacionales, desde la línea del derecho internacional, la historia, el gobierno y el servicio diplomático, de tal forma que la disciplina se desarrolló bajo un enfoque jurídico-político, en las dos naciones más influyentes de la época.

---

<sup>14</sup>En la conferencia de París se reunieron los vencedores (Aliados) de la primera Guerra Mundial para acordar las condiciones de paz con los países de las Potencias Centrales: Alemania, Turquía, Bulgaria, Austria y Hungría.

<sup>15</sup> Menciono estas dos escuelas porque son las que han tenido mayor impacto, sin embargo también se encuentran las academias francesas, y españolas. En 1919 se creó en la Universidad de Gales de Aberyswyth. La primera cátedra de Relaciones Internacionales fue bautizada con el nombre de Thomas Woodrow Wilson presidente de los EEUU.(1913-1921), la cual fue impartida por Zimmer, que dará un nuevo enfoque social, cambiando la concepción de relaciones entre los estados por la de entre los pueblos. Celestino del Arenal, *op.cit.*, p. 65.

### 1.1.1.1 Academia Británica

En Reino Unido el desarrollo de las Relaciones Intencionales se hizo bajo el campo de la historia y la sociología. Entre los autores que consideran el estudio de la realidad internacional como una parcela específica de la sociología, se encuentra el teórico George Schwarzenberger, quien en 1941 en su obra “Power Politics: A study of International Society” , señala que: “(...) las Relaciones Internacionales es la rama de la sociología que se ocupa de la sociedad internacional. Esto explicará por qué la ciencia de las Relaciones Internacionales no puede tener una exclusiva e íntima asociación con cualquier rama de las ciencias sociales que no sea la sociología misma” <sup>16</sup>.

Este autor es considerado el principal y más influyente en el desarrollo de una sociología internacional. Sin embargo, fue Max Huber<sup>17</sup> quien, en el periodo anterior a la Segunda Guerra Mundial, introdujo el concepto de *internacionalidad* proporcionando un planteamiento sociológico de las Relaciones Internacionales, que define como:

El conjunto de fenómenos sociales que expresan relaciones inmediatas a los Estados entre sí o influyen directa o indirectamente en estas relaciones o están por ellas influidos,

---

<sup>16</sup> Schwarzenberge G, *Power politics, A study of international society*, London 1<sup>ª</sup> ed., 1941, p. 123. En Celestino del Arenal, *op.cit.*, 87p.

<sup>17</sup> La línea sociológica en el estudio de la realidad internacional abierta por Max Huber será seguida entre otros, también desde una perspectiva jurídico-internacional, por Schinder y Ruysen.

constituyendo la problemática de la internacionalidad. Es internacional una relación cuando se refiere a relaciones entre grupos sociales que están determinados por poderes estatales distintos, y son internacionales en el sentido más estricto, jurídico, las relaciones entre los Estados mismos<sup>18</sup>.

De acuerdo con estos criterios, se entendieron a las Relaciones Internacionales como la “ciencia que investiga el mundo de las relaciones sociales, ya sea en el desarrollo entre individuos, entre grupos o entre naciones, aceptando que las relaciones intergrupales y los actores que las generan ocupa un lugar preferente en las relaciones sociales”<sup>19</sup>.

La academia británica ha nutrido gran parte el desarrollo de las teorías en la disciplina. Sin embargo, en la década de los años cincuenta del siglo XX, tiene un resurgimiento a través de los teóricos funcionalista como Raymond Aron (por mencionar un ejemplo), él cual aproxima la realidad internacional con un nuevo proceso metodológico para su investigación y modelo teórico de interpretación.

#### 1.1.1.2 Academia Norteamericana

La academia norteamericana, a diferencia de la academia británica, se estableció en la Ciencia Política, lo que dio origen al desarrollo de la corriente teórica del realismo político. El fin de la Segunda Guerra Mundial, y el incrementó de la hegemonía estadounidense tanto en el ámbito político, económico e ideológico a nivel mundial, es el momento de mayor auge de la academia norteamericana. Generando una prevalencia académica por medio de la teoría realista como enfoque dominante que dotó de elementos políticos y teóricos a la disciplina.

La incorporación de las Relaciones Internacionales como rama de la Ciencia Política no solamente limitó el estudio de la disciplina bajo el enfoque de la política internacional, sino que centralizó sus elementos de análisis en los Estados como únicos actores en la esfera internacional. Otro aspecto importante radica en la importancia

---

<sup>18</sup> Antonio Truyol, *op. cit.*, p. 62.

que se le dio al concepto del poder, el cual se estableció como eje en los estudios en las universidades norteamericanas: “Colocar el poder en vez del Estado en el centro de la ciencia política hace más fácil considerar las Relaciones Internacionales como una rama la ciencia política”<sup>20</sup>. Es así, como el papel hegemónico de la Ciencia Política en las universidades norteamericanas y el asenso de los Estados Unidos a la categoría de gran potencia, marcaron la evolución teórico metodológica de las Relaciones Internacionales.

Lo anterior explica las causas del dominio del paradigma realista (el cual se mencionará a continuación), razón por la que la disciplina alcanzó su mayor desarrollo teórico específicamente en Estados Unidos, producto de la hegemonía alcanzada por esta nación, por lo que solamente se consideraron cuestiones que le ayudaron a mantener su poder, y a justificar su política exterior. Estados Unidos adecuó, la producción intelectual en sus academias como un mecanismo indispensable para justificar su actividad política, económica e ideológica.

A continuación se analizará el realismo, teoría que ha constituido la base para muchas de las concepciones teóricas que actualmente se desarrollan en la disciplina de Relaciones Internacionales y parte de la crítica feminista a la disciplina. Si hubiera que buscar un común denominador en la mayoría de las corrientes teóricas de la disciplina, en términos generales, los postulados realistas serían los de mayor trascendencia<sup>21</sup>.

---

<sup>19</sup> Roberto Russell, *Enfoques teóricos y meteorológicos para el estudio de la política exterior*, Buenos Aires, Argentina, Grupo editor Latinoamericano, Colección de estudios internacionales, 1992, p. 23.

<sup>20</sup> Annette B Fox , William Fox, *The teaching of international relations research: The american experience, wold politic*. En Celestino del Arenal, *op. cit*, p. 73.

<sup>21</sup>Celestino del Arenal, *op. cit*, p.126.

### 1.1.2 Paradigma Realista

El realismo ha sido la tradición dominante y más influyente en la disciplina, hasta el punto que se ha llegado a considerar “el resto de la historia de las Relaciones Internacionales, en muchos aspectos, es una nota a pie de página del realismo”<sup>22</sup>. Durante largos períodos se ha hablado de la hegemonía realista en la disciplina, la cual ha influido y determinado la teorización de las Relaciones Internacionales.

Lo que denominamos realismo político es también conocido como política del poder. Se puede definir como la manifestación teórica concreta que surge y se desarrolla en la segunda fase en el desarrollo de la disciplina (inicios de la Segunda Guerra Mundial). El realismo logra establecerse como teoría dominante producto de una combinación de factores: políticos, económicos, internos e internacionales, científicos, culturales y con la consolidación de los Estados Unidos al término de la Segunda Guerra Mundial como potencia económica, política y militar, lo que generó una nueva forma de estudiar y entender la política internacional.

En lo teórico, la concepción realista se caracteriza por separar las Relaciones Internacionales del derecho internacional y la historia diplomática; y por sustentar sus principios básicos en la ciencia política, el concepto de poder será la clave para entender y explicar las relaciones internacionales tanto en la teoría como en la práctica. Establece una separación entre la política interna y la política internacional. En la política internacional priman los valores de poder y seguridad. Los Estados y estadistas funcionarían como los actores fundamentales, se concibe a los ciudadanos sólo como miembros de un Estado, por sí mismos éstos son carentes de poder. Es así

---

<sup>22</sup> Mónica Salomón, *op.cit.*, p. 5.

como las Relaciones Internacionales serán entendidas por su naturaleza conflictiva, producto de la constante lucha por el poder<sup>23</sup>.

Los autores realistas retoman a los filósofos y politólogos clásicos como: Tucídides, Hobbes, Maquiavelo, Locke, Rousseau, Hegel, Marx, etc. Estos politólogos y filósofos fueron de vital importancia para el desarrollo teórico de la disciplina, de sus textos se toman los principales conceptos del realismo tales como el poder, el estado de naturaleza, seguridad y el conflicto; los cuales serán aplicados al ámbito internacional. Bajo la influencia de estos teóricos se formó un grupo de estudiosos de las Relaciones Internacionales provenientes todos ellos de diferentes disciplinas; la economía, la estrategia, la ciencia política, la diplomacia, la geopolítica, etc., los cuales formularon el realismo político.

A continuación mencionaré las aportaciones y los autores que considero más importantes del realismo, y del neorrealismo. Dentro de los teóricos realistas contemporáneos más destacados en las Relaciones Internacionales podemos mencionar a Reinhold Niebuhr, Robert Schuman, Stanley Hoffman, Georg Schwarzenberger, Edward Carr, George Kennan, Henry Kissinger, Martin Wight, Arnold Wolfers, Hedley Bull, sin embargo, el realista más influyente que podemos mencionar es Hans Morgenthau. En cuanto al neorrealismo están, Kenneth Neal Waltz, Robert Keahone y Robert G. Gilpin.

Es necesario precisar que el trayecto teórico de las Relaciones Internacionales se presenta como una disciplina occidental, típica de los Estados occidentales. La cual presenta una perspectiva absolutamente nacional y culturalmente limitada, es decir, sobre las bases de comunidades científicas aisladas, y por un marcado etnocentrismo,

---

<sup>23</sup> Celestino Del Arenal, *op. cit.*, p. 29.

en donde, el mundo que se analiza e interpreta, ofrece soluciones desde planteamientos americanos u occidentales en su mayoría<sup>24</sup>.

La escuela realista en Relaciones Internacionales, comienza con la obra de Reinhold Niebuhr *“Moral Man and Inmoral Society”* publicada en 1932. Niebuhr señala que “la política es y será siempre una lucha entre los diferentes egos por la dominación y el poder”<sup>25</sup>, visión que convirtió al poder en el concepto clave para explicar las constantes disputas entre las naciones. Niebuhr retoma de Maquiavelo la idea de que el hombre está marcado por el pecado original y en consecuencia es capaz del mal, “el hombre es pecador porque niega sus límites, pretendiendo ser más de lo que realmente es”<sup>26</sup>. Según este autor, la guerra y los conflictos internacionales no son más que una explicación del carácter general de la existencia humana y de la perversidad del hombre. Al referirse a la naturaleza del poder entre Estados, afirma que no sólo “el poder nacional es la proyección del deseo de poder individual, sino que la tendencia hacia el poder se magnifica aún más a nivel de grupo o nación, acentuando su violencia y agresividad”<sup>27</sup>.

La obra de Edward Carr *“The Twenty Year Crisis 1919-1939: and introduction to study of International Relations (1933)”*<sup>28</sup>, ha sido catalogada la base del realismo, ya que reestructuró el contenido de la disciplina en su conjunto, y desplaza al idealismo del eje del análisis. Lo que caracteriza la obra de Carr es que plantea una división del poder político en tres categorías: poder militar, poder económico y poder sobre la opinión pública. Sin embargo, el poder militar es el elemento más importante “la (...)”

---

<sup>24</sup> *Ibidem.*, p. 69.

<sup>25</sup> *Ibidem.*, p. 125.

<sup>26</sup> Hans, Morgenthau, *Politics among nations. The struggle for power and peace*, Nueva York: Alfred Knopf, 1978, p.13

<sup>27</sup> *Ibidem.*, p. 15.

<sup>28</sup> Edward Hallett Carr, *The Twenty years' crisis 1919-1939. An introduction to study of international relations*, Nueva York, 1964, Macmillan/St., Martin's Press, Londres and Nueva York, p. 68.



importancia del instrumento militar descansa en el hecho de que la última razón del poder en las relaciones internacionales es la guerra. Cada acto del Estado, en su aspecto de poder, se dirige a la política internacional y la fuerza militar en el criterio reconocido de los valores políticos”<sup>29</sup>.

De esta manera para el realismo, el poder y sobretodo el militar, será el elemento esencial en la vida del Estado. El autor lo plantea no sólo como un instrumento sino como un fin en sí mismo cuando afirma que “el sistema internacional no tiene un gobierno común, ya que cada Estado necesita buscar su seguridad en base (sic) a su propio poder y debe considerar como una amenaza el poder de sus vecinos”<sup>30</sup>. A partir de estas premisas se comenzó a dar mayor relevancia a la seguridad nacional, el poder y el conflicto en el realismo.

Por otra parte, en la obra “*Power Politics*” de Schwarzenberger (1941), se estableció el concepto de política del poder. Este “significa un tipo de relaciones entre Estados en el que predominan algunas reglas de conducta: armamentos, aislacionismo, diplomacia del poder y la guerra (...). Elementos que determinarán la jerarquía entre los miembros de cualquier sociedad”<sup>31</sup>. Al iguala que para Carr, este autor señala que el interés del Estado debe ser el principal factor para la acción política, y el éxito de la política se define en la preservación y el fortalecimiento de éste. Por ello todos los Estados deben de tener la capacidad ofensiva militar (lo que les asegurara la defensa de su interés nacional y los dota de los medios para hacer daño a los demás Estados). La constante será la incertidumbre ya que ningún Estado sabe cuándo otro utilizará su ofensiva militar. En esta concepción los Estados son racionales, éstos buscaran el poder y calcularan sus intereses en función de maximizar su seguridad,

---

<sup>29</sup> Celestino del Arenal, *op. cit.*, p.129.

<sup>30</sup> Edward Carr, *op. cit.* p.71.

<sup>31</sup> Celestino del Arenal, *op. cit.*, p. 130.

poder de esta manera, según el realismo los principios morales en abstracto no pueden aplicarse a la acción política<sup>32</sup>. Es así como la noción de Estado detentor del poder y de la seguridad para preservar el interés nacional, se convirtió en el elemento clave de esta teoría internacional.

Como se mencionó anteriormente el realista más destacado y más influyente en la disciplina es Hans Morgenthau, quien comienza a incorporar cierto orden y autonomía a la disciplina. Este teórico llegó a los Estados Unidos como refugiado de la Alemania nazi. Su trabajo como señala John Vásquez “es el más importante vehículo para establecer el predominio del paradigma realista, en el estudio de las Relaciones Internacionales, especialmente en los Estados Unidos”<sup>33</sup>. Su obra “*Politics Among Nations*” publicada en 1948, es considerada como el primer estudio sistemático de política internacional en la disciplina.

Es así como la escuela realista, encuentra en los postulados de Morgenthau las bases para crear un modelo teórico que sea “claramente identificable frente a anteriores concepciones del mundo”<sup>34</sup>. De los estudios norteamericanos realizados en su generación, fue él quien logró elaborar la obra más rigurosa, producto de la reflexión de los procesos políticos más significativos del siglo XX. Su obra es la síntesis de conceptos y principios, forjados durante dos décadas de crítica dirigida a los enfoques y métodos tradicionales del análisis internacional. A partir del periodo de posguerra Morgenthau formula los principios fundamentales que constituyen al realismo político y toda su teoría internacional.

El realismo ha sido una corriente con altibajos, pero sigue vigente a través

---

<sup>32</sup> George Schwarzenberger, *Power politics*, Cambridge University Press, 3ª edición 1964, p. 34.

<sup>33</sup> Gustavo Palomares Lerma, “*Hegemonía y cambio en la teoría de las relaciones internacionales*”, *Revista CIDOB d’ Afers Internacionals*, Vol. 22, 1991, p. 25.

de 'neorrealismo' . La obra *"Theory of International Politics"* (1979) de Kenneth Waltz, constituye la primera reformulación de realismo al neorrealismo. La reformulación del realismo al neorrealismo, mantiene los principales supuestos del realismo clásico: los Estados como unidades racionales y autónomas como principales actores de la política internacional, el poder es la principal categoría analítica de la teoría y la anarquía como característica definitoria del sistema internacional. Pero quizás las principales diferencias entre el realismo clásico y el neorrealismo de Waltz radica en que centra su explicación más en las características estructurales del sistema internacional y menos en las unidades que lo componen, hace un mayor uso de teorías micro- macro económicas<sup>35</sup>, el neorrealismo se plantea como un enfoque multidimensional de la política mundial que incorpora varios marcos analíticos o programas de investigación.

El idealismo, realismo y neorrealismo han logrado un considerable avance en la teorización de la disciplina. Sin embargo, lo que ha caracterizado a la disciplina de las Relaciones Internacionales, en su todavía corta historia es la existencia de una enorme variedad de escuelas, concepciones teóricas, la falta de un marco teórico - conceptual y metodológico único. En ese sentido, se puede decir que las Relaciones Internacionales se encuentran en una situación parecida a la descrita por Kuhn, es decir, en un estado pre- científico que caracteriza a todas las ciencias "no es extraño que, en la primeras etapas del desarrollo de cualquier ciencia, diferentes hombres, ante la misma gama de fenómenos, los describan y los interpreten de modos diferentes" <sup>36</sup>.

---

<sup>34</sup> *Ibidem.*, p. 36.

<sup>35</sup> Mónica Salomón, *op.cit.*, p. 59

## 1.2 Diálogos y fracturas teóricas en Relaciones Internacional

En la teorización de las relaciones internacionales han coexistido intentos de diálogo, aproximaciones entre distintos enfoques y fracturas teóricas en la disciplina. A continuación, señalaré brevemente los diálogos y aproximaciones teóricas en la disciplina, porque con ellos se da la entrada a la teorización feminista, la cual critica los enfoques tradicionales o hegemónicos e introduce las problemáticas de las mujeres en el contexto internacional, y rechaza la totalidad de la tradición racionalista occidental en la disciplina<sup>37</sup>.

El primer diálogo (o intento de) se adscribe el idealismo – realismo, en segundo lugar encontramos el realismo – transnacionalismo, después se da la tercera etapa en donde se encuentran el neorrealismo – neoliberalismo, y por último se da la transición a los diálogos disidentes – reflectivistas de los cuales se derivan las aportaciones feministas en la disciplina, y para esta investigación constituyen el punto de arranque para introducir y plantear las problemáticas de las mujeres en el ámbito internacional, en particular la salud mental de las mujeres.

### 1.2.1 Idealismo-realismo

El primer diálogo idealista- realista, es el resultado de la centralidad de los enfoques dominante en la disciplina (idealista –realista), se inicia en la década de los treinta del siglo XX. Como se mencionó líneas más arriba, la tradición realista ocupó el puesto dominante tras la Segunda Guerra Mundial. La transición entre una y otra etapa suele

---

<sup>36</sup> Thomas Kuhn. *op. cit.*, p. 24.

<sup>37</sup>Dichos enfoques no nacieron espontáneamente en la teorización de las Relaciones Internacionales sino que fueron una manifestación de otras reflexiones que se hicieron en el marco más amplio de las ciencias sociales y las humanidades. Mónica Salomón, *op. Cit.*, p. 2.

explicarse con la idea de que los realistas e idealistas mantuvieron una confrontación denominada primer debate. En realidad dicho debate no fue nada fructífero pues sólo una obra ejerció impacto en tal sentido *“The Twenty Years Crisis”* (1939) de Edwar Carr (mencionada anteriormente), la cual fue una crítica al pensamiento utópico de autores como Alfred Zimmern, y George Roosevelt (entre otros). Esta obra no generó ninguna respuesta por parte de los autores implicados, por lo que no hubo ningún debate.

Más que un enfrentamiento “entre ciencia y utopía, como lo pretendía Carr, fue un choque entre dos ideologías sociopolítica o dos visiones opuestas”<sup>38</sup>. Otro elemento a destacar, es que en el momento en que se desarrolló este intento de debate, ninguna de esas visiones estaban vinculadas a un teorización articulada y sistemática como para que se le pudiera considerar científica en un sentido amplio. Esto hacía imposible que tanto realistas como liberales pudieran establecer un auténtico debate o diálogo.

El dominio y hegemonía posterior del realismo en la teorización de las Relaciones Internacionales, no puede interpretarse como una victoria de los realistas, más que ningún otro factor la preponderancia de la teoría realista tuvo que ver con la utilidad de dicho enfoque en las decisiones políticas estadounidenses tanto en las dimensiones militares, diplomáticas, y en su posición de potencia mundial en el sistema internacional desde el fin de la Primera Guerra Mundial y posteriormente en el periodo de Pos-Segunda Guerra Mundial y Guerra fría<sup>39</sup>.

---

<sup>38</sup> *Ibidem*, p. 8.

<sup>39</sup> *Idem*, p. 8.

## 1.2.2 Debate realismo- transnacionalismo

El diálogo entre neorrealistas - neoliberales también llamado realista – transnacionalista (globalismo) o debate interparadigmático (tuvo lugar en la década de 1970). Este se estableció en el contexto de la Guerra Fría, la crisis del sistema de Bretton- Woods, la crisis del petróleo, la descolonización y nacimientos de nuevos Estados<sup>40</sup>, la preocupación creciente hacia las armas nucleares, la creciente desigualdad entre los países industrializados y en vías de desarrollo. Así como la aparición de nuevos actores económicos en el sistema internacional. En dicho debate el papel de Robert O. Keahane<sup>41</sup> fue fundamental, como principal artífice del acercamiento entre neorrealismo y neoliberalismo. Junto con Joseph Nye, cuestionaron a través del enfoque transnacionalista, el estatocentrismo como principal postura del realismo.

El transnacionalismo señala la existencia de múltiples niveles en la esfera internacional en los que se incluye al Estado, pero a diferencia del realismo hace un pronunciamiento particular en torno a los actores no estatales (Organizaciones no gubernamentales, asociaciones, etc.) y sociales, dichos autores señalaban que “en un mundo cada vez más interdependiente, las teorizaciones basadas en la preponderancia del Estado-nación son insuficientes para describir y explicar la

---

<sup>40</sup> Corea se independiza de Japón después de 40 años de invasión; Filipinas se independiza de EE.UU.; Laos, Vietnam, Camboya se independizan de Francia 1949-1954; comienza la descolonización en Sudán, Ghana y África Subsahariana 1956-1957, Letonia, Estonia, Lituania, Ucrania, Bielorrusia, Moldavia, Uzbekistán, Kazajistán, Tayikistán y Kirguistán se independizan de la Unión Soviética en 1991, entre otros.

<sup>41</sup> Editor y autor de las obras más significativas de la corriente transnacionalista: *Transnational Relations and World Politics* (1971-1972) y *Power and Interdependence* (1977). En estas obras tanto Keahane y Nye articularon una serie de ideas presentes en enfoques preexistentes. Mónica Salomón, *op. Cit.*, 8p.

realidad internacional”<sup>42</sup>. Otro aspecto importante de esta corriente es que el poder, no juega el papel central, así mismo las nociones de interdependencia y el papel de la fuerza militar en las relaciones internacionales fueron cuestionadas en la obra citada.

El debate realismo - transnacionalismo, a diferencia del realista – idealista, sí es considerado como debate, debido a las aportaciones teóricas de Keohane y Nye, los cuales conceptualizaron a las Relaciones Internacionales como interestatales. El trabajo de Keohane y Nye generó respuesta por parte de los realistas a través del neorrealismo o realismo estructural, abriendo paso al tercer debate en la teorización de las Relaciones Internacionales.

### 1.2.3 Debate neorrealismo-neoliberalismo

Este debate se caracteriza por tres elementos: en primer lugar se da la renuncia por parte de los transnacionalistas de formular una propuesta concreta para integrar las teorías realistas y liberales en un enfoque multidimensional; así mismo se genera una reformulación del realismo al neorrealismo; y por último, se da la transición del enfoque transnacionalista al neoliberalismo institucional.

El inicio del debate se da con la renuncia de Robert Keohane y Nye de su propósito inicial de construir un paradigma alternativo al realismo al que denominaron teoría transnacionalista. En su obra *“Power an Interdependence”* (1977), sostuvieron que ya no pretendían construir un nuevo paradigma sino completar el realismo, ya que a su entender este representaba un enfoque válido para conceptualizar ciertos aspectos de la realidad internacional<sup>43</sup>.

---

<sup>42</sup> Robert Keohane, Joseph Nye (Eds), *Transnational relations and world politics*, Boston, USA, Little Brown, 1977,24p. En Mónica Salomón. *op.cit.*, 12p.

Por su parte Keohane, centró su análisis en el estudio de las instituciones y reglas internacionales a través de la utilización de la teoría liberal. En comparación con el concepto de armonía de intereses utilizada en el realismo, Keohane utilizó el concepto de cooperación:

La cooperación no equivale a la armonía o arreglo pacífico de controversias. La armonía exige una total identidad de intereses, pero la cooperación sólo puede tener lugar en situaciones en las que hay una mezcla de intereses conflictivos y complementarios. En esas situaciones la cooperación tiene lugar cuando los actores ajustan su comportamiento a las preferencias reales o previstas de los demás (...), la cooperación no es necesariamente buena desde un punto de vista moral<sup>44</sup>.

Por lo que este autor planteó la necesidad introducir un concepto más amplio de cooperación que incluyera lograr acuerdos en el ámbito internacional, está sería la diferencia y el planteamiento básico de dicho diálogo.

Cabe mencionar que el diálogo neorrealista - neoliberalismo, también lo conforman las reconceptualización de la teorías de la integración europea (institucionalismo intergubernamental, teoría clásica de la integración europea), de Robert Keohane, Stanley Hoffmann y Andrew Moravscik, sólo por mencionar algunos.

### 1.2.3 Diálogos disidentes - reflectivistas

La segunda tendencia en la teorización en Relaciones Internacionales, comienza a partir de la década de los ochenta del siglo XX y principios del siglo XXI<sup>45</sup>, generando

---

<sup>43</sup> *Ibidem*. 23p.

<sup>44</sup> *Ibidem*, p. 20.

<sup>45</sup> *Ibidem*, p.21.



una variedad de enfoques con la finalidad de reestructurar la disciplina, que puede ser explicada como una reacción a las carencias percibidas en las teorías tradicionales y enfatizando la falta de elementos en las teorías hegemónicas, las cuales solamente explicaban los conflictos bélicos y sus consecuencias.

Algunos autores vinculados a estos enfoques aluden a los cambios en el sistema internacional (por ejemplo la crisis de los años setenta) al referirse a sus motivaciones para buscar teorías alternativas. Sin embargo, dichos enfoque son también un reflejo de los debates metodológicos y epistemológico desarrollados en la ciencias sociales en general, así como de tendencias intelectuales vinculadas a la desilusión del proyecto modernista de la ilustración<sup>46</sup>.

Será en el discurso pronunciado por Robert Keohane en la International Studies Association (1988), donde señaló la contraposición entre los nuevos enfoques disidentes y los viejos enfoques hegemónicos o tradicionales, por lo que dividió en dos corrientes la teorización: en racionalistas, los que se pronunciaban a favor de las teorías realistas - neorrealistas, liberales - neoliberales; y los autores llamados reflectivistas o disidentes<sup>47</sup>. Estos últimos tenían en común la desconfianza hacia los modelos científicos en el estudio de la política mundial, y en su lugar proponían una metodología basada en la interpretación histórica y textual.

Los enfoques reflectivistas están más unidos por lo que rechazan que por lo que aceptan. Dichos rechazos tienen que ver con críticas a determinados aspectos en la manera de teorizar en las corrientes dominantes, los reflectivistas pretendían: liberar a

---

<sup>46</sup> *Ibidem*, p. 19.

<sup>47</sup> No existe acuerdo entre los autores sobre la denominación de la familia de enfoques que Keohane llamo reflectivistas. Algunos autores han optado por la denominación de tendencias post-positivistas aludiendo al posicionamiento de varios de ellos a la manera positiva de entender la ciencia. Otro grupo de autores distingue entre teoría crítica enfoques reflectivistas en general o teoría crítica del enfoque específicamente habermasiano y neomarxita. *Ibidem*, p. 22.

la investigación “de la jaula intelectual en la que estuvo encarcelada con el realismo tradicional de posguerra”<sup>48</sup>, e incorporar al análisis a los actores ausentes y hacer una crítica a la epistemología en donde se puso en entredicho el verdadero lenguaje, los conceptos, los métodos y la historia del discurso dominante que constituyeron la guía en el reflexionar de la disciplina.

La diferencia entre estos enfoques es que plantean desafíos fundamentales no sólo a los objetivos y suposiciones centrales del realismo, sino también a la teoría del conocimiento en otros campos científicos como la sociología, la ciencia política, y la filosofía (entre otros). Existen cuatro enfoques reflectivistas en la teorización de las Relaciones Internacionales: la teoría crítica, la constructivista, los posmodernos y las feministas (el plural en los dos últimos se debe a la gran variedad de aproximaciones dentro de esos enfoques).

Sin embargo, para los objetivos de esta investigación sólo mencionaré de manera muy resumida los enfoques feministas. Entendiendo por teoría feminista como:

Un vasto campo de elaboración conceptual cuyo objetivo fundamental es el análisis exhaustivo de las condiciones de opresión de las mujeres. El centro de su reflexión es la explicación de la multiplicidad de factores que se concatenan para sostener la desigualdad entre mujeres y hombres basada en el género, la cual está presente en todos los ámbitos de desempeño de las personas que formamos parte de sociedades marcadas por la dominación patriarcal<sup>49</sup>.

---

<sup>48</sup>Irene Rodríguez Manzano, *Mujer, género y teoría feminista en las relaciones internacionales*, Madrid, Curso de Derecho Internacional y relaciones internacionales de Vitoria-Gasteiz 2000, Servicio Editorial de la Universidad del país Vasco-Tecnos, p. 269.

Disponible en:

[http://www.ehu.es/cursosderechointernacionalvitoria/ponencias/pdf/2000/2000\\_6.pdf](http://www.ehu.es/cursosderechointernacionalvitoria/ponencias/pdf/2000/2000_6.pdf) (día de consulta 04/05/2010)

<sup>49</sup> Martha Patricia Castañeda, *Metodología de la Investigación Feminista*, México, Programa de Investigación Feminista, CEIICH-UNAM, 2008, p. 10.

En este sentido, el objetivo del feminismo es hacer de las mujeres el foco de cuestionamiento, y señalar la subordinación en la que se encuentran por la división jerárquica de género<sup>50</sup>. Género se define como “aquella construcción social y cultural de las categorías de la masculinidad y la feminidad”<sup>51</sup>, que dota de atributos a los individuos en términos de estatus social, de papeles sexuales y de estereotipos sociales, así como de relaciones de poder manifestadas en dominación y subordinación. El género no es únicamente una dicotomía entre hombres y mujeres sino una jerarquía en la que el primero está por encima de la segunda<sup>52</sup>.

La teorización feminista no es “una actividad puramente académica abstracta, sino un compromiso crítico permanente con el mundo. El feminismo es un punto de partida, una posición desde la cual las propias acciones dan un sentido social y una significación política”<sup>53</sup>. El término feminismo abarca una gran variedad de perspectivas y prácticas. En general ha abarcado dos ámbitos, el primero es referente a los movimientos político - sociales y el segundo como un conjunto de ideas y enfoques, estos últimos se abordaran a continuación.

Las teorías feministas en las Relaciones Internacionales se encuentran, como lo señalamos anteriormente, entre las teorías que rompen con los esquemas tradicionales, y plantean una reestructuración en la disciplina. Autoras como Mónica Salomón<sup>54</sup> denominan a las teorías feministas como disidentes o reflectivistas, argumentando que sus contribuciones e interpretaciones son desafíos teóricos para la

---

<sup>50</sup> Joan Scott. *Género e Historia*. Fondo de Cultura Económica, México, 2008, p. 35

<sup>51</sup> Gayle Rubin, *El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo*, Nueva Antropología, Vol.VIII, Nº30, México, 1986, p. 123.

<sup>52</sup> Teresa Ortiz Gómez, *Medicina. Historia y género: 130 años de investigación feminista*, Ediciones KKK, Oviedo, España, 2006, p 15.

<sup>53</sup> Ann Tickner, *Gender and International Relations*, Nueva York, Columbia University Press, 1992, p. 15.

<sup>54</sup> Mónica Salomón, *op.cit.*, p. 33.

disciplina. Algunas perspectivas feministas han abierto el análisis de la teoría occidental moderna, de modo que “las voces marginadas pueden ser oídas; cuestiones en ocasiones suprimidas pueden ser escuchadas; espacios cerrados para el análisis se han abierto al debate; cuestiones de hecho descartadas de la aproximación dominante pueden ser seriamente reconsideradas y reevaluadas”<sup>55</sup>. En este nuevo espacio de reflexión teórico y metodológico, el feminismo ha tenido más posibilidad de incorporarse a dichas contribuciones y a introducir problemáticas, perspectivas, y aportes de las mujeres en la disciplina. Razón por la cual en esta investigación se utiliza la metodología feminista para abordar la política mundial y mostrar elementos que la conforman como la salud mental de las mujeres.

Los enfoques feministas en Relaciones Internacionales hicieron su aparición a finales de los años ochenta del siglo XX, a la par de los teóricos postmodernos. Aunque, existe una pluralidad en los enfoques feministas, podemos decir que hay dos criterios en los que está organizada la teoría feminista en la disciplina: la agrupación que hace Alison Jaggar (1983)<sup>56</sup>, quien divide las teorías de acuerdo con los criterios políticos en que se suscriben, y la de Sandra Harding (1996)<sup>57</sup>, quien plantea una clasificación según los criterios epistemológicos que las sustentan. Esta última división es la más utilizada en Relaciones Internacionales.

Comenzaremos con la división que hace Alison Jaggar, la cual agrupa a aquellas teorías que contienen posturas políticas y filosóficas en sus premisas. En esta corriente se distingue la siguiente clasificación:

**Feminismo liberal:** defienden los valores de libertad, dignidad, igualdad y autonomía propios del pensamiento liberal. Considera que las mujeres son oprimidas porque no son tratadas igual que los hombres y exigen igualdad de oportunidades formales y

---

<sup>55</sup> Jim George, “*International Relations and the Search for thinking Space: Another View of the Third Debate*”, *International Studies Quarterly*, Vol. 33, N°3 (septiembre), 272-273pp.

<sup>56</sup> Alison Jaggar, *Feminist politics and human nature*, United States of America, Rowman and littlefield publisher, 1983, p.27.

<sup>57</sup> Sandra Harding, *Ciencia y feminismo*, Madrid, Ed. Morata, 1996, p. 19.

materiales, para revertir la situación de discriminación. Durante los siglos XVIII y XIX, el feminismo liberal denunció públicamente las prácticas sociales dominadas por los hombres, y la exclusión femenina en las esferas de la vida pública. Entre las autoras que asumen esta corriente destacan: Betty Friedan, Karen Gregen, Geneviève Lloyd, Jane Richards y Susan Okin<sup>58</sup>.

Las feministas liberales en Relaciones Internacionales se dividen en dos rubros de investigación: las primeras, consideran hacer evidente la subrepresentación de las mujeres en la esfera internacional, la política, el ejército, etc. Las segundas enfatizan el desempeño de las mujeres en la alta política, sus aportaciones en áreas convencionales como su labor en hospitales, la industria de alimentos o incluso en unidades militares, por lo que cuestionan la visión androcéntrica de la disciplina. Entre las autoras más destacadas de esta corriente encontramos a: Peter R. Beckman y Francine D' Amico, en su obra "*Women, gender, and World Politics, Perspectives, Policies and Prospects*" (1994) analizaron el ascenso de dirigentes políticas como el caso de Corazón Aquino (Presidenta filipina 1986-1992), Benazir Bhutto (Primer ministra pakistaní en dos periodos 1988-1890 y 1993-1996 o Margaret Thatcher (Primer ministra del Reino Unido en 1979 y 1990), estilo de liderazgo y actividad política de estas dirigentes. Por su parte, Peterson Spike V. y Anne Sisson Runyan en "*Global Gender Issues*" (1999) ofrecen una recopilación de figuras histórico políticas femeninas, comenzando con Cleopatra hasta llegar a Golda Meir (Diplomática, estadista y cuarta primer ministra en Israel en 1968), para demostrar la existencia de mujeres en posiciones claves de la alta política. Estas autoras después se situarían en la corriente del feminismo radical.

---

<sup>58</sup>Mónica Salomón, *op.cit.*, p.32.

Feminismo socialista – marxista : enfatiza el problema de la desigualdad socioeconómica, entendida desde su vinculación con la desigualdad sexual. En este sentido la opresión de las mujeres no es producto “de la ignorancia o de las actuaciones intencionadas de individuos sino producto de las estructuras políticas, sociales y económicas asociadas al capitalismo” <sup>59</sup>. Por lo que, cuestionaron los postulados del marxismo clásico que no habían tenido en cuenta las relaciones entre el sistema económico y la subordinación de las mujeres. Sus representantes más importantes son: Heidi Hartmann, Christine Delphy, Silla Einsenstein, Juliet Mitchell, Sheila Rowbothan y Alison Jaggar<sup>60</sup>.

Feminismo radical: está vinculado a los movimientos por los derechos humanos en Estados Unidos (1960-1970). Se centra en la crítica al patriarcado, sistema que hace posible la dominación del hombre sobre la mujer. El feminismo radical señala que se requiere una reconstrucción radical del orden de género que vaya más allá de las reformas de leyes y de la igualdad en las instituciones político - económicas. Asume una dura crítica frente a las dos primeras posturas (feminismo liberal y social-marxista), ya que éstas buscan la liberación de la mujer bajo los esquemas de valores de los hombres, en lugar de exigir la igualdad de poder. Por su parte proponen crear una contracultura que considere y enfatice los valores femeninos.

Su objetivo esencial consiste en la transformación del sistema y por ello su crítica se dirige a los fundamentos epistemológicos de la ciencia en la que el mundo se

---

<sup>59</sup> *Ibidem*, p. 33.

<sup>60</sup> Yetzy Villarroel, “*Los aportes de las teorías feministas a la comprensión de las relaciones internacionales*” , *Politeia (online)*, dic. 2007, Vol.30, no.39 p.65-86. Disponible en: [http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-97572007000200003&lng=es&nrm=iso](http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-97572007000200003&lng=es&nrm=iso) (día de consulta 26/07/2010).

organiza bajo el modelo patriarcal. Al elevar el análisis feminista a la esfera política, encuentra que el sistema es estatocéntrico, el cual no considera las relaciones de género y la subordinación de las mujeres. Las autoras más reconocidas de esta postura son: Kate Miller, Germaine Greer, Shulamit Firestone, Eva Figes, Mary Daly, y Gayle Rubin.

Las feministas radicales en Relaciones Internacionales proponen una reformulación de la política internacional, les interesa contrastar los modelos masculinos predominantes con los criterios femeninos con el objetivo de mostrar las diferentes respuestas hacia los problemas de guerra y paz de las mujeres. Señalan también que las mujeres no sólo tienen una apreciación diferente de la política internacional, sino que tienen una ética superior a la de los varones en estos aspectos. Al igual que las feministas liberales, las feministas radicales exigen la participación de las mujeres en los procesos de decisión política, pero con criterios femeninos pacifistas para poder transformar de forma positiva la política internacional. Otro aspecto del feminismo radical, consiste en que no acepta la definición tradicional de las Relaciones Internacionales y de la alta política, ni la separación de esfera interna (privada) e internacional (pública), subraya la interdependencia de estas esferas y propone una revalorización de las características femeninas. Las feministas de esta corriente adoptan atributos asignados patriarcalmente para someterlos a una revalorización positiva.

La propuesta de agrupación de las teorías feministas basado en los esquemas denominados criterios epistemológicos desarrollados por Sandra Harding (1996). Son los más utilizados en Relaciones Internacionales. Dentro de esta tipología destaca la siguiente clasificación:

---

Feminismo empirista: considera que el sexismo y el androcentrismo presentes en la investigación científica son sesgos sociales que se pueden corregir con una adhesión estricta al método científico. Señala que la ciencia ha desempeñado un papel fundamental en establecer criterios genérico y plantea la idea de una mala ciencia en la cual no hay referencias ni representación de la mujer en los temas de estudio. Sin embargo, reconocen la existencia de una buena ciencia la cual es el subcampo crítico de las ciencias sociales, por lo que se pueden exponer valores e intereses que funcionan como una evidencia material, para situar las fallas existentes en las ciencias naturales<sup>61</sup>.

En Relaciones Internacionales, las feministas empiristas cuestionan la metodología usada en la investigación internacional. Consideran que las Relaciones Internacionales han sufrido un prejuicio masculino que ha distorsionado la realidad internacional. Por lo que cuestionan, los conceptos, los lugares asignados a las mujeres que las excluyen en la disciplina, con ello desafían la metodología convencional de la disciplina exigiendo la inclusión de las mujeres en temas como la justicia social, el desarrollo de los pueblos, la paz y no sólo el estudio de la guerra y el Estado. Esta corriente del feminismo, según Christine Sylvester, pretende provocar un desplazamiento del aparato metodológico de las Relaciones Internacionales que permitan introducir las cuestiones de las mujeres, y sus experiencias en el ámbito internacional. Además denuncian la exclusión de las mujeres en el actuar político internacional<sup>62</sup>.

Feminismo de punto de vista (*standpoint feminism*): sostiene que la ciencia refleja la posición dominante del hombre en la vida social lo que produce un conocimiento parcial. Para Christine Sylvester, el punto de vista de las mujeres permite favorecer una visión ética y científicamente más adecuada, pues completa el conocimiento, y por ello permite una mejor explicación e interpretación del mundo y de la conducta

---

<sup>61</sup> Sandra Harding, *Ciencia y feminismo*, Madrid, Ed Morata, 1996, p. 23.

<sup>62</sup> Christine Sylvester, *Feminist international relations: And unfinished journey*, United Kingdom at the University Press, Cambridge, UK, 2002, p. 172.



social. Esta perspectiva feminista asume como propias todas las críticas del feminismo empírico a la metodología y a los principios fundamentales de la teoría de las Relaciones Internacionales, sin embargo, se distancia del mismo al considerar que esta corriente no pone en tela de juicio la epistemología imperante en la disciplina basada en el realismo.

Algunas teóricas del punto de vista, buscan conceptos, palabras, metáforas que los hombres han utilizado para degradar a las mujeres y a la feminidad, los argumentos por ejemplo de Mary Daly (1984), ha contribuido enormemente para reexaminar los objetos de estudio y la historia en que se han basado las percepciones de la realidad:

“a través de la búsqueda de la razón, las mujeres se dan cuenta de que el mundo es un producto y restaurado artificial de la imposición de las percepciones patriarcales de la realidad de los varones” <sup>63</sup>. Por encima de todo, el *standpoint feminism* busca “justificar los postulados feminista, que sostiene que las mujeres han sido y son oprimidas” <sup>64</sup>, así mismo buscan dar cuenta de las diferencias existentes entre mujeres.

Por otra parte el feminismo del punto de vista, cuestiona la pretensión de validez universal, neutral y objetiva de los teóricos realistas, lo que ha contribuido al mantenimiento del sistema sexo-género occidental, y la supremacía de la masculinidad, pone en entre dicho los conceptos clásicos como: poder, seguridad, guerra, etc. Por lo que exige un cambio en las construcciones epistemológicas de la disciplina “sólo se puede alcanzar la liberación, reconstruyendo este discurso (occidental) y privilegiando la propia identidad oprimida” <sup>65</sup>. Por lo que Sylvester argumenta que esta corriente representa un movimiento feminista transformador, en

---

<sup>63</sup> *Ibidem*, p.173.

<sup>64</sup> Susan Hekman, “*Truth and method: Feminist standpoint revisited*”, *Journal of women in culture and society*, Vol. 22, núm.2, invierno de 1997, p. 342.

<sup>65</sup> Jenny Chapman, *La perspectiva feminista*. En David March y Gery Stoker (eds.), *Teoría y métodos de la ciencia política*, España, Alianza Editorial, Madrid, 1997, p.112.

el cual existen múltiples planteamientos que ofrecen una perspectiva que incluye la relación entre los actores, procesos, estructuras y los hombres y mujeres en el sistema de género. Entre las feministas de esta corriente encontramos a Susan Hekman, Nancy Hartsock, Patricia Hill Collins y Sandra Harding, entre otras.

En Relaciones Internacionales Jo Ann Tickner, representa esta postura, quien (en 1988) cuestionó los seis principios del realismo político elaborados por Morgenthau. Para Tickner, los principios de Morgenthau representan la expresión de la preeminencia machista en la disciplina, donde la categoría del interés nacional entendido como poder, se encuentra fundamentada en una visión parcial. Plantea que desde el punto de vista femenino el interés nacional no sólo debe definirse como poder, sino también como cooperación e interdependencia, capaz de incluir problemas globales como el problema nuclear, ecológico, bienestar económico y las problemáticas de las mujeres, más adelante se abordara con mayor detalle los postulados de Jo Ann Tickner.

A su vez, Cynthia Enloe, otra autora representante del *standpoint feminism*. Plantea la necesidad de mostrar el papel real que ocupan las mujeres en la política internacional, siendo éste más importante del que se les asigna usualmente. En la obra *“Bananas, Beaches and Bases: Making Feminist Sense of International”* (1989), Enloe trata temas sobre movimientos nacionalistas, diplomacia, expansión militar y deuda externa, por lo que parte del análisis de los actores internacionales y específicamente de las mujeres como sujetas que influyen sustancialmente en la política internacional, examina los puestos que han ocupado en la alta política desde una perspectiva feminista a partir de la idea de que ‘lo político y lo internacional es personal’. Así mismo, señala las valiosas aportaciones de las esposas de los líderes políticos o diplomáticos en las decisiones tomadas por éstos y el papel de las mujeres que

trabajan en el sector de la prostitución y su vínculo con los gobernantes, también analiza a las manifestantes antimilitaristas, madres de soldados, etc.

Para Cynthia Enloe, Joan Ann Tickner, Christine Sylvester, entre otras, son las mujeres que ganan visibilidad a través de las perspectivas feministas, las cuales ofrecen una nueva definición de los concepto de la política e incluyen en el análisis internacional temas como: el trabajo doméstico, el cuidado de los hijos, la violencia hacia las mujeres, los cuales son tan merecedores del interés académico y parte fundamental de la esfera internacional.

Feminismo postmoderno: este enfoque se refiere a la condición de género, centrado en la identidad de la mujer y su relación con el conocimiento. Como punto central cuestiona la validez de la ciencia moderna, “el posmodernismo se aleja de todo intento de una teoría integrada y se muestra escéptico respecto a las nociones de racionalidad y verdad” <sup>66</sup>. Este enfoque produce un cuestionamiento del proyecto de la Ilustración junto con sus valores, sus categorías y su interpretación de la historia. No cree en los procesos emancipadores universales (de las mujeres). La identidad, según esta corriente de pensamiento, gira en torno a la dicotomía poder - saber. Consideran que todos los individuos tienen una multiplicidad de identidades en función de las distintas posiciones que ocupan en la compleja realidad social. No sólo el género asigna posiciones subordinadas en mujeres y hombres, sino que también influye en la situación social, cultural y, política de los seres humanos.

El postmodernismo en Relaciones Internacionales en su versión feminista tiene dos vertientes; por un lado, el feminismo postmoderno no esencialista busca la deconstrucción de la autoridad y la idea de hombre soberano, donde la identidad no se comprende ni existe solamente en función del otro. En segundo lugar, el

postmodernismo feminista esencialista busca evidenciar las limitantes de los conceptos que se centra en los varones para incluir a las mujeres. Ambos feminismo pretenden señalar como los procesos internacionales ubican a las mujeres de formas distintas en el sistema internacional a través de la división de: raza o etnia, clase y género. Entre las postmodernas en Relaciones Internacionales encontramos Christine Sylvester, Charlotte Hopper, Jean Bethke Elshtain, Heidi Hudson, entre otras<sup>67</sup>.

Las teorías feministas en sus distintas versiones buscan insertar en la agenda internacional el tema de las mujeres, toda vez que el sistema internacional se presenta cada vez más difuso en tanto a las problemáticas de éstas. La crítica fundamental radica en que toda categoría, concepto, y ramas del conocimiento en el mundo se encuentra sesgada por una visión masculina que deja de lado la manera en que las mujeres entienden las relaciones internacionales, así como sus problemáticas. Uno de los objetivos más importantes de las teorías feministas en la disciplina es “revelar las distorsiones, perjuicios, exclusiones y desigualdades”<sup>68</sup> de las categorías, paradigmas y conceptos sobre los que se ha construido el discurso de las Relaciones Internacionales; y denunciar cómo las teorías dominantes que se han considerado neutrales, objetivas y universales, están profundamente marcadas por sesgos de género.

Los estudios feministas de la política internacional poseen rasgos comunes, entre los que destacan: su crítica visión al realismo o paradigmas tradicionales y el estudio del funcionamiento del sistema de género en la esfera internacional. No obstante no se puede negar que quizás el rasgo más prominente de los análisis feministas es su diversidad en los asuntos mundiales, lo cual es reflejo de la teoría feminista en general.

---

<sup>66</sup> Mónica Salomón, *op.cit.*, p.27.

<sup>67</sup> Christine Sylvester, *op.cit.*, p. 173.

<sup>68</sup> Martha Patricia Castañeda, *op.cit.*, p. 11.

La visión del feminismo sobre la disciplina no ha sido unívoca, por lo que encontramos perspectivas y enfoques feministas divergentes. A continuación, nos referimos a la crítica feminista al paradigma realista. Lo que se quiere mostrar en el siguiente apartado es que la teorización clásica de las Relaciones Internacionales en sus diferentes vertientes ha estado marcada por el sesgo de género, lo que nos permite ejemplificar de mejor manera la importancia de una perspectiva feminista que incluya los temas de las mujeres tanto en la agenda internacional como en la nacional. Posteriormente se utilizará este enfoque para analizar la problemática de la salud mental de las mujeres bajo los instrumentos internacionales de derechos humanos, los cuales también han mantenido una omisión constante de las principales problemáticas de las mujeres, como lo es su salud mental y han mantenido una visión de la salud de las mujeres bajo dicotomías de género.

## 1.2 El cuestionamiento feminista al paradigma realista

*La igualdad de las mujeres y las niñas constituye también un imperativo económico y social. Hasta que no se logre liberar a las mujeres y las niñas de la pobreza y la injusticia, todos nuestros objetivos, la paz, la seguridad, el desarrollo sostenible, correrán peligro.  
Secretario General de la ONU, Ban Ki-Moon<sup>69</sup>*

Como se ha mencionado, las premisas centrales de las Relaciones Internacionales y del realismo en particular, se han fundamentado en elementos que han marginado a las mujeres y sus problemáticas en la disciplina. Lo que ha repercutido en un lento y limitado desarrollo de la teorización en Relaciones Internacionales, centrando el análisis en el estudio del Estado como principal actor internacional, y la prevalencia de conceptos de la Ciencia Política como las dimensiones militares, conflictos bélicos, nucleares en el estudio.

Tradicionalmente la diplomacia, el servicio militar y la Ciencia Política internacional han sido dominios históricos masculinos, en los que raramente se observan mujeres desempeñando funciones de alta gerencia o especialistas en materia de seguridad internacional. Lo más frecuente es que las mujeres se inclinen más hacia áreas como la economía política internacional, las relaciones Norte-Sur o asuntos en materia de justicia distributiva, y relacionados con la paz<sup>70</sup>. La exclusión de las mujeres no sólo

---

<sup>69</sup> Discurso del Secretario General de Naciones Unidas en el día internacional de la Mujer 8 de marzo de 2010.

<sup>70</sup> Jo Ann Tickner, *op.cit.*, p. 54.

responde a factores de discriminación sino también a un proceso de selección que empieza desde la academia, hasta la práctica de las relaciones internacionales. Como lo señalan Anne Sisson y Spike Peterson “bajo el paradigma patriarcal del idealismo o realismo, la mujer, el otro, el extranjero, el loco, son creados y construidos como el enemigo que debe ser sometido a control del hombre - Estado a cualquier coste” <sup>71</sup>.

La centralidad de la disciplina en el paradigma realista, como señala Ann Tickner ha privilegiado “las cuestiones que emergen de las experiencias de los hombres, donde la guerra y la política del poder, son actividades con la que los hombres tienen una afinidad especial y sus voces son las principales a la hora de describir y explicar el mundo” <sup>72</sup>. Lo que nos permite afirmar que la omisión de las experiencias de las mujeres es un proceso de auto-selección que se refleja en la mayor presencia masculina en la política exterior, donde subyace la idea del guerrero, el príncipe o el hombre de la alta política, y se suprime automáticamente a las mujeres del discurso, la práctica y la teorización<sup>73</sup>.

Sin embargo, como lo mencionamos anteriormente, la disciplina se ha visto en la necesidad de analizar el impacto de los múltiples fenómenos internacionales a través de diversos enfoques o diálogos, entre ellos el feminismo introduce la categoría de

---

<sup>71</sup> En Birgit Locher , “*Las relaciones internacionales desde la perspectiva de los sexos*, Revista Nueva sociedad” , N° 158, noviembre-diciembre, Venezuela, 1998, p. 7. Disponible en : [http://biblioteca.hegoa.ehu.es/system/ebooks/7005/original/Relaciones\\_Internacionales\\_desde\\_la\\_Perspectiva\\_de\\_los\\_Sexos.pdf](http://biblioteca.hegoa.ehu.es/system/ebooks/7005/original/Relaciones_Internacionales_desde_la_Perspectiva_de_los_Sexos.pdf) (día de consulta: 07/11/2009)

<sup>72</sup> Jo Ann Tickner, *op.cit*, p. 4-5.

<sup>73</sup> En 1990 las mujeres representaban solamente el 10% de los cargos de alta gerencia (presidentas, prime ministro), actualmente encontramos una participación similar, en la cual podemos mencionar a :Tarja Halonen (presidenta de Finlandia desde 2000), Gloria Macapagal Arroyo (presidenta de Filipinas en 2001 hasta 2010), Michelle Bachelet (presidenta de Chile en 2006-210, y actualmente es la encargada de ONU Mujeres), Ángela Merkel (canciller de Alemania en el periodo de 2005), Cristina Fernández de Kirchner (actual presidenta de Argentina desde 2007), Laura Chinchilla (actual presidenta de Costa Rica, electa en 2010), Pratibha Patil (primera mujer en ser elegida presidenta en la India en las elecciones del 2007), Dilma Rousseff (actual presidenta de Brasil), Margaret Chan (actual presidenta de la OMS).

género en el análisis de la sociedad internacional, permiten hacer visible la forma en que los procesos internacionales han actuado desigualmente sobre hombres y mujeres, por lo que enfatizan la necesidad de analizar el ámbito internacional bajo una perspectiva feminista.

La investigación feminista proporciona varias posturas críticas frente a los enfoques convencionales. En la disciplina de Relaciones Internacionales, por ejemplo el feminismo se traduce en una crítica al realismo, con el objetivo de develar los sesgos de género implícitos en cada una de sus líneas conceptuales. Las aspiraciones de la teoría feminista son, entre otras, cosas preguntarse ¿Dónde están las mujeres en las Relaciones Internacionales?, así como documentar la exclusión, la injusticia, los prejuicios, y desigualdades de las categorías, paradigmas y conceptos sobre los que se ha construido la disciplina, mostrar cómo las teorías que se han considerado como neutras, objetivas y universales están profundamente marcadas por sesgos sexistas. Es decir buscan mostrar sus conocimientos, exponer todas las expresiones de ser y hacer de las mujeres que permanecen desconocidas, ignoradas, silenciadas y omitidas en la disciplina.

En definitiva ya no se trata de releer los textos realistas con miras a entender lo que discuten, sino de hacer evidente lo que está implícito en ellos. Para ello en este apartado señalaremos brevemente el desafío que plantea el feminismo al paradigma realista. Por medio del cuestionamiento a los conceptos realistas, se podrá señalar la omisión de las mujeres y la división de género que subordina todo lo femenino en dicho enfoque.

Una de las propuestas teóricas feministas más relevantes para este apartado, es el trabajo *“Gender in International Relations”* (1992) de Jo Ann Tickner. La autora evalúa el realismo político de Morgenthau y el neorrealismo de Waltz a través de la epistemología feminista. Debido a la centralidad que adquiere la política del poder de Morgenthau en el análisis internacional, Tickner plantea una resignificación de los postulados realistas como una alternativa feminista a la visión masculina, incompleta y parcial de la realidad internacional. Razón por la cual, la epistemología feminista en Relaciones Internacionales busca conceptualizar una visión mundial diferente a la



existente, abrir y hacer más accesible el campo de las Relaciones Internacionales a las mujeres y sus problemáticas.

La reconceptualización de Ann Tickner permite enfatizar los postulados hegemónicos del realismo que han dado mayor prioridad a problemas con los que los hombres han tenido mayor afinidad; “sí los hombres son los que describen los problemas y construyen las teorías para explicar el funcionamiento del sistema internacional no es lógico encontrar una perspectiva feminista en la disciplina” <sup>74</sup>. Tradicionalmente la diplomacia, el servicio militar, la alta política, se han sustentado bajo definiciones de feminidad y masculinidad, producto de un conjunto de categorías sociales construidas bajo criterios masculinos, en donde los términos racionalidad, objetividad, poder se asocian a valores masculinos occidentales y las características como debilidad, dependencia, irracionalidad son asociadas a lo femenino.

Debido a esta división, raramente se observan mujeres desempeñando funciones de alta gerencia o sus problemáticas tomadas en cuenta en la configuración de la política internacional. Tickner señala que es necesario partir de una crítica concreta al problema de la construcción del género para entender la manera en que se reparte - asigna el poder y de qué manera esta distribución implica una dominación de los varones sobre las mujeres; y plantear nuevos enfoques en el análisis de la sociedad internacional.

En el trabajo de Tickner se encuentran varias respuestas a las preguntas planteadas sobre la exclusión de las mujeres en las relaciones internacionales, para la autora el problema radica en que no sólo es una cuestión de discriminación, sino también de un

---

<sup>74</sup> *Ibidem.*, p. 15.

proceso de selección que comienza desde la forma en como se enseñan las relaciones internacionales hasta las áreas de trabajo que se le asignan a hombres y mujeres. En el realismo político encontramos los términos de poder, seguridad, guerra, estrategia, etc., corresponden a características masculina, mientras que las mujeres han sido estereotipadas cómo carentes de tales cualidades, “de acuerdo con esto, el término realismo político describe una percepción parcial e incompleta de la política internacional” <sup>75</sup>. Para las feministas en la disciplina, la realidad internacional es múltiple, por lo que una visión verdaderamente realista de la política internacional debe reconocer, elementos como la división genérica del poder, la división sexual del trabajo y las problemáticas femeninas así como sus actividades, lo que ampliaría los temas y los sujetos de estudio de la disciplina.

Como ejercicio práctico, Tickner reformula los seis principios de Morgenthau de la política internacional como una alternativa feminista que muestra la visión masculina de la realidad internacional en donde se reconoce que en la agenda internacional existe una prioridad por los problemas masculinos que han impactado en la tardía incorporación de las problemáticas femeninas (como lo señalaremos en el capítulo 3).

---

<sup>75</sup> *Ibidem.*, p. 437

### 1.2.1 Principios de Morgenthau y reformulación de Jo Ann Tickner

El primer principio de Morgenthau señala que “el realismo político considera a la política, como a la sociedad en general, es gobernada por leyes objetivas que tienen sus raíces en la naturaleza humana”<sup>76</sup>. En la reformulación de este principio Ann Tickner retoma la crítica feminista de las ciencias naturales que hace Evelyn Fox Keller en “*Reflections on Gender and Science*” (1985)<sup>77</sup>. Como la mayoría de las feministas contemporáneas, Keller en su obra rechaza el supuesto positivista de la ciencia, el cual considera que las ciencias son modelos neutrales y objetivos. Esta premisa de Keller le permite J. Ann Tickner argumentar que en los tres niveles de análisis (individuo, Estado y sistema internacional) utilizados en el realismo para explicar el origen de la guerra y la necesidad de establecer una seguridad nacional, se basa en una construcción teórica subjetiva y parcial, la cual se ha establecido bajo un lenguaje occidental basado en las experiencias de los varones.

Para Keller y Tickner, la ciencia no es un sistema neutro de conocimiento de la realidad, ni está libre de valores universales, es solamente una forma más no la única de acercamiento a la realidad. De esta forma, la pretensión realista de universalidad que ha privilegiado el término seguridad nacional, Estado y sistema Internacional a partir de valores asociados a la masculinidad, que ha devaluando todo lo femenino, producto de un conjunto de categorías sociales construidas en el tiempo y asociadas a la masculinidad, que en el caso del realismo, Morgenthau utiliza para definir sus conceptos principales.

---

<sup>76</sup> Hans Morgenthau, *op. cit.*, p. 43.

<sup>77</sup> Evelyn Fox Keller, *Reflections on gender and science*, New Haven and London, Yale University Press, 1985, p.63.

En “*Ciencia y Feminismo*” (1996)<sup>78</sup>, Sandra Harding señala que la ciencia es una actividad social por lo que sus postulados han sido utilizados en el estudio de las ciencias sociales, categorías, metodologías y conceptualizaciones estructuradas en la división genérica las cuales asignan significado y valor a todas las cosas, lo que limita el verdadero conocimiento y entendimiento de la ciencia.

Desde el punto de vista feminista la construcción de la ciencia en general, se encuentra estructurada bajo el paradigma del universo coercitivo y jerárquico, por lo que es difícil una formulación objetiva. Morgenthau al referirse al conocimiento objetivo - universal, está validando solamente una parte de la realidad, la del poder y la dominación patriarcal genérica. La homologación de la humanidad con el hombre (varón) excluye y somete a las mujeres las cuales no son consideradas como sujetos políticos. Desde esta visión, la ciencia a pesar de sus pretensiones de universalidad y objetividad se encuentra construida por y para occidente, lo que ha permitido legitimar el mantenimiento del sistemas de dominación sexo-género.

Segundo principio: “La directiva principal que ayuda al realismo político a encontrar su ruta en la política internacional, es el concepto del interés nacional definido en función del poder”<sup>79</sup>. Para Morgenthau una teoría de la política internacional o interna, es imposible sin el interés nacional, ya que los “estadistas piensan y actúan en función del interés nacional”<sup>80</sup>, noción que le permite justificar tres elementos principales para el realismo político norteamericano: el poder, el interés nacional y la política internacional. Para Morgenthau “la política internacional como toda política, es la lucha por el poder, cualesquiera que sean los fines últimos de la política internacional, el poder es siempre el fin inmediato”<sup>81</sup>, es especialmente este elemento donde se enfatiza y justifica la función del poder en términos bélicos, y las

---

<sup>78</sup> Sandra Harding, *op. cit.*, p. 11.

<sup>79</sup> Hans Morgenthau, *Politics among nation, the struggle for power and peace*, Alfred Knopf, Nueva York, 1978 Chicago, 1946, 3ª reimpresión 1957, p. 16

<sup>80</sup> *Ibidem.*, p. 16.

<sup>81</sup> *Ibidem.*, p. 43.

guerras como el medio para lograr las metas nacionales, sin importar las implicaciones.

La lucha a la que hace referencia Morgenthau, radica no sólo en el dominio de los varones en el ámbito político internacional sino en ámbito familiar y nacional. Para Tickner, la lucha por el poder es una construcción en su totalidad sin presencia femenina, el varón del realismo es político, sustentado en una construcción social occidental, y en una supuesta representación de la naturaleza humana esencialista de la masculinidad.

#### Tercer principio:

El interés nacional es el objetivo supremo e intangible que guía la lucha por el poder. Es la esencia de la política.(...) En un mundo donde todos los Estados luchan por el poder, el interés nacional puede identificarse con la supervivencia del Estado, es decir, la protección de su identidad física, política y cultural, contra los ataques de otros Estados. Sólo una vez asegurada la supervivencia el Estado puede perseguir intereses de menor rango<sup>82</sup>.

Este principio va en el mismo sentido que el anterior, sin embargo, aquí existe la premisa de la anarquía internacional como una constante amenaza, razón por la cual, los Estados necesitan establecer un sistema militar para preservar su soberanía por medio del hombre político o el guerrero - ciudadano en términos maquiavélicos. La versión militarizada de la ciudadanía de Morgenthau, la asemejan al comportamiento varonil - viril, dicha identidad la podemos encontrar desde las antiguas ciudades - Estado griegas hasta la actualidad.

---

<sup>82</sup> Hans Morgenthau, *Scientific man Vs power politics*, Chicago, 1946, 3ª reimpresión 1957, p. 16.

Sin embargo, los realistas retoman la identidad del ciudadano - guerrero para legitimar la violencia y la justifican a través de la glorificación y legitimación del soldado guerrero. Para los griegos, el reconocimiento de un gran ciudadano era a través de heroísmo y del sacrificio en la guerra, lo que representaba la verdadera prueba de la virtud viril del hombre. En las ciudad - Estado griega la comunidad guerrera era la de mayor jerarquía, excluyendo a las mujeres y esclavos de la ciudadanía (los cuales sólo participaban en la necesidad del hogar o en la economía, actividades que no eran consideradas importantes), lo que también se aplica en el realismo político. La actitud viril, de honor, grandeza, poder, fuerza, y coraje, otorgan una identidad cívica asociada claramente a la masculinidad, y las actitudes asignadas a lo femenino no entran en el concepto de identidad cívica, por lo tanto las mujeres quedan excluidas de la ciudadanía *ipso facto*.

La noción del ciudadano - guerrero resurge en la Europa del siglo XVI, en los escritos de Nicolás Maquiavelo más tarde retomados por Morgenthau, donde asocia la excelencia humana con la lucha por el poder, como una característica inevitable de la naturaleza humana, glorificando al guerrero- príncipe protector de las amenazas externas. Para Tickner el ciudadano - guerrero, no es una característica inevitable de naturaleza humana, ni una posibilidad deseable, señala que la personalidad guerrera y de ciudadanía son una construcción social de género cimentada solamente en supuestos de naturaleza humana.

A pesar de que las mujeres se encuentran ausentes en la mayor parte de los escritos políticos, cuando se les menciona (tanto Maquiavelo como Morgenthau) no sólo la dejan sin derecho de ciudadanía, sino que también las presentan como una amenaza para la masculinidad del guerrero - ciudadano catalogadoras como seres inferiores y peligrosos: “La amenaza más peligrosa para el hombre y el Estado es ser como una mujer porque la mujer es débil, temerosa, indecisa, y dependiente”<sup>83</sup>.

---

<sup>83</sup> Nicolas Maquiavelo, *El príncipe*, Porrúa, México, 1985, p.33.

Dichos estereotipos, para Tickner siguen en los discursos militares y de la política exterior en la actualidad. El ciudadano de primera clase está vinculado con las cuestiones militares (armada, marina, etc.) y de seguridad nacional. Las características asociadas con la feminidad son consideradas un pasivo en la política internacional, a pesar de que los realistas argumentan que cuando se refieren a la seguridad nacional, lo hacen en términos abstractos y despersonalizados, existe una construcción del discurso realista fundamentada en identidades de género y una visión masculina, en las nociones de virilidad, fuerza, poder, interés y seguridad nacional.

Por lo que se vuelve necesario cuestionar la visión esencialista del ciudadano - guerrero, del estado de naturaleza y agresividad, las cuales no son características connatural como lo argumentan los realistas. En este sentido, ser un soldado, es ser un varón, no una mujer, más que cualquier otra institución social, el sistema militar se establece bajo las dicotomías de género. Un soldado debe ser un protector, que muestra coraje, fuerza, responsabilidad, que reprime los sentimientos de miedo, vulnerabilidad, y de compasión, éstos últimos vistos como rasgos femeninos o pasivos, los cuales no pueden estar presentes en la guerra, donde se demanda hombría. Por esta razón cuando las mujeres se convierten en soldados, estas identidades de género se pone en duda y las mujeres que se incorporan a este ámbito se convierten en seres masculinizados (a pesar que las mujeres actualmente constituyen un grupo considerable en los ejércitos, siguen ocupando los rangos inferiores o de segunda categoría)<sup>84</sup>. La guerra, el Estado y el sector militar entre otros, son los espacios donde los varones buscan consolidar y garantizar su poder y jerarquía, y les permite reafirmar su identidad.

---

<sup>84</sup>A pesar de un creciente número de mujeres en las fuerzas armadas de EE.UU., (país donde hay el mayor porcentaje de efectivos militares mujeres), sigue siendo una institución masculina según reporta el New York Times el 10 de Octubre de 1990.

En la obra *“Women, militarism and war: essays in history, politics and social theory”* (1985) de Jean Bethke Elshtain y Sheila Tobias, hacen un estudio de la historia militar, en donde señalan que muchos de los supuestos de agresividad en el hombre no son naturales, por lo que muestran que la mayoría de los soldados prefieren no luchar o muchos se niegan incluso cuando se encuentran en situaciones sin tanta dificultad, según estas autoras en la Segunda Guerra Mundial sólo el 15% de los soldados dispararon sus armas en la batalla, lo que permite argumentar que no existen cualidades naturales de violencia en los hombres, sino que es una construcción cultural basada en la hombría y el deber patriótico masculino<sup>85</sup>.

Así mismo en *“Women and Men’ s Wars”* (1983)<sup>86</sup>, Judith Hicks Stiehm afirma que los instructores militares recurren a la manipulación de la ansiedad y la virilidad de los hombres poniendo en duda su identidad sexual, con el fin de aumentar la disposición de los soldados en luchar. Por lo tanto, la asociación de hombre y violencia no depende de una agresividad innata de los hombres, sino que son construcciones culturales y sociales de género. El modelo de soldado viril-guerrero implica una justificación y un medio para perpetuar la violencia de género. A través de la complicidad entre violencia, virilidad, poder por parte de los hombres y la subordinación, dominio, sumisión hacia las mujeres. La violencia es un concepto moldeado a imagen y semejanza del varón viril y guerrero.

Al igual que en la sociedad griega, se sigue considerando en muchas sociedades especial respeto a los veterano de guerra o miembros de la armada. Es un honor que se le niega a todas las mujeres, así como también a ciertos hombres. En los Estados

---

<sup>85</sup> En el ámbito económico al igual que en el político, el tema de seguridad nacional cuenta con mayor prioridad. La asignación del presupuesto nacional, que se le da al campo militares es mayor en la mayoría de los países si se compara con otros campos como puede ser el sector sanitario. El gasto militar siempre es vinculado con el patriotismo. Jean Bethke Elshtain y Sheila Tobias, *Women, militarism and war: essays in history, politics and social theory*, USA, Ed. Rowman and littlefield, Totowa, New Jersey, 1990, p. 72.

<sup>86</sup> Judith Hicks Stiehm (Ed). *Women and men’ s war*. Journal issue, 1983. En Joshua Goldstein, *War and gender*, New York, Cambridge University Press, 2001, p. 37



Unidos, se puede evidenciar con mayor claridad, como la identidad de un político exitoso siempre se vincula al servicio en el ejército. Ann Tickner señala por medio del trabajo de Sheila Tobias *“Shifting Heroisms: The Uses of Military Services in Politics”* (1988), que los políticos que no han formado parte del servicio militar, y que no han estado en conflictos armados, no cuentan con un fuerte apoyo electoral, y no se les asignan cargos políticos relevantes, en general los políticos con experiencia bélica son los más aceptados como candidatos presidenciales<sup>87</sup>.

En la comprensión actual de la ciudadanía se sigue glorificando el sacrificio de perder la vida por la patria como una actitud de honor. Sin embargo, en el trabajo de Elaine Scarry *“The body in pain. The making and unmaking of the world”* (1985)<sup>88</sup>, encontramos la paradoja del soldado que regresa de la guerra. Elaine sostiene que los cuerpos desgarrados de los soldados representan la antítesis del soldado viril, el hombre que ha sobrevivido a la experiencia de la guerra regresan en muchos caso inútiles o desvalidos, por lo que el cuerpo de veterano de guerra se convierte en objeto referencial del carácter violento, deshumanizado de las políticas de guerra, es decir los cuerpos y mentes inválidas, mutiladas, traumatizadas son el reflejo de las implicaciones severas de los conflictos militares y representan la paradoja del cuerpo del soldado violento, fuerte, capaz de matar a otros cuerpos. Es preciso, redefinir los estereotipos de masculinidad, y reconsiderar los valores masculinos que afectan a las mujeres como a los propios varones.

El cuarto principio de Morgenthau señala, que en la política se debe tomar en cuenta lo deseable y lo posible, de esta manera los principios morales quedan así sometidos.

---

<sup>87</sup> Como ejemplos encontramos en Estados Unidos a: Dwight Eisenhower presidente (1953-1961) y comandante general de las fuerza armada durante la Segunda Guerra Mundial, John F. Kennedy, presidente en el periodo de 1961-1963 y comandante militar, Gerald R. Ford comandante de la marina y presidente (1974-1977), George Bush (1989-1993) que participó en la Segunda Guerra Mundial, entre otros.

<sup>88</sup> Elaine Scarry, *The body in pain, the making and unmaking of the world*, Nueva York, Oxford University Press, 1985, p. 189.

El objetivo de la acción política se encuentra en el interés nacional, donde los Estados están sometidos a una moralidad que difiere de la moralidad del estadista en sus relaciones personales, razón por la que el realismo señala que no se debe confundir moralidad individual con la moralidad estatal. El estadista está dotado de una racionalidad sustentada en la defensa territorial y de los recursos<sup>89</sup>. Al respecto J. Ann Tickner sustenta que el supuesto comportamiento racional del Estado y del estadista nunca considera las cuestiones como la defensa de las mujeres y niños en nombre de la seguridad nacional. Por lo que dicho supuesto, ha dado lugar a un antihumanismo internacional. El estadista al anteponer la seguridad de mujeres y niños cuando decide la participación del Estado en los conflictos bélicos, justifica la violencia hacia las mujeres y la sociedad civil a través de la violencia militar como mecanismo para la protección del Estado. En este mismo sentido, los Estados y estadistas tiene el control masculino sobre las mujeres, haciéndolas que se comporten o que no se comporten de determinadas formas; para reclamar derechos sexuales, servicios emocionales y domésticos. La violencia en sus distintas representaciones tiene implícito mantener las relaciones de patriarcado de dominación masculina y subordinación femenina<sup>90</sup>.

La violencia del Estado, se refleja de distintas manera, y repercute directamente en las mujeres en distintos ámbitos: en el hogar al permitir y no castigar la violencia masculina hacia ellas, en el trabajo a través del acoso sexual, en la calle por medio de la violencia sexual al igual que en la guerra, lo que representa no solamente la ausencia de seguridad física sino también mental como lo abordaremos con mayor precisión en el capítulo siguiente.

Las feministas han denunciado esta visión sexual de la violencia, donde la idea de un imaginario bélico masculino ha excluido a las mujeres del concepto de seguridad nacional, el cual omite los efectos de la violencia, de la guerra, del poder en integridad corporal-mental de las mujeres. A través del análisis de Cynthia Enloe en *"Bananas, Beaches and Bases: Making Feminist Sense of International"* (1990), encontramos las implicaciones severas de los conflictos bélicos en la vida de las

---

<sup>89</sup> Hans Morgenthau, *op.cit.*, p. 28

<sup>90</sup> Martha Patricia Castañeda. *op.cit.*, p. 67.

mujeres. Como ejemplo, menciona el caso de las trabajadoras domésticas en el ámbito internacional, que producto de las guerras internas o externas y de las crisis económicas, se ven obligadas a salir de sus países para trabajar en servicios feminizados o domésticos en el ámbito internacional :

Tienen miedo (las mujeres) de que si no emigran, no les quede más remedio que dedicarse a la prostitución. No encuentran trabajo en el oficio que conocen. La guerra civil ha hecho imposible la vida en el país. Tienen hermanas o compañeras del colegio que ya han emigrado y les han prometido ayuda para encontrar trabajo. Son cálculos personales, pero lo cierto es que ayudan a equilibrar el comercio del país y pagan la deuda externa<sup>91</sup>

En este caso Enloe, señala la responsabilidad del Estado de la migración de las mujeres filipinas hacia los países desarrollados; el cual respalda la migración a través de contratos con países de primer mundo, en donde ofrece el servicio doméstico de las mujeres con la finalidad de que manden cierto porcentaje de su sueldo a su país de origen. Este ejemplo de internacionalización del servicio doméstico y la explotación de las mujeres en otros países, abarca varias repercusiones en la seguridad de las mujeres y en su vida.

---

<sup>91</sup>Como señala Jean Elshtain, en la guerra la experiencia de las mujeres no es tomada en cuenta. Los hombres son los únicos sujetos en el mundo de la guerra, y en la política internacional las mujeres en su mayor parte continúan ausentes. Poco material se puede encontrar del papel de la mujer en las guerras, sólo son consideradas en términos de víctimas y rara vez como agentes. Por definición las mujeres son consideradas como empleadas de una casa (suelen trabajar muchas horas, sometidas a la explotación constante), en segundo lugar la mayoría de las trabajadoras domésticas en el extranjero son ilegales, por lo tanto tiene empleos ilegales, sin prestaciones, y sin ninguna seguridad social. Se mencionó en el ejemplo que utiliza Enloe, del gobierno filipino.

Esta autora representante del feminismo en Relaciones Internacionales, también nos muestra los arreglos entre los militares estadounidenses y las autoridades filipinas en el control de las mujeres que trabajan como sexo servidoras<sup>92</sup>. Enloe señala que con el objetivo de satisfacer las necesidades sexuales de los soldados estadounidenses establecidos en bases militares en Filipinas, el gobierno filipino estableció acuerdos específicos de prostitución y violación de mujeres con el objetivo que Estados Unidos garantizara la seguridad nacional. A través de una visión de virilidad militarizada, Enloe señala que “las bases militares, la virilidad militarizada y la prostitución van de la mano”<sup>93</sup>.

La subordinación y el dominio de las mujeres que trabajan en la prostitución en el caso de Filipinas ejemplifican la relación entre la política masculinizada de seguridad nacional y las cualidades de los soldados que supuestamente luchan para proteger la seguridad nacional, representan para las mujeres conceptos que abarcan el poder, dominio y sumisión a través de la violencia físicas, sexuales y psicológicas<sup>94</sup>. Desde una perspectiva feminista la seguridad tanto nacional como internacional, interna como externa en la que se sustentan tanto los realistas como la mayoría de las teorías en Relaciones Internacionales admiten y justifican la dominación masculina, lo que significa un modelo de seguridad sustentado en el hombre en donde no se incluye a las mujeres en su conceptualización de seguridad, poder, entre otros.

---

Cynthia Enloe, *Bananas, beaches and bases: making feminist sense of international politic*, University of California, USA, Berkeley, 1990, p. 184.

<sup>92</sup> Los estadounidenses establecieron bases militar en Olopango City (Filipinas) y contagiaron a 20 000 mujeres trabajadoras en el sector sexual por enfermedades de transmisión sexual. Esta epidemia provocó fuertes tensiones entre el gobierno filipino y estadounidenses.

<sup>93</sup> *Ibidem.*, p. 81.

<sup>94</sup> La violación en la guerra, como lo demuestra el Caso de la guerra declarada en Bosnia (1991-1995) por el líder serbio Slobodan Milosevic, cuando la antigua república yugoslava optó por la independencia, más de 20,000 mujeres y niñas fueron violadas como armas de guerra, como una estrategia militar. Comisión de Derechos Humanos. *Agresión y violación de mujeres en el territorio de la ex Yugoslavia*, 1994. Anna Aguado, *Mujeres, regulaciones de conflictos sociales y cultura de la paz*. Publicacions de la Universitat de València, España, 1999, pág. 196.

Una visión feminista de seguridad nacional, la encontramos en un discurso pronunciado por la Organización Feminista de Mujeres de Negro en Pro del activismo a favor de la paz, libertad y democracia en los Balcanes:

Confieso mi actividad antibelicista de larga data; que no acuerdo con las severas golpizas propinadas a personas de otras etnias y nacionalidades, religión, raza u orientación sexual (...) que he alimentado a mujeres y niños/as en los campos de refugiados, escuelas, iglesias y mezquitas, porque estoy comprometida con una política de solidaridad; (...) que he insistido en que la matanza debe de terminar, así como la destrucción, limpieza étnica, evacuación forzada de personas y violaciones; he cuidado de otros, mientras que los patriotas cuidaron de sí mismos<sup>95</sup>

A diferencia del realismo, en la visión de las Mujeres de Negro, se cuestiona, problematiza y denuncia el papel del Estado como principal perpetrador de la violencia.

Quinto principio: El interés nacional debe ser definido en “términos de poder, el que nos salva de los excesos morales y de esa locura política. Porque si miramos a todas las naciones, incluso la nuestra, y las comprendemos como entidades políticas que persiguen sus respectivos intereses, definidos en términos de poder, estamos en la aptitud de hacerles justicia a todas”<sup>96</sup>.

Es una conclusión que el autor da del principio anterior. Sin embargo, este principio ha sido utilizado para describir los proyectos imperialistas del siglo XIX, XX y actuales. Históricamente al pueblo conquistado se le adjuntan características asociadas a la feminidad, con la finalidad de colocarlo bajo la jerarquía del Estado colonizador, y justificar el dominio del hombre blanco occidental civilizado.

---

<sup>95</sup> En 1993 se unen mujeres en Belgrado para manifestarse de manera pacífica en contra de la guerra étnico civil entre serbios, croatas, eslovenos, macedonios y minorías étnicas, en contra de la limpieza étnica y contra toda forma de discriminación en Yugoslavia. *Ibidem.*, 197.

<sup>96</sup> Hans Morgenthau, *Scientific man vs power politics*, op.cit., p. 43.

Para Tickner estas justificaciones siempre son descritas en términos genéricos, el pueblo conquistado es visto como débil, afeminado, incivilizado y la inteligencia, civilidad, masculinidad - hombría siempre son atributos asignados al hombre blanco occidental colonizador. Por otra parte, en el trabajo de Cythia Enloe (anteriormente citado) explica la manera en que el término victoriano 'comportamiento propio de una dama' (*ladylike behavior*) fue utilizado en los argumentos de las civilizaciones imperialistas, resaltando la masculinidad como característica que denotaba la protección de la dama débil, civilizada y vulnerable, es decir, la imagen de la mujer europea en la colonia era representada en términos de civilización, orden y progreso del imperialismo europeo, lo que les servía para justificar y convencer a los colonizados que la conquista era justa y necesaria<sup>97</sup>.

En un análisis más exhaustivo de las imágenes utilizadas por occidente para justificar sus actos, Ann Tickner utiliza el análisis de Michael Hunt acerca de las imágenes asignadas por parte de Estados Unidos a la sociedad Latinoamérica en el siglo XIX. Hunt muestra que los países latinos generalmente eran representados a través de imágenes, como pueblos bárbaros, salvajes, y hombres (generalmente negros) perezoso, débiles, incivilizados, deshonestos, corruptos, necesitados de tutela y protección del hombre blanco occidental para su civilización. Dicha representación pictórica racista y prejuiciosa se difundía en diversos medios de comunicación impresos, y visuales en occidente específicamente en la sociedad estadounidense. Tickner enfatiza que cuando se cuestionan los conceptos como justicia, civilización, etc., se debe enfatizar que son términos definidos por hombres y están en función de los intereses de éstos lógicamente. La manipulación de las identidades de género constituye uno de los elementos que ha ayudado a justificar la política occidental estadounidense en el siglo XIX, XX y que actualmente se sigue dando.

---

<sup>97</sup> Cynthia Enloe , *op. cit.* P. 79.

La construcción de la diferencia racial y cultural, está basada en lo que Abdul JanMohamed<sup>98</sup> define como ‘alegoría maniquea’ donde se produce una oposición discursiva binaria entre razas. A través del colonialismo se simboliza una relación de posesión por parte del hombre colonizador, blanco - occidental y de sumisión de los sujetos colonizados dominados. El imaginario del hombre colonizador ocupa el mismo espacio simbólico que las mujeres en la sociedad patriarcal occidental; se identifica al colonizado y a las mujeres con la naturaleza, no con la cultura<sup>99</sup>, y se les atribuyen las características de pasividad, como inmaduros, sin iniciativa, sin capacidades intelectuales, o peligrosos, traicioneros, emotivos, inconscientes, salvajes, sexualmente perversos e irracionales.

Muchos de estos estereotipos siguen vigentes en la manipulación que hace occidente respecto a las identidades de los líderes de los países latinoamericanos, de Medio Oriente o Asiáticos, como personas emocionales, impredecibles, y deshonestas. Simone de Beauvoir en “*El segundo sexo*”, señala que uno de los grandes beneficios de la opresión bajo el argumento de las relaciones binarias de género es que asegura a los opresores, el privilegio de superioridad “un pobre blanco del sur de Estados Unidos tiene el consuelo de decirse que no es un sucio negro, y los blancos más afortunados explotan hábilmente ese orgullo. De igual modo, el más mediocre de los varones se considera un semidiós ante las mujeres”<sup>100</sup>.

---

<sup>98</sup> Teórico postcolonial, ha escrito diversos libros sobre las minorías y el discurso maniqueo de occidente, entre sus obras más importantes destacan “The death-bound-subject: Richard wright’s archaeology of death” (2005), “The nature and context of minority discourse” (1990), “Manichean aesthetics: The politics of literature in colonial África” (1998).

<sup>99</sup> Marta Segarra y Ángels Carabí (eds.), *Nuevas masculinidades*, España, Ed. Icaria Mujeres y cultura, Barcelona, 2000, p. 107.

<sup>100</sup> Simone Beauvoir, *El segundo sexo*, Madrid, Ediciones Cátedra, Vol. I 6ª edición en castellano, 2002, p.9.

Estas dicotomías han sustentado, justificado y legitimado los procesos internacionales como la colonización, invasiones, guerras, y violaciones, existen tanto a nivel de sentido común acerca de raza y género, como en forma más codificada en el contexto de discurso científico (más adelante se mencionará la manera en que el discurso médico también ha utilizado dichos estereotipos). Por ejemplo, para señalar brevemente, en el siglo XIX la sexualidad de los hombres de raza negra y aun más de las mujeres negras eran definidas en términos de conductas desviadas de libertinaje sexual, o primitivas. Las mujeres negras representaban la raza inferior entre los géneros, donde cualquier agresión sexual hacia ellas siempre era justificada bajo supuestos científicos o biológicos<sup>101</sup>.

Se puede afirmar que cuando un individuo o grupo de individuos es mantenido en situación de inferioridad, se tropieza con un círculo vicioso, en donde se perpetua y justifica la opresión, por lo que cabe preguntarse : ¿ “(...) sí, las mujeres, en conjunto, son hoy inferiores a los hombres, es decir, que su situación les ofrece menos posibilidades: el problema consiste en saber si semejante estado de cosas debe perpetuarse” ?<sup>102</sup>.

En conclusión, en el principio de interés nacional, de Morgenthau está inmerso en dicotomías culturales occidentales implícitas en construcciones o definiciones de lo civilizado o incivilizado, lo superior - inferior, lo racional- irracional, bajo las identidad de género hombre - mujer, propias de una cultura, por lo que no pueden jactarse de universales y objetivas. Dichos principios en su origen son machistas, debido a que la idea de concentrar el poder para que unos pocos gobiernen por la fuerza sobre la mayoría se asocia a la dominación de los hombres sobre las mujeres<sup>103</sup>.

---

<sup>101</sup> Marta Segarra y Ángels Carabí (eds.), *op.cit.*, p. 107.

<sup>102</sup> Simone Beauvoir, *op.cit.*, p.9.

<sup>103</sup> Gillian Young, “*Feminist international Relations: a contradiction in terms? Or: why women and gender are essential to understanding the world ‘we’ live in*”, *International Affairs*, No. 80, United Kingdom, Año 2004, p.79.



Sexto principio : “El político realista no ignora la existencia y aplicabilidad de normas de pensamiento distintas a las políticas, pero no puede subordinarse a otras normas que no sean políticas” <sup>104</sup>. De acuerdo con este principio los realistas aceptan la existencia de normas políticas que guían al estadista. Producto del ‘estado de naturaleza’ preexistente es necesario establecer parámetros políticos que limiten la acción de los estadistas a través de un ‘contrato social’ , los hombres ceden sus derechos naturales a un soberano, como medio para superar el estado primario de guerra y garantizar la paz, el orden, la cooperación al ‘Estado soberano’ . La metáfora más común que emplean los realistas, para describir el sistema internacional anárquico es la obra “*El Leviatán*” (1651) del filósofo Inglés Thomas Hobbes<sup>105</sup>.

Aunque Thomas Hobbes no escribió mucho sobre la política internacional, los realistas han asociado la descripción de la conducta del individuo en un estado hipotético precontractualista, al comportamiento anárquico de los Estados en el sistema internacional, como un estado de conflicto entre los seres humanos, impulsado por la competencia, la desconfianza y la necesidad de triunfar. Donde el objetivo del hombre es someter a los otros, de tal forma, que la mejor defensa es estar preparados siempre para la guerra.

Con el contrato social (por definición artificial), se pretende establecer mayores posibilidades de autoconservación, mediante las cuales los hombres se constituyen en sociedades y dejan sus múltiples hostilidades. Se trata de un acto racional en virtud del cual se crea la paz y se elige a un soberano para salvaguardarla. De aquí el origen del gran Leviatán, el ‘Estado soberano’ , garante de la paz, de la defensa y suministro de las necesidades básicas para la sociedad.

---

<sup>104</sup>Hans Morgenthau, *Scientific man vs power politics*, op.cit, p. 43

<sup>105</sup> Thomas Hobbes (1588-1679), filósofo inglés cuya obra *Leviatán* estableció la fundación de la mayor parte de la filosofía política occidental, teórico del absolutismo político.

Los conceptos de Hobbes en Relaciones Internacionales han tenido implicaciones claras en la forma de entender la sociedad internacional como conflictiva y anárquica. Sin embargo, bajo un enfoque de género podemos señalar las profundas consecuencias para las mujeres, por lo que utilizaremos la obra “*El contrato sexual*”<sup>106</sup> de la politóloga australiana Carole Pateman (1988), en donde analiza críticamente a los contractualistas (Hobbes y Rousseau) de los siglos XVII al XIX.

Antes del contrato social se pacta un contrato sexual apunta Carole Pateman. El contrato sexual crea una relación de subordinación de las mujeres respecto a los varones, de forma que cuando se pacta el contrato social, las mujeres están excluidas de él como sujetos. El contrato social presupone al contrato sexual, es decir, a partir de la configuración de la sociedad civil, creada a través de un contrato originario o sexual se establece un orden social bajo un sistema patriarcal que genera relaciones de dominación y subordinación sustentadas en una división del ámbito público – privado, y sobre la idea del varón como propietario de su propia persona. Sin embargo, para Pateman el individuo y el contrato (sexual y social) son categorías masculinas patriarcales, de ahí que las mujeres sean excluidas del contrato original y del mundo público<sup>107</sup>.

En este sentido el patriarcado es un régimen que se sustenta en el hecho de que los varones aseguran para sí mismos, y para sus dependientes, los medios necesarios para la producción y la reproducción de la vida<sup>108</sup>. Esta conjunción de dominación y explotación es aquí entendida como opresión, donde las mujeres son dominadas y

---

<sup>106</sup>Carole Pateman recupera y relata en su obra esta historia pérdida intencionalmente en historia de la teoría política. Carole Pateman, *El contrato sexual*, Anthropos, UK, Cambridge, 1988, p. IX.

<sup>107</sup> La historia del contrato sexual se centra en relaciones heterosexuales no están confinadas a la vida privada. El ejemplo más dramático del aspecto público del derecho patriarcal es la demanda de los varones de que los cuerpos de las mujeres se vendan como mercancías en el mercado capitalista: la prostitución es un gran industria que existe desde antes del capitalismo. *Ibidem.*, p. 30.

<sup>108</sup> La sumisión de las mujeres, también como grupo, encubre la prestación de servicios sexuales a sus dominadores. Las mujeres son objetos de satisfacción sexual de los hombres, reproductoras de herederos, y de la fuerza de trabajo. *Idem.*

oprimidas de forma sistémica. En este sentido el derecho patriarcal sobrepasa no sólo a la sociedad civil, sino que se impregna en el Estado y en el ámbito internacional. Por lo que se puede afirmar que el Estado es el principal perpetrador del sistema patriarcal, a través de la violencia de todos tipos (sexual, física, mental) y de la sujeción de las mujeres (no solamente de las mujeres sino también de enfermos, discapacitados, ancianos, entre otros) donde “la armonía entre las naciones sólo se mantiene si se invisibiliza la violencia sobre las mujeres”<sup>109</sup>, como se pudo observar en el cuarto principio de Morgenthau.

En la teoría realistas el contrato social no establece una igualdad para todos los sujetos que lo conforman, debido a que justifica e implementa la marginación de las mujeres, al confinarlas al ámbito privado. En ese sentido, convierte a las mujeres en “madres cívicas que hay que tener en casa, en la pequeña patria, para formar con sus virtudes domésticas a los buenos ciudadanos de la patria”<sup>110</sup>, excluyéndolas de derechos y de poder. Pateman señala que las mujeres son incorporadas en una esfera que no es parte de la sociedad civil- pública, se les confina en la esfera privada, la cual es parte de la sociedad civil pero ocupa una posición subordinada e inferior. Bajo la división privado-público o natural-civil y femenino- masculino, la esfera natural o privada es femenina y la esfera civil- pública masculina. Lo que significa que a los varones les pertenece las identidades de individuo hacedor de contratos y cívicamente libre a través de la sujeción de la mujer en la esfera privada<sup>111</sup>.

---

<sup>109</sup> *Ibidem.*, p. 45

<sup>110</sup> Alejandra Arroyo, Eugenia Correa, Alma Chapoy, *El pensamiento feminista*, El pensamiento feminista. Antología del pensamiento político, social y económico de América Latina . Ediciones de la Agencia Española de Cooperación Internacional, Madrid, 2008, 145p.

<sup>111</sup> Carole Pateman, *op.cit.*, p. 22.

En la mayoría de las obras idealistas, realistas o neorrealistas señaladas anteriormente, existe la visión masculina del mundo público que señala Pateman, sin embargo, en la obra *“Politics Amongs Nations”*, Morgenthau hace constantes referencias a las mujeres con gran poder político como : María Teresa de Austria, Catalina de Rusia, Isabel I de Inglaterra y la reina Victoria. A pesar de que son consideradas por este autor como mujeres ejemplares, justifica su jerarquía por sus comportamientos masculinos y en términos del hombre soberano, racional y fuerte, en este sentido para los realistas el poder es visto como masculino. El hecho de que Morgenthau mencione en su obra a mujeres no significa que deje de desplazarlas y marginarlas del análisis, sino que muestra una imagen incompleta y excluyente del mundo público en donde las mujeres no acceden a la política como mujeres sino como mujeres masculinizadas en espacios públicos limitados.

La teoría realista ha sido construida bajo la división público - privado, siendo la esfera pública la que ha ocupado el centro del análisis en la disciplina. Los diferentes tipos de papales sociales que ocupan las mujeres y los hombres, en los procesos de la política mundial, se basan en la diferencia genérica y muestran los múltiples mecanismos de opresión, responsables de la violencia estructural y directa en el sistema político, económico, social global, hacia las mujeres. Para Pateman, el contrato social va más allá de las libertades individuales, se encuentran en él implícitamente un pacto originario *‘la dominación de los varones sobre las mujeres’*. La libertad de los varones y la sujeción de las mujeres se crea a partir de que el “contrato social admite el contrato sexual, y la libertad civil del derecho patriarcal” <sup>112</sup>, en ello radica los problemas relativos a la incorporación de la mujer a la sociedad civil - pública y de sus obligaciones en ella. Los realistas “han sido incapaces de reconocer que ésta (esfera pública) gana su significación y significado en contraste con y en oposición al mundo privado de la sujeción natural, la

desigualdad, la emoción, el amor, y la parcialidad”<sup>113</sup>. La esfera privada es vista como la esfera natural, como el fundamento de la vida social, por tanto, sin necesidad de incidir, ni de investigación teórica. Es así como se ignora o se oculta que ambas esferas cobran significado una de la otra, que se estrecha y complementan bajo una misma construcción genérica desigual.

El análisis realista no sólo se olvida de múltiples facetas de la realidad interestatal sino que oculta el importante papel que el Estado ha jugado históricamente en la creación, modificación o mantenimiento de los sistemas de poder que se dan en su seno. En definitiva el realismo no pone en cuestión, ni problematiza la figura del Estado, ni del hombre político. Por el contrario, los considera como los principales sujetos de la esfera internacional, justificando su funcionalidad en los sistemas de poder y opresión. La imagen realista del Estado, es la representación de los intereses de los grupos dominantes entre los cuales han estado excluidas las mujeres o escasamente representadas, excluidas, silenciadas o masculinizadas.

Más allá, de subrayar la exclusión de las mujeres en la lucha por el poder, es necesario preguntarnos sobre las implicaciones de la división genérica en la práctica y teoría internacional. Partir de la teorización feminista como lo hace Ann Tickner, Cynthia Enloe, Carole Pateman, Marysia Zalewski, Anne Sisson Runyan, Spike Peterson, Heidi Hudson entre otras, permite observar la manera en que las divisiones de género en la disciplina y en el paradigma realista, han privilegiado la experiencia del hombre guerrero y estadista en la esfera internacional: “la política internacional es el mundo del hombre, es un mundo habitado por diplomáticos, soldados al servicio del

---

<sup>112</sup> *Ibidem.*, p. 32.

<sup>113</sup> *Ibidem.*, p. IX.

gobierno”<sup>114</sup>. Por lo que, el principal objetivo de la metodología feminista en Relaciones Internacionales consiste en realizar un análisis crítico de los contenidos, conceptualización, así como de las categorías (poder, seguridad, paz o soberanía), y de las construcciones parciales de la realidad internacional asentada sobre sesgos sexistas.

Como se pudo observar a lo largo de este apartado las consecuencias de la teorización bajo sesgos androcéntricos en el discurso de la política internacional refleja una visión selectiva de la realidad internacionales con implicaciones que afectan tanto la teoría como la práctica de las relaciones internacionales. Así mismo, los sesgos androcéntricos del realismo se desprenden de la construcción de la sociedad patriarcal, lo que se reproduce en la segregación de las mujeres como actoras fundamentales en el ámbito internacional y en la exclusión de sus necesidades y problemáticas, como se vera en los siguientes capítulos.

La inclusión de las aportaciones feministas y de las problemáticas de las mujeres como parte de la complejidad internacional, posibilita desarticular la construcción sexista de la disciplina, y el medio para romper con los modelos tradicionales que centralizan el análisis de las Relaciones Internacionales en el estudio del Estado, la seguridad nacional, el poder, etc., para redefinir de una manera más amplia la disciplina de Relaciones Internacionales e incluir los múltiples actores y problemas (como la salud mental de las mujeres) que forman parte de la política internacional.

En el siguiente capítulo, se analizará la salud mental de las mujeres desde una perspectiva feminista, que permite hacer visible la manera en que los sesgos androcéntricos en los que se sustentan las Relaciones Internacionales, los cuales

---

<sup>114</sup> Ann Tickner, *op.cit.*, p. 23

también están presente en los discursos y prácticas médicas, lo que influyen en la manera de entender la salud mental femenina. En la ciencia médica se ha asociado las problemáticas sanitarias femeninas a factores biológicos, lo que han homogeneizado todos los padecimientos a cuestiones biológicas, olvidando el vínculo existente entre el entorno, las cuestiones sociales (subordinación, pobreza, violencia, etc.) y culturales, como determinantes que influyen en el desarrollo de trastornos mentales específicos femeninos y masculinos, como se mostrará a continuación.

# Capítulo 2

## La salud mental de las mujeres: desde la perspectiva feminista de la salud y la enfermedad mental

El feminismo, en sus diferentes versiones tal como lo señalamos en el capítulo anterior, tiene el objetivo de analizar y explicar los múltiples factores que perpetúan la desigualdad entre mujeres y hombres producto de las relaciones jerárquicas de género. En el caso particular de las Relaciones Internacionales, el enfoque feminista ha cuestionado el androcentrismo del realismo o de los paradigmas tradicionales, incidiendo en la ampliación de los objetos y temas de estudio en la disciplina. A partir de la introducción de elementos que estaban ausentes, la teoría feminista ha cuestionado la sub-representación de las problemáticas y los aportes de las mujeres tanto en la práctica como en la actividad internacional, y se ha planteado la necesidad de incluirlos en la investigación. En el mismo sentido, la perspectiva feminista ha sido de suma utilidad en el estudio de los padecimientos mentales de las mujeres, dicho enfoque ha estudiado cómo repercuten las diferencias de género en la salud mental de las mujeres <sup>115</sup>.

En este capítulo bajo la perspectiva feminista analizaremos los padecimientos mentales específicos de las mujeres, lo que permitirá en los siguientes dos capítulos examinar bajo esta perspectiva las políticas y planes de Naciones Unidas y sus organismos dirigidos a la salud de las mujeres, enfatizando la necesidad de que se

---

<sup>115</sup> Las académicas feministas británicas y estadounidenses fueron las primeras en estudiar la salud mental de las mujeres con una perspectiva occidental. Teresa Ordorika, “Aportaciones al estudio de la salud mental de las mujeres”, México, *Revista Mexicana de Sociología* 71, núm. 4 (octubre-diciembre, 2009), p. 648.



considere la especificidad de ciertos padecimientos de los/las sujetas a las que van dirigidos. Por su parte, desde una perspectiva de género se insiste en la necesidad de un enfoque que vincule el lugar social y padecimientos específicos de las mujeres, lo que implica reconocer el contexto social y cultural en el que se encuentran las mujeres, y su relación con los padecimientos específicos de éstas.

Es fundamental una visión que en primer lugar, deje de lado la visión biológica de la salud femenina, y en segundo lugar que se conciba la dolencia mental como malestar colectivo y no individual. En este apartado se consideraron los padecimientos mentales de las mujeres como son la depresión, angustia, ansiedad y las condiciones sociales como la violencia y la pobreza que generan condiciones emocionales insostenibles ligadas a las mismas. Para comenzar a resolver este problema es de suma utilidad tratar brevemente las perspectivas y avances del abordaje feminista de la salud mental.

Antes de pasar a señalar las perspectivas feministas de la salud mental, es necesario mencionar, que no existe ningún sistema universalmente aceptado para clasificar los trastornos mentales o las categorías de diagnóstico debido a su heterogeneidad. Sin embargo, existen dos clasificaciones con mayor aceptación a nivel internacional: El Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM) y La Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10 ). En las dos clasificaciones existe una división entre: trastorno de ansiedad (trastorno de pánico, agorafobia sin ataque de pánico, fobia social, fobia simple, trastorno de ansiedad generalizado); trastornos por uso de sustancias (abuso de alcohol, abuso de drogas y estupefacientes con o sin dependencia); trastorno antisocial y psicosis no afectiva; trastornos mentales no psicóticos, también llamados trastornos afectivos comunes debido a la alta prevalencia en la comunidad (common

mental disorder, CMD), los cuales incluyen episodio de depresión mayor, distimia, ansiedad, angustia y síntomas somáticos<sup>116</sup>.

En este apartado abordaré los trastornos afectivos comunes (CMD), en particular la depresión, ansiedad y angustia, como ejemplos ilustrativos de las dolencias mentales que se caracterizan por su prevalencia en mujeres, producto de las diferencias de género, la posición social, las desventajas socioeconómicas y la violencia de género.

En lo referente al abordaje feminista de la salud mental, las primeras investigaciones feministas sobre la salud mental, las encontramos en la segunda ola del feminismo (década de los setenta del siglo XX). Dichas investigaciones abordaron la relación entre la enfermedad mental y el género, bajo dos enfoques: el primero denominado construcción social de la salud y el padecimiento mental y, el segundo producción social de la salud y el padecimiento mental<sup>117</sup>. En primer lugar, las feministas han cuestionado la “sobre-representación (sic) de las mujeres en las estadísticas epidemiológicas psiquiátricas, (...). Es decir, trataban de explicar por qué, según cifras oficiales de la época, había más mujeres que hombres con padecimientos mentales. (...) Así mismo, intentaban dar cuenta de por qué mujeres y hombres sufrían diferentes tipos de padecimientos”<sup>118</sup>.

El enfoque de la construcción social de la salud y el padecimiento mental “se caracteriza por analizar críticamente cómo se construyen las categorías utilizadas por la psiquiatría, así como las metodologías utilizadas para medir los padecimientos. (...)

---

<sup>116</sup> Se ha encontrado en algunos países que existe hasta un 50% de la población afectada por trastornos no psicóticos o CMD. Jill Astbury, *Gender and mental health*, Australia, Key Center for Women's Health, University of Melbourne, 1999, p. 2.

<sup>117</sup> Teresa Ordorika, *op. cit.*, p. 651

<sup>118</sup> En 1970 las mujeres eran hospitalizadas con mayor frecuencia, usaban más los servicios ambulatorios y se les recetaban mayores cantidades de psicotrópicos que a sus contrapartes masculina. *Ibidem*, p. 651.

problematiza el concepto de padecimiento mental, rescatando su carácter de construcción social”<sup>119</sup>. Estos aportes están asociados con el movimiento anti-psiquiátrico, el cual constituye una respuesta a la visión del modelo biomédico de la salud mental de las mujeres.

A través de este enfoque, se pudo constatar que la insistencia de la psicología en la objetividad y neutralidad de sus concepciones era falsa, pues las descripciones de conducta a las que hacía referencia como objetivas se basaban en construcciones ideológicas de una sociedad deseable. Las cuales se sustentaban en nociones androcéntricas en sus definiciones de normalidad y anormalidad, de supremacía masculina, conformidad política, y el abuso de tecnología para resolver los problemas humanos. Las feministas de esta corriente apuntan a que la construcción de los conceptos médicos de la enfermedad mental de las mujeres, esta basada en estereotipos dominantes acerca de lo que es apropiado o inapropiado en su conducta.

En esta corriente destacan los trabajos como los de Phyllis Chesler “*Women and madness*” (1972) y Franca Basaglia “*Mujer, locura y sociedad*” (1987) entre otras, los cuales demostraron que las mujeres que presentaban insatisfacción con las expectativas sociales tradicionales de feminidad eran consideradas como desviadas o eran juzgadas como enfermas por no cumplir con las obligaciones asignadas socialmente (buena madre y esposa)<sup>120</sup>. Por lo que argumentan, que la enfermedad mental debe ser vista como una construcción social, que sirve para mantener un sistema opresivo y misógino el cual refuerza la desigualdad sexual y el desempoderamiento de las mujeres. Es decir, el lenguaje psiquiátrico y psicológico son utilizados para definir a las mujeres como débiles y con desventaja para acceder al

---

<sup>119</sup> *Idem.*

poder. Al igual que en el paradigma realista en Relaciones Internacionales (como se pudo leer en el capítulo anterior), sustentado en la división binaria (público y privado), caracteriza a los hombres en términos de virilidad y fuerza para el acceso al poder y a las mujeres se les considera como débiles y emocionales que no pueden acceder a la esfera internacional o las que llegan a obtener poder son consideradas en términos masculinos.

Tanto la disciplina de Relaciones Internacionales como el sector salud constituyen un espejo de las expectativas que la sociedad tiene sobre las mujeres y los hombres, y por ello sus políticas pueden reforzar los roles que socialmente se asignan a las personas. Esto sucedió en los programas impulsados por Naciones Unidas ‘la mujer y el desarrollo’ (1975-1985), que se mencionarán en el siguiente capítulo. Dichos programas involucraron a las mujeres en sus políticas con el objetivo de lograr el desarrollo económico principalmente de los países subdesarrollados olvidando el bienestar físico y mental de las mujeres.

Desde esta perspectiva, los trastornos mentales afectivos, son categorías que sirven para descontextualizar la experiencia y situación en la que viven las mujeres, los cuales se constituyen desde la visión médica como un síntoma y no como una manifestación de la opresión en la que se encuentran<sup>121</sup>. Las feministas de esta corriente explican las diferencias existentes de género en la salud mental como producto de los sesgos androcéntricos propios de la práctica médica, mismos que los reproducen a concepciones sociales<sup>122</sup>. Es por ello, que las mujeres están más propensas a ser diagnosticadas y medicadas.

---

<sup>120</sup> U. Vindhya, “De lo personal a lo colectivo: cuestiones psicológicas y feministas de la salud mental de las mujeres, México”, *Revista la Ventana*, Núm. 16, 2002, p. 13.

<sup>121</sup> Catherine Haw, *Psychological perspective on women’s vulnerability to mental illness*. En Dora Kohen (comp.), *Women and mental health*, USA, Ed. Routledge, London and Philadelphia, 2000, p. 69.

<sup>122</sup> El trabajo de Elaine Showalter “*The female malady: women, madness and english culture 1930-1980*”, señala que la construcción social de la locura en el tratamiento psiquiátrico es una forma

Uno de los tanto ejemplos que se pueden mencionar es la medicación de menstruación, lo cual refuerza la idea de que las mujeres son controladas por la biología, por su aparato reproductivo, y desequilibrios hormonales factores que las ponen fuera de control. Muchas veces los síntomas de la menopausia son entendidos como síntomas psíquicos. Dicho enfoque dificulta una interpretación completa de la menopausia, lo que desvía del análisis la diversidad de factores que intervienen en el malestar, como por ejemplo las estructuras que originan la situación y condición de subordinación, opresión en la que se encuentran las mujeres<sup>123</sup>.

La segunda perspectiva denominada producción social de la salud y el padecimiento mental, considera que los factores sociales de orden de género como la estructura familiar, el nivel socioeconómico, nivel educativo, violencia, etc., tienen una incidencia directa en la existencia de padecimientos mentales. Es decir, sostienen que las condiciones de vida y los factores sociales afectan la salud de los individuos. Este enfoque señala que las diferencias de género entre mujeres y varones “tanto en cifras como en tipo de problemas que presentan se deben a que las condiciones de vida de las primeras están caracterizadas por la dominación y la opresión por parte de los hombres y de masculino”<sup>124</sup>. Esta situación genera una vulnerabilidad específica hacia cierto tipo de padecimientos entre los cuales destacan, en el caso de las mujeres, la depresión, ansiedad, angustia, trastornos alimenticios, entre otros.

---

de subordinar a las mujeres, producto de la construcción social de la locura en donde se establece una supervisión y control de aquellas personas mujeres u hombres que no se adaptan. Elaine Showalter, *The female malady: women, madness and the english culture 1830-1980*, Londres, Virgo Press Ltd., 1987, p. 212.

<sup>123</sup> U. Vindhya, *op.cit.*, p. 14.

<sup>124</sup> Teresa Ordorika, *op. cit.*, p. 652.

Autoras como Mabel Burín, sostienen que esta perspectiva está centrada en un proyecto de concientizar y transformar las condiciones de vida de las mujeres, especialmente de sus vidas cotidianas, así como de aquellos factores opresivos que constituyen modos de vida enfermantes en la cultura patriarcal, con sus particulares normas y valores acerca del lugar y papel de las mujeres en esa cultura<sup>125</sup>.

El hecho de que se manifiesten síntomas psíquicos acompañados a los fisiológicos, no necesariamente remite a un origen biológico de ambos, por que muchos de los síntomas psíquicos se encuentran relacionados con las condiciones sociales y culturales que rodean la vida de las mujeres en un determinado momento de su ciclo de vida. Desde esta visión se puede entender la salud mental de las mujeres y el modo en el que se manifiestan ciertos padecimientos desde un análisis más amplio de las condiciones que propician la enfermedad mental, por ejemplo la menopausia, está relacionada no sólo con los cambios hormonales (déficit de estrogénico) sino también con los factores socio- culturales en la vida de las mujeres. Como señala Asunción González:

La menopausia coincide a menudo con el momento del crecimiento o alejamiento de los hijos de la casa, lo que conlleva la pérdida del rol materno. Dicha pérdida, parcial o total, puede ser vivida, por unas, como la apertura de posibilidades de realización en otras áreas, y por otras, como un daño irreparable que les deja sin identidad y con una vida futura carente de sentido, al haber basado su existencia exclusivamente en ese papel y no ser capaces de crearse modos de vida relacionales alternativos, sobre todo de haber basado su autoestima en esa capacidad y por otra parte la asignación cultural por la que las mujeres han sido definidas y valoradas socialmente<sup>126</sup>

---

<sup>125</sup> Mabel Burín, *Estudios sobre la subjetividad femenina y salud mental*, Centro de estudios de mujeres y psicofármacos, Argentina, Grupo Editor de América Latina, 1987, p.83

<sup>126</sup> Ma. Asunción González de Chávez Fernández (Comp.), *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres*, España, Siglo XXI Editores, 2006, p. XVII.

Las aportaciones de estas autoras, proporcionan elementos que permiten entender la especificidad de los padecimientos mentales en las mujeres, y que en la mayoría de los casos dichos elementos no se consideran en los programas internacionales como se podrá constatar en los siguientes capítulos. Las dos perspectivas (construcción social de la salud y el padecimiento mental y producción social de la salud y el padecimiento mental) representan un cambio significativo en la manera de entender la salud mental de las mujeres, las cuales consideran además de los aspectos biológicos y reproductivos (embarazo, parto, climaterio, etc.), los factores sociales en la salud mental de las mujeres<sup>127</sup>. Por lo tanto, las aportaciones feministas analizan la salud mental femenina desde una perspectiva que enfatiza la importancia de ‘feminizar las teorías y prácticas en salud mental’<sup>128</sup>. Para Burín feminizar las teorías y prácticas en la salud mental, consiste en el análisis de las experiencias que viven las mujeres, condiciones de salud y sus modos de enfermar.

En el presente capítulo, se retoma la propuesta del enfoque de la producción social de la salud y el padecimiento mental, lo que permite evidenciar las causas más específicas del malestar femenino<sup>129</sup>, haciendo especial mención de dos factores que tienen incidencia en la salud mental de las mujeres; desigualdad socioeconómica y violencia de género.

En esta investigación, las aportaciones del feminismo son de gran valor, ya que dejan de lado las nociones, paradigmas dominantes o estatocéntricos como se pudo observar en el capítulo anterior; y en los siguientes capítulos 3 y 4 permitirá mostrar la

---

<sup>127</sup> Mabe Burín, *op.cit.*, p.86.

<sup>128</sup> *Ibidem.*, p.82.

<sup>129</sup> Para Burín el término malestar es el más apropiado para definir una sensación subjetiva de padecimiento psíquico que no encuadra dentro de los clásicos criterios de salud o enfermedad. *idem. Ibidem.*, p.83.

manera en que los programas de Naciones Unidas en materia de salud de las mujeres, han estado orientados principalmente a las problemáticas derivadas de las condiciones biológicas, orgánicas femeninas, lo que ha subordinado muchas cuestiones importantes de la salud de las mujeres como son los trastornos mentales, derivados de las condiciones sociales específicas de éstas.

## 2.1 Factores sociales que inciden en la salud mental de las mujeres: desigualdad socioeconómica y violencia de género

Para comenzar este apartado, partiré de la propuesta que hace Mabel Burín para entender la salud mental de las mujeres. Burín identifica a las mujeres como un grupo social que padece condiciones sociales opresivas de existencia tanto en el ámbito privado como público, así cómo en la interacción de ambos espacios. Los dos ámbitos están caracterizados por relaciones de poder intergéneros que producen modos específicos de enfermar de las mujeres<sup>130</sup>. Las condiciones de subordinación de las mujeres se traduce en una vulnerabilidad al sufrimiento mental, que se expresa en depresión, ansiedad, estrés, y otros problemas de salud. Sin embargo, esta vulnerabilidad no se refiere a una condición física o psíquica, Burín no está de acuerdo que las mujeres sean consideradas biológicamente más débiles sino que debe considerarse su vulnerabilidad como resultado de las situaciones en que viven como: desempoderamiento, falta de recursos materiales y simbólicos<sup>131</sup>. Esto es

---

<sup>130</sup> *Ibidem.*, p. 90.

<sup>131</sup> Marcela, Lagarde y de los Ríos, *Los cautiverios de las mujeres: madresposa, monjas, putas, presas y locas*. En Teresa Ordorika, *op. cit.*, p. 663.



importante porque, si los programas de salud mental no profundizan en estas situaciones, no se puede generar una mejora en la salud mental de las mujeres.

Para comprender y entender las condiciones de subordinación en las que las mujeres viven, es necesario partir de las relaciones de poder y muy particularmente de los espacios de poder disponibles para las mujeres en las sociedades occidentales. Es preciso referirnos a algunos procesos históricos que determinaron la construcción genérica tal y como se presenta hoy en día. Entre éstos destacan los procesos asociados a la Revolución Industrial, la urbanización y la industrialización, los cuales conformaron la división sexual del trabajo en labores productivas - reproductivas, a la vez que se estableció la división de dos ámbitos diferenciados en los que se desarrollan los individuos: el ámbito doméstico o privado y el público. A partir de la Revolución Industrial y el establecimiento de la familia nuclear (XVIII) en occidente, se edificaron dispositivos de poder tanto materiales como simbólicos, que han confinando a las mujeres en el ámbito doméstico - reproductivo, asignación fundamentada en sus características biológicas.

Las Naciones Unidas como la Organización Mundial de la Salud (OMS), han incorporado en sus programas sanitarios a las mujeres como madres o en actividades relacionadas con sus factores biológicos, por ejemplo, el Programa de Mujeres en el Desarrollo (MED) (que se abordará con mayor detalle en el siguiente capítulo, a través de sus proyectos como los de bienestar, eficiencia, antipobreza, equidad) utilizó las funciones reproductivo- biológicas (crianza de los niños, cuidado, asistencia comunitaria, etc.) de las mujeres, para reducir la mortalidad infantil y materna, la desnutrición infantil e incrementar el bienestar familiar por lo tanto las políticas o programas sanitarios son utilizados para mejorar la salud de la sociedad y no la de las propias mujeres. Dichos programas son ejemplos de la manera en que Naciones Unidas y sus organismos, no consideran las relaciones de género como la subordinación, el desempoderamiento, etc., en la que se encuentran muchas mujeres.

La división sexual del trabajo producto de las transformaciones sociales, incidió en la construcción de la familia nuclear, y particularmente en la posición psíquico social asignada a las mujeres (la esfera de la vida doméstica, por lo tanto al ámbito privado). Se otorgaron ciertos papeles de género específicamente femeninos: el maternal, de esposa, de ama de casa y un papel en la sociedad con claras definiciones sobre cómo actuar, pensar y sentir en el desempeño de tareas:

Estos roles suponían condiciones afectivas a su vez específicas para poder desempeñarlos con eficiencia: para el rol de esposa, la docilidad, la comprensión, la generosidad; para el rol maternal, la amorosidad, el altruismo, la capacidad de contención emocional; para el rol de ama de casa, la disposición sumisa para servir (servilismo), la receptividad y ciertos modos inhibidos, controlables y aceptables de agresividad y de dominación para el manejo de la vida doméstica<sup>132</sup>

El ámbito doméstico, a pesar de ser el espacio de poder privilegiado para las mujeres, es un espacio de poder limitado, en función solamente al cuidado de los hijos, de las relaciones conyugales; y eventualmente, con algunos miembros de la familia. En el ámbito público la inclusión de las mujeres, no ha supuesto la desmantelación de las tareas domésticas como su principal responsabilidad. De esta manera las tareas sociales asignadas a lo femenino han generado un complejo de expectativas hacia las mujeres y al mismo tiempo una posición de vulnerabilidad en la sociedad. Esta tipificación se ha extendido a múltiples ámbitos, específicamente al de la salud mental de las mujeres en donde se ha diagnosticado a éstas en términos biológicos y con características consideradas infantiles o que desvalorizan todo lo femenino. Esta distribución de poder y de espacios entre los géneros, estableció modos específicos de enfermar y de expresar el malestar en las mujeres, Betty Friedan lo definió de mejor manera en 1963:

---

<sup>132</sup> Mabel Burín, *op.cit.*, p. 91.

Repetidamente la mujer oyó la voz de la tradición y el sofisma de Freud de que una mujer no puede desear un mejor destino que la sublimación de su propia feminidad. Los especialistas en temas femeninos le explicaron la forma de atrapar a un hombre y conservarlo, cómo amamantar y vestir a un niño, cómo luchar contra las rebeldías de los adolescentes; cómo comprar una máquina lavaplatos, amasar el pan, guisar unos caracoles y construir una piscina con sus propias manos; cómo vestirse, mirar, ser más femenina y dar más atractivo a la vida conyugal; cómo prolongar lo más posible la vida de su marido y evitar que sus hijos llegasen a ser unos delincuentes. A las mujeres se le enseñó a compadecer a aquellas mujeres neuróticas, desgraciadas y carentes de feminidad que pretendían ser poetas, médicos o políticos. Aprendió que las mujeres verdaderamente femeninas no aspiran a seguir una carrera, a recibir una educación superior, a obtener los derechos políticos, la independencia y las oportunidades por las que había luchado las antiguas sufragistas (...). Todo lo que tenían que hacer era dedicarse desde su más temprana edad a encontrar marido y a atender y criar hijos<sup>133</sup>

El énfasis en las tareas doméstico- maternas, la idealización de la maternidad y el fomento de expectativas inalcanzables en las tareas maternas como la abnegación, entrega, renuncia, generosidad y altruismo, limitan la elección de las mujeres a otros ámbitos, los cuales son definidos como insanos o desadaptados. En este contexto, dedicar tiempo y reflexión sobre sí mismas es visto como egoísta y autocomplaciente, el papel de madre debe primar ante todo, lo cual convierte a las mujeres en madres no sólo de sus hijos, sino de sus esposos, padres, jefes, colegas<sup>134</sup>.

Es necesario señalar que existe un avance y una mejora en la situación de muchas mujeres (se ha elevado significativamente el ingreso de mujeres en la educación superior, en actividades de alta gerencia, comerciales, económicas, políticas, y sociales) pero no de todas. Actualmente existe un avance sustancial en la participación de las mujeres en la esfera pública con respecto a lo que Betty Friedan

---

<sup>133</sup> Friedan Betty, *La mística de feminidad*, Madrid, Jucar, 1974, p.36.

<sup>134</sup> U. Vindhya, *op. cit.*, p. 14.

cuestionaba. Sin embargo, las relaciones jerárquicas de género y de poder en las que están insertas las mujeres y en su interacción con el mundo público, siguen generando consecuencias negativas sobre todo en su salud mental.

Las responsabilidades y actividades en las que hoy en día participan más mujeres no necesariamente van de la mano de un mayor poder, al contrario se da un incremento sustancial de las obligaciones asignadas y sin apoyo social. Como bien lo reconoce la OMS, en la mayoría de las mujeres siguen incidiendo las responsabilidades domésticas a la par de sus actividades en el ámbito público, generando una doble y a veces triple jornada laboral<sup>135</sup>, en muchos casos sin remuneración económica. Así mismo la pobreza, la violencia continúan presentes en la vida cotidiana, y muchos derechos le siguen siendo negados como veremos más adelante.

La división de la esfera pública y privada, sitúa a las mujeres bajo un estatus de ausencia y marginación de sus actividades, por lo que se les considera como sostenedoras de lo emocional, lo afectivo, doméstico, de lo irracional, como dependientes y pasivas. Los varones, en cambio, son vistos como los sostenedores económicos de la familia, los racionales, los poseedores de la iniciativa sexual, los capacitados para tomar decisiones, los exitosos, y los dominantes<sup>136</sup>. Por tanto, las mujeres como sujetos sociales inmersas en una cultura patriarcal ocupan los espacios que socialmente se les han asignado. Asignación meramente cultural que considera

---

<sup>135</sup> Caroline Moser señala que las mujeres en países subdesarrollados en su mayoría viven en áreas empobrecidas y en situaciones desventajosas, por lo que, sus tareas no sólo incluyen el trabajo reproductivo (responsabilidades de la maternidad, crianza de los niños, cuidado de los adultos mayores y discapacitados, etc.), si no que se extienden a ámbitos agrícolas, recolección de agua, y comunitarios. En lo que respecta a las mujeres que viven en áreas urbanas, trabajan en empresas textiles y del sector informal, trabajos que son una extensión de sus tareas domésticas, fatigosos y con salarios deficientes. Patricia Portocarrero, Virginia Guzmán, Virginia Vargas (comp.), *Una nueva lectura: género en el desarrollo*, Lima, Perú, Ediciones entre mujeres, tomo I, 1991, p. 65.

<sup>136</sup> Ana María, Dakal, Cristina Ravazzola, “*El malestar silenciado*”, *Revista Isis internacional*, Ediciones de las mujeres N° 14, Santiago de Chile, diciembre 1990, p. 31.

que el valor de la existencia femenina estriba en la dedicación a quien lo necesita, a ser un ser para otros o complemento de otros. Por lo que podemos afirmar que las mujeres presentan malestares mentales específicos producto de la subjetividad femenina y las condiciones de vida ligadas a la misma.

Las aportaciones feministas en el ámbito de la salud mental, permiten colocar la patología de lo mental como parte de una construcción y producción social que afecta de manera distinta a mujeres y hombres producto de las diferencias de género. Al tener un reconocimiento de la construcción social jerárquica de género y que existen factores de riesgo que inciden en la salud de las mujeres, surgen varias interrogantes: ¿Enferman las mujeres de manera distinta que los hombres?, ¿Presentan sintomatologías mentales específicas producto de las relaciones de género?, sí es así, ¿Qué factores influyen en los padecimientos mentales específicos de las mujeres?. Formular estas preguntas implica el reconocimiento de que la pertenencia a un género merece ser específicamente estudiada, por lo que es necesario precisar lo que afecta la salud mental de las mujeres.

Para comenzar, es necesario sustentar el análisis con los resultados epidemiológicos del informe sobre la salud en el mundo “*Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*” de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001)<sup>137</sup>. El informe señala que en estudios recientes (2001) metodológicamente bien fundamentados existen algunas diferencias interesantes en la prevalencia global de trastornos mentales y del comportamiento, que no parecen diferir entre la población masculina y femenina. Sin embargo, la ansiedad y la depresión son más frecuentes entre las mujeres, mientras que los trastornos de personalidad antisocial y los relacionados con el uso de sustancias psicoactivas prevalecen entre los hombres.

La OMS sostiene que casi todos los estudios muestran una mayor incidencia de trastornos de depresión y ansiedad entre hombres y mujeres en una proporción comprendida entre el 1,5:1 y el 2:1 respectivamente<sup>138</sup>. Así mismo, diversas investigaciones de esta institución muestran que el principal malestar que afecta la salud mental de las mujeres es la depresión. En este sentido, la institución reconoce que la población femenina se ve sometida a más factores estresantes, producto del lugar que ocupan en las sociedades patriarcales, lo que las expone a más tensiones, al tiempo que les resta capacidad para modificar su entorno<sup>139</sup>, de esta manera señala que la incidencia de factores sociales negativos se relacionan con la salud mental de las mujeres:

En los distintos niveles socioeconómicos, los numerosos papeles que las mujeres desempeñan en la sociedad las exponen a un mayor riesgo de padecer trastornos mentales y del comportamiento que otros miembros de la comunidad. Las mujeres siguen soportando la carga de responsabilidad ligada a su condición de esposa, madres, educadoras y cuidadoras de otras personas, al tiempo que se están convirtiendo en una parte fundamental de la fuerza de trabajo; constituyen ya la principal fuente de ingresos para una proporción de hogares comprendida entre la cuarta y la tercera parte. Además de las presiones que las mujeres soportan como consecuencia de sus responsabilidades, cada vez más amplias y a menudo encontradas, se enfrentan a una importante discriminación sexual y a las situaciones adversas que conlleva, como la pobreza, el hambre, la malnutrición, el exceso de trabajo y la violencia doméstica y sexual<sup>140</sup>

---

<sup>137</sup> La importancia del informe radica en que es la primera vez que esta institución se dedica de manera amplia al tema de la salud mental. Organización Mundial de la Salud (OMS), Informe sobre la Salud en el mundo, *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, Francia, 2002. P.36.

<sup>138</sup> Tradicionalmente esto se había explicado por factores genéticos o biológicos (cambios hormonales durante el ciclo menstrual, puerperio o postparto). Sin embargo, se señala que los factores psicológicos y sociales tiene una importancia significativa en las diferencias entre los géneros relativas a los trastornos de ansiedad y depresión. *Ibidem.*, p. 42.

<sup>139</sup> *Ibidem.*, p. 42.

Lo anterior nos muestra la existencia de sintomatologías mentales específicas producto de las relaciones de género. En este caso la depresión tiene una frecuencia del doble en mujeres con respecto a los hombres, por lo tanto es un problema de salud mental más frecuente en mujeres. En otro estudio realizado en México: *“Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México”* , María Elena Mora y colaboradores, muestran que en el periodo de 2002-2003 la depresión en la población mexicana representó el 4.5% : 5.8% en las mujeres y el 2.5% en los hombres, así mismo sostienen que la depresión es un padecimiento sumamente frecuente en personas adultas y es asocia a condiciones de vulnerabilidad social. En la siguiente gráfica, se puede observar, la incidencia de episodios depresivos durante la vida en la población femenina en comparación con la población masculina<sup>141</sup>, ( Ver gráfica 2.1).

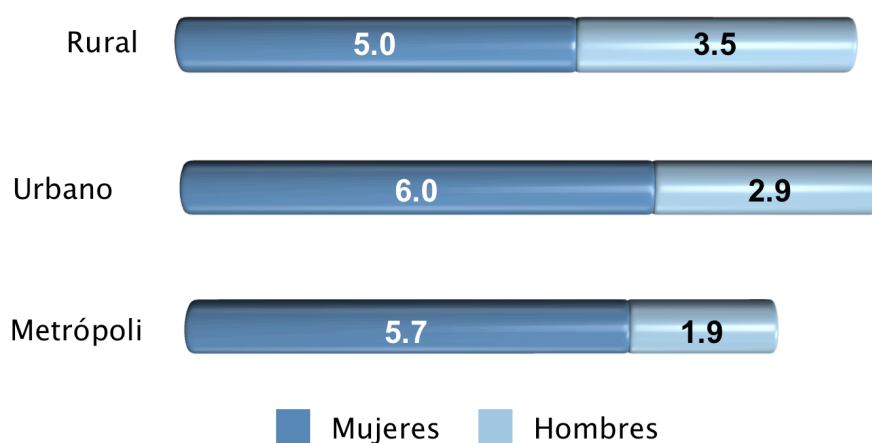
---

<sup>140</sup> *Ibidem.*, p. 14-15.

<sup>141</sup> Encuesta nacional sobre violencia contra las mujeres, México, 2003, p. 5.

Gráfica 2.1

Prevalencia de episodios depresivos en México en mayores de 18 años, según localidad de residencia



Fuente: María Elena Medina Mora y colaboradores, "Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México", *Revista Salud Pública de México*, vol. 47, suplemento 1 de 2005, 7 p.

La depresión en mujeres, resulta un ejemplo ilustrativo de la susceptibilidad y la exposición a riesgos para la salud, significa que las mujeres en comparación con los hombres tiene padecimientos mentales específicos no solamente relacionados a factores biológicos sino a factores socioculturales. A continuación, señalaremos dos factores sociales de riesgo que tiene una gran incidencia en la salud mental de las mujeres: la violencia de género y la desigualdad socioeconómica. A través de estos dos factores se podrá constatar y evidenciar la relación entre las diferencias de género y las condiciones de vida adversas, con los padecimientos mentales específicos de las mujeres.



## 2.1.2 Desigualdad socioeconómica

Como se mencionó al inicio de este capítulo, a partir de la Revolución Industrial y el establecimiento de la familia nuclear en occidente, se estableció la división del trabajo en público y privado, confinando a las mujeres al ámbito doméstico - reproductivo. Dicha división sexual del trabajo dominante en casi todas las sociedades occidentales restringe las oportunidades de las mujeres en actividades laborales remuneradas, al acceso a los recursos materiales - no materiales, y a la participación pública. Según la Organización de Naciones Unidas, 1 500 millones de personas que viven con un dólar o menos al día son mujeres y que en todo el mundo ganan como promedio menos del 50% de lo que reciben los hombres<sup>142</sup>. Desde el punto de vista cualitativo existen más mujeres pobres que varones en el mundo y además éstas soportan situaciones de pobreza más severas. Aunque la desigualdad socioeconómica afecta tanto a hombres como a mujeres, éstas últimas son más afectas debido a la posición social en la que se encuentran.

En este sentido, la desigualdad socioeconómica no se refiere solamente a que las mujeres no pueden adquirir bienes de consumo, si no que es una desigualdad relacionado con la falta de oportunidades para acceder al empleo, la salud, educación, trabajo remunerado, la cultura, el esparcimiento, etc. Las mujeres al estar tradicionalmente vinculadas a actividades en el ámbito doméstico, el trabajo reproductivo o que se les califique como mano de obra secundaria o no remunerada, y al no contar con una instrucción formal, se encuentran en una situación desigual en

---

<sup>142</sup> Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), *¿Quién responde a las mujeres? Género y rendición de cuentas*, New York, USA, 2008-2009,p. 40. Disponible en : <http://www.unifem.org/progress/2008> (consultado: 05/01/2010)

comparación con los varones, tanto en actividades sociales, como en el control de su propio cuerpo, y su salud.

Esta desigualdad se ve reflejada, en la ocupación femenina en la mayor parte de los trabajos de tiempo parcial, y en tareas domésticas fatigosas. En México por ejemplo, el 72.3% de las mujeres se encuentran en el sector que tiene educación básica incompleta y en el 8.2% no ha recibido ninguna instrucción formal o son analfabetas<sup>143</sup>. Otro dato importante, es que muchas mujeres no tienen acceso a adquirir propiedades; en América Latina del 27% de los propietarios de tierras el 11% corresponde a las mujeres, en Uganda el sector femenino se encargan de la mayor parte de la producción agrícola y solamente son propietarias del 5% de la tierra<sup>144</sup>.

Otra consecuencia de la ubicación preponderante de las mujeres en ámbito privado-doméstico, radica en que sus actividades no son consideradas como trabajo que merece ser remunerado. En las estadísticas económicas, por ejemplo, solamente se considera a la Población Económicamente Activa (PEA), la cual no incluye el trabajo doméstico, debido a que es considerado como una tarea que contribuye a la creación de valor, sin embargo, cuando vemos que el 67% del trabajo mundial lo realizan las mujeres, y que sus ingresos representan solamente el 10%<sup>145</sup>, la desigualdad socioeconómica no se explica porque las mujeres no trabajen sino porque existe una desaprobación sustancial en la comprensión y reconocimiento del trabajo femenino. Sólo por mencionar un ejemplo, en El Salvador lo que se considera inactividad en el sector femenino representa el 68%, dicha inactividad se encuentra relacionadas con las responsabilidades domésticas en comparación con el 35% en los hombres, en donde las razones se deben a que se encuentran en un centro educativo formal ( ver gráfica 2.2)<sup>146</sup>. Dicha división sexual del trabajo, genera otra problemática. Las mujeres al ser

---

<sup>143</sup>Instituto Nacional de Salud pública, *Encuesta nacional sobre violencia contra las mujeres* (ENVIM), Morelos, México, 2003, p.132.

<sup>144</sup>UNIFEM, *op.cit.*, p. 65.

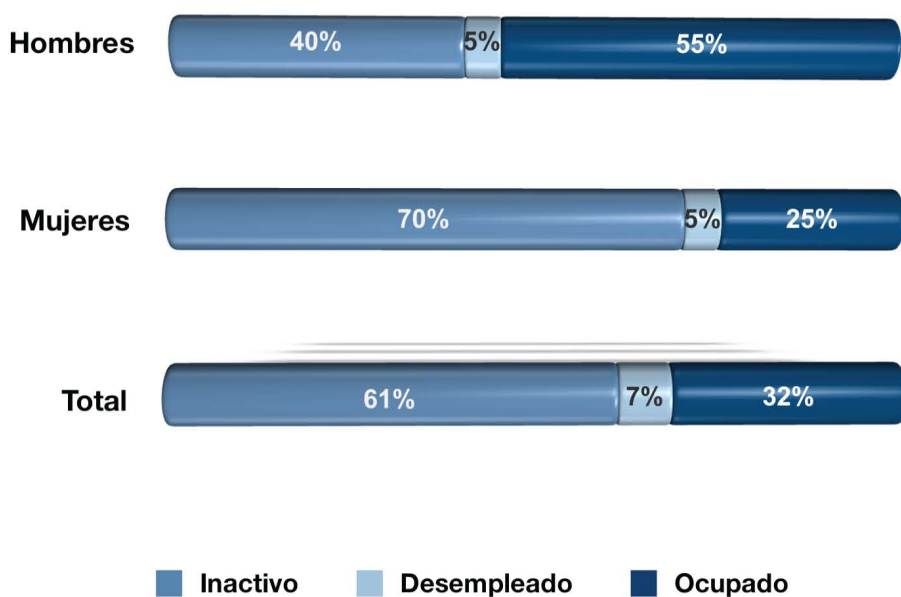
<sup>145</sup>*Ibidem.*, p. 72.

<sup>146</sup>Los datos de la población salvadoreña también reflejan que la fuerza de trabajo femenina reconocida como productiva ha aumentado considerablemente en 2007 se alcanzó el 40% de las mujeres en este sector mientras que los hombres representaron el 68%. Programa de Naciones

confinadas a la esfera privada no se les instruye o se les limita la posibilidad de obtener educación, lo que repercute en el nivel de desarrollo intelectual, social, material y cultural.

Gráfica 2.2

Distribución de la población en edad de trabajar según actividad en El Salvador



Fuente: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Trabajo que no se mira ni se cuenta. Aportes para una nueva relación entre el género y la economía*, Cuaderno sobre Desarrollo Humano junio 2009/No.7, UNIFEM-PNUD, El Salvador, San Salvador, 34p.

---

Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Trabajo que no se mira ni se cuenta. Aportes para una nueva relación entre el género y la economía*, No. 7, junio 2009, UNIFEM-PNUD, San Salvador, El Salvador, p. 34.

El caso de El Salvador, permite señalar las problemáticas sobre la comprensión del trabajo o de las actividades femeninas. El trabajo femenino en sus diferentes versiones: elaboración de comida; cuidado de los niños, ancianos, enfermos; limpieza del hogar, etc., es entendido como una actividad que no amerita remuneración sino como una obligación, por lo que no es considerado como parte de la producción económica de un país.

Por lo que se puede afirmar que, las actividades domésticas se encuentran segregadas en la medición de la PEA, es decir, dichas actividades no son consideradas como económicas, lo que implica que no se incluyan en las estadísticas y se les considere a las mujeres como población económicamente activa que contribuye a generar ingresos y recursos; y por otra parte, las mujeres al no obtener ingresos por sus actividades y tener limitadas oportunidades educativas no cuentan con recursos económicos, materiales y no materiales, por lo tanto se encuentran desempoderadas. Cifras oficiales del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), muestran que las mujeres ocupan 31 horas semanales de trabajo no remunerado cocinando, cuidado a los niños, recolectando agua, leña, y ocupan 56 horas en el trabajo remunerado, en total dedican 87 horas en trabajar. Los varones en comparación, ocupan 14 horas semanales en actividades no remuneradas, y 53 horas en trabajo remunerado, en total 67 horas<sup>147</sup>.

Se puede afirmar, que en muchos ámbitos como lo es en el económico existe un reconocimiento institucional del patriarcado, como sistema social que incide y perpetúa las desigualdades sociales, económicas, sanitarias entre hombres y mujeres<sup>148</sup>. Otro aspecto, con frecuencia olvidado, es la doble carga laboral (muchas veces

---

<sup>147</sup> Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Informe de desarrollo humano 1995*, Nueva York, Oxford University Press, 1996. p. 92.

<sup>148</sup>En el estudio *“Cuenta satélite de los hogares. Valoración del trabajo doméstico no pagado. El caso de México”*, realizado por María Eugenia Gómez señala que los servicios domésticos no remunerados (fundamentalmente el cuidado de niños, ancianos y enfermos) representan el 22.6% del PIB en valores básicos en México, por lo que se puede afirmar que el trabajo femenino

triple) que enfrentan las mujeres, por ejemplo en Bangladesh, en 1995, la participación laboral remunerada representó el 42% en comparación con el 5% en 1965<sup>149</sup>, lo que generó implicaciones significativas en el sector textil y en el crecimiento de las exportaciones, su participación en el ámbito público y económico básicamente se dio en tareas de baja calificación, en el sector informal, sin prestaciones sociales, a la par de sus tareas domésticas. Sin embargo, dicha participación no fue resultado de políticas explícitas o de una igualdad de oportunidades laborales para las mujeres, es decir, las mujeres de Bangladesh como en muchos otros países, entraron en estos sectores debido a las crisis económicas. Como se mencionará en el capítulo siguiente, la incorporación de las mujeres en el mercado laboral en mayores proporciones se explica por varios factores: las crisis económicas, los niveles más altos de escolarización, los cambios en las configuraciones familiares (el incremento de las mujeres en las jefaturas familiares), la búsqueda de independencia económica, y el deterioro de las condiciones de trabajo del jefe del hogar. En estos casos la inserción de las mujeres en el trabajo remunerado parece ser más una extensión de las actividades históricamente asignadas a las mujeres al interior de sus propios hogares, lo que se refleja en su participación en actividades que en cierto sentido reproducen las tareas reproductivas; en el área de la educación, textil, en servicios de salud, en servicios personales y en el propio empleo doméstico.

Estos datos muestran que la inserción de las mujeres en el mercado laboral remunerado no las exime del trabajo en el hogar, lo que repercute en jornadas laborales prolongadas, y con un porcentaje considerable de trabajo sin remuneración. El hecho de que las mujeres se incorporen en mayor medida al trabajo

---

representa una contribución importante tanto para la familia como para la economía nacional que no es considerado ni remunerado, lo que tiene repercusiones en la participación social y económica de las mujeres respecto con los varones. Javier Alatorre, Gloria Careaga, Clara Jusidman, Vania Salles, Cecilia Talamante y Hohn Townsend, *Las mujeres en la pobreza*. COLMEX, 1997, México, D.F. p.32

<sup>149</sup> UNIFEM, *op.cit.*, p. 89.

remunerado, no ha representado un cambio en la estructura social, en donde siguen persistiendo las relaciones genéricas propias de las sociedades patriarcales que se representan en formas visibles o más sutiles en la vida de las mujeres<sup>150</sup>, como lo refleja las horas que dedican al trabajo remunerado o no remunerado en el caso de El Salvador.

En cualquier ámbito laboral en el que se incorporan las mujeres, enfrentan lo que es llamado segregación horizontal (no acceden por igual ni a todos los sectores de actividad ni a todos los cargos) y vertical (solamente acceden a determinados puestos laborales, por ejemplo aquellos referidos a las ramas textiles, domésticas, etc. :

“aunque no se haga explícito, las mujeres son tratadas como madres y amas de casa en familias nucleares, económicamente dependientes de sus padres o maridos, improproductivas en el trabajo de mercado y poco racionales para tomar decisiones”<sup>151</sup>.

La condición de género como se ha podido observar, confinan a las mujeres a realizar actividades consideradas como improproductivas y sin una remuneración económica, por lo que viven en desigualdad de condiciones, periodos crónicos y sucesivos de carencias. El problema de la desigualdad socioeconómica en el que se encuentran las mujeres, radica en el valor otorgado a las actividades que los hombres y las mujeres deben cumplir, según la división sexual del trabajo, aunque las mujeres cumplan tareas productivas en el mercado laboral (además de sus tareas domésticas), la sociedad tiende a considerarla en términos de su rol reproductivo como una obligación. El valor social asignado a las actividades femeninas ha llevado a un acceso y control desigual sobre los recursos y por otro lado, las múltiples responsabilidades de las mujeres conlleva a generar mucha presión y poca

---

<sup>150</sup> Así mismo, la incorporación de las mujeres al ámbito laboral implica que desempeñen doble o hasta triple jornada laboral.

<sup>151</sup> UNIFEM-PUND, *op.cit.*,p. 33.

disponibilidad de tiempo para dedicarse a actividades de esparcimiento o relacionadas con su salud. Así mismo, la autonomía, movilidad de las mujeres queda limitada, lo que genera una repercusión en la exposición y vulnerabilidad (en términos de Mabel Burín) específica de género , lo que se asocia directamente con su salud mental.

La segregación laboral-social, la gran carga de trabajo, las limitaciones económicas a la que se ha hecho referencia tienen una fuerte relación con ciertos padecimientos mentales femenino. En *“Gender and mental health”* , Jill Astbury<sup>152</sup> señala que existe una fuerte relación entre los factores ambientales estresantes tales como las condiciones de vida, las dificultades socioeconómicas, etc., en la salud mental femenina. Astbury considera que la vulnerabilidad y la desigualdad socioeconómica son factores que profundizan las condiciones de privación, dependencia económica y emocional, la violencia, baja autoestima y otros factores, se encuentran relacionados en la formación de trastornos depresivos o de ansiedad en mujeres<sup>153</sup>.

Al respecto Jill Astbury, muestra las amplias variaciones en la prevalencia de depresión en mujeres en comparación con los hombres a través de un estudio realizado en 1998 en Zimbabwe, Londres, España (zona rural) y País Vasco entre población femenina de 18 a 65 años. En dicho estudio la autora señala que la depresión femenina varía de un mínimo 2.4% en País Vasco a una máxima de 30% en Zimbabwe, dicha variación se puede explicar según Astbury por los factores culturales y sociales negativos; como desigualdad socioeconómica predominante en Zimbabwe<sup>154</sup>.

---

<sup>152</sup> Jill Astbury, es profesora de tiempo completo en la Facultad de Psicología de la Universidad Victoria, ha trabajado en el Centro de la Salud para la Mujer de la OMS. Su investigación se ha centrado en la promoción de la salud mental de las mujeres con una perspectiva de género y derechos humanos.

<sup>153</sup> Jill Astbury, *Gender and mental health. Center for Women' s Health*, University of Melbourne, Austria, Decmeber, 1999, p. 24.

<sup>154</sup> *Ibidem.*,p. 23.

Como se ha mencionado la desigualdad socioeconómica tiene una repercusión directa en la salud mental de las mujeres. Para Mabel Burín el modelo tensional - conflicto, permite mostrar que el malestar femenino deriva de las condiciones en las que viven cotidianamente las mujeres como: situaciones de desigualdad, opresión, violencia (de diversas formas), pobreza, desempoderamiento. Dichos factores se refleja en malestares específicos femeninos como: la depresión, ansiedad o pensamientos suicidas.

En “*La otra mirada a la salud mental*” , Carmen Torres señala que una forma de vida insatisfactoria, de presión, estrés, sobrecarga, de exigencias inhumanas, de falta de valorización, de ausencia de reconocimiento de las propias necesidades, de cansancio, de falta de un espacio personal, de autopostergación, violencia, pobreza, son factores que constituyen una denuncia de las condiciones sociales adversas o perturbadores en la vida de las mujeres, y se expresa a través de un profundo malestar como la depresión, angustia, ansiedad, es decir “una situación de subordinación social propia de las mujeres” <sup>155</sup>.

La brecha que separa a los hombres y a las mujeres en el ciclo de la pobreza ha seguido ampliándose en el último decenio, por lo que el fenómeno ha llegado a conocerse como “la feminización de la pobreza” <sup>156</sup> y es un factor estresante que repercute en la salud mental de gran número de mujeres. Al considerar los determinantes de género, como por ejemplo; la disposición de tiempo libre, el acceso al trabajo formal remunerado, el nivel educativo y de ingresos, las mujeres están más vulnerables a padecer pobreza en términos del riesgo a padecerla, debido a que la pobreza es de carácter estructural y está afincada en todos los sectores sociales, por lo que la OMS en el informe sobre la salud en el mundo del 2001 ” *La Salud mental:*

---

<sup>155</sup> Carmen Torres, “*La otra mirada de la salud mental*” , Revista Isis Internacional, Mujer y salud, reflexiones/salud, No. 4, Chile, 2008, p. 1.

<sup>156</sup> UNIFEM, *op.cit.*, p. 98.



*Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas”* , reconoce que existe una relación entre pobreza y salud mental, que es compleja y multidimensional.

Por otra parte, Gloria Careaga en *“Mujer, pobreza y salud mental”* <sup>157</sup>, argumenta que las mujeres de bajo nivel de escolaridad, económico y social presentan mayor apego a tradiciones patriarcales, por lo que ellas se describen como sumisas, pasivas dependientes y poco seguras de sí mismas, actitudes que se relacionan con sintomatologías depresivas, y usan mecanismos tales como la resignación o adaptación, lo cual es una manifestación de la mayor intensidad del machismo y la sumisión, así como otros aspectos de subordinación de las mujeres que inciden en su salud mental<sup>158</sup>. Al respecto Careaga realizó un estudio en un grupo de mujeres sobre el impacto de la crisis económica en México de la década de los años noventa del siglo XX en su salud mental. Describió que la mayoría de las mujeres percibían su entorno como abrumador, y muchas de ellas se reprochaba dicha situación de pobreza, lo que permite argumentar que el contexto psicosocial en el que se desenvuelven las mujeres influye en la existencia de trastornos como depresión, ansiedad como respuestas ineludibles a un ambiente nocivo y enfermante.

La OMS en *“Gender in mental health research”* , señala que la carga de las enfermedades mentales es especialmente grande en el grupo que va de los 15 a 44 años, lo que representa Años de Vida Perdidos (ADVPs). La depresión y el consumo de alcohol representan los trastornos más frecuentes (ver gráfica 2.3) en los hombres, es la cuarta de las cinco causas de discapacidad, en cuanto a las mujeres representan tres

---

<sup>157</sup> Gloria Careaga, *“Mujer pobreza y salud mental”* , Revista Fem, Vol.8, No.132, 1994, México, p. 25

<sup>158</sup> Gloria Careaga señala que en las mujeres (mexicanas) se ha planteado la existencia de un denominador común de su patología: la resignación. Esta resignación atávica de la mujer mexicana pobre se manifiesta en el conocimiento de que nada puede ni debe hacerse para cambiar las cosas, porque así han sido siempre; igual suerte le ha tocado a la madre , a la abuela y a todas las mujeres de la casa” *Ibidem.*, p. 25.

de las cinco causas de (ADVPs). La depresión señala el organismo, es el trastorno más común entre las personas que viven en pobreza:

(..) lo que implica que la carga de trastornos mental sea mayor para los sectores económicamente más vulnerables. Dado que la inmensa mayoría de las personas que viven en pobreza son mujeres y niños, es necesario dar una cuenta del papel de la pobreza en la salud mental y la importancia del género en esta relación<sup>159</sup>.

Gráfica 2.3

Trastornos mentales que representan la mayor carga de ADVP's



Fuentes: Organización Mundial de la Salud, *Gender in mental health research series*, Department of gender, women and health family and community health, Geneva Switzerland, 2005, p.9.

Disponible en: [http://www.who.int/gender/documents/mental\\_health/9241592532/en/index.html](http://www.who.int/gender/documents/mental_health/9241592532/en/index.html).

Organización Mundial de la Salud, (OMS), *Informe sobre la Salud en el mundo, Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, Francia, 2002, 27p.

<sup>159</sup> Organización Mundial de la Salud, *Gender in mental health research series*, Department of gender, women and health family and community health, Geneva Switzerland, 2005, p.8. Disponible en: [http://www.who.int/gender/documents/mental\\_health/9241592532/en/index.html](http://www.who.int/gender/documents/mental_health/9241592532/en/index.html) (día de consulta: 02/03/2010)

Es claro que existe un riesgo relacionados con la pobreza y la desigualdad que se refleja en la salud mental femenina. Cuando las mujeres carecen de autonomía, del poder en la toma de decisiones y del acceso independiente a los ingresos, muchos aspectos de su vida y de su salud necesariamente quedan fuera de su control, incluyendo la susceptibilidad a las enfermedades transmisibles, desnutrición, falta de acceso a los servicios de salud, múltiples embarazos, abortos, etc. Todas éstas y muchas otras condiciones adversas tiene una repercusión mayor debido a que enfrentan limitaciones más estrictas en su capacidad para ejercer control sobre los determinantes de sus salud mental, particularmente la depresión y ansiedad en comparación con los hombres.

Es necesario reconocer que la depresión en mujeres no puede explicarse desde una visión biológica u hormonal simplista, sino que resulta vital considerar que la mayor exposición a factores adversos se encuentra estrechamente relacionada al riesgo de desencadenar dolencias mentales. Por lo que la brecha de género se hace más evidente en el sector femenino, debido a que suelen tener menos opciones cuando se enfrentan a dificultades económicas y sociales, lo que a su vez conduce a una mayor probabilidad de consecuencias adversas para su salud mental.

### 2.1.3 Violencia de género

Como se ha venido mencionado, bajo una enfoque de género tanto en la disciplina de Relaciones Internacionales como en ciencia médica se puede lograr una comprensión más amplia de los problemas de las mujeres. En el caso de la salud mental, la categoría de género tiene el poder de explicar las diferencias en salud mental entre hombres y mujeres. Las teorías feministas de la producción social de la salud y la enfermedad mental, reconocen que las relaciones de género asimétricas, opresivas, de subordinación, marginación en la cultura patriarcal, tienen implícito

consecuencias negativas en la salud mental de las mujeres. Por lo que se identifica a las mujeres como un grupo social que padece condiciones sociales opresivas como la desigualdad socioeconómica y la violencia de género.

La violencia de género tiene su origen en una amplia variedad de aspectos culturales relacionados con la construcción de la identidad femenina y masculina, la asignación diferenciada y excluyente de lo que debe ser un hombre o una mujer, tiene implicaciones en todos los aspectos y ámbitos humanos. La condición de subordinación y la valoración discriminada en la que viven las mujeres en todo el mundo, las convierte en las depositarias por excelencia de la violencia por el simple hecho de ser mujeres. Lo que constituye un fenómeno asentado en las sociedades patriarcales que parte de la necesidad de los varones de mantener su poder y dominio sobre las mujeres por medio de las estructuras genéricas del orden social<sup>160</sup>. Para Irene Meler la violencia de género es “la expresión directa de la subordinación femenina y la manifestación de la asimetría jerárquica existente entre varones y mujeres para el dominio masculino”<sup>161</sup>.

Para efectos de esta investigación la violencia de género, es una manifestación del poder y control (en el acceso al poder, la elección de recursos y oportunidades en todos los ámbitos) de los varones hacia las mujeres por medio de la agresión sexual, psicológica, física o verbal, la exclusión, desvalorización, denigración, violencia, intimidación en un contexto de opresión generalizada producto de un conjunto de creencias, valores, prácticas culturales, sociales, políticas, económicas, que perpetúa, mantiene, otorga poder y dominio de los hombres hacia las mujeres en las sociedades patriarcales<sup>162</sup>.

---

<sup>160</sup>Diana Roussel, Jill Radford (Editoras), *Feminicidio. La política del asesinato de las mujeres*, México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades (CEIICH- UNAM), 2006, p.15.

<sup>161</sup> Mabel Burín y Irene Meler, *Varones. Género y Subjetividad masculina*, Paidós, Buenos Aires Argentina, 2000, P. 56.

<sup>162</sup> Lori Heise, “*Violencia contra la Mujer: La carga oculta sobre la salud*”, Mujeres salud, y desarrollo OPS- OMS , Washington, 1994, p. 16.

Existen diferentes formas de violencia de género<sup>163</sup>, las cuales se encuentran presentes en todos los espacios de la vida cotidiana de las mujeres, es seguramente el problema más representativo de la supremacía del género masculino sobre el femenino, lo que constituye la base para potenciar padecimientos psicosociales específicos en las mujeres. Es importante señalar que las diferentes formas de violencia a menudo se presentan de manera simultánea, lo que agrava la potencialidad del daño. Por ejemplo, en el caso de la violencia psicológica, también se encuentra otros tipos de violencia como; la manipulación, el aislamiento social, la dependencia económica, la intimidación, así como la humillación, y la violencia física. En un estudio realizado en Canadá, el 93% de las mujeres que sufrieron violencia psicológica informaron haber sufrido otros tipos de violencia como abusos físicos recurrentes<sup>164</sup>.

En “*Gender and Mental Health*”, Astbury señala que la experiencia de violencia por parte de la pareja o perpetrada por los hombres hacia las mujeres, es la causa más emblemática de las asimetrías de género, y el factor que potencializa la prevalencia de depresión en mujeres. Así mismo, menciona que esto se debe a que la violencia contra las mujeres encapsula tres características principales de las teorías sociales de la depresión: humillación, sumisión-subordinación, bloqueo y la sensación de estar atrapado. Astbury destaca algunas variables en el desarrollo de la depresión en mujeres como: la percepción de inferioridad o de sentirse en una posición subordinada no deseada, baja autoestima o desconfianza en uno mismo, comportamientos de sumisión y de derrota<sup>165</sup>.

---

<sup>163</sup> La violencia de género se presenta en diferentes manifestaciones: violación, estupro, incesto, acoso, violencia conyugal - familiar, callejera, laboral, patrimonial, psicológica, intelectual, simbólica, lingüística, económica, jurídica y política, es decir, la violencia por el sólo hecho de ser mujer, sintetiza, formas de violencia sexista y misógina, clasista, etárea, racista, ideológica, religiosa, identitaria y política. Diana Roussel, Jill Radford (Editoras), *op.cit.*, p.26.

<sup>164</sup> Jill Astbury, *op.cit.*, p.13

<sup>165</sup> *Ibidem.*, p.23.

Al respecto, María Daskal establece los siguientes factores de riesgo para la salud mental de las mujeres debido al desequilibrio de poder entre mujeres y hombres: situaciones permanentes de conflicto; la socialización de género que moldea a las mujeres en la pasividad, sumisión, abnegación, tolerancia, desvalorización de sí misma, dependencia, complacencia, atención y cuidado de otros pero no de sí misma; obstaculización del desarrollo propio, de la toma de decisiones de sus propias necesidades, deseos y malestares; la subvaloración cultural del género femenino y el condicionamiento de lo que debe ser una mujer y lo que no; la dificultad para relacionar sus malestares con las condiciones concretas que los producen; no expresar malestar, necesidades, no reclamar, no pedir, ni exigir, aguantar y esperar; postergación de proyectos, deseos y necesidades propias por dar mayor prioridad a las familiares; falta de oportunidades objetivas; falta de estímulos externos y la restricción de oportunidades objetivas; el sufrir malos tratos como la violencia física, sexual o psicológica<sup>166</sup>.

Es evidente que existe una relación entre las dolencias mentales como la depresión, ansiedad, y síntomas somáticos, con los factores a los que hace referencia Jill Astbury y María Daskal. Por ejemplo, en el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001*, la OMS señala que existe una relación bastante considerable entre las mujeres que han sufrido violencia y pensamientos suicidas, en comparación con las que no han padecido violencia. De acuerdo con el informe, el sector femenino que sufrió o sufre violencia física o sexual por parte de sus parejas, presentan consecuencias directas en su salud mental, entre las que destaca; la angustia emocional y los comportamientos suicidas. Cabe mencionar, que esta institución identificó la angustia emocional, mediante síntomas como el llanto fácil, la incapacidad para disfrutar de la vida, la fatiga y los pensamientos suicidas durante las cuatro semanas anteriores a la entrevista (ver gráfica 2.4)<sup>167</sup>.

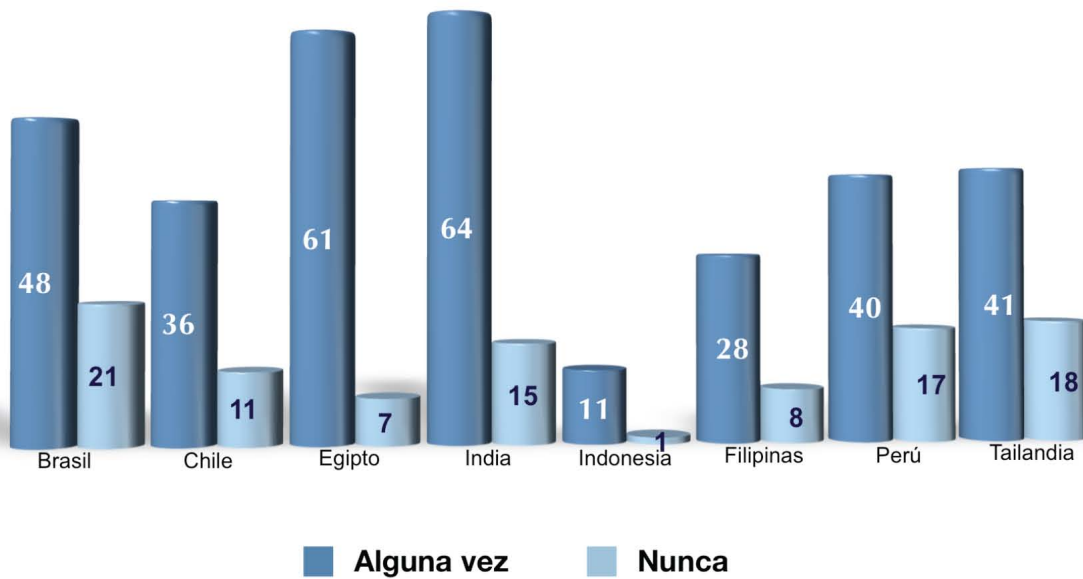
---

<sup>166</sup> Ana María Dakal, Cristina Ravazzola, “*El malestar silenciado*”, *Revista Isis internacional*. Ediciones de las mujeres N° 14, Santiago de Chile, diciembre 1990, p. 33

<sup>167</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS), *Informe sobre la Salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, Francia, 2002, p 19.

Gráfica 2.4

Porcentaje, de mujeres con pensamientos suicidas en función de su experiencia de violencia física o sexual o ambas



Fuente: Organización Mundial de la Salud, (OMS), *Informe sobre la Salud en el mundo, Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, Francia, 2002, 42p.

Como se puede observar en todos los países de la gráfica, muestran la relación entre

las mujeres que han tenido experiencias de violencia física o sexual<sup>168</sup>, y pensamientos suicidas, situación que permite reconocer que las mujeres que han sufrido violencia tiene el doble de posibilidades de tener mala salud mental que las no abusadas. Jill Astbury argumenta que también hay una relación con las fobias, el abuso de sustancias, y que existen hallazgos que muestran la relación causal entre la violencia y la depresión en varios casos; en primer lugar se da una notable reducción en los niveles de depresión y ansiedad, cuando las mujeres son alejadas de la violencia, en comparación con el aumento de depresión y ansiedad cuando la violencia está en curso; en segundo lugar, la gravedad de la violencia parece predecir la gravedad de las consecuencias psicológicas; y en tercer lugar, se ha observado una diferencia significativa en la depresión y ansiedad producto de violencia relacionada con otros factores como pobreza, baja escolaridad, entre otros<sup>169</sup>.

En *“Cuestiones psicológicas y feministas de la salud mental de las mujeres”*, U. Vindhya plantea que la violencia de género contribuye a desarrollar trastornos severos en las mujeres que van desde la depresión hasta el estrés postraumático, los cuales han sido ignorados debido que se victimiza a las mujeres que han experimentado violencia. Esta autora argumenta que las críticas feministas, han

---

<sup>168</sup> La Convención Interamericana para Prevenir sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres ‘Convención de Belém do Pará’ (1994), en el artículo primero señala que es violencia contra las mujeres “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como privado” , Así mismo en el artículo 2 de dicha convención enfatiza:

“Se entenderá que la violencia contra la mujer incluye violencia física, sexual y psicológica:  
a) que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual;  
b) que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar y,  
c) que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, dondequiera que ocurra” . Organización de Estados Americanos (OEA), *Convención Interamericana para Prevenir Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres ‘Convención de Belém do Pará’* (1994), Belém do Pará, Brasil, suscrita en el XXIV período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA, junio 1994 (ratificada por México en 1998). Disponible en : <http://www.cidh.org/Basicos/Spanish/Basicos6.htm> (día de consulta: 09/04/2011)

<sup>169</sup> Astbury Jill. *op.cit.*, p.26



enfaticado la manera en que la psicología ha culpabilizado y responsabilizado a las mujeres de la violencia ejercida por los hombres hacia ellas, al argumentar que provocan los ataques (físicos, psicológicos y sexuales), lo que apoya - justifica la dominación y el poder de los hombres agresores al buscar psicopatologías, por ejemplo, caracterizándolos como pasivos - dependientes, infantiles o carentes de control de sus impulsos, en tanto que las mujeres que reciben la violencia son etiquetadas como masoquistas, paranoicas o deprimidas<sup>170</sup>.

Los hombres golpeadores ya sea por sus características agresivas masculinas o por factores como el alcohol, drogas o problemas en la infancia, son justificados a través de teorías psicológicas, por lo que ignoran que la violencia perpetrada por los hombres hacia las mujeres es deliberada y consciente. El trabajo de Cristina Alsina y Laura Borràs Cstanyer: *“Masculinidad y violencia”*, es de gran utilidad para conceptualizar la violencia masculina como una construcción sociocultural. Estas autoras critican la visión y conceptualización de Erich Fromm sobre la agresividad masculina, debido a que justifica la violencia al asignarla como innata en el hombre y de reacción humana (de emergencia en términos de Fromm) frente a los acontecimientos ambientales o sociales. Para Fromm, la agresividad puede ser benigna o defensiva, la cual está caracterizada por un impulso genéticamente programado para atacar o huir cuando están amenazando sus intereses vitales, y justifica esta noción por medio de la tesis adaptativa (en función de la supervivencia de la especie y del individuo). La segunda denominación de agresividad de Fromm es la maligna o destructiva: la cual clasifica como específica de la especie humana, sin ninguna finalidad y su motivación es la búsqueda del placer, y la llega a comparar con el amor o el anhelo de libertad, al equipararla como una pasión<sup>171</sup>. Para Cristina

---

<sup>170</sup> U. Vindhya, *“De lo personal a lo colectivo: cuestiones psicológicas y feministas de la salud mental de las mujeres”*, *La ventana*, Núm.16, México, 2002, p. 15.

<sup>171</sup> Marta Segarra y Ángeles Carabí (eds), *Nuevas masculinidades*, España, Icara, Mujeres y Cultura, p. 93.

Alsina y Laura Borràs Cstanyer, la conceptualización de Fromm, refleja siempre una justificación de la actitud agresiva del hombre sustentada en razonamientos biológicos, genéticos, psicológicos o según la ideología dominante. La violencia señalan las autoras siempre es justificada debido a que es vista como una necesidad irremediable del hombre.

Como señala U. Vindhya, las teorías psicológicas (en particular), al situar la violencia como la representación de los impulsos internos y consubstancial a la especie humana, que por instinto es agresiva y violenta, exime de cualquier consecuencia, responsabilidad y culpa al perpetrador de la violencia y desvía de la atención otras posibles causas de la agresividad humana como la cuestión de poder y dominación del hombre sobre la mujer, y lo más importante que la violencia es cultural y no natural.

Es preciso señalar que esta visión de violencia también se encuentra presente en las Relaciones Internacionales como se mostró en los argumentos de Morgethau, Hobbes, Reinhold Niebuhr, para justificar el poder, la guerra y la soberanía nacional. Los teóricos en Relaciones Internacionales, al situar la violencia como connatural en la construcción de las identidades de los soldados, de los hombres de Estado, siempre vistos en términos de virilidad, poder y principales perpetradores de la violencia para la defensa del Estado y la soberanía nacional, justifican y perpetúan la violencia como una necesidad consustancial para el Estado y las relaciones interestatales.

Para U. Vindhya “La idea generalizada (...) de que el hombre pierde el control, de que la violencia está fuera del dominio de la decisión y que los golpes ocurren durante breves episodios irracionales construye, un perfil contemporáneo del golpeador como alguien que no está necesariamente enfermo”<sup>172</sup>, sino que está más bien sólo temporalmente enloquecido. Por lo que, cabe preguntarse ¿Por qué los supuestos episodios ‘psicopatológicos’ masculinos de violencia no son perpetuados

---

<sup>172</sup>U. Vindhya, *op.cit.*, p.24.

hacia sus jefes, compañeros, etc.?<sup>173</sup>. Es claro que la mayoría de las veces la violencia hacia las mujeres ocurre en el ámbito privado o en situaciones de mayor subordinación y desempoderamiento, es decir, la violencia de género se explica en términos de poder. El poder que la sociedad patriarcal le ha asignado a los hombres, es lo que les permite agredir a las mujeres. Por lo que la agresión y la violencia se explican en relación con el poder que tienen los hombres sobre las mujeres y no en términos biológicos o connaturales al hombre. El desempoderamiento en el que se encuentran las mujeres, es lo que conduce a los hombres a ejercer violencia, razón por la cual Vindhya argumenta que la psicología debe considerar el contexto patriarcal, el uso del poder, y el sometimiento en la definición de violencia de género. Desde esta perspectiva, el golpeador “no es lo suficientemente anormal para ser considerado un psicópata, ni suficientemente responsable para ser considerado un criminal”<sup>174</sup>.

Al respecto en “*XY, la identidad masculina*”, Elizabeth Badinter sostiene un argumento fundamental “llegar a ser un hombre es un proceso que pone en juego factores psicológicos, sociales y culturales que no tienen nada que ver con la genética y que, no obstante, tiene un papel tan o más determinante que ésta”<sup>175</sup>. La agresividad del hombre no se encuentra en su naturaleza o como atributo genético innato, se encuentra en su educación, cultura y en el poder que se les ha asignado

---

<sup>173</sup> Para Marysia Zalewski, teórica feminista en Relaciones Internacionales, menciona el caso de Josef Fritzl austriaco que encerró y violó durante 24 años a su hija, que es considerado como loco, sin embargo, cuando se hace una crítica del sistema patriarcal, sus actos de violencia son características normales o forman partes de la masculinidad, por lo que cabe preguntarse ¿Si sus actos pueden catalogados como locura?, Zalewski menciona que este caso puede ser considerado como un buen ejemplo para los estudios sobre la violencia, la guerra y los conflictos en la Relaciones Internacionales los cuales tiene un doble discurso sobre la violencia. Marysia Zalewski, *Unsettling international relation, masculinity and making international relation theory Interesting*, Theory talks, Núm 28, abril, 2009. Disponible en: <http://www.theory-talks.org/2009/04/theory-talk-28.html> (día de consulta: 26/04/2010).

<sup>174</sup> U. Vindhya, *op.cit.*, p.16.

<sup>175</sup> Marta Segarra y Ángeles Carabí (eds), *op.cit.*, p. 90.

sobre las mujeres.

Desde una perspectiva feminista, las mujeres toleran las relaciones agresivas no tanto por su patología sino por las situación de desempoderamiento (falta de control, temor, desigualdad socioeconómica, etc.) en las que se encuentran sometidas. La “*Encuesta Nacional sobre Violencia Contra las Mujeres en México*” (ENVIM, 2003)<sup>176</sup>, señala que las mujeres implicadas en homicidios, agresiones y violaciones, buscan ayuda o reportan defenderse cuando se encuentran en dichas situaciones<sup>177</sup>, sin embargo, los sistemas de justicia no responden adecuadamente a dicha problemática lo que muchas veces las pone en situaciones de mayor riesgo. Por lo que las mujeres que han padecido actos violentos, con frecuencia evitan acudir a los servicios de salud, ya sea porque no confían en los prestadores de dicho servicio, consideran el acto como vergonzoso o sus parejas no se los permiten <sup>178</sup>.

Por otra parte, la encuesta menciona que las mujeres maltratadas no tienen en muchos casos apoyo social, ni familiar o institucional, lo que propicia que no encuentren soluciones viables. La manera en que la sociedad y las instituciones entienden la violencia de género es bajo la idea que las mujeres tienen la culpa, por lo que no se muestra la situación tensional en la que se encuentran, el denunciar las evidencia a ellas y no al cónyuge o al perpetrador de la violencia<sup>179</sup> por lo que muchas veces son tratadas tanto socialmente e institucionalmente como mujeres: sometidas, humilladas, degradadas, fracasadas, frustradas, tontas, dejadas,

---

<sup>176</sup> En los resultados de la encuesta señala que existe una dificultad para medir la violencia. *Encuesta nacional sobre violencia contra las mujeres* (ENVIM), *op.cit.*, p.132.

<sup>177</sup> La agresión recibida constituye una exhibición de la falta de respeto del cónyuge, sobre todo un indicador por un lado del desamor, razón por la cual muchas mujeres les cuesta trabajo buscar ayuda debido a que las responsabilizan y muchas veces la sociedad justifica la violencia, así mismo las mujeres que llegan al médico por algún vecino o pariente que refiere las causas reales de la lesión en estados de suma gravedad o de inconsciencia. *Ibidem*, p. 131

<sup>178</sup> Lo que más distingue a la violencia de género es que en muchos casos es perpetrada por hombres cercanos a las mujeres. Si el concepto de seguridad nacional en Relaciones Internacionales no considera la seguridad en el hogar, es claro que una mujer o un niña (o) que experimenta violencia carecen de cualquier seguridad.

<sup>179</sup> Encuesta nacional sobre violencia contra las mujeres (ENVIM), *op.cit.*, p. 131.

provocadoras, masoquistas, etc.<sup>180</sup>. Es decir, existe un vacío tanto en el sector sanitario como legal que asista y detenga eficazmente la violencia contra las mujeres.

En el análisis que hace Lori Heise en “*Violencia contra la mujer: La carga oculta sobre la salud*” señala que para muchas mujeres, los efectos psicológicos del abuso son más debilitantes que los efectos físicos<sup>181</sup>. La mayoría de las mujeres sometidas a la violencia de género, muestra un profundo malestar, que si no se resuelve a tiempo, desarrolla patrones sintomáticos crónicos y de larga duración como la depresión:

La agresión va más allá de las lesiones físicas e incluye el maltrato psicológico, el abandono y el maltrato sexual (...). La depresión, la baja autoestima, los desórdenes postraumáticos, la ansiedad y el suicidio, son tan importantes, como las fracturas, las heridas, quemaduras y los homicidios. Es fundamental el desarrollo de investigaciones donde se aborde este problema incluyendo los daños a la salud mental, en dos aspectos, como consecuencia y causa del problema<sup>182</sup>

Identificar la depresión en mujeres como síntoma de su malestar emocional, reconociendo que está directamente relacionada con estilos de vida nocivos, que son producto de las expectativas y de los roles de género socialmente asignados a ellas, es fundamental para entender adecuadamente y de manera más sustancial el problema de la salud mental femenina. En este sentido es necesario señalar, que cualquier consideración o definición en materia de violencia de género debe incluir un análisis sobre la desigualdad intergeneracional de poder, la cual atraviesa la organización jerárquica de la familia, la estructura y dinámica social. Por lo tanto, la violencia de género puede ser explicada como un fenómeno colectivo, que

---

<sup>180</sup> La violencia también puede darse en la atención médica, como ejemplo Astbury señala que las mujeres con antecedentes de abuso sexual infantil que consultan psiquiatras corren mayor riesgo de violación sexual. Jill Astbury, *op.cit.*, p. 26.

<sup>181</sup> Lori Heise, *op.cit.*, p. 34.

<sup>182</sup> Encuesta nacional sobre violencia contra las mujeres (2003), *op.cit.*, p. 37.

involucra a muchas mujeres, y que este problema no puede ser tratado en términos de acontecimientos individuales o del orden privado. La violencia de género, se registra en el contexto de una sociedad que hace posible la existencia de ese fenómeno y lo tolera, incluso justifica, por lo que suele ser una violencia socialmente reconocida, inserta en las prácticas cotidianas. No es, de ninguna manera, un acto aislado o privado al margen del contexto social, la violencia de género “se incuba en la sociedad y en el Estado debido a la inequidad genérica patriarcal existente” <sup>183</sup>.

Razón por la cual la violencia de género debe ser percibida como una prioridad de salud pública y como la violación a los derechos humanos, a la libertad, y autonomía de las mujeres. Resulta indiscutible que la relación de la violencia de género y las múltiples consecuencias negativas para la salud mental como se ha podido mencionar. A continuación, en el siguiente capítulo señalaremos, la perspectiva de Naciones Unidas en relación con la salud de las mujeres en sus diversos programas. Veremos que aunque Naciones Unidas, reconoce el impacto de lo social en su etiología, así como las condiciones de género específicas que inciden negativamente en su salud, evade la problemática del lugar subordinado de las mujeres en la sociedad y se olvida de la salud mental femenina. En ese sentido los programas propuestos por Naciones Unidas siguen manejando una visión que estereotipa, limita y desvaloriza la salud mental de las mujeres de manera explícita o implícita.

Como se podrá mostrar en el siguiente capítulo, el enfoque de Naciones Unidas no plantea los aspectos estructurales relativos a la posición de subordinación de las mujeres, evita la pregunta ¿Cómo las condiciones sociales de las mujeres se relacionan con sus posición estructural y padecimientos mentales específicos?, en su lugar la ONU plantea, a través de sus diversos organismos la posibilidad de generar una mejora sostenible en la condición de las mujeres sin cambios estructurales. Es decir, reconoce que las mujeres son afectadas por factores sociales pero no enfatiza la necesidad de cambios en la estructura social para mejorar la situación de las

---

<sup>183</sup> Diana E. H Russell, Roberta A Harmes, *op.cit.*, p. 16.

mujeres de manera efectiva y real, como una condición necesaria para la protección de su salud mental.

# Capítulo 3

## La salud de las mujeres en la agenda internacional

Para comenzar el análisis de cómo se ha tratado el tema de la salud de las mujeres en la agenda internacional es necesario preguntarnos: ¿Cuándo se reconocen las problemáticas sanitarias de las mujeres en la agenda internacional y de qué manera se hizo dicho reconocimiento?.

En este sentido, es necesario remontarnos a la fundación de la Organización de Naciones Unidas (ONU, 1945). Desde su creación esta institución mostró interés por la situación de inequidad de las mujeres en el mundo. En la Carta fundacional de ONU, se hace un reconocimiento de igualdad de derechos entre mujeres y hombres. Un año después (1946), el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas estableció la Comisión de la Condición Social y Jurídica de la Mujer con el objetivo de integrar los problemas de las mujeres en la agenda internacional. Por primera vez en la historia, a través de esta Comisión, las mujeres fueron consideradas como sujetas que merecían atención e importancia en el ámbito internacional.

Es así como, la Comisión constituye el primer mecanismo internacional dedicado a desarrollar objetivos y políticas mundiales con miras a garantizar los derechos políticos y sociales de este grupo en particular. Representa el primer instrumento internacional



que reconoció y protegió los derechos civiles y políticos de las mujeres conocidos como ‘La Convención Política de Derechos de la Mujer’ . Ésta defendía el derecho a votar, y el derecho a postularse en cargos públicos en condiciones de igualdad con los hombres, sin discriminación alguna. Las mujeres obtuvieron el derecho a votar y a formar parte del gobierno en muchos país, pero el avance de la inclusión de este grupo en todos los ámbitos públicos no se logró del todo debido a que tanto la Comisión como la Convención presentaron limitaciones, una de las más importantes consiste en que no cuestionó la estructura social ni cultural de la condición de subordinación, violencia, desigualdad socioeconómica y la división sexual del trabajo; otra limitante consiste en que los gobiernos no consideraron en sus políticas y programas, la igualdad de género de manera consistente.

Fue hasta el periodo de 1975 y actual, cuando Naciones Unidas estableció programas y políticas enfocados a mejorar la situación de desventaja de las mujeres en todos los ámbitos tanto público como privado con mayor voluntad política<sup>184</sup>. A partir del periodo de 1980-1990, la comunidad internacional comenzó a criticar la parcialidad masculina en la priorización e interpretación de los derechos humanos de Naciones

---

<sup>184</sup> Entre los avances más significativos destacan:

-El establecimiento de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer CEDAW (1981 entra en vigor). Primer tratado internacional de derechos humanos que definió la discriminación en contra de las mujeres, sus primeros dieciséis artículos convocan a los gobiernos a asegurar la erradicación de tales abusos en todas las áreas de la vida de las mujeres y niñas y forma un comité con la finalidad de examinar los progresos en la aplicación de la Convención.

-En 1992 el comité CEDAW emitió la recomendación 19, en la que solicitaba a los Estados que incluyeran información acerca de la violencia en contra de las mujeres y medidas para enfrentarla.

-En 1993 en la Segunda Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos en Viena, se recomendó que las mujeres disfruten de los derechos humanos de manera igualitaria.

- En julio de 2010 la Asamblea General de Naciones Unidas fusionó las cuatro instancias enfocadas para el adelanto de las mujeres; la División para el Adelanto de la Mujer (DAW), la Oficina del Asesor Especial del Secretario General sobre Cuestiones de Género y la Promoción de la Mujer (OSAGI), el Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación para la Promoción de la Mujer (INSTRAW) y el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), estableciendo ONU Mujeres.

Unidas, debido a que los gobiernos seguían (en muchos casos continúan) con prácticas discriminatorias y violentas en contra de las mujeres.

Sin embargo, para el objetivo de este apartado solamente se analizaran los programas internacionales dirigidos a la salud de las mujeres. En el primer lugar, se analizará el ‘Decenio de Naciones Unidas para la Mujer’ (1975-1985), periodo en el que Naciones Unidas, a través del programa ‘Mujer en el desarrollo (MED)’<sup>185</sup>, comienza a integrar en la agenda internacional políticas y programas en materia de salud femenina. El MED resulta de gran importancia para la presente investigación, porque establece los principales programas internacionales enfocados en la salud de las mujeres, lo que permite analizar los contenidos y concepciones en esta materia en el ámbito internacional.

En el segundo apartado, se vuelve fundamental examinar el periodo posterior al MED (el cual se sitúa a finales de la década de los ochenta -noventa y principios del siglo XXI). Por medio del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 1991) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer Beijing (1995), se da un avance significativo en la manera de abordar la salud de las mujeres frente a las propuestas del MED. A partir de 1990, Naciones Unidas parte del reconocimiento de las consecuencias negativas que los programas desarrollistas (MED) tuvieron en la vida de las mujeres y en su salud, debido al énfasis que pusieron en sus roles dentro de la familia y el hogar, y busca un enfoque más amplio sobre la complejidad de su situación tanto en el ámbito público como privado. A continuación se analizará la manera en que Naciones Unidas ha incorporado la salud de las mujeres en la agenda internacional, lo que permitirá mostrar los límites, vacíos y las problemáticas inmersas en la conceptualización de la institución.

---

<sup>185</sup> El término MED fue acuñado en 1975 por el Comité de Mujeres de la Organización de la Sociedad para el Desarrollo Internacional de Washington D.C., una red de mujeres feministas que estudiaban el proceso de desarrollo en países subdesarrollados, el trabajo sobre el *“Desarrollo en el tercer mundo”* de Ester Boserup (1970) tuvo una influencia decisiva en el término. El Instituto de Harvard de Desarrollo Internacional desarrollo una metodología en la cual buscó analizar el proceso de desarrollo y explicar la exclusión de las mujeres en el sistema económico y el descuido de los planes de desarrollo en omitir la contribución de las mujeres en la economía. Caroline Monser, *op.cit.*, p. 57.

### 3.1 El Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (1975-1985): surgimiento y consolidación del programa ‘Mujeres en el Desarrollo’ (MED)

Después del establecimiento de la Comisión de la Condición Social y Jurídica de la Mujer (1952), pasaron veinte años para que la ONU y la comunidad internacional dieran mayor impulso a programas y mecanismos jurídicos, sociales y económicos dirigidos a las mujeres. En el marco de la celebración del ‘Año Internacional de la Mujer’ y la ‘Primera Conferencia de Naciones Unidas sobre la Mujer’ (1975)<sup>186</sup>, Naciones Unidas incorporó las problemáticas y los temas de las mujeres en la agenda internacional, entre los temas que destacan son los referentes a la salud de las mujeres.

En la Primera Conferencia se establecieron objetivos específicos dirigidos a disminuir la desigualdad entre los sexos, y lograr la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres a través del ‘Plan Mundial de Acción’. Para dar cumplimiento a los objetivos del ‘Plan Mundial de Acción’, ONU estableció un periodo de diez años denominado ‘Decenio de Naciones Unidas para la Mujer’ (1976-1985)<sup>187</sup>, durante ese periodo la organización implementó varios programas dirigidos a la salud de las mujeres, los cuales se mencionaran más adelante.

---

<sup>186</sup> Se derivaron importantes instrumentos enfocados para lograr el adelanto de las mujeres en la esfera pública como: la creación del Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación para la Promoción de la Mujer (INSTRAW, por sus siglas en inglés), el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas (UNIFEM, por sus siglas en inglés), la elaboración de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979, y entro en vigor en 1981 CEDAW, por sus siglas en inglés).

<sup>187</sup> En America Latina, los Estados Miembros de la ONU a través del comité Plenario de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPALC), aprobaron el Plan de Acción Regional sobre la Integración de la Mujer al Desarrollo Económico y Social de América Latina en 1977.

El Decenio de Naciones Unidas para la Mujer, fue el periodo en el que formalmente se integró a las mujeres como sujetos y tema en la agenda internacional, su participación legitimó y generó la proliferación de organizaciones y programas relacionados a incorporar sus problemáticas. Entre estos encontramos el ‘Plan Mundial de Acción’ y las Cuatro Conferencias Internacionales orientadas a analizar la condición desigual de las mujeres en el mundo (1975-1995)<sup>188</sup>. Producto de estas cuatro conferencias Naciones Unidas, bajo el lema ‘Igualdad, Desarrollo y Paz’ instituyó el Plan de Acción que incluyó tres objetivos orientados en disminuir la desigualdad entre los géneros: la igualdad de oportunidades entre mujeres y varones, la contribución de las mujeres al fortalecimiento de la paz mundial, y la integración de ‘las mujeres en el desarrollo’ (MED), el tema de las mujeres se integró con mayor fuerza en la agenda mundial. Se caracterizó por ser el periodo en el que se debatió públicamente a nivel gubernamental y no gubernamental las problemáticas de las mujeres, principalmente la situación de discriminación y desigualdad en la que se encuentran a nivel mundial.

En dicho período la ONU enfatizó y resaltó las problemáticas de este grupo en el desarrollo económico - social de los países, por lo que representó el periodo decisivo en la formulación de los enfoques y políticas sobre las mujeres y el desarrollo; y el esfuerzo internacional para generar cambios considerables en las políticas y programas de los Estados miembros de la organización. El Plan de Acción fijó dichos objetivos tanto en la agenda internacional como en los gobiernos, para integrar en los programas, políticas y proyectos a las mujeres en el desarrollo. En el ámbito sanitario los programas de MED incorporaron al sector femenino como grupo prioritario para conseguir los objetivos del desarrollo económico.

---

<sup>188</sup> La primera conferencia se realizó en México ‘Sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer’ 1975, la segunda Conferencia en Copenhague ‘Igualdad, desarrollo y paz’ 1980, la tercera Conferencia en Nairobi ‘Examen y evaluación de los logros del decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: igualdad, desarrollo y paz’ 1985, y la cuarta Conferencia en Beijing ‘Programa de acción de Beijing’ 1995.

La pregunta central que guía el presente apartado, es: ¿La estrategia de Mujeres en el desarrollo (MED), impulsada por Naciones Unidas y sustentada en el crecimiento económico, generó oportunidades y cambios reales en la salud de las mujeres y si consideraron cuestiones como su salud mental?. Para identificar en qué medida estas intervenciones impactaron en la salud de las mujeres, es necesario analizar el contenido de los cinco enfoques que constituyen al MED. En primer lugar señalaré la categorización y conceptualización que hace Caroline O.N Moser de los enfoques de MED en su trabajo *“La planificación de género en el tercer mundo: enfrentando las necesidades prácticas y estratégicas de género” (1991)*<sup>189</sup>. La conceptualización de Moser nos permite identificar los alcances y las limitaciones de los programas de MED, los cuales posteriormente ejemplificaré en su aplicación real en el ámbito sanitario.

Los diferentes enfoques y programas de MED, Caroline Moser los divide en cinco: bienestar, equidad, anti-pobreza, eficiencia y empoderamiento. Es necesario señalar que los enfoques del MED se establecieron en las políticas del desarrollo dirigidas principalmente a los países subdesarrollados y que no existe un periodo preciso en la aplicación de cada enfoque debido al proceso lineal en el que se desarrollan. La autora sostiene que muchos de los enfoques, programas y políticas de MED han aparecido simultáneamente, sin un orden lógico, como resultado del salto que se da de un programa a otro en las instituciones internacionales. Lo anterior se debe a que los planificadores de los programas frecuentemente combinan enfoques para incorporar las necesidades de las mujeres en la agenda internacional, a través de una simplificación exagerada de la situación real de este grupo. Lo que se podrá

---

<sup>189</sup> Caroline O.N Moser, *“La planificación de género en el tercer mundo: enfrentando las necesidades prácticas y estratégicas de género”* . En Virginia Guzmán et. al., *Una nueva lectura: género en el desarrollo*, Ediciones entre mujeres, tomo I, lima, Perú, 1991, p. 47.

constatar en la ejemplificación que se hará posteriormente de cada enfoque en el ámbito sanitario.

Comenzando con el enfoque de bienestar, el más antiguo y continua siendo la política más frecuente en los programas para el desarrollo social en los países subdesarrollados. Dicho enfoque considera a las mujeres como un problema para el desarrollo por su carácter de grupo vulnerable, madres y receptoras pasivas de la asistencia. El origen de este enfoque se encuentra en el modelo de bienestar social introducido por los colonizadores occidentales del siglo XIX, quienes a través de las instituciones de bienestar social brindaban cierto apoyo social a las personas que no obtenían ninguna ayuda por parte del gobierno o su familia. Los programas de bienestar occidental cobraron mayor auge después de la Segunda Guerra Mundial, debido al establecimiento de políticas públicas dirigidas a los grupos más afectados por la guerra. Durante este periodo las mujeres, niños y ancianos fueron identificados como ‘grupos vulnerables’<sup>190</sup>; sin embargo las primeras fueron catalogadas como el medio para lograr el bienestar de sus familias y comunidades, razón por la cual los programas de bienestar se interesaron en las mujeres principalmente en función de la utilidad que éstas representaban en el mejoramiento de la familia y los niños<sup>191</sup>.

La aplicación del enfoque de bienestar en los países subdesarrollados se retomó como el medio para salir de la crisis económica y social en el que se encontraban dichos países. En su aplicación se establecieron tres supuestos básicos: en primer lugar, se consideró a las mujeres como receptoras pasivas del desarrollo más que participantes activas en el proceso del mismo; segundo, el interés se dirigió a las funciones reproductivas consideradas como la aportación más importante que realizan las mujeres para con la sociedad; y tercero, se enfatizó el cuidado y bienestar de la familia como la principal tarea y preocupación de las mujeres.

---

<sup>190</sup> *Ibidem.*, p. 84.

<sup>191</sup> *Idem.*

En segundo lugar está el enfoque de equidad o igualdad, considerado por Monser como el enfoque original de los programas de MED. En él se reconoce que las mujeres, a través de sus tareas productivas y reproductivas, participan activamente en el proceso de desarrollo y proporcionan una contribución sustancial, no reconocida, al crecimiento económico. Por lo que parte del supuesto de que las estrategias económicas han tenido un impacto negativo en las mujeres, e identifica los orígenes de la subordinación de las mujeres no sólo en el contexto familiar sino también en las relaciones entre hombres y mujeres en el ámbito público. Y da un énfasis considerable a la independencia económica de las mismas a través de una mayor incorporación del sector femenino al ámbito laboral remunerado como sinónimo de equidad.

El enfoque de equidad enfatiza específicamente la desigualdad entre hombres y mujeres producto de la división sexual del trabajo, es decir, solamente se centra en las funciones productivas de las mujeres con el objetivo de aumentar la contribución económica y productiva en la esfera pública<sup>192</sup>.

En tercer lugar tenemos el enfoque antipobreza, también conocido como enfoque de necesidades básicas. Éste intenta incidir en las limitaciones económicas de las mujeres en situaciones de pobreza. Su objetivo es incrementar el acceso femenino a los recursos financieros mediante proyectos que generen ingresos. Solamente considera las actividades reproductivas de las mujeres, por lo que asume que la disminución de la pobreza y la promoción de un crecimiento económico balanceado requiere de una mayor productividad de las mujeres en los hogares de bajos ingresos. Mayra Bouvinic<sup>193</sup>, argumenta que este enfoque es una visión moderada del enfoque de equidad que surge de la resistencia de las agencias de desarrollo a interferir con la forma en que se construyen las relaciones entre hombres y mujeres en la sociedad

---

<sup>192</sup> *Ibidem.*, p. 87.

principalmente en sociedades subdesarrolladas. Por lo que, dicho enfoque sitúo los orígenes de la pobreza en la desigualdad de las mujeres, en su falta de acceso a la propiedad privada y al capital, enfatizando la necesidad de abatir la discriminación sexual en el ámbito laboral. En consecuencia, busca incrementar las opciones de empleo y generación de ingresos para las mujeres a través de un mayor acceso a los recursos productivos.

Existe también el enfoque de eficiencia, que predominó en la década de los ochenta del siglo XX, el cual incorporó a las mujeres en el desarrollo bajo el supuesto de que una mayor participación económica de las mujeres en los países subdesarrollados se traduce automáticamente en una mayor equidad de éstas. Este enfoque se implementó en el momento en que los países subdesarrollados se encontraban inmersos en la crisis económica mundial, por lo que los programas eficientistas utilizaron las funciones y capacidades tradicionales de las mujeres para compensar el deterioro económico en el que se encontraban estos países (al igual que el enfoque de bienestar)<sup>194</sup>. El enfoque de la eficiencia se aplicó en la mayoría de los programas internacionales en los países subdesarrollados. Como veremos más adelante, las mujeres fueron utilizadas como un recurso flexible para mitigar los problemas causados por el debilitamiento de las redes sociales de seguridad, al utilizar su trabajo como una actividad no remunerada. Tanto el enfoque eficientista como el de bienestar se aplicaron en muchos programas simultáneamente.

El quinto enfoque es el del empoderamiento, el cual a diferencia de los otros cuatro enfoques, se establece en el periodo posterior al Decenio de Naciones Unidas (principios de la década de los noventa del siglo XX), y representa la posición de las mujeres de los países subdesarrollados. Se caracteriza por el hecho de que reconoce la necesidad propias de sus condiciones de opresión<sup>195</sup>. La principal diferencia de éste enfoque radica en que identifica las causas y el origen de la opresión de las mujeres tanto en las estructuras públicas como privadas y reconoce que debe darse un

---

<sup>193</sup> Buvinic Mayra, Nadia H. Youssef, Anker, Richar (Ed), *Women' s roles and population trends in the third world*, London, Programa Mundial del Empleo, 1982, p. 87.

<sup>194</sup> Caroline Monser, *op.cit.*, p. 45

<sup>195</sup> *Ibidem.*, p. 104.



cambio sustancial en ambos sí se quiere mejorar la situación de las mujeres en la sociedad. Este enfoque se analizará de manera separada de los otros cuatro enfoques (en la parte de la Categoría de género en el desarrollo y su contribución en las políticas sanitarias 1985-1999), debido a su diferencia tanto en el periodo de aplicación, como en sus objetivos.

Para Monser la principal diferencia entre el enfoque de empoderamiento y los demás es que este incluye estrategias de concientización de las desigualdades de género en todos los ámbitos, en donde se da el reconocimiento de las funciones domésticas y la triple carga de trabajo que desempeñan las mujeres. Otros elementos bastante significativos de dicho enfoque es que pone el énfasis en la organización de las mujeres para ellas mismas y sus problemáticas. En ese sentido cuestiona la interrelación entre poder y desarrollo implícito en los enfoques previos a través del reconocimiento y la importancia que da al incremento del poder femenino en términos de autoconfianza, así como a su necesidad de ejercer control sobre los recursos materiales y simbólicos.

### 3.2 La salud de las mujeres en MED

A partir de la Década de Naciones Unidas para la Mujer, las políticas, programas y proyectos diseñados para integrar a las mujeres en el desarrollo (MED), fueron aplicados en mayor medida en los países subdesarrollo. La centralidad de la perspectiva de MED en esta región se debe a: la recesión económica, rezago tecnológico y social, la caída de los precios de las exportaciones, y el endeudamiento que afectó desde finales de la década de los setenta a los países subdesarrollados en América Latina, África y Asia.

Los países subdesarrollados, comenzaron a implementar políticas de estabilización económica y reformas con el objetivo de abatir la pobreza y el acelerado deterioro

de las condiciones de vida de importantes grupos de población. Las reformas implementadas, principalmente en los países latinoamericanos, se basaron en prescripciones diseñadas por organismos internacionales, con el objetivo de incorporarlos a los programas de desarrollo y crecimiento económico - tecnológico como una medida para disminuir el atraso en el que se encontraban los sistemas económicos, en especial mencionaré las medidas aplicadas en el sector sanitario.

Es necesario precisar que la orientación de las reformas y disposiciones desarrollistas, tenían como objetivo incrementar tanto los índices de crecimiento económico como los relacionados escolaridad, empleo e ingresos y disminuir las tasas de mortalidad infantil, analfabetismo, por los que se enfocaron en aquellos grupos de la población que se encontraban en situación de mayor exclusión. Las mujeres figuraron como el sector con mayor rezago social en todos los índices económicos: marginalidad en la esfera pública, baja escolaridad, baja calificación ocupacional, baja productividad en el trabajo, alto número de hijos, mayor desnutrición y enfermedades<sup>196</sup>, y mayores rezagos educativos, sanitarios, entre otros.

Antes de pasar a la ejemplificación de cómo los enfoques de MED aplicados a los programas de salud de ONU, es necesario señalar otros dos aspectos que son de vital importancia para entender la manera en la que están estructurados y la conceptualización que tienen sobre las necesidades de las mujeres. En relación a ello Maxine Molyneaux<sup>197</sup>, identifica dos tipos de necesidades de las mujeres: necesidades prácticas y estratégicas de género.

---

<sup>196</sup> Rebeca de los Ríos, *Género, salud y desarrollo: Un enfoque en construcción*, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, OPS, Washington, USA, 2007, p. 2.

<sup>197</sup> Maxine Molyneux es Profesora de Sociología en el Instituto de Estudios Latinoamericanos, Universidad de Londres, donde dirige un Master en Globalización e imparte cursos sobre Sociedad y Desarrollo, y Género y Política en América Latina. Ha escrito extensamente en los campos de la teoría feminista, la política y los estudios de desarrollo. Actualmente desempeña el cargo de Principal Asesor Externo del proyecto de United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD) sobre Justicia de Género, Desarrollo y Derechos.

Las necesidades prácticas de género son las que se utilizan en la mayoría de los programas de MED en materia de salud, están enfocados en mejorar solamente las necesidades de las mujeres relacionadas con sus actividades reproductivas, es decir, sólo se toman en cuenta las necesidades asignadas socialmente al género femenino. En materia de salud, por ejemplo se enfocan a la provisión de alimentos, cuidado y educación de los niños, las labores domésticas, cuidado de los adultos mayores, enfermos, la familia y la comunidad. Maxime Molyneux señala que generalmente los programas que se basan en las necesidades prácticas de género, no entrañan una meta estratégica para cambiar las estructuras desiguales en las que éstas se encuentran, por lo tanto no amenazan las formas prevalentes de la subordinación femenina<sup>198</sup>. En este sentido no considera cambiar o ampliar las necesidades de las mujeres, ni tampoco toma en cuenta las diferencias de clase, raza, etnia, etc., existentes en este grupo.

En términos generales, se puede decir que las visiones basadas en las necesidades prácticas de género se han preocupado por mejorar la condición de las mujeres a través de políticas o programas de MED destinados a dar recursos materiales, en lugar de cambiar la estructura que origina su situación y condición de subordinación.

En contraste con las necesidades prácticas, las estratégicas de género, se derivan no de las obligaciones socialmente asignadas a las mujeres sino del entendimiento de que las mujeres se encuentran inmersas en estructuras sociales de dominio y privilegio masculino, las cuales son vistas como imposiciones sociales y como tales susceptibles al cambio. Las necesidades estratégicas tienen el objetivo de superar la subordinación de las mujeres, y sus expresiones concretas tales como: la abolición de

la división sexual del trabajo, la carga doméstica, la eliminación de las formas institucionalizadas de discriminación a través de medidas como; el establecimiento de la igualdad política, la libertad de elección sobre la maternidad, autodeterminación y empoderamiento, la eliminación de violencia y el control masculino sobre la mujer, entre otras cosas.

Para analizar en qué medida los programas de Naciones Unidas han integrado las necesidades sanitarias de las mujeres, es necesario tomar en cuenta cuál de las dos conceptualizaciones sobre las necesidades de género (prácticas o estratégicas) se encuentran plasmadas en ellos. A continuación me refiero a algunos programas relacionados con la salud de las mujeres en el periodo de MED aplicados en los países subdesarrollados.

### 3.2.1 Políticas sanitarias de MED ‘Mujer, Salud y Desarrollo’ : en países subdesarrollados (1975-1985)

Las reformas de ajuste económico de los programas de MED, incorporaron a las mujeres como grupo poblacional importante bajo un doble discurso. Por un lado, los enfoques de bienestar y eficientista (combinado con el enfoque anti-pobreza y de equidad) impulsaron diversas políticas para disminuir la brecha de género entre las mujeres con respecto a los varones presentes en diferentes ámbitos, y por el otro, buscaron incrementar la participación en el trabajo remunerado en función de lograr los objetivos de crecimiento económico, y producir lo mismo o mayores cantidades a menor costo a través del trabajo y mano de obra barata femenina (en muchos sectores no remunerada). En el sector salud, por ejemplo se enfocaron en los grupos

---

<sup>198</sup> KateYoung, *Reflexiones sobre cómo enfrentar las necesidades de las mujeres*. Patricia Portocarrero, Virginia Guzmán, *et. al., op.cit.*, p. 23.

femeninos más empobrecidos, tratando de incidir en dos rubros: en el incremento de sus condiciones de sobrevivencia, satisfacción de las necesidades básicas de la familia y en la reducción de mortalidad, mortandad materno - infantil. A continuación, se mencionaran las propuestas en materia de salud de las mujeres que formaron parte del discurso y el establecimiento de las políticas públicas en el periodo ‘Mujeres en el Desarrollo’ (MED).

Varias de las políticas impulsadas durante el Decenio de Naciones para la Mujer (1975-1985), tienen que ver con la salud de las mujeres en el desarrollo<sup>199</sup>. Los enfoques de MED plantearon la salud de éstas como una contribución al desarrollo en dos sentidos: por una parte como medio para garantizar la reproducción biológica y la sobrevivencia de los hijos mediante las funciones reproductivas de las mujeres y por otra parte, como un insumo para la salud de la población y para el desarrollo de los programas desarrollistas<sup>200</sup>. A manera de ejemplificación se desarrollarán a continuación las políticas sanitarias: mujer, salud y desarrollo.

Comenzaré con el Informe *“La Mujer y su salud”* (1976) del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que ejemplifica la visión institucional sobre la salud femenina en los países subdesarrollados en Latinoamérica. Como se podrá observar este documento cuenta con características de los enfoques de bienestar, eficientista y de equidad de MED, así mismo, únicamente considera las necesidades prácticas de género, debido a que se dirige a mejorar la salud de las mujeres en función de promover la salud de los hijos, la familia y los otros. En este sentido el informe señala lo siguiente:

Con el fin de asegurar el bienestar de las mujeres y el de su familia se debe lograr el incremento de las oportunidades de empleo, educación, promoción y protección de la salud de las mujeres; la lactancia materna es fundamental para lograr el sano desarrollo

---

<sup>199</sup> Cabe mencionar que el enfoque de empoderamiento se enmarca al término de este apartado

<sup>200</sup> *Ibidem.*, p 6.

y la supervivencia infantil; la inclusión y la participación de la mujer debe darse en todos los niveles tanto en la planificación, toma de decisiones, ejecución y evaluación de los programas de salud, con la finalidad de reducir la natalidad; la creación y el mejoramiento de servicios sanitarios para las mujeres trabajadoras con la finalidad de mejorar el cuidado y la salud de sus hijos<sup>201</sup>

El párrafo citado muestra de manera clara, como el enfoque sanitario de OPS, consideró únicamente el trabajo productivo, las responsabilidades domésticas, y el cuidado de la familia como únicas necesidades sanitarias de las mujeres. Por esa razón concibió la salud de este grupo solamente en función de sus capacidades reproductivas, es decir, es un enfoque que enfatiza y utiliza las capacidades prácticas de género de las mujeres. La problemática de este enfoque es que ignora las actividades reproductivas en el ámbito doméstico por lo que no considera: la doble o triple carga de trabajo, el trabajo reproductivo y productivo de las mujeres. Bajo esta visión, en 1975, los servicios de planificación familiar comenzaron a adquirir una mayor centralidad en los programas sanitarios debido al aumento demográfico exacerbado, por lo que MED enfatizó el papel reproductivo de las mujeres, a través del control de la fertilidad y las responsabilizó de la reducción de la natalidad y la mortalidad materno-infantil.

Esta visión reduccionista de la salud femenina, vuelve a enfatizarse en la publicación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1985: *“La salud de la mujer y el desarrollo”* . Nuevamente el énfasis de la salud de las mujeres versa en función del mejoramiento de la salud de los hijos. Por ejemplo, en el párrafo que a continuación citaré, se puede observar como el enfoque de bienestar y de equidad están inmersos en dicho documento<sup>202</sup>: “Mejorando la salud y nutrición de la mujer madre se mejora la salud de los hijos y del grupo familiar; mejorando la salud y nutrición de la mujer trabajadora se incrementa su productividad; disminuyendo el número de hijos de las

---

<sup>201</sup> Organización Panamericana de la Salud, *Informe final: XXIII Reunión, Consejo Directivo de la OPS, XXVII Reunión, Comité Regional de la OMS. Resolución X. Washington, 1976.*

<sup>202</sup> Esta visión se contrapone al enfoque que ve a cada persona como un fin en sí mismo de Martha Nussbam, que será abordada en el capítulo siguiente.

mujeres se reducen los riesgos reproductivos y se facilita la integración de la mujer al trabajo remunerado”<sup>203</sup>.

Otro ejemplo que permite identificar el enfoque bienestarista y eficientista de Naciones Unidas, lo encontramos en el programa implementado (a finales de la década de los setenta del siglo XX) por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF por sus siglas en inglés) para proteger la salud básica y la nutrición de la población infantil. A través de subsidios en alimentos y programas de alimentación directa, UNICEF incorporó en sus programas a las mujeres como gestoras comunales para la alimentación directa de la población infantil. Tal fue el caso del programa llamado ‘Un vaso de leche’ (durante 1980 y continua implementándose en Perú), cuyo objetivo es dar vasos de leche gratis y alimentos a los niños de bajos ingresos para disminuir la desnutrición infantil<sup>204</sup>. Este programa de UNICEF es de tipo bienestarista, eficientista, utilitarista, debido a que utilizó la destreza de las mujeres madres para repartir los alimentos y la leche sin pagarles, las actividades reproductivas de las mujeres fueron el medio para mejorar la salud de los niños y reducir los costos de los programas nutricionales.

En este sentido, las políticas sanitarias de mortalidad y nutrición en países subdesarrollados solamente se limitaron a brindar servicio e información a mujeres embarazadas y lactantes, es decir como grupo objeto, olvidando grupos como mujeres de edad avanzad, niñas, mujeres sin hijos debido a la falta de un enfoque de género, lo propició repercusiones negativas en la salud de las mujeres. Por ejemplo, varios de los países subdesarrollados registraron una sobre mortalidad infantil femenina, por deficiencias nutricionales durante los periodos de 1980, 1985 y 1990<sup>205</sup>.

---

<sup>203</sup> Organización Mundial de la Salud, *La mujer, la salud y el desarrollo*, Informe del Director General OMS, Ginebra, 1985, p. 72.

<sup>204</sup> Caroline, O.N Moser, *op. cit.*, p.103.

<sup>205</sup> La desnutrición aumenta la susceptibilidad a contraer enfermedades infecciosas, retarda el crecimiento, es causa de fatiga crónica y obstaculiza el desarrollo físico e intelectual en las

En *“La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe viejos problemas y nuevos enfoques”* , Elsa Gómez Gómez señala que en estudios realizados en Asia, África y América muestran que la desnutrición era más frecuente entre las niñas que entre los varones. Dichas deficiencia nutricionales se explican por la distribución alimentaria desigual, por razones culturales. La cantidad y calidad de alimentos que reciben las niñas es menor (particularmente los que contienen proteína animal, fuente principal de hierro requerido en mayor cantidad por el organismo femenino, es asignado en mayor cantidad a los varones) debido al trato diferenciado por sexo en materia de alimentación durante la niñez, lo que es reflejo de la inequidad de género en cuanto a oportunidades de supervivencia y de calidad de vida, dichas problemáticas no se consideraron, ni cuestionaron en ninguno de los programas materno- infantil del período<sup>206</sup>.

Muchos de los proyectos del Decenio de Naciones Unidas para la Mujer, no pusieron en duda la asignación sociocultural impuesta a las mujeres en la sociedad (tareas domésticas, actividades no remuneradas, cuidado de los otros), sino que utilizaron la división sexual del trabajo y el confinamiento de lo femenino al ámbito doméstico, para cumplir con los objetivos de los programas dirigidos a la supervivencia física de la familia. Es decir, usaron las diferencias reproductivas y las tareas doméstico adscrito a las mujeres para combatir la malnutrición de los niños, y el cuidado de la familia a través de programas de salud materno – infantil, asumiendo incorrectamente que éstas tienen mucho tiempo libre al dedicarse solamente a las labores domésticas y fijaron las actividades de cuidado y alimentación de los hijos como obligaciones

---

mujeres, además puede impedir el crecimiento de los huesos pélvicos, atrofia que conduce posteriormente partos obstruidos, causa frecuente de mortalidad materna y perinatal. En la etapa reproductiva el factor nutricional también difiere entre mujeres y hombres, con el advenimiento de la menstruación los requerimientos de hierro en las mujeres aumentan, y se intensifican durante el embarazo y lactancia, los patrones culturales y económicos vuelven a incidir en agravar el déficit existente nutricional . Elsa Gómez Gómez, *“La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe viejos problemas y nuevos enfoques”* , Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo, OPS, Mar del Plata, Argentina, septiembre de 1994, p. 17



biológicas- naturales femeninas. Lo que repercutió en el incremento de la jornada laboral, es decir, aumentaron sus tareas al triple (como se pudo observar en el programa de UNICEF).

Las mujeres en este período estuvieron subrepresentadas como grupo objeto de las diferentes intervenciones en materia de salud y nutrición. Es necesario señalar que existe una gran diferencia en entender a las mujeres como grupo objeto en los programas sanitarios y en considerarlas como grupo beneficiario de los mismos.

Es así como los programas de antipobreza y eficientista de MED en el período de 1980, centraron su interés en la importancia de la leche materna para el sano desarrollo del niño y para la reducción de la mortalidad infantil. La salud de la madre embarazada y lactante fue considerada como un elemento central para alcanzar las metas desarrollistas de reducción de la mortalidad infantil, la desnutrición infantil y aumentar la esperanza de vida. En 1984, el informe del Banco Mundial *“Informe de Desarrollo”* identificó la relación entre la disminución de la mortalidad infantil y el nivel educativo de las mujeres, por lo que se exigió a los países subdesarrollados implementar medidas dirigidas a aumentar el nivel educativo e incorporar al trabajo remunerado al sector femenino, con miras a obtener un control sobre la fertilidad más eficiente.

En la Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS (1986) *“Estrategias Regionales para el Futuro sobre la Mujer, Salud y Desarrollo”*, se abordaron aspectos relativos a la protección y prevención de daños a la salud de las mujeres tales como: la reducción de las tasas de mortalidad materna, la reducción de la mortalidad por cáncer, reducción de los riesgos asociados con el trabajo ocupacional, la salud mental, y garantizar la accesibilidad a los servicios sanitarios<sup>207</sup>.

---

<sup>206</sup> *Ibidem.*, p. 18

<sup>207</sup> Organización Panamericana de la Salud, Informe final XXVII Resolución, Consejo Directivo de la OPS, XXXII Reunión, Comité Regional de la OMS. Resolución XVII. Washington, 1986. En De los Ríos, *op. cit.*, p.19.

Además, durante el periodo de MED, se aplicaron métodos arbitrarios para reducir la fecundidad y la esterilización femenina utilizados con gran frecuencia en América Latina. Esto refleja concepciones sexistas en el uso de anticonceptivos que se da entre mujeres y hombres, asignándoles a las mujeres las responsabilidades y los riesgos de la anticoncepción. Elsa Gómez señala que los métodos estrictamente masculinos son los menos utilizados, con una frecuencia inferior (del 2% en la utilización del condón) al 1% en el caso de la esterilización masculina. A pesar de que la esterilización masculina es un proceso considerablemente menos invasivo en comparación con la esterilización femenina<sup>208</sup>.

Es necesario precisar, que muchos de los programas enfocados a la anticoncepción no proporcionaron particularmente a las mujeres el contenido, ni información sobre los métodos y procesos de la anticoncepción, ni mucho menos les permitieron la decisión personal en relación a los riesgos - beneficios de las distintas opciones (tomando en cuenta la edad y los antecedentes médicos). En general, los programas solamente buscaron alcanzar los objetivos demográficos (reducir la tasa de natalidad) violando los derechos humanos y los daños irreparables en la salud reproductiva de las mujeres. En el problema de la mortalidad materna, los programas omitieron, los riesgos que conlleva la atención médica por personal no calificado, la disponibilidad de servicios adecuados, la información adecuada, la posición social de subordinación de las mujeres, las condiciones antihigiénicas, los embarazos excesivos, la práctica indiscriminada de la cesárea (constituye un riesgo que equivale a 12 veces más que la mortalidad materna), entre otros.

---

<sup>208</sup> Elsa Gómez señala que la esterilización femenina en las edades que van de 28 a 33 años representaron el 50%, y asegura que un porcentaje igual se realizó antes de ese rango de edades (por ejemplo en El Salvador la esterilización representó del 52 al 60% en mujeres con edades menores a los 29 años) y en la mayoría de los países subdesarrollados, como República Dominicana, Brasil, Perú, etc. El problema de la esterilización femenina no sólo radica en la magnitud de las cifras, sino en el carácter irreversible de tal intervención y los riesgos que implica. Así mismo Elsa Gómez señala que muchas mujeres a las que se les practicó dicho método refieren

El énfasis de las políticas enfocadas en disminuir la mortalidad materna e infantil no buscó beneficios para la salud de las mujeres, ni las vio como un fin en sí mismas (en el siguiente capítulo se pretende explicar la necesidad de incorporar en las políticas y programas sanitarios el enfoque de las personas como un fin en sí mismas desde una perspectiva de género), tampoco buscaron empoderar a las mujeres respecto a su cuerpo y elección como: el derecho a la maternidad voluntaria, a decidir el número y espaciamiento de los hijos (se ha demostrado que los embarazos muy numerosos, muy seguidos o en edades extremas del ciclo reproductivo constituyen un riesgo para la salud de las mujeres) o el derecho a vivir saludablemente.

Un ejemplo de lo mencionado, lo encontramos en las campañas sanitarias de prevención del VIH-SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humana). En 1985 se enfatizó el papel de las mujeres como transmisoras potenciales del VIH a los hijos<sup>209</sup>, sin dar importancia a la forma en la que ellas adquieren la enfermedad. En las campañas de prevención, no consideraron los factores como el desequilibrio de poder determinado por el género, ni la clase social, la edad y la cultura de las mujeres. Como consecuencia no señalaron la vulnerabilidad, en la que se encuentran muchos grupos de mujeres, debido a que difícilmente pueden evitar el contacto con un hombre infectado, en lo que atañe a la conducta sexual. Es muy importante subrayar que la vulnerabilidad de las mujeres a estas infecciones no estriba tanto en su propio comportamiento sexual, sino en el de sus compañeros o parejas sexuales o en relaciones conyugales forzadas sin protección y mucho menos en casos de violación. En muchas sociedades, las mujeres no tienen el poder de determinar cuándo, con quien o cómo practicar sus relaciones sexuales<sup>210</sup>. A pesar de ello, dichas campañas

---

arrepentimiento y haber carecido de autonomía en el proceso de toma de decisión. Elsa Gómez, *op.cit.*, p. 23.

<sup>209</sup> *Ibidem.*, p. 7.

<sup>210</sup> Hay que resaltar que las mujeres se infectan de varias enfermedades no sólo por contacto sexual, sino también por la inserción de ciertos elementos vaginales con el objetivo de prevenir embarazos como la inserción incorrecta del DIU (Dispositivo Intrauterino), o por una atención inadecuada durante el parto o por el uso de implementos no higiénicos durante la menstruación.

de prevención no buscaron intervenir en la eliminación de los obstáculos para que las mujeres tuvieran la capacidad y el poder de decisión sobre su propio cuerpo.

Estas políticas se encuentran sustentadas en comportamientos y valores culturales de género que privilegian las preferencias y la integridad física del aparato reproductivo masculino<sup>211</sup>. Es preciso señalar que en este periodo se da una escasa preocupación por la salud mental de las mujeres, debido a que solamente se consideró la salud de las mujeres en términos biológicos- reproductivos como un insumo para el desarrollo de la familia y la sociedad, por ello se privilegiaron las funciones reproductivas, el cuidado de la salud de la familia y la comunidad. El confinamiento de las mujeres al ámbito doméstico, trae como lo hemos podido señalar varias implicaciones en la salud femenina, que también repercute en la exclusión de los conceptos y temas de la política internacional.

Por otro lado, la introducción de las políticas de ajuste estructural impulsaron las políticas anti-pobreza y equidad para la incorporación de las mujeres como fuerza de trabajo activa, lo que se dio en ocupaciones altamente calificadas (profesionales o técnicas) y actividades de bajo nivel (mano de obra, de características domésticas, mercado informal), predominando las segundas, por ejemplo en África las mujeres se incorporaron al trabajo remunerado en el sector agrícola para superar la crisis alimentaria<sup>212</sup>; en América Latina o en Asia en el sector textil, disminuyeron los costos de las exportaciones de manufacturas ligeras (mano de obra dócil y de dedos hábiles).

---

La mayor probabilidad de infecciones por exposición que presenta el organismo femenino comparado con el masculino, así como a la frecuencia que las mujeres recurren a transfusiones durante complicaciones en el embarazo y el parto, por ejemplo en México, los casos de SIDA en mujeres representaron el 62.2% en comparación con el 6.7% en los hombres, atribuidos a transfusión sanguínea. *Ibidem.*, p. 30

<sup>211</sup> *Ibidem.*, p. 23.

<sup>212</sup> Los proyectos de modernización tecnológica impulsados por MED, afectaron a muchas mujeres que trabajan en dicho sector, debido a que los programas de capacitación tecnológica instruyó principalmente a los varones, aminoraron sus ingresos y recursos, la modernización en este sector no generó igualdad de género sino que la exacerbó. Así mismo, confinó mayormente a los

El aumento de la alfabetización y el nivel educativo de las mujeres, sólo tuvo como finalidad incorporarlas al mercado laboral para incrementar los ingresos del hogar. Las mujeres se incorporaron en una gran mayoría en actividades poco remuneradas, con gran carga de trabajo, en este sentido, en las políticas anti-pobreza, las limitaciones culturales y la carga de trabajo que las mujeres enfrentan al acceder a un trabajo remunerado estuvieron ausentes. En este mismo sentido, en el sector sanitario se recurrió al uso intensivo del trabajo no remunerado de las mujeres, asignándoles el papel de gestoras voluntarias de la salud comunitaria y familiar.

Por otra parte, los criterios de equidad en este sector entre los sexos fue un tema poco tratado durante el enfoque de MED, de tal manera que la igualdad entre hombres y mujeres no se consideró en este sector, por lo que confinó la participación femenina en el trabajo remunerado a actividades tradicionales como: enfermeras, secretarias, educadoras, empleadas domésticas, etc.

En la búsqueda de eficiencia, reducción de costos en el sector salud, constituyen los aspectos más importantes en la distribución por sexo en la fuerza de trabajo, en las actividades comunitarias y de salud pública, en donde el 80% está representada por mujeres, quienes en general se ubican en las escalas más bajas de reconocimiento y remuneración económica<sup>213</sup>. La subvaloración del trabajo femenino y los mecanismos de segregación ocupacional, constituyeron los factores que permitieron el desmantelamiento de las instituciones de seguridad social, la disminución de los recursos a los servicios sanitarios y por consiguiente disminución de la cobertura y prestaciones sociales en muchos países subdesarrollados.

---

objetivos de búsqueda de igualdad de oportunidades entre los sexos en relación con los trabajos y cargos del sector salud.

<sup>213</sup> Amparo Hernández Bello, *Equidad de género y reforma del sector salud en América Latina: Situación y perspectivas*, Presentado en Seminario Internacional "Equidad de género en la reforma del sector salud: Oportunidades y retos, Washington, OPS, Abril 29-30, 2004, p. 8

Así mismo, los programas de equidad no consideran las principales responsabilidades (cuidado de la familia, el trabajo doméstico, etc.), ni la contribución económica y productiva de las mujeres en sus comunidades, específicamente en el caso del sector agrícola (en la década de los ochenta del siglo XX) en América Latina. A pesar de que se reconoció su capacidad productiva y se les asignó un lugar en el desarrollo económico, las estrategias de MED no promovieron el empoderamiento, ni adelanto económico de las mujeres, es decir, no se incorporaron las necesidades estratégicas de género. MED “utilizó la intervención de las mujeres por su capacidad en el trabajo reproductivo, su importante papel en la gestión social y en papeles de administración comunal para compensar los efectos de ajustes y estabilización económica a nivel microsocioal” <sup>214</sup>.

Los programas de la OPS y OMS, como los arriba mencionados, se enfocaron solamente a la salud materno - infantil para disminuir la malnutrición, la mortalidad materna y la natalidad infantil. Dichos programas no sólo no cuestionaron, sino que utilizaron las tareas reproductivo y de gestión comunal en la incorporación de las mujeres al ámbito público y en el sector del trabajo remunerado. El resultado de este tipo de iniciativas, trajo varias repercusiones negativas en la salud de las mujeres. La doble y triple jornada laboral, el aumento de responsabilidades como: el cuidado y la alimentación de los otros, la educación de los hijos, la limpieza del hogar, los servicios a la comunidad, el trabajo remunerado en sectores informales, etc. Este tipo de políticas no resolvieron la situación de desventaja social de las mujeres, pues al vincularlas al empleo remunerado solamente se buscó garantizar su sobrevivencia para el cuidado de los otros, no se cuestionó la exclusión, ni marginación, subrepresentación, y la subordinación propias de la división sexual en el ámbito público y doméstico.

---

<sup>214</sup> Rocío Villanueva, *Derecho a la salud, perspectiva de género y multiculturalismo*, Palestra Editores, Lima, 2009, p. 5.

Los intentos de lograr la incorporación de las mujeres al ámbito público a través de la escolarización y la inserción laboral fallaron al no tomar en consideración la complejidad cultural de la subordinación de género y la división sexual del trabajo. A pesar de las buenas intenciones, los programas utilizaron elementos simbólicos que atribuyen un significado inferior a las tareas femeninas y al trabajo realizado por las mujeres al enfatizar la división sexual del trabajo en el ámbito doméstico y concebir la salud de este grupo solamente en términos de control de la natalidad y cuidado de los demás. Por lo que, la salud de las mujeres en los programas de planificación familiar, estuvo en función de estrategias para reducir los riesgos reproductivos, los embarazos numerosos y muy seguidos, con el fin de facilitar la inserción femenina en el mercado remunerado en condiciones más favorables. Si recordamos que la salud ha sido un componente esencial para el desarrollo, la salud de la madre embarazada y lactante fue considerada como un elemento central en los esfuerzos de desarrollo y en la lucha contra la pobreza. En este sentido, el interés por la alfabetización, aumentar el nivel de instrucción y salud de las mujeres madres fue de carácter instrumental para garantizar la sobrevivencia infantil, la incorporación de las estrategias de género en la salud de la mujer quedó marginada.

Otra limitante del enfoque de equidad, es que parte de las preocupaciones y la presión ejercida por las feministas del primer mundo para mejorar su condición social, económica y política, por lo que en muchos aspectos resulta incompatible con las necesidades de las mujeres en países subdesarrollado, y dio como resultado que las mujeres de estos últimos se manifestaran en contra de los postulados de las feministas

occidentales, los cuales fueron considerados como etnocéntrico y burgués de primer mundo<sup>215</sup>.

La revisión de los programas mencionados muestran que el sector sanitario históricamente se ha apoyado en las tareas tradicionales de género. Éste ha hecho uso de los papeles comúnmente asignados a las mujeres y de su trabajo no remunerado, responsabilizándolas de la alimentación de los hijos, y haciendo recaer en ellas la responsabilidad de ejecutar las estrategias básicas para la protección de la salud no sólo de los niños, sino también del cuidado gratuito de los enfermos, ancianos. Todo ello, sin establecer mecanismos que apoyaran y facilitaran estos objetivos tales como la provisión de guarderías adecuadas, mejorar la jornada laboral, incrementar los salarios, diversificar las actividades de cuidado y alimentación en entre los miembros de la familia, incorporar a las mujeres en la educación media y superior. Tampoco se consideró responsabilizar a los hombres en estas tareas.

A partir de la Undécima Reunión Extraordinaria del Comité Plenario de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPALC, 1977), se comenzó a reconocer las problemáticas existentes derivadas de los enfoques de MED. En esta reunión se mencionaron los avances en la eliminación del subdesarrollo como requisito indispensable para la plena emancipación de las mujeres en la sociedad, por lo que mostró que estos programas no habían eliminado la discriminación que éstas sufrían, producto del arraigo de prejuicios patriarcales, y la persistencia de su bajo nivel educacional, técnico y cultural. Así mismo, la necesidad de impulsar el enfoque de equidad debido a los pocos avances logrados en los primeros cinco años del programa ‘mujer en el desarrollo’<sup>216</sup>. El fin del Decenio de Naciones Unidas, representó el cuestionamiento de las limitaciones y las consecuencias negativas de las políticas desarrollistas sobre las mujeres. Lo que permitió el inicio de una nueva etapa

---

<sup>215</sup> Caroline Monser, *op.cit.*, p. 110

<sup>216</sup> Se aprobó en el plano regional en 1977, el Plan de Acción Regional sobre la Integración de la Mujer al Desarrollo Económico y Social de América Latina. En dicho documento se consignaron las tesis vigentes en torno al subdesarrollo y a la discriminación contra la mujer. Comisión Económica para América Latina, *Undécima Reunión Extraordinaria del Comité Plenario de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe* (CEPALC, 1977), Santiago de Chile, noviembre, 1977, p.5.



orientada a incorporar nuevas categorías en el análisis y los programas enfocados al desarrollo. El avance más significativo de este periodo es la incorporación de factores no económicos en el concepto de desarrollo como se mencionará a continuación.

### 3.3 La categoría de género en el desarrollo y su contribución en las políticas sanitarias (1985-1999)

Como mencionamos a comienzos del capítulo, se pueden distinguir dos períodos del modelo de desarrollo: el primero se sitúa en 1970-1985 en donde se consolida el programa ‘Mujeres en el Desarrollo’ (MED), a través de satisfacer las necesidades básicas de los grupos de menores ingresos, y la integración de numerosos grupos de mujeres de los países del tercer mundo. El segundo período va de 1985-1999 , en donde se da un giro hacia una visión económica neoliberal (impulsar el sector privado y reducir al máximo la intervención del Estado en los sistemas sociales), lo que va a marcar toda la década.

La crisis económica de este periodo, los ajustes económicos, las reformas a los sistemas sociales, el deterioro en la provisión de servicios sociales, la inequitativa distribución del ingreso, el mayor endeudamiento y la persistencia de elevados índices de pobreza en varios países subdesarrollados, justificó en muchos sentidos la implementación de políticas neoliberales dirigidas a reorientar las estrategias de MED en todos los sectores públicos. Las políticas de ajuste económico aplicadas, en muchas agencias de desarrollo, continuaron con el enfoque utilitarista del periodo anterior. Por ejemplo, el Banco Mundial reconoce la rentabilidad social de la inversión en las mujeres, la instrumentalización de las mujeres queda en evidencia cuando señala que :

La inversión en la mujer es esencial para reducir la pobreza. Acelera el desarrollo económico al aumentar la productividad y fomentar el uso más eficiente de los

recursos; produce una rentabilidad social considerable pues mejora la supervivencia del niño y reduce la fecundidad, y reporta importantes beneficios intergeneracionales<sup>217</sup>

Así mismo, en el sector de seguridad social se aplicaron reformas económicas que privatizaron los dos principales y más costosos programas sociales: las pensiones por vejez, invalidez y muerte y los sistemas nacionales de salud, “especialmente en países en desarrollo y en particular los menos adelantados, se dio una disminución de los gastos de salud pública y en ciertos caso, enfatizó un empeoramiento de los sistemas de salubridad pública” <sup>218</sup>.

Sin embargo, en este periodo de ajustes económicos se logró incorporar teorías de desarrollo humano bajo una perspectiva de género, en el diseño de las políticas económicas de desarrollo, y se comienza a establecer un pensamiento alternativo a MED, que incorpora categorías como desarrollo humano, equidad, poder y género en el desarrollo, como alternativa a las consecuencias negativas de los ajustes económicos y para superar las limitaciones del enfoque de ‘Mujeres en el desarrollo’ . Esta nueva manera de entender el desarrollo, buscó centrarse en el género y el desarrollo como marco analítico de los procesos sociales y en la elaboración de estrategias para el desarrollo que incorporaron lo humano en las políticas y programas sanitarios.

En el primer Informe de Desarrollo Humano publicado en 1991 del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), y la Cuarta Conferencia Mundial de Naciones Unidas (Beijing,1995), el tema de las mujeres y su cambio de condición no sólo estuvo en el centro analítico de sus estrategias, sino que cuestionaron las relaciones de poder y subordinación en la sociedad occidental.

---

<sup>217</sup> Banco Mundial, *Una mayor participación de la mujer en el desarrollo económico*, Documento de política del Banco Mundial, Washington, D.C, 1995, p. 24.

<sup>218</sup> Elsa Gómez, *op. cit.*, p. 7.

Lo que representó un cambio sustancial en la noción de desarrollo de MED, entendida únicamente en función al crecimiento económico, a una definición de desarrollo humano, está última entendida como

(...) Un proceso mediante el cual se ofrece a las personas mayores oportunidades. Entre éstas, las más importantes son una vida prolongada y saludable, educación y acceso a los recursos necesarios para tener un nivel de vida decente. Otras oportunidades incluyen la libertad política, la garantía de los derechos humanos y el respeto a sí mismo<sup>219</sup>.

El PNUD dejó de lado las teorías de capital humano de MED (en el que las personas eran vistas como los medios de producción), por un concepto de desarrollo humano que considera a las personas como beneficiarias e incorpora el concepto de ‘capacidades’ de Amartya Sen<sup>220</sup>. El enfoque de capacidades constituye el fundamento teórico del paradigma del desarrollo humano del PNUD, Sen sostiene que para lograr un desarrollo real es necesario que las personas tengan opciones, y libertades en la posesión de bienes básicos entre éstas; las más importantes son una vida prolongada y saludable, educación y acceso a los recursos necesarios para tener un nivel de vida decente. Otras oportunidades incluyen la libertad política, la garantía de los derechos humanos y el respeto a sí mismo<sup>221</sup>. En ese sentido, no sólo son importantes las actividades que permiten un mayor ingreso, sino que también es necesario tomar en cuenta las posibilidades con las que cuentan los seres humanos

---

<sup>219</sup> Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, *Informe de desarrollo humano ‘concepto y medición del desarrollo humano’ 1990*, p. 18. Disponible en [:http://hdr.undp.org/es/informes/mundial/idh1990/](http://hdr.undp.org/es/informes/mundial/idh1990/) (día de consulta 07/09/2010)

<sup>220</sup> Sen Amartya ganó el Premio Nobel de economía en 1998, trabaja directamente con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo Humano, estableció la teoría de desarrollo humano, economía de bienestar y los mecanismos subyacentes de la pobreza.

<sup>221</sup> PNUD, *op. cit.*, p. 18

para desarrollar su potencial y llevar una vida productiva - creativa, de acuerdo con sus necesidades e intereses.

La principal aportación del PNUD en su primera edición (1991), fue que mostró la falta de recursos, la inequidad entre mujeres y hombres, y la centralidad en el crecimiento económico, lo que permitió ampliar la noción de crecimiento económico a una dimensión de desarrollo humano<sup>222</sup>. Las aportaciones del PNUD incidieron en los programas sanitarios, donde se denunció la subordinación y las consecuencias negativas del desarrollo en la salud de las mujeres. Esto comenzó a tratar la salud de las mujeres con un enfoque que no solamente tomaba en cuenta los factores biológicos sino también los sociales a través del reconocimiento de la discriminación en los sistemas sanitarios, el trabajo no remunerado, las relaciones de poder, la violencia de género, la persistente pobreza.

A partir de la identificación de tales diferencias de género. Se formularon propuestas que subrayaron la importancia de emprender acciones dirigidas a crear condiciones y oportunidades igualitarias no sólo enfocadas a lograr una sociedad más equitativa sino de una sociedad con mayor nivel de salud.

En el ámbito sanitario, las críticas más contundentes a MED se dieron en la Tercera Cumbre Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y el Caribe (1983), en donde se señaló la necesidad de que los gobiernos elaboraran políticas sociales fundamentadas en una distribución más equitativa del ingreso, enfatizando las consecuencias negativas del crecimiento económico en la salud de las mujeres:

La mujer, ha sido tradicional e históricamente el agente social más importante surgido de la estructura familiar matrifocal, se ha visto no solamente desplazada en ese sentido a causa de las nuevas estructuras económicas y las repercusiones de la nueva división

---

<sup>222</sup> La principal aportación del PNUD, radica en que mide el desarrollo o el Índice de Desarrollo Humano (IDH) bajo tres indicadores esenciales: esperanza de vida al nacer, tasa de analfabetismo y Producto Interno Bruto (PIB). Lo que permitió documentar la inequidad producto de las relaciones desiguales genéricas, la subordinación, social, económica y política de las mujeres como un patrón que cruza regiones geográficas, culturales, sistemas políticos, clases sociales, razas, etnias, y

del trabajo a nivel internacional, sino también afectadas en sus condiciones de ingreso, salud, nutrición y otros aspectos conexos<sup>223</sup>

Bajo esta óptica se identificaron los problemas de salud vinculados al género, aquéllos asociados con la división sexual del trabajo y con las formas de socialización diferencial que privilegian a un sexo en desmedro del otro. Lo que ayudó al reconocimiento de la situación desigual entre las mujeres y los hombres y las consecuencias negativas de los programas desarrollistas en la salud de las primeras. La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Plataforma de Acción de Beijing, constituyen los documentos (con perspectiva de género) que incorporan tanto los determinantes biológicos, como los sociales, económicos, políticos y culturales en el análisis de la salud de las mujeres : “las persistentes desigualdades entre mujeres y hombres, la pobreza, falta de alimento, la dependencia económica, la violencia, la falta de influencia en la adopción de decisiones, la discriminación y el control limitado sobre su vida sexual y reproductiva” <sup>224</sup>.

A diferencia de MED, el enfoque de género en el desarrollo, procura incidir en las causas que estructuran la subordinación y que dan origen a un acceso, control y ejercicio inequitativo de los satisfactores sanitarios. Por ejemplo, en la Plataforma se señaló que los principales obstáculos que impiden alcanzar el nivel más alto posible de salud para las mujeres son: las desigualdades entre las mujeres y hombres; las limitadas e inequitativas oportunidades que las mujeres tienen en lo relativo a la protección; promoción y mantenimiento de la salud; la discriminación, basada en estereotipos de género plasmada en las políticas, los programas, el sistema de salud y en los servicios médicos; el deterioro de los sistemas de salubridad pública como

---

edades, al señalar que el disfrute de una vida prolongada y saludable debe incorporar esos tres elementos

<sup>223</sup> Organización Panamericana de Salud, *Informe final Tercera Cumbre de America Latina y el Caribe*, Washington, DC, 1983, Documento Oficial 199, p. 45

<sup>224</sup> Plataforma y Plan de Acción Beijing. Párr.89

resultado de las reformas que repercutieron en empeorar la atención y disponibilidad de los servicios sanitarios. Este documento enfatizó las consecuencias de la desigualdad genérica en la salud de las mujeres, así como también la falta de apoyo social, psicológico y económico, y la omisión de las múltiples funciones (domésticas, comunales, etc.) que desempeñan en la sociedad.

En contraste con los enfoques eficientista, bienestar, anti-pobreza, y de equidad de MED, la gran innovación de la Plataforma de Acción de Beijing, radica en que incorpora las necesidades estratégicas de género al considerar los factores socioculturales que inciden en la salud de las mujeres. Así mismo, es de particular importancia el enfoque que pone la salud como un derecho humano: “la buena salud es indispensable para vivir en forma productiva y satisfactoria y el derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud, y en particular su propia fecundidad, es fundamental para su emancipación” <sup>225</sup>.

La Plataforma buscó reafirmar el derecho de toda mujer al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y la necesidad de incidir en la vida concreta de éstas a través de insistir en la necesidad de incorporar, proteger y respetar en las legislaciones nacionales, el derecho a la salud de las mujeres, “los gobiernos deben analizar críticamente las leyes en vigor relativas a la atención de salud, y las políticas conexas, y a mostrar un mayor interés en la salud de la mujer, el cual responda a las nuevas funciones y responsabilidades de la mujer dondequiera que vivan” <sup>226</sup>, producto de las desigualdades sanitarias en donde :

En muchos casos, no se trata a las mujeres con respeto, no se les garantiza la privacidad y la confidencialidad ni se le ofrece información completa sobre las opciones y los servicios a su alcance. Además, en algunos países todos los acontecimientos que ocurren en la vida de las mujeres suelen tratarse como problemas médicos que terminan en intervenciones quirúrgicas innecesarias o en medicación incorrecta<sup>227</sup>

---

<sup>225</sup> *Ibidem.*, Párr.92

<sup>226</sup> *Ibidem.*, Párr. 106 inciso b)

<sup>227</sup> En lo relativo a la salud sexual y reproductiva reconoce que las mujeres son más vulnerables que los varones al abuso sexual, la violencia, la prostitución y las consecuencias de las relaciones sexuales prematuras sin protección, maternidad prematura, a contraer VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Existe una diferencia fundamental con respecto a la década pasada, es

Como señala Rebeca de los Ríos “la década de los ochenta fue calificada como la década perdida en términos económicos; sin embargo, posiciones más optimistas prefieren calificarla como década de aprendizaje doloroso” <sup>228</sup>. La Plataforma de Beijing representa el aprendizaje doloroso en donde reconoce la diversidad de problemas derivados de las condiciones biológicas, económicas, culturales y sociales, y la necesidad de programas que consideren: la desigualdad en el acceso a la educación, la capacitación; las disparidades e insuficiencias en el acceso a la atención de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades; la falta de servicios obstétricos de emergencia; las mayores consecuencias que enfrentan en los conflictos armados, desastres naturales y guerras, la desigualdad en las estructuras políticas, económicas, productivas; la desigualdad en el ejercicio del poder y en la toma de decisiones en todos los niveles; la falta de mecanismos para promover el adelanto de las mujeres; los estereotipos de género los cuales no consideran las diferencias socioeconómicas, la falta de autonomía de las mujeres respecto de su salud (sexual y reproductiva); la desigualdad de acceso y participación en todos los sistemas de comunicación, en la gestión de los recursos naturales y la protección del medio ambiente<sup>229</sup>. Por su parte los dos problemas mencionados en el capítulo anterior: la desigualdad socioeconómica y la violencia.

En síntesis a diferencia de los enfoques biológicos, se puede ver claramente, la evolución del enfoque de Naciones Unidas al incorporar el enfoque de género en la salud y el de empoderamiento al identificar las causas que están relacionadas en las estructuras de poder - subordinación que colocan a las mujeres en una posición asimétrica en el acceso, control, atención de la salud. El enfoque propuesto por

---

claro que se comienza a identificar y a dar respuesta a las necesidades, y riesgos particulares que deriven tanto de los factores biológicos, como de la situación de desventaja social de las mujeres, y además enfatiza los obstáculos que éstas tienen en el acceso, control de los recursos necesarios para la protección de su salud. *Ibidem*. Párr. 103

<sup>228</sup> Rebeca De los Ríos, *op. cit.*, p.13

Beijing y el PNUD representan el reconocimiento institucional de los factores que inciden en la subordinación de las mujeres a través de iniciativas en la agenda internacional. Sin embargo, es necesario señalar que dicho enfoque no siempre tiene una aplicación en acciones reales, legales a nivel nacional, así como utilizar las necesidades estratégicas de género como una base para incidir en la situación estructural de subordinación en la que se encuentran las mujeres, si queremos impactar positivamente en su salud tanto física como mental.

El elemento más significativo de este documento, para efectos de esta investigación es la vinculación que hace de la salud mental de las mujeres con los factores sociales “los trastornos mentales relacionados con la marginalización, la impotencia y la pobreza, junto con el trabajo excesivo, el estrés y la frecuencia cada vez mayor de la violencia en el hogar, así como el uso indebido de sustancias, se cuenta entre otras cuestiones de salud que preocupan cada vez más a la mujer” <sup>230</sup>.

A pesar de que es la primera vez que se menciona la salud mental de las mujeres, el reconocimiento que se le dio fue parcial, ya que solamente presenta la salud mental en términos generales, no relaciona la salud mental en el contexto de desigualdad entre hombres y mujeres, ni la vulnerabilidad de las mujeres en situaciones adversas a padecer ciertos padecimientos mentales.

Los documentos del período del Decenio de Naciones Unidas y posteriores, al no dividir los padecimientos biológicos y psicosociales de las mujeres, cuando mencionan la salud mental de las mujeres solamente los asocian a problemas relacionados con el

---

<sup>229</sup> Plataforma y Plan de Acción Beijing. *op.cit.* Párr. 107

<sup>230</sup> *Ibidem.*, Párr. 100



ciclo reproductivo: depresión postparto, climatérico e infertilidad, lo que refleja una falta de reconocimiento que la salud mental está estrechamente relacionada con los factores sociales, condiciones de vida, por lo que dichos programas específicos en la salud femenina tienen grandes limitaciones ya que han dado poca importancia a estos problemas.

Como se mencionó en el capítulo anterior, la pobreza, la violencia, la desigualdad, etc., son elementos que determinan la salud mental de las personas, en el caso de las mujeres se refleja en padecimientos como la depresión, angustia, estrés. La falta de poder, la inequidad son condicionantes que exacerbaban los problemas de salud mental en las mujeres. Desde una perspectiva feminista de la producción social de la salud y enfermedad mental, podemos señalar, que institucionalmente no se dio importancia al contexto social en el que se desenvuelven las mujeres, así como a las vicisitudes de su vida cotidiana, por lo que hubo una ausencia en las políticas públicas y las acciones en materia de salud de las mujeres de los principales problemas de salud mental que afecta específicamente a las mujeres.

Otro elemento relevante en este periodo, es que el enfoque de equidad y de empoderamiento se desarrolló a partir de las investigaciones y experiencias de las mujeres de los países subdesarrollados, las cuales cuestionaron el énfasis de los roles productivos y reproductivos de MED y el impacto negativo de las estrategias económicas en las mujeres. El enfoque aunque reconoce la importancia de que las mujeres aumenten su poder, identifica éste menos en términos de dominación y más en la capacidad de las mujeres de incrementar su propia auto confianza, poniendo el énfasis en el incremento del estatus de las mujeres en relación con los varones.

Tanto el PNUD como la Plataforma de acción de Beijing, marcaron el inicio del enfoque de género en el desarrollo, el cual cuestionó los postulados desarrollistas y los efectos económicos de este período en la vida y la salud de las mujeres (en los hombres también pero para los objetivos de esta investigación nos centramos solamente en lo relativo a la salud de las mujeres). Es evidente que algunos puntos en los que se centraron las políticas asistencialistas fueron vitales para lograr ciertos avances en la salud reproductiva, en la prevención de la mortalidad infantil y los riesgos de mortalidad materna, en la mayor participación de las mujeres al mercado laboral. Sin embargo, estos programas no incidieron en cambios significativos en la asistencia y atención de la salud general de las mujeres y mucho menos en su salud mental. Producto de la visión estereotipada e institucionalizada de la salud femenina, se enfatizó y limitó el análisis de la salud en ciertos tipos de deficiencias femeninas de origen biológico. El modelo de MED, al centrarse en el aparato reproductivo y en el cuerpo de las mujeres, confinó también la salud mental al orden biológico-orgánico, lo que explica por qué quedó marginada y olvidada de toda política y programa sanitario en dicho período.

Al utilizar a las mujeres como vehículo para lograr la salud de otros y como mecanismo para lograr el desarrollo económico, MED las concibió como un medio y no como un fin en sí mismas. Esta visión parcializada tiene una orientación que privilegia las necesidades prácticas de género y no las necesidades estratégicas, por lo que se omitieron muchos de los problemas de la salud de las mujeres de sus ciclos vitales, como los tumores malignos de los órganos reproductivos, cáncer de mama, las enfermedades cardiovasculares (consideradas como masculinas), osteoporosis, y lo más importante para esta investigación, la salud mental.

Como se pudo apreciar las políticas y programas sanitarios, se encuentran adscritos a los roles culturalmente asignados a las mujeres y hombres, lo cual contribuye a perpetuar y reproducir las desigualdades genéricas a través de símbolos, prácticas culturales, valores sociales o a través del sistema sexo-género como lo que denomina

Gayle Rubin<sup>231</sup>. El avance de la perspectiva de género, a partir del siglo XXI, no sólo consiste en integrarla en la agenda internacional, se propone también analizar si dicha perspectiva realmente ha tenido un impacto en la igualdad entre hombres y mujeres. Más allá de la integración de la perspectiva de género como requisito obligado para las políticas públicas, su verdadero éxito radica en reconocer que los comportamientos masculinos y femeninos no dependen de manera esencial de los hechos biológicos, sino que tienen mucho de construcción social-cultural.

Es necesario analizar cómo las construcciones culturales establecidas a partir del sexo, actúan como determinantes sociales, las cuales pueden incidir negativamente en la salud de las mujeres. Así mismo, es de vital importancia evidenciar cómo las políticas públicas, refuerzan el sistema de género y contribuyen a perpetuar la desigualdad entre éstas y los varones. Tomar en cuenta que este conjunto de políticas y programas integran el sistema de género ayuda a entender por qué, por ejemplo, una política pública de la Secretaría de Salud puede reforzar los roles sociales y culturales asignados a las mujeres, contribuyendo a perpetuar la desigualdad.

A continuación, se analizarán dos documentos de Naciones Unidas que abordan la salud de las mujeres como un derecho humano fundamental producto de los cambios significativos (a partir de Plataforma y Plan de Acción de Beijing) de la visión institucional que ha dado la ONU. Los documentos que se analizarán a continuación y que son de gran relevancia para esta investigación son: la Observación General N° 14 ‘el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental’ del PIDES (2000) y la Recomendación General de la CEDAW N° 24 ‘la mujer y la salud’ de la

---

<sup>231</sup> Gayle Rubin define el sistema sexo-género como : el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas. Gayle Rubin, *op.cit.*, p. 97.

CEDAW(1999). En éstos existe una inclusión bastante reducida de la salud mental de las mujeres, pero incorporan la perspectiva de género en la salud de las mujeres.

## Capítulo 4

### Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos en materia de salud mental de las mujeres

La perspectiva feminista de la salud y enfermedad mental, representada en el capítulo 2 ha constatado que existen padecimientos mentales específicos de las mujeres como la ansiedad, angustia, depresión, entre otros, producto de condiciones sociales particulares, que deben ser consideradas si se quiere mejorar en la salud mental de las mujeres. Lo que permite plantear la necesidad del reconocimiento internacional en materia de salud mental femenina, y servicios dirigidos a las mujeres y hombres de acuerdo a sus necesidades. En este sentido, el abordaje feminista, representa una manera alterna de entender la salud y la dolencia mental, permite reconocer que mujeres y hombres tienen padecimientos específicos producto de los factores y condiciones de vida y no solamente de su biología. Siguiendo esta perspectiva surgen las siguientes interrogantes: ¿Qué instrumentos internacionales de derechos humanos en materia de salud mental de las mujeres existen?; ¿Qué mecanismos internacionales de derechos humanos consideran la salud mental de las mujeres?; ¿Dichos instrumentos indagan sobre dónde y cómo detectar las condiciones de vida enfermantes en las que se encuentran las mujeres?.

Una revisión nos muestra que, el tema de la salud mental de las mujeres no es primario en la agenda internacional, no existe propiamente instrumentos jurídicos internacionales en materia de protección del derecho a la salud mental de las mujeres. En general aparece siempre como un sub-apartado de documentos que tratan la salud de las mujeres de manera amplia, si es que aparecen. Por otra parte, a pesar del amplio reconocimiento del derecho a la salud en los tratados internacionales de derechos humanos y en las Constituciones nacionales, no se ha incorporado de manera sustantiva el tema de la salud mental de las mujeres. Como señalamos en el primer capítulo, la centralidad de las relaciones internacionales en asuntos de cooperación internacional, solución de conflictos bélicos, no incorporó las problemáticas de las mujeres en la agenda internacional, por lo que muchos de los derechos humanos de las mujeres quedaron relegados, postergados y olvidados.

Por otra parte, los organismos internacionales han utilizado conceptualizaciones biológicas en el tratamiento de la salud y enfatizado las cuestiones de salud relacionadas con la maternidad. Esta perspectiva ha tenido efectos de largo alcance en las concepciones sobre la salud mental de mujeres<sup>232</sup>. La centralidad que se le ha dado a las funciones reproductivas, ha confinado todos sus malestares mentales al aparato reproductivo o a su función reproductiva, es decir, la conceptualización de la salud mental de las mujeres siempre queda referida a factores como el embarazo, parto, puerperio, climatérico; los cuales desencadenan psicoprofilaxis obstétrica, depresión puerperal, ansiedad de la lactancia, trastorno psíquicos de mujeres menopáusicas, etc. Desde esta perspectiva clásica o tradicional, la salud mental de

---

<sup>232</sup> Mabel Burín, *op.cit.*, p.82.

las mujeres se concibe como efecto de los sucesos de su salud reproductiva o como una consecuencia de su naturaleza femenina<sup>233</sup>.

Esta manera de pensar la salud mental femenina, ha tenido repercusiones en el ámbito jurídico internacional. En diversos documentos internacionales de derechos humanos que incorporan la salud como un derecho fundamental no abordan la salud mental en específico, desde una perspectiva que incorpore la estructura social de género que hace que la diferencia entre hombres y mujeres se traduzca en desigualdad social, económica, política y cultural que origina padecimientos y modos de enfermar específicos femeninos. Razón por la cual, la salud mental queda relegada en muchos de los programas y políticas internacionales en la materia y no es considerada como una problemática específica que deba tratarse de manera separada a la salud reproductiva.

El objetivo de este capítulo, radica en señalar la importancia del reconocimiento del derecho a la salud en los tratado internacionales de derechos humanos, que están inmersos en los mandatos internacionales de Naciones Unidas, haciendo especial énfasis en la salud mental femenina y su relación con los factores sociales. Es necesario mencionar, que los instrumentos internacionales de derechos humanos pueden ser clasificados en dos tipos: en primer lugar se encuentran, aquellos que obligan legalmente a los Estados que los ratifican, llamados tratados, declaraciones o convenciones (Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, entre otros); y en segundo término, los denominados estándares internacionales de derechos humanos considerados principios o directrices emanadas de los órganos de Naciones Unidas como son: las Recomendaciones u

---

<sup>233</sup> *Idem.*

Observaciones Generales, éstos últimos representan los lineamientos internacionales que deben seguir los Estados Parte, aunque no son legalmente vinculantes, están dirigidos a influir en la legislación de los países dado que representan el consenso internacional<sup>234</sup>. Para finalidades de esta investigación solamente se van a tratar los instrumentos internacionales de segunda categoría debido a que cuentan con elementos importantes relativos a la protección del derecho a salud de las mujeres y algunos párrafos a la salud mental, estos son; la Observación General N° 14 ‘El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud’ (2000) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC); y en segundo lugar la Recomendación General N° 24 ‘la Mujer y la Salud’ (1999) del artículo 12° de la CEDAW.

El análisis de los documentos en la materia permiten mostrar que, la elaboración de Recomendaciones y Observaciones, crea un nuevo espacio legal dentro del sistema internacional, que involucra a cada Estado a adoptar el sistema de derechos humanos, establecer legislaciones, programas, políticas públicas en la materia e incluyen obligaciones que los Estados Partes deben asumir para el cumplimiento del derecho a la salud. Tanto la Recomendación como la Observación instan a los

---

<sup>234</sup> Un ejemplo evidente que representa el avance más sustancial en materia de protección de derechos humanos es la cuestión de la violencia de género, dicha problemática ha logrado integrarse afirmativamente producto de la relevancia que ha obtenido en la agenda internacional, lo que ha generado que en las políticas públicas de varios países se considere como un asunto prioritario. En 1989 el Comité CEDAW adoptó una recomendación contra la violencia de género como una forma de discriminación, dejando claro que los Estados están obligados a eliminar la violencia perpetrada por autoridades públicas y personas privadas; en 1990 el Consejo Económico y Social adoptó una resolución en donde reconoce que la violencia contra las mujeres en la familia y en la sociedad se deriva de su estatus desigual en la sociedad e insta a los gobiernos a establecer mecanismos que castiguen la violencia en contra de las mujeres y a desarrollar políticas para prevenir y controlar la violencia en toda la sociedad; para 1993 se desarrolló la Declaración para la eliminación de la Violencia en contra de las Mujeres y se estableció un relator especial de la violencia en contra de las mujeres; y en 1995 en la Plataforma de Acción de Beijing se incluyó una sección acerca de la violencia de género denominada como una violación a los derechos humanos de las mujeres por parte de la familia, la comunidad o el Estado, y se declaró el derecho de las mujeres y niñas a la protección contra la violencia como un derecho humano universal. Lo que dio lugar a que la mayoría de los países reconozcan el problema de la violencia hacia las mujeres y que realicen reformas legales que protejan a las mujeres de la violencia. De esta manera, se puede lograr un reconocimiento internacional en materia de salud mental femenina, que exija la protección de este derecho y de políticas públicas dirigidas a incidir en las estructuras jerárquicas de género.



Estados a promover e implementar a través de legislación y planes nacionales la protección a la salud física y mental, por lo que representan un avance importante en el reconocimiento a la salud en los tratados internacionales de derechos humanos.

Sin embargo, a pesar que la Observación y la Recomendación presentan un avance sustancial en la materia, se podrá constatar el poco interés que se le ha prestado al tema de la salud mental de las mujeres producto del desconocimiento existente en torno a las problemáticas particulares de la salud mental femenina; y mantiene una omisión constante de la necesidad de conceptualizar la salud mental femenina desde un enfoque que incluya los factores sociales como: la falta de poder, explotación, dominación y marginación, elementos que influyen en la salud mental de las mujeres<sup>235</sup>. Por otra parte, existe una ausencia de mecanismos que estén dirigidos a establecer políticas que posibiliten prevenir el malestar femenino, desde una perspectiva más compleja de la salud mental de las mujeres.

Con la finalidad de ubicar los alcances y límites de la conceptualización sobre la salud femenina de Naciones Unidas, es necesario precisar que, solamente se analizarán estos dos documentos debido a que plantean los avance más significativos de Naciones Unidas en materia del derecho a la salud de las mujeres y que cuentan con algunos párrafos relativos a la salud mental. Así mismo, existen declaraciones o convenciones relativas a la protección y el mejoramiento a la atención de las

---

<sup>235</sup> En el estudio “*Cross-national associations between gender and mental disorders in the WHO world mental Health Surveys*”, se analizan en 15 países (México incluido) la relación entre las diferencias de género y la depresión mayor en mujeres. En dicho documento se constató que en sociedades donde las oportunidades económicas, de educación, esperanza de vida, control de natalidad son mayores, la posibilidad de depresión mayor en mujeres se reduce considerablemente casi al 45%, lo que permite mostrar la existencia de factores no biológicos relacionados con las diferencias de género en la depresión mayor. El estudio mencionado concluye que los cambios en las estructuras de género se encuentra relacionada con la reducción de depresión en mujeres. National Institutes of Health, *Cross-national associations between gender and mental disorders in the WHO world mental Health Surveys* Arch Gen Psychiatry, January 2010. Pp 6-7.

personas con discapacidad mental<sup>236</sup>, para objetivos de esta investigación, no serán mencionados porque no se está tratando el tema de la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, debido a que el objetivo de la tesis radica en insistir en la incorporación y el reconocimiento de abordar la salud mental como un derecho humano fundamental en los instrumentos jurídicos internacionales; y enfatizar la necesidad de crear políticas y programas dirigidos a garantizar tal derecho.

#### 4.1 Observación General N° 14 “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (11/08/2000)

El régimen internacional de derechos humanos sostiene que todos los individuos tiene derecho a la salud . De esta forma, el derecho a la salud se encuentra reconocido sistema de derechos humanos y en los ordenamiento jurídico estatales e internacionales como un derecho universal, fundamental e inalienable. La construcción de la idea de la salud física y mental como un derecho fundamental

---

<sup>236</sup>Declaración de los Derechos de las Personas con Retraso Mental ONU (1971); Declaración de los Derechos de los Impedidos ONU (1975); Programa Mundial de Acción para los Impedidos ONU (1982); Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984); Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en el Área de Derechos Económicos, Sociales y Culturales OEA (Protocolo de San Salvador, 1988); Declaración de Caracas “Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina” OPS/OMS (1990); Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la atención de la Salud Mental (1991); Recomendación General N°18 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1991); Observación General Personas con discapacidad N° 5 del Comité de Derechos Económicos, sociales y Culturales (1994); Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con discapacidad Mental(1995); Diez principios básicos sobre la legislación en salud mental OMS (1996); Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999); Recomendación sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos OEA (2001); Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo (ONU) 2006.

comenzó a desarrollarse, en medio de controversias políticas y doctrinarias, desde inicios del siglo XX<sup>237</sup>.

Este proceso supuso la conversión paulatina de la obligatoriedad de los Estados por garantizar este derecho. Estos avances se cristalizaron en 1946, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó en su constitución la definición de salud : “Como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades” <sup>238</sup>. Así mismo, la Constitución de la OMS, reconoció que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología, política o condición económica social” <sup>239</sup>.

Dos años después del reconocimiento de la OMS, la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), reconoció el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado, que le asegure la salud y el bienestar, así como la alimentación, el vestido, la vivienda y los servicios de asistencia médica y sociales necesarios<sup>240</sup>. A partir de estos documentos surgieron múltiples tratados internacionales y regionales, así como constituciones nacionales que establecieron la salud física y mental como un derecho humano fundamental, entre los que destacan: La Recomendación N° 24 ‘La mujer y la salud’ de la Convención sobre la Eliminación sobre todas la Formas de Discriminación contra la mujer (CEDAW, 1999); La Observación General N° 14 ‘El disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental’ del Comité de Derechos

---

<sup>237</sup> Enrique González, El derecho a la salud. En Víctor Abramovich, Christian Courtis (comp.), *Los derechos sociales: instrucciones de uso*, Ed. Doctrina jurídica contemporánea, México, 2003, p.143

<sup>238</sup> La Constitución fue adoptada por la Conferencia Internacional de la Salud, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946 y firmada el 22 de julio de 1946 por los Representantes de 61 Estados. Documento oficial N° 240. Washington, 1991. Entró en vigor el 7 de abril de 1948. Organización Mundial de la Salud, Constitución OMS, en Documentos Básicos. Documento oficial N°240, Washington, 1991.

<sup>239</sup> *Idem*.

<sup>240</sup> Artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948). Disponible en:

Económicos, Sociales y Culturales (CESCR 2000); El Art. 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989); El Art. 25 del Convenio de la Organización Internacional del Trabajo (OIT,1969); El Art. 24 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas; La Resolución 1989/11 de la Comisión de Derechos Humanos, así como en la Declaración y Programa de Acción de Viena (1993). Para los objetivos de esta investigación solamente analizaremos la Observación N° 14 y la Recomendación N° 24 como los documentos más trascendentales en la materia. Comenzaremos con el análisis de la Observación, porque aborda de manera general la salud mental y física de mujeres y hombres como un derecho humano fundamental; para después concluir con la Recomendación que puntualiza el derecho a la salud mental y física específicamente de las mujeres.

El artículo 12º del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966), es el punto de partida para definir el derecho a la salud como : “el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” <sup>241</sup> , así mismo señala que “el derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano” <sup>242</sup>; y reconoce que “la salud es el derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente” <sup>243</sup>.

Una de las razones por la que la Observación es importante para esta investigación radica, entre otras cosas, en que incorpora tres elementos importantes en el análisis de la salud. En primer lugar señala la igualdad de trato y no discriminación:

---

<http://www.un.org/es/documents/udhr/>

<sup>241</sup> Consejo Económico, Social y Cultural, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, Observación General N° 14, Comité General, 22º período de sesiones, Ginebra, Suiza, 25 de abril al 12 de mayo de 2000, Párr. 2. Disponible en:

[http://www.escr-net.org/resources\\_more/resources\\_more\\_show.htm?doc\\_id=428717&parent\\_id=425976](http://www.escr-net.org/resources_more/resources_more_show.htm?doc_id=428717&parent_id=425976)

<sup>242</sup> *Ibidem*, Párr. 8.

<sup>243</sup> *Ibidem*, Párr. 2.

El acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económico, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estados de salud, orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tenga por objetivo o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud<sup>244</sup>

En la Observación no sólo se establece la salud como derecho fundamental e indispensable, sino que enfatiza la igualdad de género en el disfrute de este derecho. En este sentido, otro elemento importante de la Observación es la incorporación de la perspectiva de género:

El Comité recomienda que los Estados incorporen la perspectiva de género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud a fin de promover mejor la salud de la mujer y el hombre. Un enfoque basado en la perspectiva de género reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen un influencia importante en la salud del hombre y la mujer<sup>245</sup>

El avance que presenta la Observación al respecto es sustancial, reconoce la necesidad de un enfoque que vincule no sólo los factores biológicos, sino también los sociales a la salud de mujeres y hombres. Sin embargo, no cuestiona la estructuración social de género que hace que la diferencia entre mujeres y hombres se traduzcan en desigualdad, razón por la cual, las mujeres presentan sintomatologías específicas,

---

<sup>244</sup> *Ibidem*, Párr. 18.

<sup>245</sup> *Ibidem*, Párr.20.

como lo mencionamos anteriormente. En tercer lugar, reconoce la existencia de la discriminación contra las mujeres, y la necesidad de tomar medidas contra esto, y lo relaciona con el derecho a la salud:

Para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. Un objetivo importante deberá consistir en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar. El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva. También es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genésicos<sup>246</sup>; (...) la aplicación del principio de no discriminación requiere que tanto las niñas como los niños tengan igual acceso a una alimentación adecuada, un entorno seguro y servicios de salud física y mental. Es preciso adoptar medidas eficaces y apropiadas para dar al traste con las perniciosas prácticas tradicionales que afectan a la salud de los niños, en especial de las niñas, entre las que figuran el matrimonio precoz, las mutilaciones sexuales femeninas y la alimentación y el cuidado preferentes de los niños varones<sup>247</sup>.

Como se puede observar, la Observación menciona además de las cuestiones reproductivas, los factores sociales como la violencia de género, las prácticas culturales (mutilación de los órganos sexuales femeninos), la inequidad en la alimentación que inciden en la salud de las mujeres, lo cual es un avance sustancial

---

<sup>246</sup> *Ibidem*, Párr. 21.

<sup>247</sup> *Ibidem*. Párr.22.

en comparación con lo dispuesto en los programas de MED. Sin embargo, en cuanto a lo mental, no hace mención alguna sobre los determinantes sociales que inciden en el malestar mental, por lo que sigue teniendo una visión bastante limitada de todos los factores sociales que intervienen en este aspecto de la salud femenina.

En este sentido, al no hacer ninguna mención de los padecimientos mentales específicos, así como, las categorías de diagnóstico en el caso de los padecimientos femeninos, podríamos afirmar que continúa primando la visión individualista de la dolencia mental en dicho documento, en donde no se vincula a ésta con los determinantes sociales y culturales. A continuación analizaremos, la Recomendación General N° 24, que es el documento que aborda de manera más sustantiva la salud mental de las mujeres.

#### 4.2 Recomendación General N° 24 ‘la Mujer y la Salud’ del Comité para la Eliminación de la discriminación contra la mujer (1999)

Deje hasta el final de esta sección la Recomendación N° 24 de la CEDAW <sup>248</sup>, porque considero que es el instrumento más importante para esta investigación, dado que contiene elementos específicos relativos a la salud mental de las mujeres, constituye el avance internacional en la materia. Este documento sostiene que “el derecho de la

---

<sup>248</sup> En el Artículo 17º de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer 1979, Entró en vigor 3 de septiembre de 1981 (México ratificó 1980), establece el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW), con el fin de examinar los progresos realizados en la aplicación de sus disposiciones. El Comité CEDAW, emitió en su 20º período de sesiones, el 2 de febrero de 1999, la Recomendación General sobre el Artículo 12º de la Convención CEDAW la cual se denomina Recomendación General N° 24 La mujer y la salud. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>

mujer a la salud puede lograrse únicamente cuando los Estados Partes cumplen con su obligación de respetar, proteger y promover el derecho humano fundamental de la mujer al bienestar” <sup>249</sup>.

En contraste con la Observación N°14, la Recomendación N° 24 sí señala que existen diferencias biológicas, sociales, y psicosociales entre mujeres y hombres que pueden causar diferencias en el estado de salud. En lo referente a los factores biológicos señala a “la menstruación, la función reproductiva y la menopausia” <sup>250</sup>. En lo relativo a los factores socioeconómicos, la Recomendación reconoce las importantes diferencias entre mujeres y hombres en cuanto a necesidades, problemas y acceso a recursos en materia de salud. En este sentido sostiene que estas diferencias no sólo radican en los rasgos biológicos distintivos de cada sexo, sino también en las pautas sociales que regulan las relaciones de género. Reconoce que ambas influyen en el estado de salud de las personas:

(...) la desigual relación de poder entre la mujer y el hombre en el hogar y en el lugar de trabajo puede repercutir negativamente en la salud y la nutrición de la mujer. Las distintas formas de violencia de que ésta pueda ser objeto pueden afectar a su salud. Las niñas y las adolescentes con frecuencia están expuestas a abuso sexual por parte de familiares y hombres mayores; en consecuencia, corren el riesgo de sufrir daños físicos y psicológicos y embarazos indeseados o prematuros. Algunas prácticas culturales o tradicionales, como la mutilación genital de la mujer, conllevan también un elevado riesgo de muerte y discapacidad<sup>251</sup>

La Recomendación parte del reconocimiento de que la salud es un elemento vital para el desarrollo de los individuos. Como se puede apreciar, señala que existen una amplia gama de factores sociales, culturales, biológicos, económicos y sociales que inciden en la salud femenina. Deja de lado la visión de la salud de las mujeres basada totalmente en su biología, lo que permite una trascendencia del enfoque biomédico

---

<sup>249</sup> Comité CEDAW, Recomendación General N° 24 La mujer y la salud, Párr. 7.

<sup>250</sup> *Ibidem*, Párr.12.

<sup>251</sup> *Idem*.



de la atención sanitaria, al considerar otras amenazas importantes como: la violencia y la pobreza, las cuales perjudican la salud de las mujeres. Sin embargo, el avance más sustantivos que se encuentran en la Recomendación, para esta investigación, es el reconocimiento de la violencia por motivos de género, y la conceptualiza como “una cuestión relativa a la salud de importancia crítica para la mujer” <sup>252</sup>; así mismo insta a los Estado a garantizar la promulgación y aplicación de leyes, políticas, incluidos los protocolos sanitarios y procedimientos hospitalarios que aborden la violencia y la violencia sexual hacia las niñas y mujeres en la prestación de servicios sanitarios.

A pesar de ello, tiene límites, pues no toma en cuenta que los atributos de género están vinculados a la violencia sexual, es decir, no señala que la violencia tiene que ver con la forma en que la sociedad construye la identidad femenina “se espera que las mujeres se muestren atractivas para los varones, pero que sean pasivas, que conserven su virginidad, que nunca tomen la iniciativa en la actividad sexual, y que se cuiden del deseo sexual descontrolado de los varones” <sup>253</sup>, en mayor o menor medida en los países de occidente. Como se mencionó anteriormente se le atribuye a las mujeres, los motivos y las razones por las que fueron o son violadas.

Con respecto a los factores psicosociales la Recomendación menciona que “son diferentes para el hombre y la mujer figuran la depresión en general y la depresión en el período posterior al parto en particular, así como otros problemas psicológicos, como los que causan trastornos del apetito, tales como anorexia y bulimia” <sup>254</sup>. Desde esta perspectiva, la salud mental de las mujeres en la Recomendación se concibe

---

<sup>252</sup> *Ibidem*, Párr.15.

<sup>253</sup> Organización Mundial de la Salud, *Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva. Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud*. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación Familia y Salud Comunitaria, Ginebra, Suiza, 2001, p.55

<sup>254</sup> Recomendación N° 24, *op.cit*, Párr.12.

como efecto de los sucesos de su biología femenina y no como parte de las relaciones jerárquicas y poder entre los géneros. Resulta fundamental señalar que no incorpora los factores psicosociales en la conceptualización de la salud, por lo que continúa con el enfoque tradicional de la salud mental de las mujeres, al considerar los padecimientos mentales como producto de sus ciclos vitales, lo que implica una continuidad en la patologización de la enfermedad mental desde un enfoque biológico- orgánico de las mujeres.

A nivel internacional como nacional, se justifica la no intervención del Estado en la salud mental femenina, debido a que la considera cómo síndromes propios femeninos, como se hace en la Recomendación N° 24 y la Observación N° 14, esta omisión se encuentra sustentada, en las particularidades de los cuerpos y mentes de las mujeres como las causas de sus padecimientos, y por lo tanto el Estado no puede intervenir en las cuestiones individuales. Dicha visión afecta tanto “la teoría como la práctica médica, y ha resultado en un discurso que sostiene la predisposición de las mujeres a la inestabilidad mental” <sup>255</sup>. Como lo desarrollamos en capítulos anteriores, la cultura patriarcal occidental ha utilizado los procesos biológicos de las mujeres para explicar los padecimientos mentales específicos. Sin embargo, a través de la perspectiva feminista de la producción de la salud y la enfermedad mental, podemos constatar que existen muchos factores que inciden en la salud mental de las mujeres que no tienen un origen biológico, como lo sostiene el modelo médico psiquiátrico tradicional. En este sentido, es necesario enfatizar la necesidad de incorporar mayores investigaciones y datos que posibiliten abordar la salud mental de las mujeres desde un enfoque de género que incluya factores además de los biológicos, lo sociales, económicos y psicológicos.

Otra limitante de la Recomendación, es que no hay ninguna referencia a los valores y las normas sobre los roles femeninos y masculinos: por lo cual, no logra romper con la visión funcionalista, y eficientista de la salud de las mujeres. Por ejemplo, en el párrafo

---

<sup>255</sup> Teresa Ordorika, *op.cit.*, p. 657.

28 señala que los Estados deben facilitar a las mujeres y niñas acceso a material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, es decir, sigue dejando la responsabilidad del bienestar familia en muchas de las mujeres por lo que refuerza el orden de género prevalente y contribuye a perpetuar la desigualdad entre hombres y mujeres<sup>256</sup>.

La Observación General N° 14 ‘El derecho al disfrute del más alto nivel de salud posible de salud física y mental’ y la Recomendación General N° 24 ‘La mujer y la salud’ CEDAW, incluyen la categoría de género como medio de acción política en sus programas dirigidos a la salud de las mujeres para lograr la equidad entre los sexos, supone un avance; sin embargo, se ha dejado de lado la necesidad de incidir en las relaciones de poder y subordinación ejercido por los hombres sobre las mujeres, por extensión en el dominio de lo masculino en desmedro de lo femenino que caracteriza las culturas y las formaciones sociales patriarcales. El resultado y el proceso de esta construcción es el acceso y el control desigual institucionalmente estructurado bajo sesgos de género, tanto en los recursos como en los beneficios sanitarios<sup>257</sup>.

De esta manera, el tratamiento de las mujeres como sub-grupo poblacional importante en el campo de la salud se ha centrado en perpetuar y seguir asignando su rol reproductivo-materno, en omitir el amplio rango de necesidades, riesgos y contribuciones ligados a los múltiples papeles que las mujeres cumplen en las distintas etapas de su vida. Esta visión parcializada de las mujeres como fuente de problemas que requieren atención, ha oscurecido la realidad, del papel fundamental que han desempeñado y desempeñan en la solución de esos problemas. En el caso del desarrollo, las mujeres fueron vistas como el problema y utilizadas para alcanzar

---

<sup>256</sup> Es necesario mencionar que la Recomendación en materia de salud reproductiva cuenta con avances muy significativos como la libertad de decidir sobre la maternidad, métodos seguros de planificación familiar, insta a los Estados a no adoptar métodos de planificación familiar que vulneren la salud y la elección de las mujeres sobre su salud reproductiva y respeten la intimidad.

<sup>257</sup> *Ibidem.*, p. 13

niveles de desarrollo superiores, para promover y proteger la salud de sus familias.

Ejemplo de lo mencionado, son los párrafos y artículos citados de dicha Observación y Recomendación, orientados a enfatizar el cuerpo femenino como máquina reproductora. Así como el énfasis en la causalidad orgánica y biológicas de sus problemas de salud, como lo hace la Recomendación cuando señala la obligatoriedad de los Estados Partes en garantizar la salud de las mujeres trabajadoras “la protección de la salud y la seguridad de la mujer en las condiciones de trabajo, lo que incluye la salvaguardia de la función de reproducción” <sup>258</sup>, la protección va en función a la capacidad de procrear seres humanos. En el mismo sentido, la Recomendación hace el señalamiento de que “los Estados Partes garanticen que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social” <sup>259</sup>, explícitamente establece a la maternidad como una función social, no como la capacidad de las mujeres para decidir sobre su cuerpo, sobre su sexualidad y su vida. El énfasis instrumentalista remite a los enfoques asistencial y eficientista de MED en el sentido de que las mujeres son vistas fundamentalmente como grupos vulnerables, objetos pasivos de atención, apoyándose en los roles femeninos tradicionales materno-doméstico y de servicio a la comunidad, como componentes esenciales para la consecución de las metas de tales intervenciones.

Se ha puesto de manifiesto en el enfoque internacional, la atención de la salud femenina como vehículo para lograr la salud de la familia, los niños y los otros, orientación que ha sido fundamentalmente influida por la perspectiva médica respecto del impacto de la salud materna en la salud perinatal e infantil, concentrando la atención en producir niños y no sólo eso sino saludables, dejando de lado otros problemas de la salud de las mujeres, como lo son las dolencias mentales.

---

<sup>258</sup> Recomendación N°24, *op.cit*, Párr. 28

<sup>259</sup> *Ibidem*. Párr.28

Se consta que la contribución protagónica al desarrollo de la salud de sus familias y comunidades, tanto en la tesis desarrollista, como en la Observación y Recomendación, han producido notables avances en la disminución de la desigualdad entre sexos en diversos ámbitos de la sociedad, reducir la mortalidad materna, lo que ha contribuido a crear conciencia pública en torno del hecho que los persistentes y altos niveles de riesgo en la salud de las mujeres producto de la posición de desventaja que ocupa en la sociedad. Sin embargo, es importante enfatizar que tal iniciativa, aunque pionera en el campo de la atención de la salud femenina, sólo se ocupa de las mujeres madres, factor que no contribuye a desmitificar la ideología predominante sobre la centralidad del rol biológico- reproductor de las mujeres, en efecto, la concentración del interés científico en la mortalidad materna tiende a reforzar la creencia de los procesos biológicos vinculados a la procreación representan el riesgo más significativo para la salud de las mujeres de los países en desarrollo, lo que distrae la atención de otras problemáticas importantes como la salud mental.

A largo de esta investigación, se ha insistido en la necesidad de investigar a fondo las problemáticas y ofrecer mejores recursos para atender la salud mental de las mujeres. En este sentido lograr una concientización de lo que influye en los malestares femeninos. Es claro que existen diferencias entre mujeres y hombres en cuanto a necesidades, problemas, y acceso a recursos en materia de salud, así como con respecto a la mortalidad y la morbilidad que los aquejan. Sin embargo, estas disparidades no sólo radican en los rasgos biológicos distintivos de cada sexo, sino también en las pautas sociales que regulan las relaciones de género, es decir, la forma en que cada sociedad se distingue, articula y posiciona, los ámbitos propios del

ser y del quehacer masculino y femenino<sup>260</sup>. Resulta evidente que aún persisten condiciones de clara inequidad entre hombre y mujeres que se encuentran de manera más contundente en el sector salud. Tales condiciones de inequidad no han podido ser explicada, ni mucho menos, eliminadas por el modelo desarrollista, ni por los programas de Naciones Unidas, por lo que es necesario analizar e investigar las problemáticas específicas de las mujeres desde un enfoque de género.

La reciente introducción de la dimensión de género en el análisis de la salud, ha tornado visibles las distintas manera en que las construcciones sociales de lo masculino y lo femenino moldean diferencialmente los perfiles de salud y de participación sanitaria de hombres y mujeres. Sin embargo, no ha incidido en cambiar la división social del trabajo según el sexo, ni en reducir la exposición a riesgos que inciden en la salud de las mujeres, ni mucho menos a crear mecanismos internacionales que protejan la salud mental de las mujeres; así mismo que permitan hacer visible la subordinación de las mujeres, y las necesidades de incorporar estrategias de género en las políticas públicas en materia de salud mental. En este sentido, se deben diseñar estrategias en función de la situación concreta que enfrentan las mujeres en diferentes escenarios sociales y culturales en los que se encuentran. Como señala Burín “Los riesgos exclusivos y de marginación social de las mujeres, deberían constituir verdaderas señales de alerta como agentes determinantes de la salud mental femenina y elementos que deben eliminarse si se quiere mejorar la salud mental y la posición en la que se encuentran las mujeres”<sup>261</sup>.

Es necesario insistir en una verdadera aplicación del enfoque de género, lo que implica considerar las diferencias biológicas y las condiciones culturales asimétricas en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales, como lo es la salud mental. Como se ha señalado, el género es un factor sociocultural que determina la salud mental de las personas “el ser mujer u hombre influye en cómo percibimos la salud y cómo reconocemos la enfermedad; repercute en las barreras de acceso que

---

<sup>260</sup> Rebeca de los Ríos, *op.cit.*, p. 254.

<sup>261</sup> Mabel Burín, *op.cit.*, p.105,

tenemos al buscar ayuda para solucionar las situaciones que nos aquejan e influye en los recursos que utilizamos para solucionar los problemas, y también en la manera en que recibimos la atención”<sup>262</sup>. El abordaje de la salud mental desde una perspectiva de género de incluir como elementos básicos: las desigualdades entre mujeres y hombres en las condiciones materiales, la división sexual del trabajo, las relaciones de poder; el acceso y control (recursos materiales, políticos y de tiempo) de los servicios sanitarios.

Después de analizar la Observación y Recomendación, es preciso presentar una propuesta, desde un enfoque que permita entender la salud mental de las personas, en este caso de las mujeres, como ‘un fin en sí mismo’ , y dejar de conceptualizarlas como fin para otros o para el desarrollo, como se ha entendido en la mayoría de los programas internacionales. Para desarrollar esta idea, utilizo el enfoque de necesidad básica de Martha Nussbaum, quien sostiene que la salud mental es una necesidad humana fundamental para lograr un nivel de autonomía, formular propósitos y estrategias, que impactan en su desarrollo personal, de ser- para-sí, en términos de Nussbaum se entiende como el principio de cada ‘persona como un fin en si mismo’ , fundamento que se contrapone a la visión tradicional e institucional de concebir a las mujeres como apoyo para los fines de los otros.

---

<sup>262</sup> Rebeca de los Ríos , *op.cit.*, p. 255.

### 4.3 La salud mental de las mujeres: desde una perspectiva de ‘capacidades básicas’

*Un enfoque centrado en las capacidades, es decir en aquello que la gente es capaz de hacer y de ser, de acuerdo a una idea intuitiva de la vida que corresponde a la dignidad del ser humanos<sup>263</sup>*

Martha Nussbaum

El enfoque de ‘capacidades básicas’ de Martha Nussbaum, constituye una ampliación al paradigma de calidad de vida iniciado por Amartya Sen y aplicado en el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), como lo señalamos en el capítulo anterior. Sen, conceptualiza el desarrollo humano como el medio que permite alcanzar la capacidad o funcionamiento personal<sup>264</sup>. El enfoque de ‘capacidades básicas’, posee elementos que permiten ampliar la visión de Sen. Para Nussbaum, Sen sigue ignorando los problemas que las mujeres realmente enfrentan, debido a que le da especial importancia a la cantidad de recurso (materiales) que las personas son capaces de producir, en contraste la concepción de Nussbaum, propone un enfoque de capacidades que sea una teoría que muestra interés por entender las problemáticas reales en marcos materiales y sociales

---

<sup>263</sup>Martha C Nussbaum, *Las mujeres y el desarrollo humano; El enfoque de las capacidades*, Ed. Herder, España, 2002, p. 86.

<sup>264</sup>La conceptualización de Sen, permitió replantear los lineamientos de los programas de desarrollo, los cuales ha incorporado progresivamente la perspectiva de género en la mayoría de los programas y políticas internacionales, lo que representa un avance trascendental en la agenda internacional, particularmente en los programas del PNUD al incorporar el Índice de Desarrollo de la Mujer (IPM o de Potencialización de Género IPG) indica si las mujeres participan activamente en la política y la económica de los países, Índice de Género (IDG) aborda las variables relativas a la esperanza de vida al nacer, el nivel educativo y el Producto Interno Bruto tomando en cuenta las diferencias entre mujeres y hombres. Estos indicadores constituyen un avance fundamental para la investigación y análisis del desarrollo humano y cifras desagregadas.



particulares de este grupo, como la exclusión social, política y económica en la que se encuentran.

Existen varios elementos que nos proporciona el enfoque de Nussbaum, los cuales ayudan a conceptualizar la salud mental de las mujeres, como una capacidad fundamental para lo que ella concibe como el verdadero funcionamiento humano; argumenta que es necesario dejar de conceptualizar la salud de las mujeres como un agregado para los fines de otros, e insiste en que se debe entender a las mujeres *‘como un fin en sí mismas’*. Como hemos analizado y ejemplificado, los modos de operara del paradigma asistencialista, eficientista, anti-pobreza y de equidad de Naciones Unidas insisten en que es necesario asistir y ayudar a las mujeres, para que, a su vez, ellas puedan hacer lo mismo con las personas que las rodean en su familia y comunidad. En este sentido, plantean una concepción de las mujeres como sujetas acotadas a sus tareas de madres, esposas, y amas de casa. A la vez “este paradigma ubica a las mujeres como objetos de políticas asistenciales y no como sujetos que definan sus propias necesidades”<sup>265</sup>. Es claro que los cuidados son fundamentales para la salud de sus infantes, sin embargo, este enfoque por un lado coloca dicha responsabilidad únicamente en las madres y por otro “ha llevado a provocar efectos iatrogénicos sobre la salud mental de las mujeres”<sup>266</sup>.

La importancia de la salud de las mujeres no debe entenderse como el medio para lograr la salud de los demás, se trata de conceptualiza a las mujeres, como seres para sí o como fin en sí mismo. Se debe entender sus propias necesidades como fundamentales. En esta última sección utilizamos el enfoque de capacidades humanas fundamentales de Martha Nussbaum, como una propuesta útil para analizar y señalar la importancia de un régimen específico que proteja los Derechos Humanos

---

<sup>265</sup> Mabel Burín, *op.cit.* p. 87

en materia de salud mental de las mujeres desde una visión que se reconozca el autocuidado y el principio de cada persona como un fin en si mismo.

A diferencia del enfoque de Naciones Unidas, el enfoque de capacidades, esta centrado en crear oportunidades y opciones, más que en imponer al individuo algún modo requerido de funcionamiento, por lo que Nussbaum relaciona las capacidades con el principio de dignidad humana. Para la autora, las personas deben ser tratadas como dignas de atención y con condiciones de existencia humana que les permitan vivir, elegir, y tomar decisiones relacionadas con su vida. Esto exige que cuenten con un mínimo de capacidades básicas que les permita lograr “aquello que la gente es realmente capaz de hacer y de ser, de acuerdo a una idea intuitiva de la vida que corresponde a la dignidad del ser humano, (...) tratando a cada persona como fin y no como una mera herramienta para los fines de otros” <sup>267</sup>.

En este sentido, la capacidad fundamental de las personas, radica en vivir la vida con elementos que valoren y con opciones reales de elección y no solamente un estado pasivo de satisfacción - elección. Desde estos referentes, la salud de las mujeres es entendida como, la capacidad para decidir conscientemente sobre su salud física (su cuerpo), mental y emocional en función de sus capacidades fundamentales y de sus necesidades. Consiste en una visión universalista de las funciones centrales de las mujeres y los hombres<sup>268</sup>, es decir, las capacidades son la base para determinar un mínimo social básico para un funcionamiento verdaderamente humano, la autora propone una lista de capacidades centrales para el funcionamiento humano enfatizando la necesidad de apelar por la dignidad humana, sean cual sean las opciones o propósitos de las personas, lo que importa es dignificar la vida.

---

<sup>266</sup> La definición de iatrogénicos de acuerdo a la definición del diccionario de la Real Academia Española se entiende como toda alteración del estado del paciente producida por el médico.  
*Idem.*

<sup>267</sup> Martha Nussbaum, *op.cit.*, p 74.

<sup>268</sup> Universal porque las capacidades son importantes para todos y cada uno de los ciudadanos, en todas y cada una de las naciones, en el sentido que son personas que sufren en forma general por una falta aguda de capacidad.

En la lista se encuentra la importancia de la integridad corporal, de las emociones, la salud, para que las mujeres se puedan considerar seres con dignidad y valor. Esto tiene especial importancia porque hace posible cualquier elección de modo de vida (lo que constituye una visión pluralista)<sup>269</sup>. También contiene capacidades que en distintas épocas se les negaron a las mujeres de forma total, parcial o desigual, debido a tradiciones patriarcales del poder masculino.

La autora insiste en que la sociedad y la comunidad internacional, deben comprometerse a ofrecer de manera consiente la base social del bien y no el bien en sí, como se estableció en las políticas asistenciales de Naciones Unidas que confinan a las mujeres como objetos y no como sujetos autónomos que pueden definir sus propias necesidades, como lo señalamos anteriormente, en términos de Carolyn Monser incorporar las necesidades estratégicas de género, que permitan el cambio a través de la obtención del autocontrol sobre sus opciones de vida.

A continuación transcribo las características más importantes de la lista de capacidades:

-Vida: ser capaz de vivir hasta el final una vida humana de extensión normal; no morir prematuramente, o antes de que la propia vida se haya reducido de tal modo que ya no merezca vivirse;

---

<sup>269</sup> *Ibidem.*, p. 120.

-Salud corporal: ser capaz de tener buena salud, incluyendo la salud reproductiva, estar adecuadamente alimentado; tener un techo adecuado;

-Integridad corporal: moverse libremente de un lugar, tener seguridad ante asalto, incluso asalto sexual y la violencia doméstica, tener oportunidades para la satisfacción sexual y para la elección en materia de reproducción;

-Sentidos, imaginación y pensamiento: ser capaz de utilizar los sentidos, de imaginar, pensar y razonar, de hacer todo esto de forma verdaderamente humana, una adecuada educación, alfabetización y entrenamiento científico- matemático básico. Ser capaz de utilizar la imaginación y el pensamiento en conexión con la experiencia y la producción de obras y eventos de expresión y elección propia, en lo religioso, literario, musical, etc. Libertad de expresión con respecto tanto al discurso político como artístico, y libertad de práctica religiosa. Ser capaz de buscar el sentido último de la vida a la propia manera. Ser capaz de tener experiencias placenteras y de evitar el sufrimiento innecesario;

-Emociones: ser capaz de tener vinculación con cosas y personas fuera de uno mismo, de amar a quienes nos aman y cuidan de nosotros, de pensar por su ausencia, y, en general, de amar, de penar, de experimentar nostalgia, gratitud y temor justificado. Que el propio desarrollo emocional no esté arruinado por un temor o preocupación aplastante, o por sucesos traumáticos de abuso o descuido,(esta capacidad significa apoyar formas de asociación humana que pueden mostrarse como cruciales en el desarrollo);

-Razón práctica: ser capaz de plasmar una concepción del bien y de comprometerse en una reflexión crítica acerca del planteamiento de la propia vida;

-Afilación: ser capaz de vivir con y hacia otros, de reconocer y mostrar preocupación por otros seres humanos, de comprometerse en diferentes maneras de interacción social; ser capaz de imaginarse la situación de otros y de tener compasión de tal situación; ser capaz tanto de justicia y amistad (proteger esta capacidad significa proteger instituciones que constituyen y alimentan tales formas de afiliación, y proteger asimismo la libertad de reunión y de discurso político);

Así mismo, poseer las bases sociales de respeto de sí mismo y de la no humillación; ser capaz de ser tratado como un ser dignificado cuyo valor es igual al de los demás, protección contra la discriminación basada en la raza, el sexo, la orientación sexual, la religión, la casta, la etnia o el origen nacional. En el ámbito laboral, ser capaz de trabajar como un ser humano, haciendo uso de la razón práctica e ingresando en significativas relaciones de reconocimiento mutuo con otros trabajadores;

-Otras especies: ser capaz de vivir sin que esto implique un daño hacia los animales, las plantas y el mundo de la naturaleza, es decir, vivir en relación con todo ello<sup>270</sup> ;

-Juego: ser capaz de reír, jugar y disfrutar de actividades recreativas. En muchas culturas, las niñas pequeñas nunca son estimuladas a jugar, por lo que realmente no saben cómo hacerlo, se les deja en sus hogares para realizar actividades domésticas, lo que las priva de su infancia. El Estado no puede ordenarle a una niña que juegue pero si puede establecer proyectos que promuevan e impulsen actividades lúdicas con el fin de promover esta capacidad;

-Control del propio entorno político; ser capaz de participar efectivamente en elecciones políticas que gobiernen la propia vida, tener el derecho de participación política, de protecciones de la libre expresión y asociación. Material; ser capaz de tener propiedad (tanto de la tierra como de bienes muebles), no solamente de manera formal sino en términos de oportunidades reales, y tener derechos de propiedad sobre una base de igualdad con otros, no estar sujeto a registro e incautación de forma

---

<sup>270</sup> Nussbam señala que el gobierno puede hacer mucho por esta capacidad, a través de políticas que respeten a las especies amenazadas, la salud y la vida de los animales y la ecología, señala el ejemplo de Noruega donde existen normas que regulan y protegen las zonas boscosas, montañosas con el fin de preservar espacios para que los individuos disfruten de la soledad en el bosque, lo que constituye un aspecto central de las capacidades básicas para la sociedad noruega. *Ibidem.*, p.123.

injustificada. Los derechos de propiedad no deberían colocarse sobre una base de discriminación por el sexo<sup>271</sup>;

La lista de Nussbaum proporciona un conjunto de capacidades, que permiten el desarrollo personal y da prioridad al conocimiento, de obtener mayor educación y capacitación, de ser discriminada, no vivir en la indigencia, estar libre de amenaza, gozar de seguridad personal, de participar libremente en el ámbito social, político y familiar, de no ser objeto de injusticia, de tener un trabajo productivo, etc. Incorporar esta lista de capacidades en el análisis de la salud mental de las mujeres. Permite distinguir entre la capacidad o la oportunidad para tener salud mental y un funcionamiento real de la misma. El logro de estas capacidades básicas determina las condiciones favorables para la conservación de la salud de las mujeres, la ausencia significa perder la vida misma.

Desde esta visión, los principios constitucionales e internacionales de derechos humanos deben considerar, respetar e implementar medidas que garanticen las capacidades humanas básicas para todas las /los individuos. Se debe insistir en que los gobiernos incorporen tales principios en los programas políticos, económicos, sociales, sanitarios, como un mínimo requerido para garantizar la dignidad humana, debajo del mínimo requerido no se considera posible que los ciudadanos y en particular las mujeres, puedan lograr un funcionamiento verdaderamente humano, con el objetivo de que cada persona controle su propia vida y que tenga la posibilidad de conservar su salud. Por ejemplo, existe una gran diferencia entre una persona que tiene abundancia de comida que podría elegir entre ayunar o comer, a una persona que pasa hambre porque no cuenta con alimento, existe una diferencia sustancial entre una vida de libertad y de elección, a una vida constreñida en la subordinación, falta de poder que en el caso de las mujeres, en muchas partes del mundo constituyen los factores que inciden en su malestar mental<sup>272</sup>.

---

<sup>271</sup> *Ibidem*, p. 37

<sup>272</sup> *Ibidem*, p. 36

En el caso de la salud mental, los gobiernos no puede hacer emocionalmente saludable a las mujeres, pero lo que sí pueden hacer es influir en la salud emocional de este grupo, a través de políticas que incorporen una perspectiva que establezca las necesidades estratégicas de género y no solamente las necesidades prácticas de género, es decir, establecer medidas que permitan asegurar la posibilidad de gozar de salud física y mental a todos sus miembros, en este sentido deben actuar y provocar cambios en las condiciones de vida inequitativas producto de las relaciones de género, por ejemplo: que erradiquen la violencia y el control masculino sobre las mujeres para mejorar la de seguridad pública y corporal, que castiguen el hostigamiento sexual en el ámbito laboral, que promuevan niveles más altos de apertura en las instituciones políticas; dejar de promover y fundamentar las ocupaciones señaladas como ‘tradicionalmente femeninas’ , es decir, que las mujeres se incorporen a actividades económicas no tradicionales impuestas por la división sexual del trabajo; mayor educación, y capacitación; que aseguren una plena igualdad en el trabajo remunerado, en las actividades doméstico y políticas; el alivio de la carga doméstica y el cuidado de los niños; erradicar la segregación sexual en el trabajo; promover la responsabilidad masculina en el hogar, el cuidado de los hijos y adultos mayores; asignar una retribución y valor social - económico al trabajo doméstico y cuidado de los hijos y la comunidad (incorporar el trabajo doméstico como parte la producción económica de los países y considerar a las mujeres que participan en este sector como Población Económicamente Activa (PEA); que garantice la libre elección sobre la maternidad, entre otras.

En términos concretos, políticas que dejen de reforzar los roles tradicionales asignados a las mujeres que las confinan a tener un lugar subordinado y desigual en la sociedad,

que permitan a las mujeres incrementar su capacidad para decidir sobre, su salud, su entorno, su vida, etc.

La salud mental de las mujeres, desde esta visión, conlleva al desarrollo de las personas, y se encuentra interrelacionada con la existencia o ausencia de capacidades. Como lo señalamos en la sección que trata sobre violencia de género, sí una mujer sufre depresión producto de una violación física, sexual o psicológica, podemos inferir que ha tenido un daño en su capacidad de salud corporal, en el control de su entorno, de afiliación, y en lo más importante, en su dignidad como ser humano pero además que se ha producido un daño en su salud mental. Producto de la violación o el maltrato, se les impide un buen funcionamiento humano y por ende limita su capacidad básica de salud mental.

Desde esta perspectiva, la salud mental constituye una parte indispensable para que cada individuo, en este caso las mujeres, puedan ‘ser y hacer’ ; que es lo que conlleva a ampliar las opciones que faciliten los procesos de autonomía y autodeterminación de las mujeres para decidir sobre su cuerpo, su sexualidad, su vida, y permite ubicarlas como sujetos sociales que pueden comprender sus malestares y sus modos de enfermar concretos. Entender la salud mental de las mujeres, como ‘un fin en sí mismo’ , permite dejar de conceptualizar el autocuidado de las mujeres desde una visión reduccionista y tradicional. Al comparar el enfoque de capacidades con las propuestas contenidas en el Decenio de Naciones Unidas para la Mujer y los programas de Naciones Unidas, queda claro que éstas, han conceptualizado la salud femenina desde una visión orgánica y biologicista que las confinó al ámbito doméstico o familiar, como sujetos sin derechos propios. Esta perspectiva internacional contiene políticas sanitarias para el sector femenino que buscan incidir en la salud de la comunidad y que, erróneamente, la salud de las mujeres se entendió (en muchos casos continúa siendo) como el vehículo para la salud de los otros.

Por lo tanto, el enfoque aquí propuesto es contrario a la perspectiva de las mujeres como ‘seres para otros’ de Naciones Unidas, ya que prioriza los asuntos que tienen que ver con la vida, la salud emocional y mental de las mujeres como ‘seres para



sí' . En este sentido, las mujeres adquieren la valoración de cada persona como un fin en sí mismo, la capacidad de pensarse, de tomar decisiones personales como parte de la propia individualidad, dignidad y libertad de elección para desarrollarse, de decidir conscientemente respecto a su propia salud, de autocuidarse. Al emplear, el enfoque de las capacidades de Nussbaum podemos reconocer los errores existentes en los programas internacionales dirigidos a la salud de las mujeres, los cuales, las tratan no como fines en sí mismos, ni como personas con una dignidad que merece ser respetada por parte de las leyes y las instituciones, como instrumentos para los fines de los otros: reproductoras, encargadas del hogar, del cuidado de los niños, niñas, ancianos, puntos de descarga sexual, agentes de la prosperidad en general de la familia.

La conceptualización de Nussbaum, reivindica el principio del autocuidado de la salud de las mujeres, que les permite decidir sobre su cuerpo y mente, como sujetas de derechos y necesidades específicas. Es importante señalar que, la salud mental femenina, desde la orientación feminista, se entiende como una “noción que sus mismas protagonistas (las mujeres), van construyendo en diferentes momentos de sus vidas” <sup>273</sup>, así como un estado de armonía o de equilibrio entre lo físico, lo biológico y lo social o un bienestar subjetivo que tiene que ver con la realización intelectual y emocional<sup>274</sup>. Lo que hace conceptualizar la salud mental de las mujeres, como la capacidad para decidir conscientemente sobre su salud en función de sus capacidades y necesidades. Bajo esta perspectiva, la salud mental consiste en la capacidad de elegir, perseguir metas propias, desde una visión de ser activo en la elección, de un funcionamiento saludable, y no solamente un estado pasivo de satisfacción de la salud.

---

<sup>273</sup> Mabel Burín, *op.cit.*, p. 83.

<sup>274</sup> María de los Ángeles Torres, “Evaluación de las necesidades de atención y de la utilización de servicios de salud mental en académicas de la UNAM desde una perspectiva de género” .En Margarita Favela Gavia, Julio Muñoz Rubio (Coordinadores), *Jornadas anuales de Investigación 2005*, Universidad Nacional Autónoma de México, CIICH, México, p. 276.

A diferencia de la noción de salud de los enfoques utilitarista de MED<sup>275</sup>, los cuales consideran que la salud de las mujeres no implica el hacer y el vivir desde la propia acción y elección individual, si no en función para los otros. La noción de capacidades, permite incorporar opciones que faciliten los proceso de autonomía y autoderminación, es decir, que las mujeres decidan sobre su cuerpo, mente, sexualidad y su vida en general. En este sentido, la salud mental posibilita nuestros modos de vivir, sentir y desear como mujeres; lo que permite afirmar que las mujeres son “sujetos que se van construyendo en relación con sus modos de existencia concretos” <sup>276</sup>.

Finalmente, en el desarrollo de la investigación, se mostraron ejemplos de cómo los factores sociales y culturales influyen en la salud mental de las mujeres, y cómo las políticas, programas y planes internacionales refuerzan el sistema de género, lo que no sólo contribuye a perpetuar la desigualdad entre hombres y mujeres, sino también olvidan las problemáticas de las mujeres como lo es su salud mental. Por lo que, es necesario incorporar las aportaciones feministas que han investigado las particularidades de la salud mental femenina, y que han ampliado las conceptualizaciones y nociones de la salud y el padecimiento mental.

---

<sup>275</sup> Nussbam señala que los enfoques utilitaristas ofrecen insuficiente protección para las libertades básicas, afirma que “el pensamiento económico basado en la preferencia es una amenaza potencial para las libertades básicas y podría proveer de una justificación económica para todo tipo de discriminación contra las minorías despreciadas” Los utilitarista dan prioridad a la eficiencia sobre la libertad como lo vimos en el enfoque sobre la salud de las mujeres . Martha Nussbam, *op.cit.* p.189.

# C onclusiones

En la actualidad son muy importantes los avances que se han dado en los últimos años en materia del derechos a la salud de las mujeres. Desde la década de los noventa del siglo XX y en los primeros años de este siglo, la evolución del paradigma de la salud de las mujeres, los enfoques biológicos de la salud femenina y su atención orientada al cuidado de los demás que ha enfatizado su condición materna ha tenido un replanteamiento desde las ciencias sociales, principalmente desde los estudios feministas. Las aportaciones feministas en el área de la salud femenina, y los avances de los organismos internacionales han permitido que se incorporen factores de género, psicosociales, y biológicos en el paradigma de la salud mental femenina.

Entre los avances más significativos se destaca que actualmente, se ha ampliado la cobertura de atención a las mujeres no sólo en edad reproductiva; se están cambiando algunas legislaciones que permitan el ejercicio libre de la planificación familiar, prevención de la mortalidad materna; así como para erradicar la violencia sexual; los derechos sexuales y reproductivos se están discutiendo en las agendas nacionales e internacionales. Desde estas aportaciones las nuevas perspectivas sobre la salud de las mujeres, poco a poco están redimensionando la concepción tradicional basada en teorías económicas y biológicas de MED, a una visión más amplia de la salud de las mujeres. En este sentido los Informes de Desarrollo Humano de Naciones Unidas, el enfoque de Amartya Sen, y la incorporación de la perspectiva

---

<sup>276</sup> Mabel Burín, *op.cit.*, p. 89.

de género en la agenda internacional, ha contribuido enormemente a profundizar y analizar la problemática de la salud femenina, particularmente a promover e instar a los gobiernos a que establezcan políticas públicas que protejan la salud de las mujeres.

La introducción de la dimensión de género en el análisis de la salud, ha tornado visibles las distintas manera en que las construcciones sociales de lo masculino y lo femenino moldean diferencialmente los perfiles de salud, de participación sanitaria de hombres y mujeres. Sin embargo, en el ámbito internacional, no se han creado mecanismos internacionales que protejan la salud mental de las mujeres, ni que incidan en la división social del trabajo según el sexo, ni en reducir la exposición a riesgos que inciden en la salud de las mujeres; así mismo no se ha hecho visible la subordinación de las mujeres, y las necesidades de incorporar estrategias de género en las políticas públicas en materia de salud mental. En este sentido, se deben diseñar estrategias en función de la situación concreta que enfrentan las mujeres en diferentes escenarios sociales y culturales en los que se encuentran.

A largo de esta investigación, se ha insistido en la necesidad de investigar a fondo las problemáticas y ofrecer mejores recursos para atender la salud mental de las mujeres. En este sentido lograr una concientización de lo que influye en los malestares femeninos. Es claro que existen diferencias entre mujeres y hombres en cuanto a necesidades, problemas, y acceso a recursos en materia de salud, así como con respecto a la mortalidad y la morbilidad que los aquejan. Sin embargo, estas disparidades no sólo radican en los rasgos biológicos distintivos de cada sexo, sino también en las pautas sociales que regulan las relaciones de género, es decir, la forma en que cada sociedad se distingue, articula y posiciona, los ámbitos propios del ser y del quehacer masculino y femenino. Resulta evidente que aún persisten condiciones de clara inequidad entre hombre y mujeres que se encuentran de manera más contundente en el sector salud. Tales condiciones de inequidad no han podido ser explicada, ni mucho menos, eliminadas por el modelo desarrollista, ni por

los programas de Naciones Unidas, por lo que es necesario analizar e investigar las problemáticas específicas de las mujeres desde un enfoque de género.

Debido a la falta de atención integral a la salud mental, se pone en evidencia una intolerable situación de injusticia y desatención, por ello debe superarse el enfoque biomédico y pasar a un enfoque que ubica la salud como parte de la sociedad y por lo tanto un problema social. Razón por la que se debe insistir en que los gobiernos incorporen tales principios en los programas políticos, económicos, sociales, sanitarios, como un mínimo requerido para garantizar la dignidad humana, debajo del mínimo requerido no se considera posible que los ciudadanos y en particular las mujeres, puedan lograr un funcionamiento verdaderamente humano, con el objetivo de que cada persona controle su propia vida y que tenga la posibilidad de conservar su salud.

En el análisis de los documentos internacionales en materia de salud femenina, encontramos que la mayoría no hacen ninguna referencia a salud mental de las mujeres. La ausencia de políticas y legislación en la materia no es el único problema, la falta de investigaciones con perspectiva de género que busque incidir en las inequidades, la violencia sexual, la división sexual del trabajo, la desigualdad socioeconómica que enfrentan las mujeres, factores fundamentales que deben ser considerados si se quiere mejorar la salud mental femenina. No se trata simplemente de querer intervenir para cambiar el sexismo que caracteriza el discurso jurídico en sus aspectos formales sino de incluir: las necesidades reales de las mujeres, corregir los sesgos androcéntricos de sus contenidos, introducir una nueva concepción como el enfoque de capacidades básicas de Nussbaum y leyes que incorporen los padecimientos específicos de las mujeres.

Es de suma importancia que los programas de derechos humanos en materia de salud, consideren la salud mental femenina, que tomen en cuenta los aspectos preventivos y el reconocimiento desde una perspectiva de género que permita ver las problemáticas particulares de mujeres y hombres. La investigación muestra que todos los padecimientos mentales específicos femeninos se encuentran vinculados con las situaciones sociales, cuales quiera que sean los procesos psicológicos involucrados, el ambiente social influye en la vulnerabilidad de las mujeres a la dolencia mental.

Los instrumentos aquí expuestos no son exclusivos en la materia, pero representan los aspectos más importantes en materia de la salud mental de las mujeres como un derecho humano en el ámbito internacional, así mismo proporcionan elementos importantes debido a que instan a los Estados Parte en la promulgación y puesta en práctica de legislaciones en materia de salud mental, lo que genera una oportunidad para influir en la erradicación de la marginación, exclusión y omisión de este tema, sin embargo es necesario que incorporen la salud mental femenina en las legislaciones nacionales, si se pretende conseguir una legislación integral adecuada y mejorar la situación de las mujeres.

A lo largo de la investigación se han hecho constantes referencias en torno a las aportaciones feministas que estudian y cuestionan las relaciones de género y la salud mental, como eje de análisis que permita mostrar la incidencia de lo social en el padecimiento mental femenino. Sin embargo, es de vital importancia mencionar las principales autoras que han elaborado investigaciones al respecto para que se consideren en las políticas y planes internacionales y nacionales en materia de salud mental: Phyllis Chesler, Elain Showalter, Jane Ussher, Joan Busfiel, Pauline Prior, Susan Bordo, Kim Chernin, Susie Orbach, Franca Basaglia, Carmen Sáez Buenaventura, Josefina Mass Hesse, Jill Ausbury, Amalia Tesoro, Mabel Burín, Irene Merler, Emilice Dio Bleinchmar, Marcela Lagarde y de los Ríos, entre otras.

Finalmente, la perspectiva feminista en Relaciones Internacionales resulta imprescindible para lograr un conocimiento global de la realidad internacional, ya

que ofrece una metodología que permite analizar sujetos y problemáticas no involucrados en la disciplina. Bajo este enfoque feminista y de género se puede constatar la importancia del estudio de la salud mental de las mujeres, para un entendimiento y un estudio más integral de la realidad internacional.

# Bibliografía

- Alatorre Javie, Careaga Gloria, Jusidman Clara, Salles Vania, Talamante Cecilia y Townsend Hohn. *Las mujeres en la pobreza*. COLMEX, México, D.F. 1997, 145p
- Aguado Ana (ed.). *Mujeres, regulación de conflictos sociales y cultura de la paz*. Institut Universitari d' Estudis de la Donna, Universitat de València, 1999, 227p.
- Arroyo Alejandra, Correa Eugenia, Chapoy Alma. *El pensamiento feminista. Antología del pensamiento político, social y económico de América Latina*. Ediciones de la Agencia Española de Cooperación Internacional. Madrid, 2008, 252p.
- Abramovich Víctor, Courtis Christian (comp.), *Los derechos sociales: instrucciones de uso*, Ed. Doctrina jurídica contemporánea, México, 2003, 340p.
- Basaglia Franca. *Razón, locura y sociedad*. Siglo XXI editores, México, 1978, 199p.
- Basaglia Franca, Dora Kanoussi. *Mujer, locura y sociedad*. Universidad Autónoma de Puebla: FFyL, México, Puebla, 1983, 71 p.
- Beckman Peter R., D' Amico Francine. *Women, gender, and world politics: perspectives, policies, and prospects*. Greenwood publishing group, United States of America, 1994, 250p.
- Bring Haydeé (Comp). *Acceso a la justicia como garantía de igualdad: instituciones, actores y experiencias comparadas*. Colección Identidad, mujer y



- derecho, Centro de Apoyo al Desarrollo Local del Programa Justicia y Género, Editorial Biblos, Buenos Aires, Argentina, 2006, 269p.
- Bring Haydeé, Pautassi Laura. *¿Género en la reforma o reforma sin género?. Desprotección social en las leyes previsionales de América Latina*. Comisión Económico para América Latina (CEPAL), Unidad Mujer y Desarrollo, Santiago de Chile, junio de 2001, 38p.
  - Brecher Michael, Harver Frank (Ed.). *Millenial reflection on International Studies*. University of Michigan Press, USA, 2002, 706p.
  - Burín Mabel. *El malestar de la mujeres. La tranquilidad recetada*. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1990. 237p.
  - Burín Mabel, Dio Bleichman Emilice (Comps). *Género, psicoanálisis, subjetividad*. Paidos Iberica, Buenos Aires, Argentina, 1996, 366p.
  - Burín Mabel, Meler Irene. *Varones. Género y Subjetividad masculina*. Paidós, Buenos Aires Argentina, 2000, 370p.
  - Burín Mabel. *Estudios sobre la subjetividad femenina*. Mujeres y salud mental. Centro de estudios de Mujeres y Psicofármacos, Grupo Editor Latinoamericano, Argentina, 1987, 412p.
  - Burton Josheph. *Teoría general de las Relaciones Internacionales*. UNAM - México, 1987, 269p.
  - Busfiel Joan. *Men, Women and madness: understanding gender and mental disorder*. Macmillan, London, 1996, 287p.
  - Buvinicm Mayra, Youssef Nadia, Richar Anker (Ed). *Women' s roles and population trends in the third world*. London, Programa Mundial del Empleo,

1982, 287p.

- Careaga Gloria, Talamante Cecilia, Jusidman Clara, Alatorre Javier, Townsend Hohn, Salles Vania. *Las mujeres en la pobreza*. COLMEX, México, D.F. 1997, 332p.
- Carbí Ángeles, Segarra Marta (eds). *Nuevas masculinidades*. Icaria, Mujeres y cultura, España, Barcelona, 2000, 189p.
- Carr Edward Hallett, *The Twenty years' crisis 1919-1939. An introduction to study of international relations*, Nueva York, 1964, Macmillan/St., Martin' s Press, Londres and Nueva York, 268p.
- Caro Gabalda Isabel. *Género y salud mental*. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 2001,299p.
- Calduch Cervera Rafael. *Relaciones Internacionales*. Ediciones Ciencias Sociales, Madrid, 1991, 416p.
- Calvin María Eugenia. *Género, salud mental y violencia*. Proyecto Equidad, Género y Reforma de la Salud en Chile, de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la salud (OPS/OMS), Chile, 2001, 189p.
- Calvo Salvador Adelina, García Lastra Marta, Susinos Rada Teresa (eds.). *Mujeres en la periferia: algunos debates sobre género y exclusión social*. Icaria editorial, Barcelona, 2006, 214p.
- Castañeda Martha Patricia. *Metodología de la investigación feminista*. Programa de Investigación Feminista, Guatemala,Fundación Guatemala-CEIICH-UNAM, 2008, 98p.
- Carabí Ángeles y Segarra Marta (eds), *Nuevas masculinidades*, España, Icara, Mujeres y Cultura, España, 2006,189p.

- Cazés Menache Daniel. *La perspectiva de género guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles*. Centro de Investigaciones en Ciencias y Humanidades, UNAM. México, 2005, 209p.
- Clayton H. Anita, Kornstein Susan. *Women' s Mental Health*. The Guilford Press, New York and London, 2002, 638p.
- Cháneton July. *Género, poder y discursos sociales*. Enciclopedia semiológica, Eudeba, Buenos Aires, Argentina, 2007,171p.
- Del Arenal Celestino. *Introducción a las Relaciones Internacionales*. Tecnos, Madrid, 1990. 477p.
- De Beauvoir Simone. *El segundo sexo*. Madrid, Ediciones Cátedra vol. I 6ª edición en castellano, 2002, 418p.
- De los Ríos Rebeca. *Género, Salud y Desarrollo: un enfoque en construcción*. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, OPS, USA, Washington, 2005, 18p.
- Domingo Pérez Concha (Coord.). *Mujer y desarrollo*. Colecció Quaderns Feministes No. 5. Institut Universitari d' Estudis de la Donna. València, 2002, 232p.
- Elshtain Jean Bethke, Tobias Sheila. *Women, militarism and war: essays in history, politics and social theory*. Rowman and littlefield, Totowa, New Jersey, 1990, 272p.
- Enloe Cynthia. *Bananas, Beaches and Bases: Making Feminist Sense of International Politics*. USA, Berkeley University of California Press, 1989, 244p.

- Engels Federico. *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*. Madrid, 1970. 223p.
- Errazti Zabala Idoie. *Un viaje al tiempo: 30 años de pensamiento económico feminista en torno al desarrollo*. Icara, Barcelona, 1999. 178p.
- Esteban Mari Luz. *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Ed. Bellaterra. 2004, 263p.
- Favela Gavia Margarita, Muñoz Rubio Julio (Coordinadores). *Jornadas anuales de Investigación 2005*. Universidad Nacional Autónoma de México, 2006, CIICH, México. 518p.
- Fernández Moreno Sara Yaneth. *Violencia de género en las prácticas Institucionales del personal de salud de una institución hospitalaria de la red pública de atención al distrito federal*. Tesis de doctorado en ciencias en salud colectiva. UAM- Xochimilco, México, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Junio 2008, 382p.
- Friedan Betty. *La mística de feminidad*. Madrid, Jucar, 1974, 472p.
- Fox Keller Evelyn. *The Reflections on Gender And Science*. New Haven and London: Yale University Press, 1985, 193p.
- Fox Keller Evelyn. *The gender science system: or, is sex to gender as nature is to science?*, Nancy Tuana (ed.): *Feminism and science*, 1989, Indian University Press, 1992, 246p.
- Foucault Michel. *Enfermedad mental y personalidad*. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1961, 104p.
- Foucault Michael. *La arqueología del saber*. Siglo XXI Editores, México, 1970,

224p.

- García Campayo Javier (comp.). *Psiquiatría y psicología diferencial de la mujer*. Edika, España, 2006, 345p.
- Gil Lacruz Marta (Ed.). *Psicología social y bienestar*. Prensas Universitarias de Zaragoza, España, 2007, 355p.
- Giosa Zuazúa Noemí, Rodríguez Enriquez Corina. *Estrategias de desarrollo y equidad de género: una propuesta de abordaje y su aplicación al acceso de las industrias manufactureras de exportación en México y Centroamérica*. Comisión Económica para América Latina (CEPAL), División de Asuntos de género, Serie Mujer y Desarrollo N° 97, Santiago de Chile, 2010, Pp. 73.
- Goetz Anne Marie. *¿Quién responde a las mujeres?, Género y rendición de cuentas*. Informe UNIFEM, New York, USA, 2008-2009, 155p. Disponible en : <http://www.unifem.org/progress/2008>
- Gomel K.Michelle. *A focus on Women*. WHO, Geneva, 1997, 390p.
- Gómez Elsa. *La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques*, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) (PAHO/PWD/94-003), Washington, D.C. junio 1994, 193p.
- Gómez Elsa. *Equidad, género, y reforma de las políticas de salud en América Latina y el Caribe*. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, División de salud y desarrollo humano, Washington, enero 2000, 38p.
- González Montes Soledad (comp.). *Las Mujeres y la salud*. COLMEX, México, 1995,

258p.

- González de Chávez Fernández Ma. Asunción (Comp.). *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres*, España, Siglo XXI Editores, 2006, 219p.
- Goldstein Joshua. *War and gender*. Cambridge University Press, New York, 2001, 260p.
- Goldman Marlene, Hatch Maureen. *Women and health*. Academic press, New York, 2000, 1276p.
- Harding Sandra. *Ciencia y feminismo*. Ediciones Morata, Madrid, España, 1996, 150p.
- Heise Lori. *Violencia contra la Mujer: La carga oculta sobre la salud, Mujeres salud, y desarrollo*. Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud, Washington, USA, 1994, 103p.
- Hoffman H. Stanley. *Teorías contemporáneas sobre las Relaciones Internacionales*. Tecnos, España, Madrid, 1963, 361p.
- Jaggar Alison. *Feminist politics and human nature*. Rowman and littlefield publisher, United States of America, 1983, 395p.
- Katschnin Heinz, Freeman Hugh, Sartorius Norman. *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Ed. Masson, Barcelona, España, 2000, 374p.
- Krause Jill. *Gendered Identities in International Relations : Identities in International Relations*. Macmillan Press Ltd, London, 1996, 373p.
- Kohen Dora (comp.). *Women and mental Health*. Ed. Routledge, Londond and

- Philadelphia, USA, 2000, 239p.
- Kuhn Thomas. *Las estructuras de las Revolución Científica*. Fondo de Cultura Económica, México, 1971, 319p.
  - Lamas Marta. *Género: Algunas precisiones conceptuales y teóricas, Feminismo, transmisiones y retrasmisiones*. Taurus, México, 2006, 367p.
  - Mackinnon Catharine. *Are woman human? An other International dialogue*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts and London, England, 2006, 291p.
  - Mancero Xavier. *La medición del desarrollo humano: elementos de un debate*. CEPAL, División de Estadística y Proyecciones Económicas, Santiago de Chile, marzo 2001, 39p.
  - Mancilla Martha Lilia. *Locura y mujer durante el Porfiriato*. Ed. Círculo psicoanalítico México. D.F, 2001, 319p.
  - Maqueira Virginia, Sánchez Cristina (Comp.). *Violencia y sociedad patriarcal*. Pablo Iglesias Ed., Madrid, 1990, 149p.
  - Maquiavelo Nicolás. *El príncipe*. Porrúa, México, 1985, 118p.
  - March David, Stoker Gery (eds.), *Teoría y métodos de la ciencia política*. Alianza Editorial España, Madrid, 1997, 191p.

- McDowell Linda. *Género, identidad y lugar*. Feminismos, Universidad Valencia, España, 1999, 363p.
- Milosavljevic Vivian. *Estadísticas para la equidad de género: magnitudes y tendencias en América Latina*. Unidad de la Mujer y Desarrollo de la CEPAL, Santiago de Chile, junio de 2007, 192p.
- Miller Kate. *La política sexual*. Ed. Cátedra, Madrid, 1995, 640p.
- Molas Font María Dolors (ed.). *Violencia deliberada*. Las raíces de la violencia patriarcal. Icaria, Mujeres y culturas, Barcelona, 2007, 271p.
- Morris Jeny (ed.). *Encuentros con desconocidas: feminismo y discapacidad*. Narcea Ediciones, Madrid, 1996. 261p.
- Morgenthau Hans Joachim. *Politics among Nations. The Struggle for Power and Peace*. Nueva York: Alfred Knopf, 1962, 630p.
- Morgenthau Hans Joachim. *Escritos sobre Política Internacional*. Tecnos, Madrid, 1990, 166p.
- Morgenthau Hans Joachim. *La Lucha por el poder y la paz*. Ed. Sudamericana, Buenos Aires, Argentina, 1963, 763p.
- Morgenthau Hans Joachim. *Scientific man vs power politics*. University of Chicago Press, Chicago, 1946, 244p.
- Nieves Rico María. *Desarrollo y equidad de género: una tarea pendiente*. Serie Mujer y Desarrollo N° 13, División de Desarrollo Social Unidad Mujer y Desarrollo, Comisión Económica para América Latina (CEPAL), Santiago de Chile, 1993, 183p.
- Nussbaum Martha. *Las mujeres y el desarrollo humano en el enfoque de las*



*capacidades*. Herder, 2004, 414p.

- Nussbaum Martha, Amarty Sen. *La Calidad de vida*. World Institute for Development Economics Research (WIDER) de la United Nations University. FCE, México, 1993, 558p.
- Ortiz Gómez Teresa. *Medicina. Historia y género: 130 años de investigación feminista*, Ediciones KRK, Oviedo, 2006, 362p.
- Östlin Pirooska, Sen Gita. *Gender equity in Health. The shifting frontiers of evidence and action*. Taylor and Francis Routledge, New York, 2010, 315p.
- Palomares Lerma Gustavo. *Relaciones Internacionales en el siglo XXI*. Tecnos, Madrid, España, 2006, 228p.
- Palomares Lerma Gustavo. *Teoría y concepto de las Relaciones Internacionales*. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Madrid, 1995, 212p.
- Pérez-Gil Sara Elena, Ramírez Rodríguez Juan Carlos, Ravelo Blancas Patricia (Coor). *Género y salud femenina*. Experiencias de investigación en México, Universidad de Guadalajara, México, 1995, 328p.
- Prior M. Pauline. *Gender and Mental Health*. MacMillan, Hong Kong, 1999, 195p.
- Portocarrero Patricia, Guzmán Virginia, Vargas Virginia (Comp). *Una nueva lectura: género en el desarrollo*. Flora Tristán Ediciones, Lima Perú, 1991, 125p.
- Radford Jill, Roussel E. Diana (Ed). *Feminicidio*. La política del asesinato de las mujeres. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y

- Humanidades (CEIICH-UNAM), México, 2006, 555 p.
- Raya Díez Esther. *Indicadores de exclusión social: una aproximación al estudio aplicado de la exclusión*. Universidad Euskal Herriko del país Vasco Unibertsitatea, 2008, 160p.
  - Rubio Rubio Amalia (Comp.). *Espacios de género*. Universidad Autónoma de Aguascalientes y Colegio de Michoacán, México, 2005, 219p.
  - Russell Roberto. *Enfoques teóricos y metodológicos para el estudio de la política exterior*. Grupo Editor Latinoamericano, Buenos Aires, Argentina, 1992, 159p.
  - Roussel Diana, Radford Jill (Editoras), *Feminicidio. La política del asesinato de las mujeres*, México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades (CEIICH- UNAM), 2006, p.716.
  - Saldaña Pérez Lucero. *Poder, género y derecho: igualdad entre mujeres y hombres en México*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos CNDH, México, 2007, 144p.
  - Saltzman Janet. *La equidad y género. Una teoría integrada de estabilidad y cambio*. Ediciones Cátedra, Universidad de València, Instituto de la Mujer, España, 1992, 318p.
  - Scarry Elaine. *The body in pain. The making and unmaking of the world*. Oxford University Press, Nueva York, 1985, 239p.
  - Schwarzenberger George, *Power politics*, Cambridge University Press, 3ª edición 1964, 326 p.

- Secretaria de Salud. *Programa Nacional de salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México, D.f., 2007, 185p.
- Showalter Elaine. *The female malady: women, madness and english culture 1930-1980*. Virgo Press, Londres, 1987, 312p.
- Spike Peterson V. *The Politics of Identity and Gendered Nationalism, Foreign Policy Analysis: Continuity and Change in its Second Generation*. Prentice Hall, New Jersey, USA, 1995, 319p.
- Spike Peterson V, Sisson Runyan Anne. *Global Gender Issues in the new millennium (Dilemmas in world politics)*. Ed. Wesview Press, Estados Unidos 1993, 328p.
- Sylverster Christine. *Feminist International Relations. An Unfinished Journey*. Cambridge University Press, United Kindgom, 2002, 357p.
- Tickner Jo Anne. *Gender and International Relations*. Cornell University Press, New York, 1992, 180p.
- Tickner Jo Anne. *Gendering World Politics*. Columbia University Press, Nueva York, 2001, 172p.
- Truyol Serra Antonio. *La Teoría de las Relaciones Internacionales como Sociología: Introducción al Estudio de las Relaciones Internacionales*. Instituto de estudios políticos, Madrid, 1963, 265p.
- Truyol Serra Antonio. *La Sociedad Internacional*. Alianza Universidad, Madrid, 1974, 221p.
- Urrutia Elena (Coord.). *Estudios sobre las mujeres y las relaciones de género en México: Aportes de diversas disciplinas*. COLMEX, México, 2005, 457p.

- Villanueva Rocío. *Derecho a la salud, perspectiva de género y multiculturalismo*. Palestra Editores, Lima, Perú, 2009, 288p.
- Villanueva Rocío, Malena Pineda Ángeler, Tania Orihuela Gutiérrez, Et. Al. *La Salud mental y derechos humanos: la situación de los derechos de las personas internadas en establecimientos de salud mental*. Defensoría del Pueblo, Informe Defensorial N°102, Lima Perú, diciembre de 2005, 233p. En : <http://www.defensoria.gob.pe/inform-defensoriales.php> (07/03/2010)
- Waltz Kenneth Neal. *Theory of International politics*. McGraw-Hill, Michigan University, 1979, 251p.
- Wallach Scott Joan. *Género e Historia*. Fondo de Cultura Económica, México, 2008, 330p.
- Watson Jonathan, Nettleton Sarah. *The Body in everyday life*. London and New York, Reino Unido, Londres, 1998, 306p.

# Hemerografía

- Astbury Jill, “Gender and mental health” , Key Center for Women’ s Health, University of Melbourne, Australia, 1999, 1-39pp.
- Dakal Ana María, Ravazzola Cristina, “El malestar silenciado” , Revista Isis internacional, Ediciones de las mujeres N° 14, Santiago de Chile, diciembre 1990, 1-31pp.
- Torres Carmen, “La otra mirada de la salud mental” , Revista Isis Internacional, Mujer y salud, reflexiones/salud, No. 4, Chile, 2008, 1-15pp.
- U. Vindhya, “De lo personal a lo colectivo: cuestiones psicológicas y feministas de la salud mental de las mujeres” , La ventana, Núm.16, México, 2002, 1-15pp.
- Banco Mundial, “*Una mayor participación de la mujer en el desarrollo económico*” , Documento de política del Banco Mundial, Washington, D.C, 1995, 79pp.
- Benassini Oscar, “*La Atención Psiquiátrica en México hacia el siglo XXI*” , Revista de Salud Mental, no.4, Vol. 24, México, año 2001, 93-98pp.
- Butler Judith, “*Regulaciones de género*” . En Revista la Ventana, traducción Moisés Silva No.23, Universidad de Guadalajara, año 2005, 7-35 pp.
- Busfiel Joan, “*Mental illenss as social product or social construct: a contradiction*”

- in feminist arguments?”* , Sociology of Health and Illness, Vol. 10, Nº 4, 1988, 45-67pp.
- Campero Cuenca Lourdes, “*Educación y salud de la mujer: Reflexiones desde una perspectiva de género*” , Salud Publica en México, Vol.38, Nº 3 Mayo-Junio 1996, 6p.
  - Careaga Gloria, “*Mujer pobreza y salud mental*” , Revista Fem, Vol.8, No.132, 1994, México, 25-27 pp.
  - Chacón Fernando, Frenk julio, “*Bases conceptuales de la nueva salud internacional*” , Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, Vol. 33, No.4, Julio- Agosto de 1991, 307-313pp.
  - Comisión Económica para América Latina (CEPAL), “*Las mujeres en América Latina y el Caribe en los años noventa: Elementos de diagnóstico y propuestas*” . Serie Mujer y Desarrollo, Nº 18, Mar del Plata, Argentina, del 26 al 30 de Septiembre de 1994, 44p.
  - Comisión Económica para América Latina (CEPAL), “*Desarrollo y equidad de género: una tarea pendiente*” . Serie Mujer y Desarrollo, Nº 13, Santiago de Chile, 1993, 87pp.
  - Comisión Económica para América Latina (CEPAL), “*El desafío de la equidad de género y de los derechos humanos en los albores del siglo XXI*” . Octava Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, Perú, del 8 al 10 de febrero de 2000, 73 pp.
  - De los Ríos Género Rebeca, “*Salud y desarrollo: Un enfoque en construcción*” , Programa Mujer, Salud y Desarrollo, OPS, Washington, USA, 2007, 45p.

- Doring María Teresa, “*La salud mental de las mujeres*” . Revista Ludus Vitalis, vol. 2, México,1997, 439-445 pp.
- Friedman Elisabeth Jay, “*Gendering the agenda: the impacto of the transnacional women’ s Rights movements at the conferences of the 1900s. Women’ s Studies International Forum*” , Vol. 26, No. 4, Depertament of political science. Barnard Colleg, New York, USA, 2003, 313-331 pp. Disponible en : <http://grove.ufl.edu/~gender/Readings/ReadingsW12/engenderingthe%20agenda.pdf> (día de consulta: 03/04/2010)
- García González Nancy, “*Reflexiones sobre la importancia de incorporar la perspectiva de género en los análisis de vulnerabilidad*” , Revista la ventana, N° 31 Vo. IV, Universidad de Guadalajara, México, junio 2010, 7-35 pp.
- Gayle Rubin, “*El tráfico de mujeres: notas sobre la ‘economía política’ del sexo*” , Nueva Antropología, vol. VII, N° 30,México,1986, 95-145 pp.
- George Jim, “*International Relations and the Search for thinking Space: Another View of the Third Debate*” . International Studies Quarterly, Vol. 33, N°3 (septiembre), 272-273pp.
- Elsa Gómez Gómez, “*La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe viejos problemas y nuevos enfoques*” , Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo, OPS, Mar del Plata, Argentina, septiembre de 1994, p. 17
- González Moreno María Cristina, Delgado de Smith Yamile. “*Cotidianidad y violencia basada en el género claves epistemológicas*” . Revista venezolana de Estudios de la Mujer, Venezuela, Volumen 14, N° 32, Enero/junio 2008, 34-

- 42pp. Publicación semestral, disponible en: [www.scielo.org.ve](http://www.scielo.org.ve) (consultada: 02/07/ 2011)
- Guinsberg Enrique, “*Medios, salud mental y locura*” , Revista Chsqui, Ecuador, Quito, No. 51, 1994, 44-47 pp.
  - Guinsberg Enrique, “*La salud mental como problemática social y política*” , Revista Estudios Latinoamericanos, Número anual extraordinario, 2006, 65-83 pp.
  - Heise Loris, “*Violencia contra la Mujer: La carga oculta sobre la salud*” , Publicaciones Mujeres salud, y desarrollo OPS- OMS , Washington, 1994, 98p.
  - Hernández Amparo. “*Equidad de género y reforma del sector salud en América Latina: Situación y perspectiva*” . Documento presentado en el Seminario Internacional de “Equidad de género en la reforma del sector salud: Oportunidades y retos OPS, Washington, Abril 29-30, 2004.
  - Henley Cristina, “*Una cuestión de derechos humanos*” , Revista de la Organización Panamericana de la Salud. Volumen 9, Número 1, 2004, 89-97pp.
  - Susan Hekman, “*Truth and method: Feminist standpoint revisited*” , Journal of women in culture and society, Vol. 22, núm.2, invierno de 1997, 340-353pp.
  - Kessler C. Ronald, “*Epidemiología psiquiátrica: algunos avances recientes y futuras orientaciones*” , Artículo publicado en World Health Organization (WHO), 2000.
  - Lamas Marta, “*La antropología feminista y la categoría del género*” , Nueva antropología, N° 30, 1986, 173-198pp. Disponible en: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/nuant/cont/30/cnt/cnt9.pdf>



(día de consulta: 05/04/2010)

- Locher Birgit, *“Las relaciones internacionales desde la perspectiva de los sexos”* , Revista Nueva sociedad, N° 158, noviembre-diciembre, Venezuela, 1998, 40-50pp. Disponible en : [http://www.nuso.org/upload/articulos/2724\\_1.pdf](http://www.nuso.org/upload/articulos/2724_1.pdf) ( día de consulta: 08/17/2009)
- Median Mora María Elena, Lara Carmen, Benjet Corina, Borges Guilherme *“Trastorno de personalidad DSM-IV en México: resultados de una encuesta de población general. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México”* , Revista Salud Pública en México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México, D.F., 2008. Disponible en: <http://www.mex.ops-oms.org.htm>
- María Elena Medina-Mora y colaboradores, *“Prevalencia y diagnóstico de depression en población adulta en México”* . Revista Salud Pública en México, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México, D.F., Vol. 47, suplemento 1, 2005, 5-11pp.
- Mingote A. Carlos, *“La medicina psicosomática desde una perspectiva de género”* , Jornadas de salud mental y género. Madrid, 9-10 Octubre, 2000.
- National Institutes of Health, *“Cross-national associations between gender and mental disorders in the WHO world mental health surveys”* , Arch Gen Psychiatry, january 2010, 13p.
- Nicolás Monike. *“Resistencias y teoría y prácticas a la integración de la*

*metodología feminista en la disciplina de Relaciones Internacionales*” , Revista Académica de Relaciones Internacionales, no 2. 2005.

- Ordorika Sacristán Teresa, “*Aportaciones al estudio de la salud mental de las mujeres*” , Revista Mexicana de Sociología, vol.71, núm. 4, octubre-diciembre, 2009, 647- 674pp.
- Ordorika Sacristán Teresa, “*¿Herejes o locos?*” , Revista Cuicuilco, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México, Vol.16, Núm.45, enero-abril 2009,139-162 pp. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=35112428007>
- Ordorika Sacristán Teresa, “El concepto de enfermedad: un enfoque conceptual desde la sociología” , Jornadas anuales de investigación 2005, Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en ciencias y Humanidades CEIICH, México, D.f., 2006, 215-226 pp.
- Palomares Lerma Gustavo, “Hegemonía y cambio en la teoría de las relaciones internacionales” , Revista CIDOB d’ Afers Internacionals, vol. 22, 1991, 19-51pp.
- Rodríguez Manzano Irene. “*Mujer, género y teoría feminista en las Relaciones Internacionales*” , Revista Española de Desarrollo y Cooperación, Núm.6, primavera-verano,Universidad del país Vasco-Tecnos,2000, p. 269. Disponible en: [http://www.ehu.es/cursosderechointernacionalvitoria/ponencias/pdf/2000/2000\\_6.pdf](http://www.ehu.es/cursosderechointernacionalvitoria/ponencias/pdf/2000/2000_6.pdf) (día de consulta 04/05/2010)
- Ruiz G. Itziar, “*Feminismos y los estudios internacionales*” , Revista de Estudios Políticos, Nueva Época, No. 108, Abril-Julio, 2000, 325-360pp.

- Rubin Gayle, “*El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo*” , Nueva Antropología, Vol.VIII, N°30, México, 1986, 95-144 pp.
- Salomón Mónica, “*La teoría de las Relaciones Internacionales en los albores del siglo XXI: Diálogos, disidencias, aproximaciones*” , Revista CIDOB d’ Foreign Internationals, No. 56, Dic.2001- Enero 2002, 7-52 pp.
- Souza y Machorro Mario, “*Enfermedad y salud mental*” , En Psicología Iberoamerican, Vol.8 No 3-4, México, 2000, 93-96 pp.
- Tickner Jo Anne, “*What is your Research Program? Some Feminist Answers to International Relations Methodological Questions*” . International Studies Quaterly, No. 49, 2005,1-12 pp.
- Torres Carmen, “*La otra mirada de la salud mental*” , Revista Isis Internacional, Mujer y salud, reflexiones/salud No.4. Chile, 2008, 11p.
- U. Vindhya, “*De lo personal a lo colectivo: cuestiones psicológicas y feministas de la salud mental de las mujeres, México*” , Revista la Ventana, Núm. 16, 2002, p. 13.
- Valdivieso Magdalena, “*Críticas desde el feminismo y el género a los patrones de conocimiento dominantes*” , Revista Venezolana de Estudios de la Mujer, Vol.12, no.28, junio 2007, 185-202pp.
- Villarroel Yetzy, “*Los aportes de las teorías feministas a la comprensión de las relaciones internacionales*” , Politeia (online), vol.30, no.39, dic. 2007, 65-86pp.

Disponible en :[http://www2.scielo.org.vescielo.phpscript=sci\\_arttext&pid=S0303-97572007000200003&lng=es&nrm=iso](http://www2.scielo.org.vescielo.phpscript=sci_arttext&pid=S0303-97572007000200003&lng=es&nrm=iso)>. ( día de consulta: 26 /07/2010)

- Youngs Gillian. *“Feminist International Relations: a contradiction in terms? Or: why women and gender are essential to understanding the world ‘we’ live in”* . International Affairs, N°80, United Kingdom, January 2004. 75-87pp.
  
- Zalewski Marysia, *“Unsettling IR, Masculinity and Making IR Theory Interesting. Theory talks”* . Schouten, Theory Talk N° 28, 2009, 1-6pp. Disponible en:[http://dl.dropbox.com/u/30572320/Theory%20Talks/Talks-pdf/Theory%20Talk28\\_Zalewski.pdf](http://dl.dropbox.com/u/30572320/Theory%20Talks/Talks-pdf/Theory%20Talk28_Zalewski.pdf) (día de consulta:26/04/2010).

# Documentos Electrónicos

- Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), *¿Quién responde a las mujeres? Género y rendición de cuentas*, New York, USA, 2008-2009, p. 290. Disponible en : <http://www.unifem.org/progress/2008>
- Organización de los Estados Americanos. *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*, res. XXX. OEA/Ser.L.V/182 doc. 6 rev.1, p.17 (1992). Disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/oasinstr/szoas2dec.html>
- Organización de los Estados Americanos. *Protocolo Adicional a la Convención Americana en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o Protocolo de San Salvador*. OEA, No. 69 (1988), suscrita el 17 de noviembre de 1988, Documentos básicos en materia de derechos humanos en el sistema interamericano, OEA/Ser.L.V/II.82 doc. 6 rev. 1, p. 67 (1992). Disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/oasinstr/szoas10pe.html>
- Organización de los Estados Americanos. *Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad*. A.G./res. 1608 (XXIX-0/99), 7 junio 1999. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/Basicos/Basicos8a.html>
- Organización de los Estados Americanos. *Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (OEA) sobre la promoción y protección de las personas con discapacidad mental*. Informe Anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), OEA/Ser./L.V/II.111, doc. 20 rev.,

16 de abril 2001. Disponible en:

<http://www.cidh.oas.org/annualrep/2000sp/cap.6d.htm>

- Organización de los Estados Americanos. Convención Interamericana para prevenir sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres ‘*Convención de Belém do Pará*’ (1994), Belém do Pará, Brasil, Suscrita en el XXIV período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA, junio 1994. Disponible en: <http://www.cidh.org/Basicos/Spanish/Basicos6.htm>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe sobre la Salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, 2002 Francia. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *MPGAP Programa de Acción para supera las Brechas en Salud Mental Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*, 2008. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/mhgap\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Women’ s Mental Health and Evidence Base Review. Mental Health*, Geneva, 2000, 121p. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/who\\_msd\\_mdp\\_00.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/who_msd_mdp_00.1.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Atlas “Global resources for persons with intellectual disabilities 2007”* . Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S003636342008000800009&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S003636342008000800009&script=sci_arttext&tlng=es)

- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries. Determinants and Populations Department of Mental Health and Substance Dependence, Report of the Meeting Health in Geneva, Switzerland, 30 January-1 February 2010.* Disponible en: [http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS10\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf)
  
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Women and Health : Today' s evidence tomorrow' s agenda.* WHO Library, 2009,108p. Disponible en: [http://www.who.int/gender/women\\_health\\_report/en/](http://www.who.int/gender/women_health_report/en/)
  
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Gender in mental health research series, Department of gender, women and health family and community health, Geneva Switzerland, 2005, p.89.* Disponible en: [http://www.who.int/gender/documents/mental\\_health/9241592532/en/index.html](http://www.who.int/gender/documents/mental_health/9241592532/en/index.html)
  
- Organización Mundial de la Salud, *Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva. Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud.* Departamento de Salud Reproductiva e Investigación Familia y Salud Comunitaria, Ginebra, Suiza, 2001, p.55. Disponible en: <http://www.redxlasalud.org/index.php/mod.documentos/mem.detalle/id.1020>
  
- Organización de Naciones Unidas. *Declaración Universal de Derechos Humanos.* A.G. Res. 217 A (III), Doc. A/810 p. 71 (1948). Disponible en:

<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/sb1udr.html>

- Organización de Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. A.G. res. 34/180, 34 U.N. GAOR Supp. (No. 46) p.193, Doc. A/34/46. Disponible en:
  - <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/se1cedaw.html>
  
- Organización de Naciones Unidas. *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. A.G. Res. 2200, 21 ONU GAOR Sup. (No.16) 52, ONU Doc. A/6316 (1966). Disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/sb3ccpr.html>
  
- Organización de Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. A.G. Res. 2200A(XXI), 21 ONU GAOR Sup. (No. 16) 49, Doc. A/6316 (1966). Disponible en:  
<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/sb2esc.html>
  
- Organización de Naciones Unidas. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, A.G. res. 46/119, 46, (No.49) p.189, ONU Doc. A/46/49 (1991). Disponible en:  
<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/st2pppmif.html>
  
- Organización de Naciones Unidas. Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, A.G. res 48/96, 48 ONU GAOR Supp. (No. 49) p. 202, ONU. Doc. A/48/49 (1993). Disponible en: <http://www.discapacitados.org.ar/body/normas.html>
  
- Organización de Naciones Unidas. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. A.G. Res. 2200A(XXI), 21 ONU GAOR Sup. (No. 16) 49, ONU Doc. A/6316 (1966). Disponible en:



<http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>

- Organización de Naciones Unidas. *La Observación General 5, Personas con discapacidad*, Doc. E/C.12/1994/13 (1994). Disponible en:  
<http://servindi.org/pdf/ObservacionesyRecomendacionesGenerales.pdf>
- Organización de Naciones Unidas. *La Observación General N° 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, 22º Período de sesiones, 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4. Disponible en :  
<http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>
- Organización de Naciones Unidas. *Recomendación General N° 24: Artículo 12 CEDAW La Mujer y la Salud*. Período de sesiones 20º, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 21, de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (02/02/1999). Disponible en:  
<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>>
- Organización de Naciones Unidas. *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. A.G. res. 34/180, 34 U.N. GAOR Supp. (No. 46) p.193, ONU Doc. A/34/46. Disponible en:  
<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>
- Organización de Naciones Unidas. *Normas Uniformes sobre Igualdad para las Personas con Discapacidad*. A.G. res 48/96, 48 ONU GAOR Supp. (No. 49) p. 202, ONU. Doc. A/48/49 (1993). Disponible en:

<http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissres0.htm>

- Organización de Naciones Unidas. Declaración y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing,1995), XXIII Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, Nueva York, 2000. En : [www.inmujeres.gob.mx](http://www.inmujeres.gob.mx)
- Organización Panamericana de la Salud OPS. *Informe final: XXIII Reunión, Consejo Directivo de la OPS, XXVII Reunión, Comité Regional de la OMS. Resolución X.* Washington, 1976. Disponible en:  
<http://hist.library.paho.org/spanish/Bol/v80n6p469.pdf>
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe de desarrollo humano 1990*, Nueva York, Oxford University Press, 1991. Pp.189. Disponible en:  
<http://hdr.undp.org/es/informes/mundial/idh1990/>
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe de desarrollo humano 1995*, Nueva York, Oxford University Press, 1996, 189p. Disponible en:  
<http://hdr.undp.org/es/informes/mundial/idh1995/>
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. *Trabajo que no se mira ni se cuenta. Aportes para una nueva relación entre el género y la economía.* UNIFEM-PNUD, No. 7, junio 2009, San Salvador, El Salvador, 81p. Disponible en:  
<http://egeneros.org.mx/registro.php?perfil=0&id=3060>

# Páginas Electrónicas

- Comisión Económica para América Latina: <http://www.eclac.cl/>
- Consejo Nacional para la Salud Mental : <http://www.consame.salud.gob.mx>
- Fundación Mexicana para la Rehabilitación de Personas con Enfermedad mental: <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgrppcdh/Fmprhdem.htm>
- Fundación Mexicana para la Salud: <http://www.funsalud.org.mx/principal2.html>
- Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/es/>
- Organización de Naciones Unidas: <http://www.un.org/es/>
- Organización Panamericana de la Salud: <http://new.paho.org/hq/>
- ONU Mujeres: <http://www.unwomen.org/es/>