

CUANDO LA VISITA AL CONSULTORIO SE CONVIERTE EN UNA PESADILLA

VIOLENCIA SOBRE LA SALUD DE LAS MUJERES

20 TESTIMONIOS

Por: Patricia Karina Vergara Sánchez

INDICE

Introducción.....	3
¡Saquen su rosario de nuestros ovarios!.....	7
Nosotras hablamos: El camino al consultorio.....	31
Un útero nada más (México).....	32
Nosotras hablamos: En el consultorio I.....	42
Violencia vestida de blanco.....	45
Nosotras hablamos: En el consultorio II.....	62
Violencia que mata.....	65
Trabajadorxs de la salud responden.....	72
Derechos de humanas.....	74
Conclusiones.....	82
Fuentes.....	85

INTRODUCCIÓN

Hoy, escribir la palabra salud y la palabra mujeres, ¿Es un binomio posible?

Pertenecer al sexo femenino, significa que las ciencias biológicas identifican por la presencia de una vulva con clítoris, como genital externo y, más tarde, por el desarrollo de glándulas mamarias; Así como por tener ovarios y matriz, y por el que estos órganos hacen posible la maternidad, si se elige. Esta condición anatómica también determina cierta vulnerabilidad a padecimientos específicos como Infecciones de Transmisión Sexual, algunos tipos de cáncer, osteoporosis y las que conciernen a diferentes etapas de la vida de cada mujer como la adolescencia, las derivadas de la maternidad, climaterio, menopausia y envejecimiento.

En otra categoría de análisis, el ser mujer significa pertenecer a una construcción social, económica psicológica y política impuesta desde la cultura patriarcal, hoy dominante. Dicha cultura, dicta en forma concomitante, con exigencias y limitaciones, la salud de las mujeres sujetas a ella.

Hablando en generalidades, respecto a la situación mundial en cuanto a la salud femenina, encontramos un mapa complejo:

Comienza con la discriminación para permitir el nacer mujer, con base en los abortos selectivos por sexo; pasando por el reto que implica el crecer y permanecer con vida, debido a las practicas difundidas de menor acceso a la alimentación, educación y cuidado para las niñas y adolescentes.

Lo anterior, aunado a las torturas que se inflingen y auto inflingen sobre los cuerpos de las mujeres y niñas con el fin de responder a la norma de estética impuesta por esta misma lógica cultural.

Otro aspecto es el del trabajo, considerando la obligatoriedad social de la crianza de los hijos, labores domésticas, agrícolas, ganaderas y comunales no remuneradas, con el desgaste consiguiente de la fuerza de estas trabajadoras, así como del deterioro físico, lesiones y enfermedades derivadas de estas responsabilidades y, en los casos en que existe el trabajo remunerado, el salario desigual en promedio a la contraparte masculina, con las mismas consecuencias sobre el bienestar de sus cuerpos. En unos y otros casos, existe una constante: las pocas oportunidades de obtener atención oportuna y de calidad para la salud.

Además, a las imposiciones que desde lo cultural- tradicional mutilan o constriñen el cuerpo femenino, niegan el derecho al goce, obligan a la maternidad precoz e impiden el acceso a servicios de calidad; se suma, la costumbre, norma social de la abnegación, la renuncia. Introyectada en las sujetas, la exigencia de ser para otros: agradar en lo físico y sacrificar las necesidades propias ya sea para complacer o para ceder recursos a hijos, compañeros y familiares, lo que significa

que muchas mujeres llegamos a poner el auto cuidado en un lugar último respecto a nuestras prioridades.

También, está el peso de la violencia específica, a nivel mundial sobre la salud de las mujeres: Violencia verbal, psicológica, física, sexual, laboral, Institucional, económica, hasta llegar al feminicidio. Distintas apariciones de un fantasma que, inclemente, ronda, persigue y ensombrece la vida cotidiana de todas nosotras.

Aún más: Fundamentalismos religiosos y prácticas conservadoras que inciden en contra de los presupuestos y políticas públicas en pro de las mujeres, entorpeciendo constantemente la construcción de rutas que permitan un tránsito firme hacia la equidad en salud.

En México el panorama no es alentador pues resulta coincidente con lo que ocurre en el resto del mundo: Orden patriarcal que desconoce y niega en muchos aspectos el acceso a la salud para las ciudadanas de este país. También aquí la incidencia fundamentalista, en este caso, aun cuando no única, la católica, y los gobiernos de derecha, dificultan la difusión de ideas progresistas respecto a la condición femenina y el paso de políticas públicas paliativas de la inequidad existente. Uno de los indicadores más certeros de esta violencia, de acuerdo a las entrevistas con especialistas realizadas para este trabajo, es el presupuesto que se asigna a la salud de las mujeres, en donde solamente se prioriza la atención a la maternidad y los órganos que tienen que ver con esta función.

Así delimitado y limitado el mapa de oportunidades de goce de la salud, a pesar de ser un derecho humano fundamental, encontramos también que dicho mapa se embrolla cuando, tras superar muchas de las barreras esbozadas líneas arriba, logran algunas mujeres asistir a espacios de atención a la salud como hospitales, centros de salud, clínicas, consultorios individuales, laboratorios, unidades médicas y rurales y otros; Pero, ocurre que el personal asignado al trabajo en salud, no siempre está sensibilizado respecto a prácticas y nociones de equidad entre géneros o, más preocupante, incluso, en otros casos tienen prácticas de violencia concreta contra las mujeres que han solicitado su cuidado.

¿Qué tan factible es acceder al derecho a la salud cuando lxs encargadxs de proporcionar atención al respecto pueden llegar a violentar a las mujeres que se acercan a ellos? ¿Es una práctica frecuente? ¿Distintas formas de agresión, abuso, maltrato, negligencia o discriminación sobre las mujeres que acuden a consulta, son formas específicas de violencia de género? ¿Cuáles son las consecuencias de dicha violencia?

El presente reportaje, consignando las palabras de 20 mujeres, se ocupa de un acercamiento a los elementos que pueden ir dibujando las respuestas.

El primer capítulo es un collage sobre factores que condicionan la salud de las mujeres en distintas partes del mundo, como marco a un primer testimonio en

donde se abordan algunas de las dificultades que implica el acudir en busca de servicios de salud.

El segundo capítulo aborda algunos aspectos que conciernen concretamente a la salud de las mujeres en México, y consigna la primera parte de los testimonios de mujeres que han vivido experiencias de violencia en consultorios y centros de salud.

El tercer capítulo aborda el tema específico de la violencia contra las mujeres y las formas en que puede ser ejercida en los espacios de atención a la salud. Igualmente, se ofrece la segunda parte de los testimonios recabados.

El último capítulo presenta algunas de las consecuencias que esta forma de violencia implica en la salud de las mujeres, así como las respuestas de tres trabajadores en el área de la salud sobre el tema.

Es prudente mencionar que no se intenta juzgar o prejuzgar al personal que trabaja en el área de salud. Se trata de dar voz y crédito a testimonios de mujeres que han vivido estas experiencias y que, ante el poder intelectual, social, económico, y patriarcal¹ que conlleva la profesión médica y de la salud, no han podido ofrecer resistencia, ni acción posterior alguna a la agresión.

Este documento ha sido posible, gracias a que espacios y organizaciones generosas se ocupan todos los días en difundir investigaciones e información en pro de la salud de las mujeres. En cuanto al proceso de realización de las entrevistas correspondientes, tanto a mujeres como a personal de salud para conocer ambas perspectivas, tuvo dos resultados distintos:

El número de los testimonios que en proyecto se planteaba, era de cinco casos, cada uno que sirviera de ilustración a cada una de las diferentes expresiones de violencia que se pretendía denunciar. Sin embargo, el número de testimonios recabados fue creciendo, pues mujeres de diversos orígenes y contactadas de distintas formas, al enterarse del tema, han aportado sus propias vivencias, enumerando así, formas de abuso y discriminación que no habían sido consideradas, como el de los profesionales de la salud mental. Pero, finalmente, se consignaron sólo las que se consideraron más representativas de cada caso y los testimonios que se refieren a trabajadores que dan servicio para salud física. Así, se tomaron 20 casos sucedidos en el Estado de México y Distrito Federal y que hubiesen tenido consecuencias en la salud de las mujeres a percepción de las propias entrevistadas.

La búsqueda de información con personal de trabajo en salud, fue más compleja. Aún cuando en un principio se contempló, concretamente entrevistar a personal médico, la renuencia por una parte de este sector a abordar el tema y

¹ El término patriarcado, entendido como la supremacía masculina institucionalizada, de acuerdo con la doctora Mariblanca Staff.

considerando, los testimonios reunidos, en donde las mujeres incluían denuncias a distintos niveles de atención, que también condicionaban su asistencia a los centros de cuidado a la salud; fueron factores que obligaron a que se abriera el rango de búsqueda hacia otros trabajadores de la salud que tuviesen contacto con las mujeres que solicitaban atención como trabajadoras sociales, enfermeras y laboratoristas. Sin embargo, sólo se lograron obtener tres testimonios de trabajadoras, pero que se consideraron ilustrativos.

Es, así, este documento, un acercamiento a una forma específica de violencia. Violencia que pareciera invisible, cotidiana, pero no por ello menos temible. Nombrar-verbalizar las agresiones, identificarlas es un primer paso para lograr visibilizar, desnaturalizar esta violencia. Entonces, la apuesta del presente trabajo es por señalar, denunciar, sumarse a las voces que se levantan para combatir todas las formas de violencia contra las mujeres.

¡SAQUEN SU ROSARIO DE NUESTROS OVARIOS, CARAJO!

En dos meses, dos mujeres condenadas a la misma muerte:

Fumo marihuana para mitigar el dolor. El pelo se me está cayendo por montones. Casi nunca siento hambre, pero siempre estoy sedienta.

Tengo cáncer cervical. Me han dicho que me quedan unos cuatro meses de vida. Me diagnosticaron en 2005. Estaba sangrando, así que fui al hospital. "Tienes cáncer, Marta", me dijo el doctor. "Y llevas tres semanas de embarazo". ¡Otro hijo! Me era imposible, pues ya tenía tres niñas en casa, en una habitación en la que dormimos, cocinamos y vamos al baño. Después de mi tercera hija, que nació por cesárea, le pedí al médico que me esterilizara. ¿Cómo, entonces, pudo ocurrir esto? ¡Otro hijo! No quería que mis hijas tuvieran que compartir las pocas ropas y juguetes que poseían. Y si yo estaba enferma...

"Si quieres vivir", me dijo el doctor, "debes tener un aborto". Pero todos los demás médicos de inmediato lo amenazaron con demandarlo si él me lo hacía. Y yo iría a la prisión de mujeres porque en Colombia el aborto es ilegal. Les rogué a esos médicos que me sacaran el útero porque yo no quería morir. Sin embargo, no estaban dispuestos a hacerlo... Un obispo católico apareció en la televisión diciendo que yo debería estar avergonzada de mí misma por siquiera haber pensado en tener un aborto... Yo tenía miedo de que los fanáticos iban a lapidar a mis hijas o a mí. Cuando las mujeres ricas se hacen abortos, pueden viajar fuera del país en avión. Nadie las critica. Pero cuando las mujeres pobres necesitamos un aborto, nos llaman asesinas... Ya se me cayeron las uñas de una mano y perdí tres dientes... Todo me duele... Deseo que mis hijas me recuerden, pero especialmente mi bebida, Daniela. Tengo miedo de que, cuando yo ya no esté, alguien le dirá que quise abortarla. Quiero que sepa que yo no traté de matarla. Es sólo por mis hijas que yo quería vivir.

Murió Marta Solay en junio de 2007.

(Testimonio tomado de la página de Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres)

En Argentina, otro caso similar:

A Ana María Acevedo, le prohibieron la posibilidad de abortar; tenía 3 hijos menores de 5 años y tenía cáncer. Los 3 habían nacido con cesárea, la posibilidad de una cuarta, implicaría un grave riesgo, pero el mandato reza: no abortarás.

Anteriormente le habían prohibido a Ana María que se hiciera una ligadura de trompas. Queda en evidencia el salvaje sistema en el que las mujeres estamos expuestas. Pero esto no es todo, "justificando" su embarazo, le fue negado su derecho a una quimioterapia. Queremos gritar, una vez más, nuestra rabia por una sociedad patriarcal, clasista y misógina. Ana María no solamente era muy pobre, también era analfabeta y desconocía sus derechos.

Ella murió el jueves 17 de mayo de 2007, sólo tenía 20 años. ¿Hay derecho a dejar huerfanitos a niños de 1, 3 y 4 años de edad?

*¡Saquen sus rosarios de nuestros ovarios, carajo!
Denuncia difundida por Mariana Pessah (Lesbiana Feminista. Brasil-Argentina)*

Ser mujer y gozar de salud ¿Es un binomio posible en el mundo contemporáneo?

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la salud no es la ausencia de enfermedad, si no bienestar físico, mental y social.

La Asamblea por la Salud de los Pueblos, hace más amplia la definición: “La salud es un asunto social, económico, y político, y sobretodo es un derecho humano fundamental”.²

Ese bienestar físico, mental y social, derecho humano que todos y todas deberíamos poder disfrutar, está fijado, como se infiere de las definiciones anteriores, por factores socioeconómicos, biológicos, ambientales. Pero, además, cuando es en el caso de las mujeres, se condiciona por cargas específicas culturales de opresión y violencia, factores que determinan la posibilidad o imposibilidad del disfrute de la salud y que son susceptibles de ser visibilizados:

Lo socio económico

Independientemente del ser hombres o mujeres, la salud integral y atención de calidad no son alcanzables más que para unos cuantos, pues dependen en gran medida del lugar geopolítico en el que se nació. La diferencia radica no sólo en las políticas de salud y el desarrollo tecnológico y de investigación, si no que son cuestiones aún más básicas. La maestra Sara Islas, especialista de la Universidad Autónoma Metropolitana en estudios de la mujer, explica: “Dependiendo la ubicación geográfica es si tengo acceso o no a la salud. No es lo mismo ser mujer urbana que mujer rural o mujer indígena...hay que considerar si tengo el hospital, vías publicas para transitar, etc.”. Así mismo, también es necesario considerar el salario que la persona recibe, el contar o no con agua potable, la guerra en dicho territorio y otras de la misma naturaleza.

Circunstancias que marcan la diferencia entre el número de muertes por enfermedades prevenibles o curables de un país y de otro, hasta de una comunidad a otra.

Como muestra, El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), que es una agencia de cooperación internacional para el desarrollo que promueve el derecho de cada mujer, documenta sobre el riesgo que corre la mujer en un parto, ya que para salvar vidas de madres, tiene importancia crucial que se cuente con

²Asamblea de la Salud de Los Pueblos, *Declaración para la Salud de los Pueblos*

un sistema de base comunitaria que garantice el rápido transporte a un establecimiento médico bien equipado.

En forma estrechamente ligada a lo geopolítico, la cuestión socioeconómica resulta determinante. En el texto de la Declaración de la Salud para los Pueblos se plantea: “La desigualdad, pobreza, explotación, violencia e injusticia están a la raíz de la mala salud y de las muertes de las pobres y marginadas... las enfermedades y muertes tienen sus raíces en las políticas económicas y sociales que se nos imponen.”

Por ejemplo: Fernández Castilla, el director para América Latina y el Caribe del UNFPA declaró que en la mortalidad infantil existe una brecha estimada de 20 veces, y ese grado de inequidad existe no sólo entre países mas o menos desarrollados, sino al interior de cada país, de cada región.³

Completando el ejemplo anterior, estimaciones recientes efectuadas por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), de las defunciones maternas, un 99% ocurren en países en desarrollo.⁴

Incluso, se puede comparar, pues la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que para una mujer nacida en América Latina o el Caribe, las probabilidades de morir por complicaciones del embarazo son 27 veces mayores que para una mujer nacida en Estados Unidos.

“Una gran parte de la población mundial aún no tiene acceso a alimentos, educación, agua potable, saneamiento, vivienda, tierra y sus recursos, empleo y servicios de salud. La discriminación sigue prevaleciendo. Esto afecta tanto la incidencia de enfermedades como el acceso a la atención en salud”, dice la Asamblea de los Pueblos.⁵

En palabras de la médica general con funciones en el Estado de México, Ángeles Chávez, entrevistada para esta investigación: “Si no se tiene agua potable, cómo se garantiza la higiene adecuada en una herida post operatoria”. De igual manera, agrega Chávez, “aun cuando exista personal muy comprometido y calificado, no se tienen los mismos instrumentos ni equipo para atender en la sala de urgencias de la Clínica Municipal, que en el Hospital Ángeles de la Ciudad de México. Ni siquiera es el mismo tiempo de espera para atención, lo cual puede o no salvar una vida en peligro”.

Estas circunstancias son alteradas por las condiciones específicas de cada persona: Cuando se trata de alguien con una capacidad física distinta, su posibilidad de movilidad y atención inmediata habrá variado; cuando se encuentra en prisión; cuando habla una lengua, dialecto o idioma que dificulten su

³Vallejo, Guadalupe, *La muerte materna, indicador de inequidad*.

⁴ Ibidem.

⁵ Ibidem.

traducción; cuando se es indígena y padece discriminación; La doctora Ángeles Chávez, complementa con un ejemplo: “Ahora, habría que imaginarse: un homosexual que no puede registrar a su pareja en el Seguro Social, tiene menos servicios a su alcance.”. Éstas y otras condicionantes son factores que limitan la atención a la salud y la calidad de ésta, que deben tenerse presentes cuando se habla de la creciente feminización de la pobreza.

Estas desigualdades económicas, políticas, sociales y las condiciones de vulnerabilidad son atravesadas por el sexo y el género al que se pertenece.

En lo Biológico

En una primera instancia podemos considerar como elementos que atañen a la salud de las mujeres, los que se refieren meramente al hecho biológico, menciona la doctora Chávez, es decir, enfermedades, afecciones e incluso etapas por las que atraviesa el cuerpo de la mujer como son las que tienen que ver con la maternidad, algunos tipos de cáncer, la forma concreta en que afectan algunas Infecciones de Transmisión Sexual y los ciclos de vida femeninos como la pubertad, ciclo menstrual, climaterio, menopausia y algunas de las alteraciones que conllevan.

La Cultura Patriarcal en los sucesos diarios

En una segunda instancia, es necesario considerar como aspecto específico que fija salud de las mujeres el que ésta se encuentra marcada de forma indeleble por la cultura patriarcal dominante, desde en lo cotidiano hasta en cada aspecto del entramado y del mismo devenir social:

a) En el trabajo doméstico

La maestra Sara Islas comienza por enunciar las enfermedades que causa el trabajo doméstico: Descalcificación, artritis reumatoide, desviación de columna por lavar ropa y amamantar a los hijos; la vista y su desgaste cosiendo la ropa. Calor de la cocina en huesos, colón, vejiga y el estrés que a la larga son problemas de salud. “Porque son las mujeres las encerradas en casa quienes padecen serios niveles de estrés. Debería hablarse del estrés doméstico como se habla del estrés en la oficina”, acota.

En España, según una denuncia del informativo Kaos en la Red, hay coincidencia en este problema ya que por medio de la Encuesta Nacional de Salud del 2008, se muestra que los trastornos crónicos más frecuentes en las mujeres, son artrosis, artritis o reumatismo, hipercolesterolemia, depresión, ansiedad y otros trastornos mentales, alergia crónica, diabetes, asma y bronquitis crónica. Susana Covas, psicóloga social española, señala que no se trata de dolencias asociadas al sexo femenino, sino que están derivadas del rol asignado.

La misma encuesta plasma que una de las razones por la que las mujeres enferman más es la cantidad de horas que dedican a las tareas domésticas, que no les deja tiempo ni energía para cuidar de ellas mismas. La última encuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo, indica que a partir de los 16 años, el 81% de las

mujeres asume las labores del hogar e invierte una media de 28 horas semanales. Por su parte, el porcentaje de hombres que realizan el trabajo doméstico es del 35,9% y 15 horas a la semana.⁶

A ello se le pueden sumar, de acuerdo con la especialista en medicina del trabajo, doctora Niria García: los accidentes dentro del hogar: Caídas, quemaduras, cortadas, que llegan a ser de gravedad como fracturas de pelvis o miembros, incluso accidentes mortales. “Podrían considerarse accidentes laborales. Solamente que nadie indemniza a las amas de casa”.

“Las mujeres padecen más altas tasas de discapacidad en edades más avanzadas, lo cual refleja las cargas acumuladas a lo largo del ciclo vital.” Señala la UNFPA. “particularmente en los países donde hay una pronunciada inequidad de género, el estado de salud de las mujeres ancianas se resiente debido a la falta de servicios de salud, de educación y de nutrición en las etapas anteriores de sus vidas.”⁷

b) En alimentación

La alimentación a niñas, mujeres y ancianas, es un condicionante de salud en las mujeres, que menciona la psicóloga feminista Miriam Medina, que no siempre y no en todas las comunidades es igual a la del varón:

-Para ti las verduras y para tu hermano la carne, porque es varón y necesita comer más

Islas ejemplifica: “en la adolescencia hay el mito de que el niño gasta mas energía y se ve bien que coma más. Tiene que ser fuerte porque va a trabajar, se espera que de adulto sea proveedor”. También, continúa la Maestra, “las mujeres sacrifican la alimentación cuando son madres y no hay muchos recursos económicos. Para dar mejor alimentación al marido y a los hijos, perpetuando la abnegación.”

En el informe preliminar de la Relatora Especial de la Comisión de Derechos Humanos de la ONU en 1995 sobre las prácticas tradicionales que afectan a la salud de las mujeres y los niños en diversas partes del mundo se documentó que en África y en Asia, por ejemplo, las niñas se veían a menudo privadas de alimentos en beneficio de sus hermanos, “ya que criar a una niña se consideraba como “regar el jardín del vecino”; es decir, no era una inversión beneficiosa.”

En el mismo informe se puede leer que en Asia se había observado que la discriminación por sexos en la alimentación hacía que fuera mayor la incidencia de la malnutrición y la mortalidad de las niñas.⁸

⁶ Espejo, Teresa. *El trabajo doméstico perjudica la salud*.

⁷ UNFPA. *El estado de la población mundial 2000, Capítulo 5*.

⁸ Embarek Warzazi Hamila. *Informe preliminar de la Relatora Especial sobre las prácticas tradicionales que afectan a la salud de las mujeres y los niños de Comisión de Derechos Humanos*.

c) Actividades físicas

Miriam Medina, también menciona las actividades físicas que desde niños se estimulan en un género y en otro.

-Las señoritas no trepan a los árboles

Islas complementa: "Cuando hay tareas asignadas por género, Las niñas se cansan más porque la mamá no está en casa, se les asignan las tareas domésticas. No sucede en todos los estratos, pero en bajos. Incluso eso incide en su desempeño escolar".

Islas continúa: "A nivel social, en la escuela ponen diferente actividad. Veo que ponen, en materias de acondicionamiento y salud física unas actividades a los chicos, como saltar rejas, y a las niñas no, porque se vayan a lastimar. No hay por que discapacitar a las jóvenes mentalmente".

d) El acoso sexual

Sara Islas agrega, otra causa de estrés a los factores que desde el patriarcado afectan la salud femenina:

"El acoso sexual en la calle, en el trabajo y en el transporte público. ¿Por qué no hablar del estrés que significa salir a la calle cuidándose todo el tiempo?"

e) El ideal de belleza contemporáneo

La presión social y mediática a responder a los criterios estéticos, es decir, a ser delgadas, guapas, siempre jóvenes, sofisticadas, siempre agradables; se traduce en atentados de las mujeres contra la propia salud.

Sara Islas menciona la carrera que hay por los cuerpos esbeltos. Esta cuestión occidental y los discursos médicos de belleza, estética y salud. "Es como condenar a la mujer, atándole los pies, a la inmovilidad, como en el Asia antigua; o los corsés de siglos pasados que impedían respirar y deformaban huesos y vísceras. Así, hoy usamos peróxido de 60 volúmenes, por parecer rubias, las cremas para blanquearse, que está por ver que efectos dérmicos y cancerígenos implican a largo plazo. Productos para adelgazar con el subsiguiente daño al hígado, páncreas, vesícula y riñones." La maestra continúa: "Pareciera que todas nosotras vivimos en una película de terror, la mayoría".

A esta forma de violencia se le conoce también como violencia simbólica: "No es que los chinos obligaran a las mujeres a ponerse vendas en los pies para detener su crecimiento normal. Simplemente definían el ideal de belleza" de acuerdo con Mernissi Fatina, citada en Feminismo para principiantes.⁹

Fedia Apodaca, integrante de la colectiva Jóvenes Feministas, menciona a las zapatillas como instrumento de diaria tortura: "Los inventaron para que la mujer saque el pecho y las nalgas, en postura antinatural, que fuerza la columna.

⁹ Varela Nuria. *Feminismo para principiantes*. P. 279.

Contrae músculos y estira otros, sólo para dar una apariencia “estética”. Después, se ven las consecuencias: Cuál es el número de ancianas que usan andaderas. Lo peor es que en los trabajos lo exigen como sinónimo de buena presentación. ¿Sabes lo que están diciendo, lo que significa?: Mujer limitada en sus movimientos, puesta como en escaparate, al servicio del gusto del a otro, aunque a ella le cuesta la vida, es la mujer a la que este sistema le permite tener un modo de subsistencia”.

La psicóloga Araceli Aizpuru, presidenta de la Fundación Ellen West, Centro para el Estudio y Prevención de los Trastornos de la Alimentación, durante la inauguración de la campaña “Di no a la talla cero”, en México, declaró que el 90 por ciento de las mujeres al cumplir 14 años de edad han seguido alguna vez en su vida una dieta para bajar de peso, cuando llegan a los 18 años más de 80 por ciento de este grupo han realizado más de cinco dietas.¹⁰

La doctora Niria García agrega : “Para quienes pueden pagar: cremas, aparatos, depilación con laser, cirugías que acerquen el aspecto las mujeres al tipo social esperado, o cuestiones caseras como el evitar comer, comer hierbas, raíces, remedios que adelgazan... dejando en un lugar muy secundario la forma en que es afectada la salud de cada una de ellas.”

De acuerdo con la articulista de temas de salud, Concepción Salcedo de las personas que padecen bulimia, el 95% son mujeres. Igualmente, de diez enfermos de anorexia nueve son mujeres.

No sólo las mujeres jóvenes tienen anorexia y bulimia, estos trastornos alimenticios han comenzado a impactar en las niñas, alertó Araceli Aizpuru, Cuando llegan a la adolescencia se complica, "porque este grupo poblacional está obsesionado por la delgadez".¹¹

Las consecuencias de la violencia simbólica son graves: desnutrición severa, depresiones, problemas cardiacos y suicidios, documenta La Jornada.¹²

Consecuencias, también, dramáticas, pues se traducen en mujeres frágiles e inseguras, sumisas a los modelos corporales; anorexicas, bulímicas, operadas, hambrientas y consumidoras de cualquier producto que prometa belleza y juventud en siete días, enuncia Nuria Varela.¹³

"Hay jovencitas que han llegado a la Fundación con un peso de 23 kilos, 50 por ciento menos de lo que deberían pesar, lo cual es terrible porque están en riesgo de muerte", expuso Araceli Aispuru¹⁴

¹⁰ Universia, *Alertan sobre anorexia y bulimia en las niñas*.

¹¹ Ibidem.

¹² Ibidem.

¹³ Varela, Nuria. *Feminismo para principiantes*. P. 281.

¹⁴ Universia, *Alertan sobre anorexia y bulimia en las niñas*

f) El ideal de la abnegación

Otra forma en que la presión social, patriarcal atenta contra las mujeres, es en el enseñarnos y premiar la renuncia, la enajenación, explica Sara Islas: “Estamos sujetas al modelo de abnegación, renuncia y sacrificio. Como madre se da prioridad en la atención a los hijos. Puedo pasar 5 años sin ir al dentista pero mis hijos si van. Si ya tengo para ir al médico y le piden algo en la escuela al niño, mejor le compro al pequeño. No nos proveemos de calcio. No nos damos unos minutos para tomar el sol y fijar la vitamina D, porque hay que lavar los platos.”

Violencias varias

Además de la presión y formación social que se nos impone a las mujeres para lucir y actuar de formas esperadas, la cultura patriarcal también atenta contra nuestra salud en forma directa.¹⁵ Partiendo de los actos de violencia concreta, en sus distintas formas: la violencia sexual, doméstica y local, llegando al feminicidio, que, a pesar de ser las más visibles, menciona Mónica Rodríguez: “de pronto la atención es radicada en el acto mismo, cuando es necesario resaltar también sus consecuencias sobre la salud, que son de tipo físico y emocional.”

La UNFPA expone que millones de mujeres necesitan atención médica o sufren de otra manera los efectos de la violencia por motivos de género; el temor a la violencia coarta el intercambio de ideas y constriñe las opciones en materia de salud y las oportunidades en la vida de muchos otros millones de mujeres.

Casi siempre, los malos tratos físicos van acompañados de malos tratos psicológicos. Además, entre un tercio y la mitad de todos los casos entrañan abuso sexual. Una gran proporción de las mujeres que son objeto de servicias están sujetas a reiterados actos de violencia.¹⁶

El Portal de la Secretaria de Salud del Estado de México establece las siguientes estimaciones sobre las consecuencias en la salud de las mujeres de estas violencias¹⁷:

Mortales	Físicas	Trastornos crónicos	De salud mental	Comportamiento negativo respecto de la salud	Consecuencias negativas en la Salud Reproductiva
<ul style="list-style-type: none"> • Femicidio (feticidio) • Suicidio • Mortalidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones • Daño Funcional • Síntomas 	<ul style="list-style-type: none"> • Síndromes de dolor crónico • Síndrome 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés post-traumático • Depresión • Ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo o abuso de alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo no deseado • ITS/VIH • Trastornos

¹⁵ Cfr. Anexo 3.

¹⁶ UNFPA, *El estado de la población mundial 2000*

¹⁷ Portal Secretaria Salud Estado de México, *violencia familiar 2006*.

Materna • Relacionadas con el VIH/SIDA	físicos • Somatizaciones • Discapacidad • Obesidad grave	de colon irritable • Trastornos gastrointestinales • Fibromialgia	• insomnio • Fobias • Trastornos de pánico • Disfunción sexual • Autoestima baja • Abuso de sustancias	drogas • Comportamiento sexual arriesgado • Inactividad física • Comer en demasía	ginecológicos • Aborto en condiciones de riesgo • Abortos espontáneos/bajo peso al nacer • Enfermedad pélvica inflamatoria
---	---	---	---	--	---

La Asociación Médica Americana y la Encuesta Nacional sobre el Crimen de los Estados Unidos, estimó que 30 mil visitas a los departamentos de urgencias, 40 mil consultas médicas, 21 mil hospitalizaciones y 100 mil días de hospitalización ocurridas en el transcurso de un año, estaban asociadas con la violencia doméstica.¹⁸

Lo anterior, considerando las variaciones en la documentación ya que de acuerdo con Lea Walker, especialista en el tema, citada por CIMAC, sólo 50 por ciento de las mujeres víctimas acude al médico después de haber sufrido alguna agresión. “Las maltratadas utilizan la disociación como mecanismo de defensa. Es decir, separa la mente y el cuerpo por lo que no siente tanto dolor y no se llega a percibir la gravedad de las lesiones hasta que se llega al límite de la muerte.”

Otro punto que puede afectar las cifras es que, en referencia a lo explicado por Walker, hay maltratos que conllevan traumatismos craneales y pueden causar déficit neurológico que a veces no son valorados adecuadamente o pasan inadvertidos con el caso del “shaken baby” o “síndrome del boxeador”, donde los golpes no producen efectos inmediatos sino que aparecen con posterioridad.¹⁹

En el territorio de la violencia sexual, hay datos significativos: La Licenciada Fabiana Méndez, activista por los derechos de las mujeres, documenta que “Una de cada cinco mujeres será víctima de violación o de intento de violación a lo largo de su vida y una de cada tres habrá sido golpeada, obligada a entablar relaciones sexuales bajo coacción o maltratada de otra manera”²⁰ y, agrega: “sólo son denunciados entre un 20% y un 30% de los ataques sexuales contra las mujeres adultas. Este subregistro...se debe finalmente a la percepción de que no hay servicios o respuestas sociales positivas para resolver el problema, o que los servicios existentes son poco eficientes y hasta dañinos, y perjudican aún más su situación.”

¹⁸ Muñoz Marianella, *Derivadas de violencia intrafamiliar, la mayor parte de padecimientos de la población femenina.*

¹⁹ Ibidem.

²⁰ Méndez, Fabiana Andrea, *Cien veces: “No abuses”.*

Al respecto la Organización de Naciones Unidas (ONU) alerta: “La violencia y la violación domésticas representan el 19% de las muertes de mujeres en países en desarrollo”.²¹

En Colombia, una mujer es muerta a manos de una pareja íntima cada seis días, de acuerdo a una denuncia de la ONU por deficiente prevención de violencia.

En el mismo documento también se presenta una lista de mujeres que han padecido esta violencia en 61 países y se encontró que en naciones industrializadas, como Lituania, con una cifra de 42%, y Australia, con 31%, estaban también entre los primeros lugares de la lista.²²

De acuerdo a lo consignado por IPAS, en Bolivia el 64 por ciento de todos los ataques físicos documentados contra las mujeres se atribuye a la violación, y que en más de la mitad de todos los casos de violación, las víctimas son niñas menores de edad.²³

Un dato, a cuya luz deben leerse las informaciones anteriores, es que de acuerdo a lo consignado por la UNFPA, es que en muchos casos no se denuncia la violación debido al estigma y al trauma que esto entraña, así como a la ausencia de trato compasivo por parte de los funcionarios del sistema judicial. Los cálculos de la proporción de violaciones denunciadas a las autoridades varían, desde menos del 3% en Sudáfrica hasta un 16% en los Estados Unidos.

De acuerdo con CIMAC, en México, 25% de las mujeres que deciden quitarse la vida lo hacen para escapar de la violencia.

Esto no es privativo de América Latina, en una investigación publicada por la Federación de Mujeres Progresistas en España, se revela la intención de suicidio entre mujeres maltratadas, tras sufrir un largo periodo de violencia de género. Asimismo, contempla la escasez de consideración sobre este tema que se cobra la vida de muchas mujeres que, ante el miedo y la falta de visión de soluciones a su situación, optan por el suicidio. “Son mujeres que no cuentan en las estadísticas de víctimas mortales a manos de sus maltratadores, pero en definitiva lo son.”²⁴

Ya en el 2000, el Informe sobre el Estado de la Población de la UNFPA, alertaba: “Los estudios sugieren que la violencia doméstica está generalizada en la mayoría de las sociedades y que es una frecuente causa de suicidio de mujeres”.

²¹ Di Lorenzo, Sarah, *ONU denuncia prevención deficiente de violencia contra mujeres*

²² ibidem

²³ IpAS, *Resumen de noticias en Latinoamérica*

²⁴ Miguel Lorente, Cruz Sánchez de Lara, Covadonga Naredo, Enriqueta Chicano, *El suicidio como consecuencia de la Violencia de Género*.

Conflictos bélicos y tráfico sexual

La violencia, a nivel mundial, también se ensaña contra las mujeres en situaciones de guerra. Human Rights Watch, una organización dedicada a proteger los derechos humanos, denuncia: “En conflictos bélicos, como los de Sierra Leona, Kosovo, la República Democrática del Congo, Afganistán y Ruanda, los combatientes y sus simpatizantes han violado a mujeres como arma de guerra con impunidad casi total.”²⁵

Además, se presumen efectos secundarios en la salud física de las mujeres que han padecido una guerra, los cuales comienzan a documentarse. Como lo menciona el artículo publicado en Abril de 2004 por e-leusis.net, *El hambre aumenta el riesgo de sufrir cáncer de mama*, en donde presenta un estudio realizado a mujeres que padecieron una hambruna en la parte occidental de Holanda resultado de un embargo de alimentos impuesto por las autoridades alemanas, durante la Segunda Guerra Mundial, cuyos resultados fueron aumento del 48% en el riesgo de cáncer de mama, comparadas con las mujeres que no habían sufrido la hambruna. El riesgo de cáncer de mama resulto en máximo nivel entre las mujeres que tenían entre dos y nueve años en el momento de la hambruna.

Es más compleja la situación cuando se considera que cada año, dos millones de niñas de entre 5 y 15 años de edad son incorporadas al mercado comercial del sexo, de acuerdo con la UNFPA, con las consecuencias en Infecciones de Transmisión Sexual, embarazos, abortos y todo tipo de afectaciones en la salud de estas pequeñas.

Por ejemplo, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), cada año ingresan a Tailandia al menos 10.000 niñas y mujeres procedentes de países vecinos más pobres y terminan en la industria comercial del sexo. Cada año, entre 5.000 y 7.000 niñas nepalesas trasponen las fronteras de la India, para terminar como trabajadoras del sexo en Mumbai o Nueva Delhi.

A pesar de los datos al respecto es apenas hace una década, en 1996, que la 49a Asamblea Mundial de la Salud en su *Resolución WHA49.25* reconoció la prevención de la violencia como una prioridad de salud pública y adoptó las recomendaciones formuladas dos años antes en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo 3 de El Cairo, Egipto, y las de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer 4 de Pekín, China, en 1995.²⁶

Acceso de las mujeres a servicios de salud

Todo lo anterior sumado a la limitación que la cuestión de género impone al acceso en sí a los cuidados y servicios de salud. -Inequidad de género- que, de acuerdo con la Maestra Sara Islas, es “el que hombres y mujeres no tenemos

²⁵ Human Rights Watch. *Informe de la División de Derechos de la Mujer del Human Rights Watch*.

²⁶ Herrera, Cristina y Agof, Carolina, *Dilemas del personal médico ante la violencia de pareja en México*.

acceso de igual manera a ciertas oportunidades de vida y se justifica por medio de la noción de lo que es permitido para hombres y para mujeres.”

Menor índice educativo y de alfabetismo resultan en falta de información sobre autoprotección y atención a salud, a un mismo tiempo, que implican deficiente oportunidad laboral sumada al trabajo doméstico no remunerado y, por ende, deficiente poder adquisitivo de servicios de salud. O bien, dice Sara Islas, “accedo al campo laboral pero no tengo condiciones para ejercer mi carrera profesional y menos si me hago cargo de los hijos pues los horarios laborales no coinciden con los escolares. –Sara Islas acota que esa es otra violencia institucional-.

Las mujeres se tienen que someter a trabajos flexibles que no reeditúan igual que los de los varones.” Sara Islas, sigue explicando: “Si yo soy la mujer cuidadora a cargo de los hijos y tengo un malestar físico, se ignora, no se le pone atención al cuerpo hasta que ya es muy tarde. Como culturalmente se espera seas tú quien cuide, no te cuidas a ti misma. Esto se convierte en padecimientos como diabetes, descalcificación, artritis reumatoide, gastritis, colitis, infartos y otros.”

Al respecto la UNFPA denuncia: “La desigualdad de género y la discriminación perjudican directa e indirectamente la salud de las niñas y las mujeres a lo largo del ciclo vital; y el descuido de sus necesidades de salud impide que muchas mujeres participen plenamente en la sociedad.”²⁷

El origen de las situaciones de inequidad en salud, explica la psicóloga Miriam Medina, está en la imposición y el preservar los roles tradicionales de género que dificultan el desarrollo pleno y la creación de situaciones equitativas, “como falta de oportunidades para participación política, lo cual redundando desde en políticas públicas no específicas sobre estas necesidades”, enumera Medina, “hasta la falta de autonomía sobre el propio cuerpo en donde no siempre es posible decidir sobre el número de hijos, espaciamiento en los nacimientos, sexualidad o, todavía, el derecho al goce.”

Ana Langer Directora Regional del Population Council para América Latina y el Caribe y Jennifer Catino, del Population Council en México, ambas investigadoras en temas de salud, refieren: “Los modelos sociales, culturales y políticos que prescriben los desempeños femenino y masculino y que de manera habitual conducen a desigualdades de poder entre hombres y mujeres”. Lo cual, según expresan, “afecta de manera muy marcada la salud y el desarrollo. Las desventajas relativas al género, además de socavar los derechos humanos contribuyen a la pobreza y deficiente salud”.²⁸

“No tiene la misma situación un hombre que una mujer en acceder a salud. No existe la misma disposición a atención, educación, recursos, redes familiares de

²⁷ UNFPA, *El estado de la población mundial 2000*, Capítulo 2.

²⁸ Catino, Jennifer y Langer, Ana. *Un Análisis con perspectiva de género de la reforma del sector salud mexicano*.

apoyo, e, incluso, alimentación” Dice Mónica Rodríguez coordinadora de la colectiva: Jóvenes Feministas de la Ciudad de México, entrevistada al respecto.

Esta inequidad marca una distancia diametral en lo que se refiere al disfrute de salud. Encontrando aspectos que sólo a las mujeres atañen, afectando generalmente y de forma definitoria dicho disfrute.

¿Quién cuida de las mujeres?

La maestra Islas pregunta: “¿Quién cuida a las mujeres que se enferman? El mandato cultural nos pone, a las mujeres, al tanto de la salud y de los otros. Cuando un hombre se enferma hay un séquito de mujeres atendiéndolo, o una cuidadora. Cuando una mujer se enferma no siempre lo tiene. No es lo mismo pensar en un hombre que en una mujer”.

“Las desigualdades de género contribuyen a que las mujeres tengan diferentes posiciones... como proveedores en el cuidado de la salud...las mujeres satisfacen una carga desproporcionada de cuidados en hogares y comunidades. La fuerza de trabajo de la salud es también de predominio femenino, aunque los hombres continúan dominando los puestos de influencia y poder.” Consignan Langer y Cantino.

“Cuando una mujer no cuida es una mala persona; cuando un hombre no cuida no pasa nada”, subraya Susana Covas, psicóloga social española. Sin embargo, añade la psicóloga, “un varón es una buena persona cuando cuida, mientras que cuando lo hace una mujer, es lo que le corresponde”²⁹.

La Encuesta Nacional de Salud del 2008 en España, muestra también que cuando se convive con personas de 74 años o más, el 58,5% de las mujeres dedican 68 horas a sus cuidados y el 32,4% de los hombres 66 horas. Estos porcentajes son resultado del reparto sexista de roles, pues “a las mujeres se nos ha dicho que nuestra vida privada es la vida doméstica, es decir, el cuidado de los demás”, declara Covas,³⁰ y critica que la sociedad estime que un buen hijo es aquel que busca los recursos para que sus padres estén bien cuidados, mientras que una buena hija es la que deja su vida personal para cuidar de sus padres.

Paradójicamente, según documenta la UNFPA: “Las mujeres que carecen de apoyo en la ancianidad tienen más probabilidades que los hombres de ser culpadas por las circunstancias en que se encuentran; las que cuentan con apoyo enfrentan situaciones más precarias. Aun cuando las mujeres tienden a vivir más tiempo que los hombres, las ancianas suelen recibir menos apoyo de sus familias y con frecuencia hay una suposición intrínseca de que no merecen que se las apoye. Los hombres de más edad tienen mayores probabilidades de contar con familiares que los apoyan y viven bajo su mismo techo, mientras las mujeres suelen ser huéspedes en las casas de sus hijos”.

²⁹ Espejo, Teresa *El trabajo doméstico perjudica la salud*

³⁰ *Ibidem.*

También, señala el mismo documento, las mujeres ancianas tienen más probabilidades de ser pobres que los hombres ancianos. Los efectos acumulados de ingresos más bajos a lo largo de su vida, menores pensiones, más baja condición social y menor acceso a los bienes y la herencia contribuyen a tasas desproporcionadamente altas de pobreza entre las mujeres de más edad. Las más gravemente afectadas son las ancianas que nunca se casaron o que quedaron viudas.³¹

La degradación del medio ambiente

El informe, El estado de la población mundial de la UNFPA en 2001, en su capítulo 4, ya establecía que “En la diversidad de las interacciones cotidianas de la mujer con el medio ambiente, ella es la más gravemente afectada por la degradación medioambiental y mencionaba, entre otros, tres ilustraciones de este condicionante de la salud:

- La deforestación o la contaminación incrementa el tiempo que las mujeres deben pasar en busca de leña o de agua no contaminada y apta para el consumo e incrementa el riesgo de que las mujeres se contagien con enfermedades transmitidas por el agua. .
- Los productos químicos tóxicos y los plaguicidas presentes en el aire, el agua y el suelo crean diversos riesgos para la salud de la mujer. Ingresan a los tejidos del cuerpo y a la leche materna, por conducto de la cual pasan a los lactantes. En una aldea de la Provincia de Gansu (China), se ha atribuido a los efluentes de una fábrica estatal de fertilizantes el alto número de nacidos muertos y de abortos espontáneos. La contaminación del agua en tres ríos de Rusia es un factor contribuyente a la duplicación de los trastornos de la vejiga y los riñones en las embarazadas; y en el Sudán se ha establecido un vínculo entre la exposición a los plaguicidas y la mortalidad perinatal; el riesgo es mayor para las mujeres agricultoras.
- En las ciudades, en particular, la contaminación del aire y del agua puede ser de gran magnitud y el saneamiento y la depuración de los residuos puede ser deficiente o inexistente, lo cual plantea nuevas amenazas a la salud, particularmente para las mujeres, quienes son las más expuestas a esos peligros. En las ciudades de Delhi y Agra (India), por ejemplo, el agua de beber se extrae de ríos sumamente contaminados con DDT y otros plaguicidas.

Convergencia de factores

La línea entre cada factor mencionado es muy delgada y en ocasiones inexistente pues condiciones biológicas se ven complicadas con condiciones de pobreza y, ambas a su vez, son determinadas por violencias varias en contra de las mujeres.

³¹ UNFPA, *El estado de la población mundial 2000*, Capítulo 5.

Dos ejemplos:

1. La maternidad, asunto biológico, no tendría que conllevar la muerte de una mujer cada minuto, a nivel mundial, por complicaciones durante el embarazo y parto. Es decir, alrededor de mil 400 cada día, de acuerdo con el Informe de Avance 2005 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. “Estas muertes maternas son asuntos de violencia patriarcal...”, denuncia la feminista Mónica Rodríguez Gaona, “...como la penalización del aborto, la deficiente educación y distribución de anticonceptivos, la violencia física, la mala alimentación, el escaso acceso a la salud de calidad.”

“La muerte materna se puede prevenir, en más del 90 por ciento de los casos que se registran al año, porque no se trata de accidentes que suceden de repente, son la consecuencia de una mala atención...” Según afirmó la doctora Maricarmen Elú Cayado, secretaria técnica del comité promotor por una Maternidad sin Riesgo.³²

Autoras, como Luisa Cabal, insisten en el mismo punto: “a pesar de ser fácilmente evitables, las muertes por aborto inseguro y complicaciones del embarazo, parto y puerperio siguen siendo las principales causas de las muertes maternas en estos países (América Latina)”.³³

Ipas, que es una organización internacional no gubernamental, que lleva tres décadas trabajando para reducir la tasa de muertes y lesiones relacionadas con el aborto, denuncia que por lo menos un 13% de estas muertes relacionadas con el embarazo, e innumerables lesiones con la misma causa, ocurren como resultado del aborto realizado en condiciones inadecuadas, más adelante, Ipas, agrega que esas condiciones de riesgo ocurren cuando el acceso a servicios seguros para la interrupción del embarazo está restringido por las leyes u otros motivos.³⁴

Cada año hay, según se estima, unos 50 millones de mujeres que se someten a abortos, de los cuales 20 millones se realizan en malas condiciones; a raíz de ello, pierden la vida unas 78.000 mujeres y millones más padecen lesiones y enfermedades. Al menos un cuarto de todos los abortos realizados en malas condiciones corresponden a niñas de entre 15 y 19 años de edad, documenta UNFPA.³⁵

Incluso, señala UNFPA, En muchos países de bajos ingresos si se ofrecieran servicios eficaces de atención posterior al aborto, se reducirían sustancialmente las tasas de mortalidad de madres en hasta una quinta parte.

³² González, Miriam, *Muerte Materna: El precio de ser madre*.

³³ Cabal, Luisa, Lemaitre; Julieta y Roa, Mónica, *Cuerpo y Derecho: legislación y jurisprudencia en América*

³⁴ Ipas, *La salud de la mujer*.

³⁵ UNFPA, *El estado de la población mundial 2000*, Capítulo 2.

En América Latina se realizan al año más de cuatro millones de abortos inducidos. Dado que en la mayoría de los casos el aborto es ilegal, los procedimientos se realizan en condiciones de clandestinidad y por lo tanto peligrosas, resultando en un grave problema de salud pública que amenaza la vida de miles de mujeres y pone en peligro su salud reproductiva, de acuerdo con Cabal.³⁶

Punto aparte del aborto, los embarazos llevados a término implican riesgos mortales para las mujeres. Informa el Fondo de Población de la ONU (UNFPA) "Llegan a millones las cantidades de mujeres que sobreviven pero padecen enfermedades y discapacidad debido al embarazo y el parto".³⁷

Incluso, se estima que por cada defunción de una madre, hay entre 30 y 50 casos de mujeres que no mueren en ese momento pero que a consecuencia de las complicaciones durante y en el post parto desarrollan enfermedades y discapacidades por las que llegan a fallecer, a ello se le nombra morbilidad, tanto temporal como crónica, de acuerdo a la Iniciativa sobre la Maternidad sin Riesgo, una coalición de organismos de las Naciones Unidas y Organizaciones No Gubernamentales.

La UNFPA relata: No es infrecuente que las mujeres africanas, cuando están a punto de dar a luz, se despidan de sus hijos mayores. En la República Unida de Tanzania, las madres tienen un dicho: "Me voy al mar a recoger un nuevo niño, pero el viaje es largo y peligroso y tal vez no regrese". En algunos lugares, hasta un 40% de las mujeres padecen graves enfermedades después del parto.³⁸

Los avances en estos temas son lentos, por ejemplo, IPAS denunció que en octubre de 2007, el gobierno nicaragüense prohibió el aborto bajo toda circunstancia, incluso cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer.³⁹

La Jornada refiere que el nuevo Código Penal eliminó en Nicaragua la figura legal de aborto terapéutico "condenando a morir a madres embarazadas."

2. Otro ejemplo, es la reciente feminización del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), a nivel mundial es otra problemática que ejemplifica como la convergencia de factores diversos condiciona la salud de las mujeres: "En las regiones del Caribe y de África al Sur del Sahara es mayor la cantidad de mujeres infectadas que la de hombres seropositivos. En África al sur del Sahara, las jóvenes constituyen un 76% de los jóvenes que viven con el Virus

³⁶ Cabal, Luisa, Lemaitre; Julieta y Roa, Mónica, *Cuerpo y Derecho: legislación y jurisprudencia en América Latina*.

³⁷ Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Estado de la población mundial 2004: salud materna*

³⁸ UNFPA *El estado de la población mundial 2000, Capítulo 2.*

³⁹ IpAS *Resumen de noticias en Latinoamérica*, 21 junio de 2007

de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) Y el SIDA es la principal causa de muerte de mujeres”⁴⁰.

Fabiana Méndez, activista feminista en argentina, en su página web Mujeres a Corazón Abierto cita a ONUSIDA que presentó el Informe 2006 donde todos ya coinciden en que en el mundo la epidemia del VIH positivo, sigue creciendo y mujeres y jóvenes (15 a 24 años) son hoy los que la alimentan.

En esta problemática también coinciden las vertientes de vulnerabilidad mencionadas: Por una parte las características fisiológicas, pues la Organización Mundial de la Salud (OMS), estimó que en las relaciones sexuales las mujeres son de dos a cuatro veces más vulnerables que los hombres a la infección del virus del VIH.

Por otra parte, la situación social de desprotección para el sexo femenino hace más difícil la búsqueda de soluciones, pues Fabiana Méndez señala que “las mujeres y las niñas adolescentes son vulnerables al VIH/SIDA, no a causa de sus comportamientos individuales, sino debido a la discriminación y la violencia de que son objeto y a la desigualdad en las relaciones de poder... Muchas mujeres en el mundo que no pueden controlar cuándo y con quién tienen contacto sexual, incluso en algunos lugares no se les permite, ni se les alienta, a entender su propio cuerpo, lo cual las vuelve más vulnerables frente a las enfermedades de transmisión sexual.”⁴¹

Un dato que mueve a la reflexión es el de Nigeria, en donde el primer caso de VIH/SIDA fue diagnosticado en una niña de 13 años en 1986. Desde ese entonces, el número de niñas infectadas y afectadas por el VIH/SIDA ha experimentado un aumento desproporcionado comparado con el de sus pares masculinos.⁴²

Mientras que en Zaria (Nigeria), se comprobó que un 16% de las pacientes que acudían a hospitales por enfermedades de transmisión sexual eran menores de cinco años, según lo relatado en el informe de la UNFPA.

En cuanto a América Latina, de acuerdo con las Naciones Unidas, las mujeres tienen más probabilidades de infectarse con VIH/SIDA que los hombres a través de relaciones sexuales sin protección. La feminización del contagio ha sido evidente en toda la región. En Perú, por ejemplo, si en 1990 por cada 15 varones con SIDA había una mujer, en 1998 la proporción se había reducido, de modo que por cada cinco varones ya había una mujer infectada.⁴³

⁴⁰ Méndez, Fabiana Andrea, *Cuando el SIDA tiene cara de mujer*

⁴¹ Ibidem.

⁴² Cesnabmihilo Dorothy Aken'Ova, *El Efectivo Funcionamiento de los Mecanismos de Derechos Humanos*.

⁴³ Cabal, Luisa; Lemaitre, Julieta y Roa Mónica, *Op. Cit.*

Tradiciones, religiosidad, ritos, costumbres y su violencia contra la salud de las mujeres

Al conjunto de violencias en formas y niveles varios, ya expuestos, se suma la violencia cultural desde lo tradicional religioso, que puede ocurrir en la acción directa y en presión moral social sobre los cuerpos de las mujeres, o en el ámbito de incidencias sobre las políticas públicas de las naciones.

Respecto a estas violencias, el informe preliminar de la Relatora Especial de la Comisión de Derechos Humanos de la ONU sobre las prácticas tradicionales que afectan a la salud de las mujeres y los niños en muchas partes del mundo, que se basó en dos seminarios regionales celebrados sobre el tema en África y Asia respectivamente, establece en sus conclusiones: “..Cualquiera que sea la práctica y dondequiera que exista, tiene sus orígenes en la desigualdad histórica de las relaciones económicas y sociales entre hombres y mujeres, que redundan en perjuicio de la condición de la mujer. Por lo tanto, no resulta sorprendente que esas prácticas tradicionales tengan los mismos efectos devastadores en las niñas y mujeres de todo el mundo, cualquiera que sea el modo en que se manifiesten e independientemente de que ocurran en Asia, África u otro lugar.”⁴⁴

Las creencias acerca de los comportamientos apropiados pueden reducir el acceso a la atención de la salud y a la información al respecto y menoscabar su calidad. Los tabúes directos y las restricciones indirectas disuaden a las mujeres de expresar sus necesidades y riesgos en materia de salud, mientras que las mujeres que no pueden leer ni asociarse fácilmente con otras tropiezan con dificultades para encontrar información sobre la salud. Plantea la UNFPA, y continúa: “esas restricciones significan que las mujeres dependen de las decisiones de terceros en lo tocante a la atención médica; a la posibilidad de aplazar o prevenir un embarazo; a recibir exámenes prenatales durante el embarazo; a disponer de la atención de un profesional capacitado en el parto; o a obtener transporte en caso de emergencia obstétrica. Puede ser difícil para las mujeres plantear sus preocupaciones en materia de salud reproductiva; algunos temas, como las irregularidades de la menstruación, son especialmente difíciles de mencionar. Tal vez las mujeres no logren que se preste atención a sus problemas hasta que la situación se torna grave y las opciones para obtener tratamiento son más restringidas o más costosas.”

La acción directa y en opresión moral social sobre los cuerpos de las mujeres desde lo tradicional religioso, se muestra en algunos de los ejemplos presentados a continuación:

- La cifra de 135 millones de mujeres en el mundo que han sufrido la ablación del clítoris, que es la mutilación o amputación genital, como también se le conoce, que se da en diversas formas, que varían de una pequeña incisión

⁴⁴ Embarek Warzazi, Hamila, *Informe preliminar de la Relatora Especial sobre las prácticas tradicionales que afectan a la salud de las mujeres y los niños de la Comisión de Derechos Humanos de la ONU*

hasta la completa extirpación del órgano sexual femenino. CIMAC denuncia que “A veces, la mutilación ocurre bajo condiciones primitivas, es decir, sin anestesia, con tijeras o sencillamente con un trozo de vidrio o una cuchilla de afeitar.”⁴⁵

Se considera que dos millones de niñas sufren cada año la tortura física y mental que supone la mutilación del clítoris.⁴⁶

Desde 2007 el registro de mutilaciones puede aumentar pues Colombia entró a ser denunciado como parte del grupo de países donde se practica la mutilación del a niñas, según lo reportaron ya diversos medios⁴⁷, cuando Araceli Ocampo, personera de Pueblo Rico (Risaralda), puso en conocimiento de la opinión pública la muerte de una niña de la comunidad embera, debido a la mutilación de su clítoris y se descubrió que está practica también ocurre en América Latina.

Las consecuencias de la mutilación genital femenina, de acuerdo con el Informe Preliminar Sobre las Prácticas Tradicionales que afectan a la salud de las mujeres y los niños, son:

- a) daños físicos: causados, a menudo debidos a la utilización de métodos e instrumentos no higiénicos, figuran las hemorragias vaginales y múltiples complicaciones genitourinarias y obstétricas, el tétanos, la septicemia y, cada vez más, la infección por el VIH/SIDA.
- b) Daños en la salud sexual, dictaminados por el mismo documento: “relaciones sexuales muy dolorosas y difíciles para las mujeres siendo a menudo causa de frigidez”.
- c) Daños psicológicos: el trauma provocado por esas intervenciones, practicadas con frecuencia sin anestesia, implica efectos psicológicos duraderos en las jóvenes.
- d) La muerte: En un artículo sobre la mutilación a niñas colombianas,⁴⁸ el ginecólogo Jaime Ruiz, explicó que dos de las razones por las que las niñas que sufren la mutilación, mueren en diversas partes del mundo por está práctica, es debido a hemorragias y shock por el intenso dolor que produce la mutilación. Como muestra, en agosto de 2007 la agencia EFE reporta la muerte de una niña de 13 años en El Cairo, a consecuencia de la mutilación realizada; aún cuando el gobierno de Egipto ya había prohibido dicha práctica dos meses antes, justamente debido a la muerte de otra niña de 12 años.

Otras formas de violencia documentadas en el informe de la CDH de la ONU son:

⁴⁵ CIMAC, *Mutilación genital femenina, práctica cotidiana en Holanda*.

⁴⁶ Ibidem.

⁴⁷ Jaramillo Efraín, *La mutilación de clítoris a niñas emberas: un debate necesario*

⁴⁸ Ibidem.

- El matrimonio precoz y la consiguiente maternidad temprana.

Con efectos de estos matrimonios en la salud, la nutrición, la educación y las oportunidades de empleo de la mujer, y la disminución de su esperanza de vida. Con tasas de mortalidad materno infantil elevadas en la región.

UNFPA documenta este matrimonio temprano, también en América Latina exponiendo como ejemplo el caso de En San Cristóbal de las Casas, de Chiapas (México), donde existen prácticas como la de obligar a niñas pequeñas (de hasta 10 años) a contraer matrimonio y tradiciones que toleran los malos tratos a la esposa, la violencia doméstica y el incesto.

- La preferencia por los hijos varones

Es manifestada en forma de abandono, privación o tratamiento discriminatorio de las niñas en detrimento de su salud física y mental.

Los resultados se ven en prácticas tales como el feticidio o el infanticidio femenino en las sociedades asiáticas, mientras que en las africanas, se dan diferencias entre ambos sexos en materia de nutrición y educación.

La UNFPA estima que Al menos 60 millones de niñas que de otro modo habrían vivido, han "desaparecido" de diversas poblaciones, mayormente en Asia, como resultado del aborto selectivo en función del sexo, el infanticidio o la desatención.⁴⁹

- Exigir una dote para compensar la condición inferior de la mujer.

Las consecuencias podrían ser formas particularmente violentas, como los actos de tortura o los abusos perpetrados por familiares, como la llamada muerte por la dote o la quema de la novia. Cabe señalar, que cuanto más joven es la novia más baja es la dote, lo que constituye un estímulo suplementario para el matrimonio temprano.

- Partos asistidos por comadronas tradicionales en condiciones de total falta de higiene y seguridad. Además, en algunos países de África, como Ghana, los tabúes nutricionales debilitan a la mujer durante el embarazo, y provocan complicaciones en el parto.

- Las interpretaciones religiosas. "El papel de la religión como causa de prácticas tradicionales nocivas es una cuestión muy delicada." Plantea el Informe de la Comisión de Derechos Humanos.

Sin embargo, reconoce dicho informe "es posible que en los casos en que determinadas prácticas tradicionales se consideren exigidas por la religión, la mala interpretación y el mal uso de ésta puedan servir para crear mecanismos sociales de control de la mujer, a la que se niega su identidad e integridad. En un círculo vicioso, la inferior condición económica y social de la mujer le ha impedido, por

⁴⁹ UNFPA *El estado de la población mundial 2000*.

ejemplo, influenciar interpretaciones religiosas que pueden agravar su inferioridad y vulnerabilidad.”⁵⁰

UNFPA alerta: En todo el mundo, cada año pierden la vida hasta unas 5.000 mujeres y niñas a manos de sus propios familiares, muchas de ellas debido a la "deshonra" de haber sido violadas, a menudo por miembros de su propia familia ampliada.

Muchas formas de violencia contra la mujer son toleradas por la comunidad, como los "asesinatos para restaurar la honra" se originan en las exigencias de la comunidad o de la familia de que las niñas conserven su castidad sexual y su virginidad. Quienes perpetran esos actos abusivos a menudo reciben sentencias leves o son exonerados enteramente por los tribunales, debido a que la defensa de la honra de la familia se considera una circunstancia atenuante. Principalmente en el Asia oriental, el África septentrional y partes del Asia meridional. En 1999, al menos 1.000 mujeres fueron asesinadas por esa razón en el Pakistán.

Según el informe anual del año 2000 a la Comisión de Derechos Humanos, se han registrado matanzas de ese tipo en Bangladesh, el Brasil, el Ecuador, Egipto, la India, Israel, Italia, Jordania, Marruecos, el Pakistán, el Reino Unido, Suecia, Turquía y Uganda.

En el informe se indica que en Batsail (Bangladesh), una muchacha de 18 años de edad fue azotada por orden de los clérigos debido a su comportamiento "inmoral". En Egipto, un padre se paseó por las calles blandiendo la cabeza de su hija decapitada y proclamando "he vengado mi honra".

También la UNFPA denuncia que Muchas culturas permiten o, al menos, toleran cierto grado de violencia contra la mujer. En el subcontinente de la India y en partes del Asia meridional y occidental y África, por ejemplo, se considera que los hombres tienen derecho a disciplinar a sus esposas como lo consideren necesario. En muchas sociedades es una convicción profundamente arraigada que el esposo tiene derecho a golpear o intimidar físicamente a su esposa. Incluso las mujeres suelen considerar que un cierto grado de malos tratos físicos se justifica en ciertas circunstancias. Por ejemplo, un 80% de las mujeres encuestadas en zonas rurales de Egipto dijeron que los golpes eran comunes y a menudo justificados, particularmente si la mujer se negaba a tener relaciones sexuales con su compañero.

Religión y conservadurismo en la política. Dos obstáculos más para el disfrute de la salud.

El conservadurismo en los países más poderosos del mundo y la incidencia de religiones fundamentalistas en las políticas de las naciones, afecta directamente a las mujeres de todo el mundo. En la página electrónica de Coalición Internacional

⁵⁰ Embarek Warzazi, Hamila, Op.cit.

por la Salud de las Mujeres,⁵¹ se lee, refiriéndose a Estados Unidos: “Desde enero de 2001, la administración Bush ha establecido una serie de políticas que socavan la salud y los derechos de las mujeres y las niñas a nivel mundial. Esas políticas, apoyadas por un Congreso controlado por el partido Republicano, están erosionando la salud y los derechos sexuales y reproductivos.”

La página identifica la acción de dichas políticas en cuatro formas:

1. Limitando o retirando el financiamiento para programas efectivos que son considerados incompatibles con los valores conservadores.
2. Creando nuevas fuentes de financiamiento o canalizando los fondos existentes a través de organizaciones y programas que promueven una agenda política radicalmente conservadora, sin consideración alguna a criterios científicos y de salud pública.
3. Censurando información, abogacía e investigación sobre estrategias de salud integrales.
4. Tratando de retractarse de acuerdos internacionales previos y diluir los nuevos acuerdos que avanzan la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Conservadurismo en América Latina:

No sólo desde el imperio más poderoso en nuestros días se dicta la salud de las mujeres en el mundo, también las organizaciones religiosas y conservadoras inciden en forma directa, dentro de cada nación. Por ello, es necesario hacer visible una segunda forma de esta violencia desde las instituciones tradicionales y o religiosas contra las mujeres que es el activismo y cabildeo para incidir en políticas públicas de salud.

Así ocurrió, como se menciona en el texto de Cabal en la revisión de los cinco años de Cairo+5, y Beijing+5: “Los derechos sexuales y reproductivos fueron objetivo de ataque por parte de los fundamentalistas musulmanes y católicos. Que Estados conservadores y sus Organizaciones No Gubernamentales aliadas buscaron debilitar las negociaciones, principalmente bloqueando los consensos en temas tales como el aborto inseguro, la inclusión de derechos sexuales y reproductivos, y la discriminación con base en la orientación sexual.”⁵²

Cabal, ilustra: 35% de las muertes maternas en Argentina y Chile se deben a la práctica de abortos inseguros. Y, a pesar de todo, la problemática del aborto aún no ha sido entendida como un tema de salud pública y el debate en torno al tema se ha visto entorpecido por las objeciones morales y religiosas que imperan en la región.⁵³

Con respecto a la iglesia católica en América Latina, Miriam Medina enumera tres intervenciones recientes: “sigue oponiéndose al uso de anticonceptivos para las

⁵¹ Asturias Laura E., Traductora. Compilado por la International Women's Health Coalition. *La Otra Guerra de Bush*.

⁵² Cabal, Luisa; Lemaitre, Julieta y Roa, Mónica, *Op.cit.*

⁵³ Cabal, Luisa; Lemaitre, Julieta y Roa Mónica, *Op. Cit.*

mujeres de su feligresía; lanzó en años anteriores campañas desprestigiando el uso del condón y ha intervenido en contra del uso permitido de la Pastilla de Anticoncepción de Emergencia.”

Como ejemplo: en marzo de 2001, la actual presidenta de Chile Michelle Bachelet, en ese entonces ministra de Salud, autorizó la comercialización de la píldora de anticoncepción de emergencia, lo cual generó la inmediata declaración de la Conferencia Episcopal, en rechazo a la medida, y la rápida acción de los grupos autodenominados Pro-vida, que presentaron un recurso ante los tribunales de justicia para que declararan la ilegalidad del fármaco, argumentando que era abortivo. La Corte Suprema falló, en ese entonces, a favor de los conservadores.⁵⁴

- En los años más recientes:

En Brasil, en donde el presidente Luiz Inácio Lula da Silva presentó un Plan Nacional de Planificación Familiar, mediante el cual el Estado va a lanzar al mercado 50 millones de preservativos al año a un precio simbólico, que reducirá en un 90% el precio de pastillas anticonceptivas y creará otras medidas para una mejor salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres. Ante lo cual, según informó el diario El mundo de España, uno de los representantes de la Conferencia Episcopal de América Latina y el Caribe y obispo de Belén, Orani Tempesta, criticó el plan de Lula y argumentó que los recursos financieros destinados por el gobierno al programa de planificación familiar podrían ser mejor utilizados para 'ayudar a los pobres y a las Santas Casas', en referencia a los hospitales mantenidos por la Iglesia católica.⁵⁵

En 2007, en Nicaragua, grupos de mujeres se manifestaron exigiendo la separación del Estado-Iglesia (Católica) pues ésta influyó poderosamente en la votación que penalizó la interrupción del embarazo aún cuando peligró la vida de la mujer.⁵⁶

En los primeros meses de 2008, en Chile, El Tribunal Constitucional decidió declarar inconstitucionales las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad del Ministerio de Salud, y suspender la venta de levonorgestrel, por lo que van a desaparecer del mercado la PAE, Pastilla de Anticoncepción de Emergencia –o píldora del día después-, los Dispositivos Intrauterinos, y varios anticonceptivos corrientes que contienen el mismo compuesto y que se distribuyen en los consultorios.

Posibles consecuencias de estas medidas son el que se eleve el número de muertas por abortos llevados a cabo en condiciones inadecuadas debido a la pobreza. Sólo las mujeres de determinado poder adquisitivo podrán acceder a anticonceptivos más caros, y podrán seguir abortando en clínicas sin riesgos,

⁵⁴ M.E. *Ni de la Iglesia ni del Estado*.

⁵⁵ *Ibidem*

⁵⁶ La Jornada, *protestan mujeres en Managua contra la despenalización del aborto*.

saliendo de ese país. Por otra parte se podría afectar un alza de la natalidad entre las más pobres.

Así, diferentes formas y niveles de violencia marcan la línea que divide la salud y la enfermedad, la vida y la muerte para millones de mujeres en el mundo.

NOSOTRAS HABLAMOS: EL CAMINO AL CONSULTORIO.

Alejandra tiene 37 años, es morena, madre soltera de dos niñas de 9 y 2 años. Tiene prisa siempre pues trabaja, hace la casa y cuida a las niñas. Hoy, se ríe cuando se le pide que cuente cómo hace para ir al doctor en cuánto a tiempo, dinero y cuidado de las niñas, cuando está enferma. Primero contesta rápidamente: "Pues no voy". Alejandra, se acomoda un poco y deja a Esmeralda, su hija, en el piso para que juegue, mientras pone cara de estar pensando...

"Cada quincena, yo digo: Esta vez si voy al médico, sobre todo por lo de la artritis, pero siempre surge un gasto extra: zapatos para la niña, pagar luz, o un vestuario para el festival de la niña. Pero, cuando me he sentido muy mal y ya tengo que ir. Primero junto dinero o le pido prestado a mi papá. Pues siempre hay gastos en medicamentos, materiales y otras cosas, más lo de los pasajes. Pido chance en el trabajo, también.

Le digo a mi vecina que si me cuida a Esme y que si recoge a Ale de la primaria, porque ya ves que luego no dejan entrar a los chiquitos a consulta o ellos luego pescan allá infecciones.

De la consulta en sí...!uchala! Vete temprano, saca ficha, por muy temprano que te vayas siempre quién sabe cómo te toca la 30 o 40. Esperas dos, tres horas o más. Luego para que el doctor esté de malas, todo engentado. Te regaña porque no fuiste antes, que eres una floja. Apenas le estas diciendo me duele la cabeza y ya te está dando la receta ni le puedes explicar lo que tienes, ya le urge pasar al que sigue, de hacerte estudios sólo que te vea muriéndote.

Luego sales y no sabes ni qué tienes ni si le entendiste bien la receta y luego su letra fea no le entiendes bien. Ni hay luego, en la farmacia las medicinas. Sales toda enojada y cansada de perder toda la mañana y luego ir por las niñas y hacer lo de la casa. Sí, es muy pesado".

UN ÚTERO, NADA MÁS

¿De qué democracia estamos hablando si las mexicanas, según su clase social y el estado en que viven tienen acceso distinto a la salud pública?...Elena Poniatowska.⁵⁷

El derecho a la salud para las mujeres:

En México este derecho está consignado en el artículo cuarto constitucional y ratificado por el gobierno en los términos emanados de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, realizada en El Cairo, Egipto (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Pekín, China (1995).

En lo biológico:

La doctora Ángeles Chávez menciona los principales temas de salud de acuerdo a la condición biológica de las mexicanas, coincidentes en mucho, con el resto de los países de América Latina:

- Los relacionados a la maternidad: Embarazo, parto, postparto y aborto.
- Infecciones de Transmisión sexual y VIH.
- Salud sexual y reproductiva.
- Algunos tipos de Cáncer.
- Los derivados de ciclos y etapas como son pubertad, ciclos menstruales, climaterio, menopausia.
- Los que conciernen a enfermedades, infecciones y disfunciones en áreas genitourinarias y de mamas.

Estos temas de salud y su tratamiento adecuado y atención oportuna se ven condicionados en gran medida, según la doctora Niria García, por “formas de violencia, la desinformación, el acceso restringido a servicios sanitarios y profilácticos e insuficiente presupuesto y perspectiva de género de algunas políticas públicas de salud”.

Un rápido panorama sobre algunos de los temas que afectan la salud de las mujeres en México:

• Maternidad

En lo que respecta a la maternidad, la UNFPA en 2004 señala que México es de los 11 países que han logrado reducir las tasas de mortalidad derivadas de la maternidad. Sin embargo, para ese mismo 2004, CIMAC consignó como el secretario de Salud, Julio Frenk Mora, admitió que aún son muchas las muertes maternas que se registran en México -mil 200 al año, según cifras oficiales-, y agregó que el gobierno sólo preveía evitar, al finalizar ese año, 400 decesos de mujeres a través del programa Arranque Parejo en la Vida.⁵⁸

⁵⁷ Poniatowska, Elena, *Las mil y una...(la herida de paulina)*.

⁵⁸ CIMAC, *Noticias de Equidad de Género*.

A lo anterior se debe agregar la consideración de que, de acuerdo con CIMAC “Se estima que en México existe un subregistro de mortalidad materna de hasta 40 por ciento, debido a que los decesos ocurren en su mayoría en zonas marginadas e indígenas, en donde por su escasa infraestructura y aislamiento se dificulta el reporte de defunciones.”⁵⁹

En las zonas indígenas, la incidencia es mayor, es decir, esta “enfermedad de la pobreza” azota con mayor fuerza en estos lugares. “En Guerrero, se da el 9 por ciento del total de las muertes a nivel nacional...y la mayoría de estas muertes se da en la llamada zona roja o zona de emergencia...” comenta la especialista Lina Rosa Berrío de Kinal.⁶⁰

“El DF y el Estado de México presentaban, para 2002, tasas de mortalidad de 5.58 y 7.01, respectivamente, según cifras del sector salud y del Consejo Nacional de Población (Conapo). Al sumar ambas tasas, esos estados ocupan el primer lugar de mortalidad materna a nivel nacional superando así a Oaxaca, entidad con una tasa de 10.31.”⁶¹

De acuerdo a una nota de la periodista Lourdes Godínez Para CIMAC publicada este 2008, en 16 años no variaron las causas por las que las mujeres mueren como consecuencia de un embarazo. Figuran los trastornos hipertensivos, que en 1990 constituyeron el 25.4 por ciento de las defunciones y en 2006 se incrementó al 29.6 por ciento. Las causas obstétricas indirectas (relacionadas con enfermedades asociadas, las que se presentan o se complican con la presencia del embarazo) en los años 90 representaron el 2.6 por ciento y al 2006 el 18.6 por ciento. Las hemorragias obstétricas tampoco han podido descender significativamente en este tiempo.

De siete causas clasificadas como principales causas de muerte materna, únicamente se logró disminuir la infección puerperal, ya que el parto obstruido únicamente logró bajar dos décimas (de 1.6 a 1.4 por ciento).

En las zonas metropolitanas o ciudades medias del país, el 60 por ciento de mujeres de 20 a 34 años, más del 90 por ciento con atención prenatal atendidas en hospitales públicos, murieron por causas previsibles asociadas con una mala calidad en la atención.

- **Salud Sexual y Reproductiva**

La Salud sexual, reproductiva y prevención de Infecciones de Transmisión Sexual que son de una u otra forma temas interrelacionados, también han tenido un avance difícil, Comenta Miriam Medina, “comenzando por el hecho de que no existe garantía de acceso para todas las mujeres a la anticoncepción y sexo protegidos”.

⁵⁹ Ibidem

⁶⁰ González, Miriam, *Muerte Materna: El precio de ser madre*

⁶¹ CIMAC, *Fracasa Arranque Parejo en disminución de muertes maternas*

De acuerdo a una cita de Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), para el 2002, la Dirección General de Salud Reproductiva, estimaba que cien mil comunidades rurales dispersas no tendrían cobertura de planificación familiar en el corto plazo, debido al alto costo que estos programas representan.⁶²

En el Plan Estratégico en Salud Reproductiva 2001-2006, al hablar de las estrategias incluidas en el componente de planificación familiar no se hablaba todavía de la Anticoncepción de Emergencia.

En tanto, el aborto es considerado por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) la cuarta causa de muerte materna en México. Aun cuando varían las estimaciones pues el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la considera entre la segunda y la cuarta. Estudios realizados por organismos de la sociedad civil la sitúan en tercer lugar, de Acuerdo con Family Care International.⁶³

- **VIH**

El Registro Nacional de Casos de Sida reveló en 2006 que, más de 16 mil 551 seropositivos en el país son mujeres. El género femenino ocupa el segundo lugar de contagios, sólo detrás de los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH).

De acuerdo a una nota informativa de La Jornada, en México, las amas de casa pertenecen a uno de los grupos más vulnerables al VIH/sida, ya que ocupan el cuarto lugar en nivel de riesgo de contagio. Cifras oficiales indican que 80 por ciento de las infectadas fueron contagiadas por sus parejas estables.⁶⁴

Pilar Muriedas, directora de Salud Integral para la Mujer (SIPAM), también es citada por La Jornada y denuncia que el número de mujeres infectadas parece no importar al sector salud, ya que las campañas de prevención están dirigidas regularmente a los hombres..."se debe alertar a las mujeres" para aprender a negociar el uso del preservativo dentro de la pareja estable.⁶⁵

- **Respecto a la incidencia de Cáncer**

En México mueren 12 mujeres mexicanas diariamente a causa del cáncer cervicouterino, contabiliza el laboratorio Merck Sharp & Dohme.

Según cifras de CIMAC El cáncer de mama ocasiona la muerte a una mexicana cada dos horas. Así, anualmente 20 mil mujeres mexicanas mueren por algún tipo de cáncer siendo los más frecuentes el cérvico uterino y el de mama. Expuesto por cifras del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), entre el 85 y 90% de los casos de cáncer son detectados tarde, demora que reduce de manera importante las posibilidades de rehabilitación y sobrevivencia.

⁶² Family Care internacional, *Información adicional sobre México*

⁶³ Ibidem.

⁶⁴ Olivares Alonso, Emir, *Amas de casa, más vulnerables al sida que trabajadoras sexuales, dice ONG*

⁶⁵ Ibidem.

- **Climaterio, Menopausia y osteoporosis**

Las mujeres que viven el climaterio y la menopausia en México tienen una doble carga. Por una parte la social cultural en donde esta etapa de la vida es estigmatizada, llamarle a una mujer menopaúsica es sinónimo de burla o desprecio, menciona la periodista del Universal, Ruth Rodríguez.⁶⁶

La especialista Deborah Legorreta, explica: “Aun cuando las mujeres están conscientes de que es una etapa natural de la madurez a la mujer le afecta notar la pérdida de fuerza y el hecho de que su cuerpo ya no responde igual que antes, además que se sienten impactadas por la falta de comprensión por parte de sus seres cercanos y de la sociedad en general.”

Por otra parte está la cuestión física. La desinformación, y la situación económica no siempre permiten que la mujer atienda los síntomas de este período. Cuauhtémoc Celis, miembro del Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia, expuso que de once millones de mujeres que atraviesan la etapa del climaterio, un millón sólo son tratadas médicamente.⁶⁷

La Osteoporosis es otra de las enfermedades que afectan mayormente a la población femenina: De acuerdo con la Escuela Superior de Medicina, en México existen alrededor de 7 millones de mujeres osteoporóticas. Es decir, que padecen una enfermedad consistente en la disminución de la masa ósea y de su resistencia mecánica. Dicha condición se presenta básicamente en las mujeres a partir de los 40 años de edad y está condicionada, entre otros factores, por los cambios hormonales que tienen lugar durante la menopausia.

- **Incidencia fundamentalista**

Para completar el cuadro, también en México tenemos la intervención religiosa patriarcal contra la salud de las mujeres.

Sara Islas comenta: “Desde que tienes una iglesia diciéndote que seas mamá sin hablarte de los peligros de ello, que los exalta, que santifica la maternidad; Ya se está entrometiendo en la salud de todas nosotras. Un peligro es que una buena parte del discurso médico es conservador”.

La iglesia católica y otros grupos conservadores han estado presentes en los recientes debates en torno a la salud de la mujer, amenazando de excomunión para quienes usaran la llamada píldora de emergencia.

Contra esta medida sanitaria, se manifestó el presidente de la Pastoral de Salud de la Archidiócesis Primada de México, Jorge Palencia, quien, en el marco del debate, declaró que las mujeres que llegaran a usar estas píldoras, que se toman

⁶⁶ Rodríguez, Ruth, *La doble Carga de la menopausia* .

⁶⁷ Ibidem.

dentro de las 72 horas siguientes a una relación sexual sin protección, serían expulsadas de la iglesia.⁶⁸

Respecto al debate en torno al aborto, hoy en día vigente, las declaraciones intromisorias desde el clero sobre los cuerpos y salud de las mujeres han sido cotidianas:

En abril de 2007, el Papa Benedicto XVI manifestó su solidaridad con la Iglesia católica de México ante el proyecto de ley, del Distrito Federal y llamó a defender con “firme decisión” la postura de la iglesia.⁶⁹

El 24 de abril de 2007, El periódico La Jornada, publicó la nota de Gabriel León Zaragoza “Arquidiócesis amenaza con excomulgar diputados que aprueben la despenalización”, En donde se puede leer: “Se contempla dentro del derecho canónico –que rige la conducta de toda la Iglesia universal– que la excomunión tendrá lugar ipso facto para todas la personas que participan en la aprobación de la ley. Cometen pecado gravísimo y se colocan en las puertas del infierno”.

- **La desigualdad social**

Además de las cuestiones biológicas y de la opresión religiosa, existen padecimientos resultantes de la desigualdad social e inequidad de género: La doctora Niria García, agrega que personas de bajos ingresos o de poco acceso a la información ven agravados sus padecimientos, o no los tratan a tiempo, por la falta de una cultura de medicina preventiva. Prefieren invertir sus recursos en solucionar sus necesidades básicas más inmediatas que en mantener un control de su salud.

Considerando que, por supuesto, en México también la clase socioeconómica es determinante en el acceso a los servicios de salud. Isabel Barranco, docente de la Facultad de Ciencias Políticas de la UNAM, expone: “la medicina también se ha mercantilizado. y se recetan medicamentos que son carísimos de mil, ochocientos pesos. Los más baratos de 200. Y, si estamos hablando de mujeres de bajos recursos... Estas mujeres cuando van y les ponen todo el paquetito, la batería de medicinas y análisis, estudios, en la receta. Imagínate: si ya tuviste que invertir cierta cantidad de venir de tu comunidad. Ves la receta, te vas a la farmacia y se supone que son económicas, -Que también hay convenios de las farmacias con los médicos.- aun cuando sean de similares y genéricos, resulta que es el salario de un mes o más, entonces, cómo vas a hacer un seguimiento. Esto es fatal porque te puede llevar a la muerte. Te quedas con tu enfermedad porque no hay manera de curarte. Dices: Ya no vuelvo a ir al médico, porque no tengo dinero.”

Cabe aclarar que en México el 70 % de las empleadas son madres solteras y el 57.6 por ciento de las mujeres ocupadas en el mercado laboral no tiene

⁶⁸ Mujeres hoy, *México: Excomulgarán a mujeres que usen píldora del día después.*

⁶⁹ Sánchez, Julian, *Apoya el Papa a obispos de México contra el aborto.*

prestaciones sociales, según lo redactado por Belén Merino para CIMAC.⁷⁰

- **Adicciones**

El Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) informó que en los últimos años se ha incrementado el número de mujeres que consumen algún tipo de droga, esto sin considerar el tabaco o el alcohol, así mismo, investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría, señalaron que las mujeres mayores de 26 años consumen dos veces más medicamentos que producen adicción respecto a los hombres.

En México, durante los últimos seis años creció en un 50 por ciento el número de personas adictas a las drogas ilegales y en 30 por ciento la cifra de quienes alguna vez las han consumido. En tanto, el grupo de mujeres de entre 12 y 25 años de edad, dependientes de cocaína y drogas de diseño, aumentó seis veces en el mismo periodo, revela la Encuesta Nacional de Adicciones 2008.

La encuesta destaca que si bien para ellas es menor la exposición, cuando consumen drogas lo hacen igual que los varones, y el uso de drogas aumentó a mayor velocidad entre la población femenina con respecto a los hombres, y de hecho se duplicó, al pasar de 0.9 a 2 por ciento.

Violencia en México y deficiente prevención

Otros aspectos que impiden el goce de salud para las mujeres en México, son las formas de violencia y la deficiente atención institucional para su control y erradicación:

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), anota que 60 por ciento de las mujeres en 2004, sufrió de violencia en sus hogares.

Sin embargo, la cifra puede ser mayor pues Human Rights Watch denuncia sobre México que: “La mayor parte de los funcionarios públicos reconoce que los niveles de violencia doméstica y sexual presentan un importante subregistro...este bajo nivel de denuncias registradas ha llevado a que la violencia contra la mujer se vea sensiblemente subestimada en las cifras que maneja el gobierno”.⁷¹

La actitud gubernamental, es también resumida por la Federación Internacional de Derechos Humanos que en su resolución plantea: “En México, cuando las autoridades no quieren hacerse responsables, (sobre feminicidios) arguyen que todo se debe a problemas en el ámbito doméstico, como si los asesinatos en ese ámbito no necesitaran atención y una debida investigación y sanción”.⁷²

Lo cierto, declara la Federación Internacional de Derechos Humanos, es que el tratamiento jurídico que se le da a la violencia doméstica a nivel federal y estatal

⁷⁰ Merino, Vázquez, Belén, *Madres solteras, 700.8 por ciento de las empleadas.*

⁷¹ Human Rights Watch, *Informe sobre situación mujer en México.*

⁷² LIMEDDH, *Resoluciones de la Federación Internacional de Derechos Humanos sobre la violencia contra las mujeres en México y Guatemala.*

no corresponde al tratamiento que el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención de Belém do Pará señalan para la erradicación de la violencia contra la mujer, ambas de observancia y cumplimiento obligatorio en todo México.⁷³

Al respecto CIMAC presenta las siguientes cifras:

- 3 actos de violencia se producen cada minuto en México contra las mujeres.
- Cada 18 segundos ocurre una golpiza.
- 25% de las parejas sufren violencia como un asunto frecuente.
- 20 de cada cien asesinatos ocurren dentro del ámbito familiar, 10 de ellos son de maridos que han asesinado a sus esposas.
- 36.7% han sufrido algún tipo de violencia.
- 90% sufren violencia psicológica.
- 44.7% es víctima de violencia física.
- 32.1% enfrentan violencia sexual.

De acuerdo a cifras de Human Rights Watch, cada cuatro minutos una niña o mujer es violada en México.

En cuanto al feminicidio: el informe final de la Cámara de Diputados de 2006, sólo en 2004 se reportó el asesinato de mil 205 niñas y mujeres, que significa el deceso de seis cada día o de una cada seis horas.

El Estado de México, se encuentra, junto con Chiapas, Veracruz y Guerrero, entre los estados con más violencia de género. Así mismo, comparte con Nayarit el primer lugar en asesinatos de niñas menores de 14 años, y junto con Oaxaca y Guerrero, el Estado de México registra el más alto índice de femicidios de mujeres mayores de 15 años.⁷⁴

- **Presupuestos y programas, sin equidad.**

En materia concreta de salud y programas gubernamentales: La maestra Sara Islas, denuncia que en México existen programas de Control natal y programas de prevención materna, únicamente. Esto permite apreciar que a las mujeres se les ve como úteros en medida que llevan a otro. Están cuidando al producto no a la mujer, reclama la Maestra Islas "... se nota desde los Presupuestos públicos ¿Cuánto dinero se asigna para programas de maternidad?, mientras, no hay presupuestos específicos para enfermedades de hombres y mujeres".

Al respecto, la reportera Julieta Becerril expone: "El gasto público en Salud del gobierno mexicano es uno de los más bajos en el continente (2.6 por ciento del PIB), lo que contribuye al déficit de recursos humanos y materiales, así como al deterioro de los servicios."⁷⁵

⁷³ Ibidem

⁷⁴ Merlos, Andrea, *Asesinadas, 6 mil mujeres en siete años en México: informe.*

⁷⁵ Becerril, Julieta, *Plan estratégico 2001-2006 Planificación Familiar*

“En lo que respecta a la Salud reproductiva, el gobierno federal gastó en 2001, 48 millones, que fueron destinados fundamentalmente a la aplicación de políticas públicas sectoriales y a la capacitación y formación de servidores públicos.”⁷⁶

En 2004 CIMAC denunció que el programa Arranque Parejo en la Vida (APV), destinaría en 2004, tan sólo 20 pesos para atender a cada una de las más de 15 millones de mexicanas en edad fértil que carecen de servicios de salud.⁷⁷

Además, explica Islas, “se define la morbi-maternidad que no mueras tú o el producto. Sin embargo, hay enfermedades que pueden alcanzar a la mujer 20 años después del parto como la preclampsia. Es un problema que se puede arrastrar, que no está contemplado en políticas de salud.”

Y continúa la maestra: “Virus del Papiloma Humano: cuánto dinero se inyecta del presupuesto, y no hay seguimiento como tal. ¿Hay presupuesto para condones femeninos? Hay mujeres que todavía no pueden negociar con los hombres, en cuanto a la protección sexual, este condón sería una herramienta ¿Por qué hasta el 2010 o 2012 vacuna contra el papiloma? Cuando en otros países la hay gratuita y se aplica ya, en estos momentos.”

Sara Islas agrega: “No hay programas específicos para amas de casa, para protegerlas del VIH, siendo que es la población que va en aumento de infección. No hay atención para amas de casa en general. No están contemplados justificatorios laborales para faltar por cólicos menstruales. No hay una perspectiva de género en las políticas públicas de salud. Empezamos a sospechar que no hay. En la medida como te tratan cuando vas -al centro de salud- como útero nada más.”

Ilustrando: El Plan Estratégico en Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud para el periodo 2001-2006 tuvo un mal comienzo, pues elaborado en marzo de 2001, para septiembre del mismo año, el presupuesto destinado a la salud reproductiva había sufrido tres recortes. Además, por la descentralización del Sector Salud, la cobertura de la demanda de anticonceptivos paso a ser responsabilidad de los gobiernos estatales, es decir a depender de la voluntad política, y en algunos lugares de la visión doctrinaria, de sus autoridades, consignó Julieta Becerril en un reportaje al respecto.⁷⁸

En el mismo documento se denuncia que “no se mencionaba nada, por ejemplo, sobre el condón femenino ni la anticoncepción de emergencia”. Al respecto, Blanca López, señaló que es fundamental incorporar ambos métodos, pues a pesar de su mayor costo, amplían el espectro de opciones y permiten mayor control de la mujer, sobre todo en situaciones de mayor riesgo de embarazo o

⁷⁶ Ibidem.

⁷⁷ CIMAC, Fracasa Arranque Parejo en disminución de muertes maternas.

⁷⁸ Becerril, Julieta, *Op.cit.*

transmisión de infecciones. "Ambos responden al ejercicio de un derecho ciudadano", puntualiza.

Isaura Bono, de Salud Integral para la Mujer (SIPAM), citada en el mismo reportaje, cuestiona el Plan por no incluir al aborto como problema de salud reproductiva y por lo tanto tampoco incorporar estrategias y acciones para frenar el número de muertes debidas a esa causa. En el texto está escrito: "Si el objetivo es ofrecer las alternativas necesarias para que la mujer no tenga embarazos no deseados, es necesario entonces incluir todas las opciones que brinda la tecnología anticonceptiva."

Existe un gran déficit de recursos que no ha permitido satisfacer la atención de las enfermedades que las mujeres presentan, denunció la diputada Marisela Contreras Julián, presidenta de la Comisión de Equidad y Género de la Cámara de Diputados quien denunció que los logros que se habían obtenido el año pasado en el asunto de la etiquetación de los presupuestos a favor de la salud de las mujeres quedan diluidos al igual que todos los recursos encaminados para la atención del VIH-SIDA también quedaron restringidos, y una serie de situaciones que se tendrían que estar revisando, atendiendo, a través del Seguro Popular.

De lo que se trata, denunció, "es de dismantelar las instituciones de salud, con la intención del gobierno neoliberal de privatizar los servicios de salud pública, en su afán de que todo quiere cobrar."

La diputada Conteras Julián enfatizó que con el Seguro Popular "no se cubren las necesidades de las mujeres, sin embargo, se quitan recursos etiquetados para la atención de la salud".

Para los años venideros, de acuerdo a una nota de Argenpres⁷⁹s, la reducción del presupuesto de la Secretaría de Salud (Ssa) para el próximo año, por el incremento en el gasto de seguridad, es de 4 mil millones de pesos. De aprobarse el proyecto, tal como fue enviado por la Secretaría de Hacienda a la Cámara de Diputados.

Con lo cual:

No se alcanzaría la cobertura universal de servicios médicos en el año 2010.

Además, pero el Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2009 no dispone de dinero para continuar con obras en clínicas y hospitales.

En tanto, los subsidios en la materia para los estados, que deberían aumentar cada año, para 2009 sufrirán una regresión.

⁷⁹ Argenpress. info MÉXICO: PRESUPUESTO DE CALDERÓN REDUCE 4 MIL MILLONES DE PESOS A LA SECRETARÍA DE SALUD

Dentro del monto asignado a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) se encuentran los 36 mil 713 millones 19 mil 86 pesos que se deben transferir a las entidades federativas como parte de la aportación federal del Seguro Popular. La cifra, sin embargo, equivale a una disminución nominal de mil millones de pesos con respecto a lo aplicado en 2008

De las instituciones mexicanas de salud, Isabel Barranco dice: “A mi juicio, están atadas no sólo a este molde patriarcal, dominante y que no tiene ni una pizca de sensibilidad, si no que ahora estas instituciones se están mercantilizando y los receptores de servicio somos sólo clientes.”

NOSOTRAS HABLAMOS: EN EL CONSULTORIO

Cuando la violencia atenta contra la integridad sexual de las mujeres

Alejandra, vuelve a reír cuando se le pregunta si cree en la posibilidad de abuso por parte de los trabajadores de la salud: “Hay muchos, a pasto” y se pone seria, después: “Lo que yo puedo contar, nunca se lo había contado a nadie... Cuando yo tenía como 15 años fui a la Clínica 63, la que está por San Ildefonso, era la que nos tocaba. Fui porque mi mamá dijo que yo tenía parásitos. Ella no pudo ir conmigo. El doctor me dijo que me acostara en la camilla, se puso los guantes y me hizo tacto rectal y otros tocamientos desagradables. Yo me sentía mal. Además que siempre lo sentí como morboso con las mujeres. Me incomodaba mucho lo que había pasado, pero yo no sabía, pensaba que así era. Hasta como a los 20 años supe que no era así el tratamiento de los parásitos. Fue algo así como un abuso. Me sentí mal, sucia, tonta. Muy tonta por no saber”. Alejandra oscurece su rostro sólo un segundo, pero luego dice “Pinche güey” y agrega: “Luego, ya habían pasado como seis años. -Ese doctor duró muchos años. Yo no sé por que no lo quitaban si era tan morboso-. Ese doctor atendió a mi hermana más chica. Ella tenía 18 años y estaba embarazada y comenzó a sangrar. Aunque él mismo nos dijo que tenía amenaza de aborto, insistió en hacerle el tacto. Mi hermana perdió su bebé. En el hospital nos dijeron que en amenaza de aborto no se hace tacto porque pasa eso, que se sale el bébito.”

Rosa, estilista, con treinta años de edad, narra su testimonio: “Fui, hace un año o menos a hacerme un ultrasonido porque tengo miomas- Unas como bolitas en la matriz- El del ultrasonido me dijo que bajara mi pantalón hasta el inicio del calzón, puso gel en el vientre, pasó la maquina que se usa para ese estudio y con la computadora estuvo haciendo algunas fotos de mi útero. Cuando terminó, limpió con una servilleta el gel de mi vientre y se quedó sentado en la camita junto a mí y se puso a explicarme cosas de los miomas, pero con su mano acariciaba mi vientre. Recorría desde arriba hasta donde iniciaba mi calzón y luego volvía a iniciar. Lo hacía como distraídamente, pero a mi me hacía sentir muy tensa. ¿Por qué tenía que estar tocando mi piel si ya no me hacía el estudio y sólo me estaba hablando? Cuando me pude subir el pantalón e irme me sentía muy molesta, seguía con la sensación de su mano. No le reclame nada. No sabía bien qué reclamarle”. Esto ocurrió en el Laboratorio Pasteur en San Francisco Tepojaco.

P. estudio la licenciatura en Derecho y se ofreció a brindar su testimonio, siempre y cuando se mantuviese en anonimato y la entrevista fuera en privado. Le es difícil hablar y se interrumpe, pero logra relatar lo siguiente:

“Tenía unos diez años cuando me daban unos dolores muy molestos en la espalda. Me llevaron a masajes, pero no funcionaban. Un día mi papá me llevó con un amigo suyo, que era ortopedista en un hospital. Me tomaron unas radiografías y las puso el doctor en una de esas planchas en donde se les ve mejor. Luego de verlas, el doctor le dijo a mi papá que saliera, que me tenía que

revisar. Salió y entonces el doctor comenzó a revisarme la espalda y a decirme que caminara o que levantara los brazos. Yo confiaba. Luego dijo que me inclinara sobre la camilla y lo hice. Yo llevaba un chaleco naranja y un pantalón de mezclilla ajustado. No puedo decir cómo lo sé, pero, aunque yo estaba mirando el piso, antes de que me tocara yo sentí su mirada en mi cuerpo y sentí que no estaba bien, que algo había raro. Luego empezó a tocarme las nalgas. Estuvo así mucho tiempo y yo me quede inclinada, sin moverme. No sabía bien que estaba pasando. Sus caricias eran muy desagradables y me lastimaban. Luego, me dijo que me levantara y me enseñó las radiografías. Yo me sentía muy nerviosa, pero como él estaba muy tranquilo, yo pensé que no tenía razón para sentirme así. Luego le llamó a mi papá y le dijo que yo estaba bien, con que probablemente el dolor de espalda se debía a tensión nerviosa y nos fuimos.”

Hasta la fecha P. sigue teniendo molestias en la espalda, pero no ha ido a hacerse un chequeo.

Cuando la violencia niega información

Elizabeth Blanco tiene 15 años y es una estudiante que hace la denuncia siguiente: “Pues, la maestra nos dejó investigar de los anticonceptivos, pero que no fuera de monografía y en dos que fui, La clínica y el Centro de Salud aquí en Izcalli, no me quisieron dar información decían que sólo que fuera grande, hasta la tercera que ya fui con mi mamá”.

Marlene de 23 años no recibió atención médica:

“Fui hace 3 años a atenderme, pues mi novia había sido declarada portadora del VPH. La especialista se negó a revisarme pues yo nunca había sido penetrada, como si me importara la membranita esa. En lugar de prestar atención a mi petición de revisarme, me hizo cuestionamientos lesbofóbicos de que por qué atentaba contra la sociedad y esas cosas y me mandó a casa, diciéndome que por mis prácticas sexuales no era posible que padeciera infección alguna. Me quedé sin tratamiento y regañada. Al poco tiempo descubrí que era, también, portadora del VPH y ya había ejercido intercambio sexual con otra mujer, a la que pude haber infectado por la mala información”.

Cuando la violencia atenta contra la integridad física de las mujeres

L está embarazada a los 30 años y es empleada de un restaurante. Está ahorrando mucho para tener su bebé en hospital privado pues cuenta que no desea repetir la experiencia que ya tuvo en su primer parto:

“Fui a la clínica que está por la Vía Gustavo Baz, es del seguro, la de maternidad. Ya tenía pase y ya el doctor me había dicho que me iban a hacer cesárea, pero los que atienden el parto no son los mismos que vigilaron el embarazo. Total que el día que llegué con las contracciones me revisaron y me dijeron que caminara y casi no me hacían caso porque era el cumpleaños o algo así de un médico y luego empezaron a discutir entre ellos. Fueron por el pastel y hasta hicieron brindis y

luego se fueron a hacer sus cosas y se olvidaron de mí, yo los oía en las camas donde estaba y tenía mucho dolor pero se enojaban si les llamaba, me decían que era normal. No fue cosa de un ratito fueron más de 12 horas. Primero en lo que me recibían, luego en lo que se dignaban atenderme, luego lo del cumpleaños. Hasta que me empezó a salir un líquido verde y sangre entre las piernas y vio una enfermera se asustaron y dijeron que el bebé tenía sufrimiento fetal que ya no respiraba. Me asusté mucho porque no oían ya el corazón de mi bebé. Me hicieron una cesárea de emergencia. Toda bien fea de arriba del ombligo hasta acá. Total que todavía el doctor me dijo que diera gracias a dios que mi bebé no había tenido problemas mentales porque estuvo mucho sin respirar. Todo porque no tenían ganas de atenderme.”

“Pues, desde que ingresé al hospital ya me dijeron que venía mal acomodado el bebé, ya me habían programado para cesárea, para el día siguiente.” Dice Luisa de 30 años y cuenta: “De todas maneras desde en la noche me empezaron a hacer el tacto, casi cualquiera que pasaba, cuando le dije a una enfermera o doctora que pasó, que viera el historial que por qué me hacían el tacto si me iban a hacer la operación, me dijo que no fuera chillona que si no, no me iban a atender. Fueron 9 tactos que no necesitaba y mucho enojo.”

El caso de Norma, estudiante de 26 años, fue menos afortunado, pues la atención médica no fue oportuna, a pesar de ya estar en el lugar donde deberían haberla atendido:

“En el seguro fue. Yo tenía miomas pero algo se complicó. Lo que sé es que pasaron tres turnos. Decían que no había quien quisiera entrar a cirugía. Yo tenía sangrados abundantes y oía como afuerita de la habitación se echaban la bolita, tenían flojera y nadie hizo a tiempo el procedimiento y tampoco nadie informaba a mis familiares. Un coágulo se rezagó. Fue necesario un legrado para atender el derrame y por la tardanza tuvieron que quitarme mi matriz”.

CUANDO LA VIOLENCIA VISTE DE BLANCO

¿Qué, no me escuchó? ¿Usted no me escuchó cuando le pedí que se desvistiera? Es la tercera vez que se lo digo (Médico de guardia hospitalaria al cual es llevada una mujer luego de haber denunciado una violación.)

Fabiana Méndez⁸⁰

¿Qué ocurre si, tras lograr superar las barreras, líneas atrás expuestas, la mujer que logra asistir a consulta médica es violentada?

Violencia contra las mujeres

En una primera acepción, El concepto violencia, sirve para referirnos a los fenómenos o actos en los que se aplica un exceso de fuerza.

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

La fuerza, el poder de un médico, está en su prestigio, conocimiento, secretos, el poder de la vida, de cómo sanar. La doctora García expone que “El médico o el trabajador de la salud es un personaje que detenta poder. Culturalmente las figuras de médico, doctor, laboratorista, encargado del centro de salud, en México, son figuras investidas de autoridad. Autoridades supremas en algunas poblaciones. Prestigio, respeto, agradecimiento, admiración, son elementos que ostenta el servidor de la salud en su comunidad.”

Además, Dice Miriam Medina, “sólo él médico o servidor de salud conoce tanto intimidades, como características de determinadas enfermedades y cuáles son los tratamientos y la forma de llevarlos a cabo para salvar la vida, por ello se le escucha y se siguen sus instrucciones”. Incluso, agrega. “son muy pocas las personas que, además del título enmarcado en la pared del consultorio, investigan antecedentes o recomendaciones sobre el que proporciona la atención. Al encargado o encargada de salud se le confiere una confianza inmediata y gratuita, lo cual puede resultar peligroso.”

“La bata blanca te impone, es lo celestial, lo iluminado, lo limpio, lo puro y cuando tú vas con una enfermedad, son otras condiciones: te sientes inferior, sucia. Por ello a la bata blanca le atribuyes todo el derecho a decidir sobre tu cuerpo y sobre tu vida.” Señala Isabel Barranco.

Cuando cualquiera de estos trabajadores de la salud utilizan esta fuerza de manera excesiva sobre una mujer, explica Miriam Medina, ya sea para controlarla,

⁸⁰ Méndez, Fabiana Andrea, *Cien veces: "No abuses"*

amedrentarla, cuando es negligente, cuando la maltrata, violenta su sexualidad, porque la ignora, la trata como inferior o porque es sobre el cuerpo femenino y sus necesidades, al ocurrir cualquiera de estas agresiones alrededor del hecho de ser mujer, es violencia por el género al que pertenece pues este tipo de violencias no ocurriría, ni podría sobre un hombre.

Cuando la violencia es contra las mujeres la Convención de Belém do Pará específica que se trata de:

“Cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño, sufrimiento físico, sexual o psicológico de la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.”⁸¹

Esta especificación, en su inciso b, incluye: “la violencia física, sexual y psicológica...que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y ...en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar (...)”.

Así mismo, Se entiende por violencia de género aquella que ha sido definida por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el artículo 1 de la Declaración para la Eliminación de la Violencia contra la Mujer como:

“Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en el vida privada.”⁸²

“El identificar esta violencia es difícil pues las mujeres estamos acostumbradas, hemos naturalizado el poder de otros.” Se lamenta Miriam Medina. “además que la sensibilización en torno, es un trabajo muy delicado pues difícilmente se reconoce la violencia que se ejerce. Incluso hay médicos que la consideran pedagógica, algo así como que es necesario asustar a las pacientes o imponerse a ellas para que sigan sus instrucciones. Es un asunto netamente de normalización de uso de poder.”

Carmen Rico, terapeuta explica que “la percepción del que ejerce la violencia, sobre quien la padece, tiene la historia social y aprendizaje del lugar y cultura del abusador, en la mayoría de los casos en el mundo, son de índole machista por lo cual las víctimas principales son aquellos y aquellas tradicionalmente considerados seres humanos de 2do y tercer orden como son mujeres... (Y otros grupos vulnerables)”.

⁸¹ CIDH, *Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia en las Américas*.

⁸² Méndez, Fabiana Andrea, *Resumen informe mundial violencia y salud*.

Por ello, la Asamblea General de las Naciones Unidas considera que “la violencia contra las mujeres abarca todo tipo de situaciones sociales y económicas y está asociada a características culturales que naturalizan su ejercicio”.⁸³

Fabiana Méndez refiere:

“Decir “uso del poder” también sirve para incluir el descuido o los actos por omisión, además de los actos de violencia por acción, más evidentes. Por lo tanto, debe entenderse que “el uso intencional de la fuerza o el poder físico” incluye el descuido y todos los tipos de maltrato físico, sexual y psíquico”.⁸⁴

Aunque los hombres también viven parte de la violencia del sector salud. En muchos aspectos estas violencias son de género, sobre todo cuando se trata del cuerpo de la mujer. ¿Tratan igual a un hombre que se infarta que a una embarazada? Al hombre nunca le cuestionan por que se infartó y la mujer tiene que pagar su embarazo verbalmente una y otra vez. Desde por qué no se cuidó hasta maltrato en el parto. Expone Sara Islas.

Una posible explicación a éste fenómeno la esboza Carmen Rico: “Si el abusador percibe al *otro* como igual en orden- fuerza-economía y cultura, posiblemente no cometería el maltrato pues se enfrentaría a una lucha de iguales con posibilidad de perder al ser contra atacados y por la falibilidad de que el entorno crea, en su caso, una acusación en su contra. En cambio, con *otros u otras* que presentan o se perciben con vulnerabilidad, es viable que él pueda desmentir y ser creído, de tal forma que ocurre porque es a la mujer a quien se le percibe en estos tiempos como objeto o bien como sujeto de segundo orden y vulnerable.”

Así, “una mujer que va en busca de atención, se encuentra ante quien posee el conocimiento, el prestigio y la autoridad sobre su cuerpo y salud. No es fácil cuestionar, oponerse o denunciar a quien detenta tal poder, cuando se ha sobrepasado.” De acuerdo con Mónica Rodríguez: “Incluso, hay mujeres que, pese a su sensación de haber sido vulneradas, se preguntan si no están equivocadas por sentirse así.”

Isabel Barranco expone: “Es necesario que las mujeres asumamos una posición de conciencia y sensibilidad para entonces poder detectar este tipo de violencias que se ejercen porque a veces son tan sutiles y tal naturalizadas, tan normales, que no las percibimos. Como tenemos esta imagen del medico que es un semidiós, pues entonces: lo que él diga.”

Violencia naturalizada

Otro factor que permite esta violencia es la idea de que es natural, pues culturalmente se nos ha hecho vernos a nosotras mismas como merecedoras de un nivel menor de reconocimiento. Cuando las mismas mujeres perpetuamos la

⁸³ Ibidem

⁸⁴ Ibidem.

violencia unas contra otras. Dice Isabel Barranco y ejemplifica: “En el trabajo que hicimos en *Dejemos de ser pacientes (programa de radio de salud para mujeres)* vimos que cuando nos atiende un hombre, yo paciente mujer, ese papel, ese rol; veo a un médico hombre le estoy atribuyendo toda esa relación de poder, todo ese conocimiento sobre mí, pero cuando nos está atendiendo una médica, mujer, por lo regular no le hacemos mucho caso, como que es nuestro igual y no le decimos doctora, si no señorita, señora, me duele aquí, me duele acá, pero nunca le reconocemos como doctora o médica. Esa es una violencia simbólica que de entrada no te va a permitir establecer un diálogo, una relación de diálogo entre tú y la otra persona. “

“Cuando es la enfermera o una doctora quien te grita insultos durante el parto, o es violenta con sus palabras o en los actos para con una mujer que ha sido golpeada, violada, o que sufre por cualquier razón” ejemplifica la doctora García.

“Cuando una mujer no le cree a otra que denuncia el maltrato del médico, o lo defiende para ganarse sus favores, está violentándose a sí misma pues perpetúa las formas de abuso.”, resalta Miriam Medina.

“También ocurre, el patriarcado internalizado cuando no protestamos porque pensamos que es normal, que nos merecemos el maltrato.” Externa Mónica Rodríguez.

Los diversos rostros del maltrato

Las formas en que son violentadas las receptoras del servicio por los trabajadores en salud, identificadas por las especialistas y feministas consultadas para este reporte fueron:

Violencia Física

Isabel Barranco menciona en primer lugar “La violencia física, muchas de nosotras las hemos vivido con tocamientos, con abusos sexuales, y otros abusos muy sutiles.”

El lenguaje, en lo técnico

Isabel Barranco dice: “Otra situación de violencia que se da mucho. Violencia psicológica, se da en espantarte: La terminología. No entiendes que quiso decirte.”

Carmen Rico, terapeuta, explica que los médicos se apropian del poder de las palabras. “Cuando los médicos las usan solamente para darse estatus y no informar. Es ya una predisposición de su parte hacia el abuso”.

El poder del trabajador de la salud radica en los tecnicismos, lenguaje que da hegemonía y control, que no explica. Cautiva y sujeta. Dice Sara Islas. Al desconocer ese lenguaje, no podemos exigir servicios o atenciones. Secuestran tu salud y tu cuerpo por medio del lenguaje. Si te dan explicación, procedimientos y consecuencias no es lo mismo que nada más te digan: “usted tiene preclamsia, tome tal medicina.”

La distancia se torna infinita cuando, además, las mujeres pertenecen a grupos vulnerables como son las indígenas. En Febrero de 2008 en la Escuela Nacional de Antropología e Historia se llevó a cabo el foro Mujeres, Violencia Institucional e Impunidad en México. Diálogos entre la Academia y la Sociedad Civil en donde se denunciaba: “Desde los Diálogos de San Andrés, mujeres provenientes de diferentes pueblos indígenas coincidieron en sus críticas a los sistemas públicos de salud que ignoran sus lenguas y sus culturas. Rechazaron a los médicos que actúan como *veterinarios*, incapaces de comunicarse con las pacientes”. El mismo documento, además señala: “Si bien en el sistema judicial se reconoció la necesidad de contar con traductores, esta misma necesidad –todavía más apremiante cuando están en juego las vidas indígenas— no se admite en el caso del sistema de salud”⁸⁵.

Lenguaje en el uso cotidiano

Sara Islas recuerda algunos ejemplos: “Cállese, porque la dejo en la plancha... No se invente tanta enfermedad...Chillona...ya ve por no cuidarse...por qué no vino antes.”

Isabel Barranco denuncia: “Este trato de cuando vas a parir: Abra las piernas, si bien que le gustó. Este trato que también es psicológico: bien que te gustaba, pues ahora déjate. Esa es una agresión verbal muy fuerte.”

Señala, también Isabel Barranco, otro tipo de violencia verbal: “El que te digan madrecita: A ver madrecita para acá; a ver madrecita para allá. Soy una mujer. No estoy reducida a ser nada más una maquinita de hacer hijos. Soy un ser humano, no una madrecita.”

“Que te hablen en diminutivo, descalificándote, empequeñeciéndote. Estableciendo su estatus de poder sobre ti: *Madrecita, hijita, muchachita, la pacientita, la enfermita*” Señala Mónica Rodríguez.

Cuando se aborda el problema de la violencia doméstica, las investigadoras Herrera y Argoff autoras de la investigación Entre la negación y la impotencia: prestaciones de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México, enuncian: “Muchos de estos prestadores (de trabajo en salud) encuentran dificultades para concebir a las víctimas de violencia como sujetos de derechos y no como “pacientitas” (una manera muy común entre los médicos en México de referirse a su clientela, en especial la femenina).”

Violencia en el control del cuerpo

Sara Islas dice: “Los médicos constantemente te hablan de las consecuencias por no ser mamá y nadie te dice de las de ser mamá. Te presionan: *Matriz que no da hijos da tumores*. Pero, nadie te habla de la preclampsia, de la eclampsia, de los

⁸⁵ López Monjardin Adriana, Ponencia: "Resistencia de las Mujeres del Campo"

peligros del parto, de la descalcificación, de los daños renales, del desgaste físico y emocional. Lo minimizan. Cómo si fuese más válido que la salud padezca por una que por otra razón”.

Sara denuncia: “Cuando me quejo de dolor de senos o de matriz, me responden que lo que necesito es tener un bebé. Yo nunca he escuchado que a un hombre le exijan ser padre o que se masturbe si se queja de dolor de testículos: lo atienden y buscan solución.”

“Desde el yo saber hegemónico sé lo que es bueno para ti y tú paciente lo recibes y ya.” Dice Sara Islas al tiempo que expone: “Otro coto de poder es el privilegiar la disposición de métodos anticonceptivos, sobre otros, lo que impide una real elección. Cuando se puede promover la vasectomía. El cuerpo de la mujer es el que reciente el control de la natalidad. Otro asunto es la cuestión del aborto. Si es tu cuerpo porqué hay que pedir permiso para decidir sobre él.”

Al respecto: Una de las preocupaciones sobre el Plan Estratégico de Reproducción 2001- 2006 de la Secretaria de Salud. De acuerdo con Pilar Murieras, citada por Letra S, es que se siguen privilegiando sólo dos métodos anticonceptivos: el dispositivo intrauterino o DIU y la oclusión tubaria bilateral (ligadura de las trompas) donde el control directo lo tienen los médicos y no la mujer; "tal pareciera que siguen sin tenerle confianza a la mujer", comenta. Según el documento citado, la mayoría de las mujeres, 65 por ciento, recurre a esos dos métodos.⁸⁶

Así mismo es pertinente considerar la necesidad de que las mujeres puedan tener control de los métodos anticonceptivos que emplean, pues la UNFPA expone que “...las mujeres maltratadas que participaron en intercambios de ideas en "grupos focales" en el Perú y México afirmaron que no hablan acerca del uso de anticonceptivos con sus esposos porque temen que estos se tornen violentos.” Más adelante el mismo texto expone: “Muchas mujeres tienen miedo de pedir a sus compañeros que usen condones durante las relaciones sexuales, por temor a las reacciones violentas.”⁸⁷

“Sin métodos de prevención que las mujeres puedan controlar y tener acceso a ellos, no existe la posibilidad de hacer una diferencia real frente al problema de salud mundial que representa el VIH/SIDA”, señaló el director ejecutivo del Programa de Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (Onusida), Pete Piot. Además, agregó. “El condón femenino es el único método de barrera probado para prevenir tanto el embarazo, así como las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.”⁸⁸

⁸⁶ Becerril, Julieta, *Op.cit.*

⁸⁷ UNFPA, *El estado de la población mundial 2000.*

⁸⁸ CIMAC, *El condón femenino, único método efectivo para evitar enfermedades de transmisión sexual.*

Minimizar o negar el dolor

Otras formas de violencia, dice Sara Islas están en el control de cuerpo, desde como te dicen lo bueno para ti o niegan lo que sientes: Hay trabajadores de la Salud que no tienen ovarios, ni saben como duelen los senos, pero dicen que son tus ideas histéricas, que ni te duelen tanto.

“Un poquito de dolor...ya ve que ni le dolió...por qué se queja tanto, hay quienes si están sufriendo de verdad...” Son frases que recuerda Miriam Medina.

La presunción de heterosexualidad:

Miriam Medina denuncia “la heterosexualidad que impone el cuestionario médico sea o no ginecológico, en la consulta sin reconocer la posibilidad de la práctica sexual lésbica, bisexual o poli amorosa.” Denuncia Miriam Medina. “El cuestionario que de entrada asume la monogamia y enseguida la heterosexualidad al preguntar sobre los métodos anticonceptivos que utiliza la paciente, sin considerar que estos pudieran no ser necesarios. Y, al mismo tiempo, intimida a la mujer, impidiendo que manifieste sus prácticas sexuales y limitando el correspondiente diagnóstico.”

Un estudio realizado por el Lesbian Community Cancer Project en EEUU reveló que casi el 25% de las lesbianas dijeron evitar consultar a un médico o médica debido a experiencias negativas que han tenido con ellos.⁸⁹

Una encuesta realizada a lesbianas mexicanas hace ya diez años ya revelaba que que el 48% de las entrevistadas nunca consultó a una ginecóloga o ginecólogo. Una de las principales causa esgrimidas fue el miedo.⁹⁰

Miriam Medina explica: “El que no puedan, las mujeres lesbianas, hablar sobre sus prácticas sexuales durante la consulta puede hacer que salgan del consultorio con anticonceptivos que no les sirven de nada y sin que el especialista revise a la compañera o compañeras sexuales, aumentando las posibilidades de reinfecciones. Otro problema sería que no se revisen zonas que también pueden tener infecciones virales o bacterianas como son ingles, pliegue de senos y nalgas; cuando el médico desconoce la práctica lesbiana.”

Culpabilizar

Denuncia Isabel Barranco: “hay una carga de que tú eres la culpable: tú lo quisiste, tú te lo buscaste: Te da bronquitis. Te saliste a comprar la leche a las cinco de la mañana ¿A quién se le ocurre irse a comprar la leche a las cinco de la mañana?, dice el médico. Cuando tú dices ¡carajo! ¿Quién más va por la leche de los hijos que yo? Cuando tú llegas al consultorio del doctor es un rosario de culpa: por mi culpa estoy enferma, por mi culpa estoy embarazada, por mi culpa.”

⁸⁹ Eiven Laura, Sardá Alejandra y Villalba Verónica, *lesbianas, salud y derechos humanos desde una perspectiva latinoamericana Un aporte para la discusión y la reflexión.*

⁹⁰ Ibidem.

“¿Por qué no vino antes?, cuando rara vez las amas de casa o mujeres que trabajan logran reunir tiempo y dinero para llegar a consulta, además de que existe esta cultura bien adentro de cada quien de posponer las necesidades de las mujeres. La pregunta es tonta ¿Por qué cree el médico que no vino antes? Igual: ¿Por qué no se cuida? ¿Por qué no toma más leche? ¿Por qué no compró la medicina? Nada más se dice para que la mujer se sienta culpable. El médico sabe bien por qué.” Enfatiza Ángeles Chávez.

Barranco insiste en señalar el lenguaje culpabilizador. “Siempre viéndote como ignorante, como la víctima, como la paciente. Carga psicológica que se va aumentando, que te deja a veces inmóvil, a veces incapaz, que tú dices: yo ya no regreso para que me regañen y me hagan sentir mal porque además soy pobre.” Isabel ejemplifica: “Ay, señora: mire, trae a su hijo todo desnutrido, ¿qué, no le da de comer? Esa es violencia psicológica porque el señor no sabe cual es mi contexto, donde vivo, si trabajo, si no trabajo, mil cosas; si estoy o no enferma. Mi realidad. Ay, señora usted es muy mala madre. Eso te da para no dormir toda la semana.”

Miriam Medina señala: Es muy violento cuando tú vas en busca de atención por una Infección de Transmisión Sexual o porque te han detectado el Virus del Papiloma Humano y lo primero que hacen es cuestionarte por qué no te protegiste, por qué no usaste condón. Te hacen sentir juzgada, promiscua y culpable de haber ejercido tu sexualidad. Además no saben ciertamente si yo no puedo negociar con mi compañero o esposo por sexo protegido, si soy violentada, bajo qué circunstancias me infecté. Aun cuando fuera por descuido o ignorancia, no es justo ser castigada en mi salud.

Políticas y normas

La violencia, de acuerdo con las entrevistadas, no se ejerce solamente por el trabajador de la salud que tiene directamente contacto con la receptora de servicios, también viene desde normativas y políticas públicas.

Cuotas

Requerimientos de cuotas pueden llevar a la aplicación de DIU contra voluntad o realización de esterilizaciones sin clara información, señala Mónica Rodríguez y declara: “Tanto el negar la anticoncepción como el obligar a ella por la fuerza o con abusos de la autoridad médica, son faltas de respeto totales por la integridad de las personas y sus derechos humanos”.

Pilar Muriedas, de Consorcio para la Equidad, respecto al Plan Estratégico de Salud Reproductiva 2001- 2006, externo su preocupación porque en el componente de planificación familiar permanecen las metas de reducción de la fecundidad, ya que provoca que en aras de cumplir con lo programado, los médicos sólo se interesen por alcanzar esas metas sin importar si la mujer cuenta con información suficiente para elegir el método que más le conviene.⁹¹

⁹¹ Ibidem

Carmen Trujillo de Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal informó que el 90 por ciento de las quejas que se presentan ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed), se refieren a dudas de las pacientes -es decir que no comprendieron los procedimientos a que fueron sometidas-, y admitió que este desconocimiento se ha prestado en muchas ocasiones a que se efectúen esterilizaciones sin consentimiento.⁹²

Cabe considerar que el trabajo en esta forma de metas, ha llegado a implicar una doble discriminación pues el Congreso Nacional Indígena, que ha desarrollado diagnósticos al respecto, denuncia que en particular, las mujeres de este sector padecen constantemente formas tramposas o forzadas de esterilización.⁹³

Respecto a estas *cuotas* cabe recordar que en la Conferencia Internacional en El Cairo, los países rechazaron las metas demográficas como una estrategia para aminorar el ritmo del crecimiento de la población y ayudar al desarrollo económico. Acordaron que la mejor manera para formar familias, comunidades y naciones era mediante inversiones en la mujer, incluso una atención completa de salud reproductiva, la educación de las niñas y la conservación del medio ambiente.⁹⁴

Norma Nacional de Asistencia Médica

Las propias reglamentaciones o su aplicación no siempre son adecuadas a las necesidades de las mujeres y del trabajador de salud.

En México existe desde 1999 una Norma Nacional de Asistencia Médica a las víctimas de violencia doméstica que es de cumplimiento obligatorio para todos los prestadores de salud, tanto del sector público como del sector privado.

De acuerdo con dicha norma, todos los centros de salud y hospitales deben establecer lineamientos internos a fin de referir a las presuntas víctimas de violencia doméstica a las autoridades apropiadas, incluida la Procuraduría General de Justicia. A su vez, la norma nacional sobre asistencia médica a las víctimas de violencia doméstica exige que todas las instituciones del sector salud lleven un registro de cada uno de los casos de violencia doméstica con el propósito de estimar los alcances de este problema.

Sin embargo, denuncia Human Rights Watch, “la efectividad de la norma se ve limitada por una serie de factores. En primer lugar, al centrarse exclusivamente sobre los hechos de violencia doméstica, no atiende ningún tipo de violencia que ocurra fuera del seno familiar.” (Hacia fines de 2005 la norma estaba siendo revisada).

⁹² Silva, Magally, *Violan servicios de salud los derechos sexuales y reproductivos de mujeres*.

⁹³ López Monjardín Adriana, Ponencia: “Resistencia de las Mujeres del Campo”

⁹⁴ Germain, Adrienne, *Primero emancipar*.

En segundo lugar, estipula en su informe, Human Rights Watch, “muchos profesionales de la salud desconocen— y por ende, no aplican—la norma nacional. Muchos de los secretarios de salud estatales entrevistados por HRW, ignoraban que sus instituciones estaban obligadas a llevar un registro de los casos de violencia doméstica.”

Human Rights Watch menciona un estudio publicado por la Secretaría Nacional de Salud en el año 2003 que concluyó:“La difusión de la Norma Nacional y la capacitación del personal de salud para aplicarla han sido muy precarias... y el personal de salud muestra muchas veces resistencias importantes para involucrarse en lo que considera un asunto que no es de su competencia.”⁹⁵

Cabe acotar que, a partir de enero de 2006, la Secretaría Nacional de Salud comenzó a distribuir un modelo, publicado por primera vez en el año 2004, para la aplicación de la Norma Nacional en las secretarías de salud estatales, los hospitales públicos y los centros de salud.

En marzo de 2006, Carolina Agoff y Cristina Herrera, diseñaron un estudio cualitativo en el que se realizaron 30 entrevistas en profundidad con médicas/os y enfermeras/os de las tres instituciones públicas del sector salud en México⁹⁶. El cual deja en evidencia que en el plano de las prácticas:

- Los prestadores no se guían por lo que la NOM-190 prescribe como rutina obligatoria en estos casos y esto obedece a que el conocimiento de esta norma es deficiente o nulo.
- Sólo unos pocos profesionales entrevistados reportaron haber recibido una mínima capacitación en el tema, y ésta consistió en sólo unas pláticas de asistencia voluntaria.
- Los prestadores de la salud suelen utilizar formularios de registro de accidentes para reportar lesiones y no consignan en ellos que éstas fueron originadas por violencia doméstica. Esto obedece a que los formularios no siempre están disponibles en los servicios de salud.
- En general la violencia suele pasarse por alto, y cuando es detectada, la mujer que la reporta expresamente es canalizada al servicio de trabajo social o de psicología de la institución. En la mayoría de los casos, salvo excepciones significativas, no existe un seguimiento posterior.

En la primera Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres (2002) se incluyó un cuestionario de autoaplicación voluntaria para todo el equipo de salud, al que respondieron un total de 2.638 trabajadores. Del personal encuestado sólo 18,5% refirió conocer la NOM-190...El 32,8% de los entrevistados consideró que el desinterés del personal de salud por los casos de violencia contra la mujer era el principal obstáculo para su atención, y 22% opinó que la violencia en la familia era

⁹⁵ Human Rights Watch. *Informe sobre México*.

⁹⁶ Herrera, Cristina y Agof, Carolina, *Dilemas del personal médico ante la violencia de pareja en México*.

un problema privado y que al personal de salud no le correspondía intervenir en esos casos.⁹⁷

María Luisa Becerril, directora de una ONG que trabaja directamente con víctimas de violencia en Morelos, Citada por Human Right Watch, coincide: “No les creen a las mujeres, tanto en el sector jurídico como en salud... Son pocos los médicos que se ponen en los zapatos de las mujeres...”

Las investigadoras Cristina Herrera y Carolina Argoff mostraron la actitud al respecto de los trabajadores en salud, clasificándola en cuatro diferentes discursos:

1.- El problema de la violencia contra las mujeres es inexistente, repitiendo con frecuencia la frase: “aquí no se ven casos”.

2.- Compasión e identificación con las mujeres víctimas, con base en valores y normas morales tradicionales.”. La mujer debe, según este discurso, sobreponerse a su situación en pos de cumplir su responsabilidad y dedicación a los demás, en particular a sus hijos.

3.- Opiniones contrarias a la violencia, pero con ciertos prejuicios sociales acerca de quienes la padecen o la ejercen, a quienes suelen identificar con la falta de cultura y educación, con la pobreza o el origen rural o indígena.

4.- Un último tipo de discurso, es al que se adhieren en su mayoría profesionales del servicios de urgencias, según lo documentado por Argoff y Herrera, es el de los que expresaban un claro rechazo a la violencia de pareja por considerarla un delito y una violación de los derechos humanos, e identificaban al machismo y a la desigualdad de poder entre los géneros como la causa de la violencia contra la mujer. Este grupo de profesionales, al que las investigadoras caracterizan como el más conciente del problema, evidencia indignación y alta predisposición a atender los casos, con diversos grados de involucramiento personal: desde dar consejos hasta acompañar a la mujer a denunciar ante el Ministerio Público. *“Buscan que la mujer adquiera capacidades y libertades para actuar, pero muchas veces sienten impotencia ante los magros resultados obtenidos, tanto por falta de apoyo institucional como por las dificultades de las propias mujeres para salir del círculo de la violencia, en contextos sociales poco favorables a ello.”*

Mónica Rodríguez declara: “El médico puede tener el conocimiento para reconocer un traumatismo, sus características y trayectorias y saber claramente que la mujer en su mesa de exploración no se golpeo en la puerta. Sin embargo no puedes pedirle que bajo una norma, se despoje de toda la formación patriarcal que le ha sido impuesta.” Explica Mónica su punto: “en esta lógica, donde o bien esta mujer fue golpeada porque lo merecía, o son cosas de la vida privada y yo no me meto. En casos graves, hasta solapamiento del violentador. El guardar silencio es una

⁹⁷ Ibidem.

violencia, pero para que se reconozca hace falta más que una legislación, es necesario sensibilizar y destruir muchas concepciones añejas.”

En la normatividad respecto a violencia sexual

Human Right Watch señala en qué forma la legislación y el trabajador de la salud violentan a las mujeres, cuando éstas tienen que presentar una denuncia por violación: “La noción de que las mujeres y niñas que no son vírgenes no pueden haber sufrido una violación encuentra su máxima expresión en los informes médicos forenses utilizados en muchos estados.”

Relata HRW: “Salvador Díaz Sánchez, un médico forense de Jalisco, explicó que los lineamientos existentes no requieren que los médicos (Un médico forense afiliado a la Procuraduría General de Justicia) verifiquen la presencia de signos o síntomas de penetración vaginal forzada; requieren que el médico evalúe si la víctima fue “desvirgada” y en qué momento.” Además, agrega HRW: “Otros estados requieren información similar de parte de los médicos forenses, de donde se desprende que el acento se coloca sobre la violación en tanto afrenta a la castidad de la víctima (y al honor de su familia) y no en su integridad física.”

Marianne Mollmann, Investigadora para las Américas, también de Human Rights Watch Identifica⁹⁸ cuatro problemas centrales con el servicio médico-legal con respecto a la violencia sexual contra las mujeres, los cuales en su gran mayoría tienen que ver con la excesiva especialización del médico forense legal.

Primero, la accesibilidad. Cuando las pruebas forenses únicamente se toman por médicos especializados o en institutos públicos especiales, muchas mujeres víctimas de violencia sexual—sobre todo las que viven en zonas rurales—no tienen acceso. Resultado: impunidad.

Segundo, un concepto muy limitado de la prueba forense. De hecho, en muchos casos el único examen que se hace es el mal llamado examen de virginidad. Está claro que este tipo de examen no prueba que haya existido violencia sexual. Resultado: impunidad.

Tercero, una estricta separación entre los servicios médico-legales, y otros servicios de salud necesarios después de una violación u otro tipo de violencia sexual. Es decir que los médicos encargados de recoger la prueba forense en ciertos países deliberadamente ignoran las necesidades de atención de salud de la víctima—necesidades que a veces son inmediatas—simplemente porque no es su trabajo atenderle a ella sino a los fiscales y a la policía. En este caso, el resultado no necesariamente es impunidad, sino una potencial violación del derecho al más alto nivel posible de salud física y mental.

Cuarto, la obsesión con la prueba forense como la única manera de probar violencia sexual. Muchas veces no habrán restos de semen, o huellas de

⁹⁸ Mollmann Marianne, *La violencia sexual contra las mujeres, la impunidad, y los derechos humanos* p.3

violencia, u otras pruebas físicas de la violencia. Si el caso judicial depende casi exclusivamente de estas pruebas, su ausencia previsiblemente impunidad.

En la publicidad

Sara Islas menciona otra violencia institucional en los anuncios televisivos del 2007, sobre la ingesta de Ácido Fólico para prevenir deformaciones en los fetos, en donde los niños dicen “Mi madre no lo tomó” y las mujeres asumen la culpa, incluso declaran “Si yo lo hubiera tomado”. Cuando ni los médicos, ni las políticas publicas informaron a tiempo. Culpabilizar a la mujer también es violentarla.

Desconsideración

Sara Islas expone: “El tacto. El poner a diez practicantes a que le hagan el tacto previo al parto, que la inexperiencia sumada a la falta de consideración, de sensibilidad luego causa consecuencias: te rasgo la vagina y me vale si te duele.”

Miriam Medina también aborda esta situación: “Habría que reflexionar muy en serio: ¿Cuántos cientos de mujeres se atienden a diario en las salas de parto o en los quirófanos generales? ¿Es verdaderamente necesario que los 20 estudiantes del lugar hagan el mentado “tacto” u otras exploraciones a cada una de ellas?”

Así mismo Miriam Medina propone que “Un trato verdaderamente ético y consciente implicaría que una autoridad hospitalaria explicará a la mujer en trabajo de parto o que está siendo a tendida por cualquier circunstancia, apendicetomía o la que sea, durante las consultas, sobre que estos jóvenes se están formando para atender a otras mujeres y que si ella lo permite, uno o dos de ellos le realizarán la exploración de aprendizaje. Repito: Si ella está de acuerdo, en caso de que esto no ocurra, hay otras que aceptarán. Un respeto mínimo”.

Además, considera la psicóloga: “Por detalles como estos, de malos tratos, sin respeto a sus cuerpos, las mujeres y sus familias se endeudan tremendamente, pagando atención privada en lugar de la pública, creyendo que así compran un trato digno; lo cual no siempre es así. La verdad es que no tendría por qué pagarse por esta dignidad.”

Nuria Varela⁹⁹, refiriéndose también al trato durante el parto, hace dos señalamientos concretos:

1. Se continúa dando a luz en un paritorio y no en una habitación confortable. Las mujeres soportan enemas, rasurados y rotura de bolsa sin razón aparente. Tampoco se sabe por qué aguantan la dilatación, que puede durar horas, tumbadas e inmovilizadas en vez de poder pasear, estar acompañadas por quien quieran y emplear métodos agradables para aguantar el dolor como darse un baño o un masaje.

⁹⁹ Varela, Nuria. *Op.Cit.p. 287.*

2. Por qué las mujeres no pueden elegir la postura más cómoda para dar a luz, por qué se suministra oxitocina sintética sin consultar a la parturienta, cuando esta sustancia provoca contracciones más intensas, seguidas y dolorosas y es causa frecuente de sufrimiento fetal y maternal. Cuando las mujeres no tienen estrés producen oxitocina de forma natural, pero para ello necesitaría estar en un ambiente confortable y no tener prisa. El parto tiene un ritmo lento, pero hasta eso, tan básico, ha sido olvidado por la medicina, la ginecología y el sistema de atención sanitaria.

Políticas administrativas de las instituciones

Isabel Barranco plantea: “Si voy a un hospital que no corresponde a mi zona, puedo irme muriendo pero no me atienden, por una cuestión administrativa. Si voy al G. A. González, que también lo hemos visto, si yo vengo de Azcapotzalco no me van a atender. Y a mi no me importa, como autoridad médica o administrativa, que te estés muriendo. A ellos no les importa un cacahuete.”

En enero del 2003, la CNDH envió la recomendación 01/2003 por el caso de Laura Guzmán Soria, quien se presentó el 25 de diciembre de 2001 en el Hospital de Ginecoobstetricia con Unidad de Medicina Familiar Número 7 del IMSS, en Tijuana, Baja California. Sin embargo no fue atendida de forma inmediata por no llevar consigo los documentos de acreditación como derechohabiente. El retraso en su atención le causó la muerte.¹⁰⁰

El 3 de febrero del 2002, la CNDH emitió la recomendación 02/2002 por el caso de María Guadalupe Eugenia García Sánchez, quien se presentó en el Hospital General de Zona número 45, en Guadalajara, Jalisco, también del IMSS, el 20 de abril del 2001 con hemorragia vaginal y debido a que no recibió atención médica, falleció.¹⁰¹

En la recepción. Señala Barranco: “Tú veías que las señoras estaban ahí esperando el servicio en salud pública y pasaban las horas. Llegó la señora a las cinco de la mañana, son las cinco de la tarde y está en el mismo lugar. Pasa que no hay información, pasa que los encargados, Trabajadores sociales o enfermeras responsables no son para informarle: Quien venga a hacer una cita tiene que hacer una fila, sacar su ficha, esperar al médico y todo eso. Esto corresponde a las autoridades administrativas y sanitarias. Hay letreros, pero también hay muchas mujeres, sobretodo de la tercera edad que no saben leer. Además que falta de sensibilidad de ver a la gente sentada, esperando y no atender, pues la señora no viene aquí a terminar su tejido.”

“Cuando hay espacios que enuncian teléfonos para quejas: hable al teléfono tal y siempre están ocupados. O, te ponen la grabación: *si está en un hospital público, marque uno; si se encuentra en recepción, marque dos, y así.* Se te va tu tarjeta

¹⁰⁰ CIMAC, *En casos de muerte por negligencia de mujeres gestantes Caso omiso del sector salud a recomendaciones de CNDH.*

¹⁰¹ Ibidem.

sin poder levantar la queja. Esa también es una forma de violencia porque limita el que yo tengo derecho a ser informada y a expresar mis inconformidades.” Afirma Isabel Barranco.

Denunciar

Identificar la violencia, darle un nombre es difícil, pues el Informe anteriormente citado de la Comisión de Derechos Humanos de la ONU plantea. “la violencia contra la mujer desempeña una función muy importante en la historia, manifestándose en diversas formas y costumbres sociales. La violencia contra la mujer en la familia y en la comunidad es tan habitual que esa antigua realidad se acepta como parte de la tradición y la cultura.”

La FNUPA, coincide al consignar en su informe del año 2000 “[La violencia contra las mujeres] abarca todo tipo de situaciones sociales y económicas y está profundamente enraizada en las culturas de todo el mundo, a punto tal que millones de mujeres la consideran un modo de vida.”

Si es un principio el reconocer la violencia, posteriormente, el denunciarla es más complejo.

En primer lugar, por la falta de una cultura de denuncia. “No se denuncia porque la gente no cree en las instituciones o porque, como usuario no sabes los procedimientos” explica Sara Islas.

En segundo lugar: por el caso omiso: Niria García explica: “Los médicos e instituciones, tenemos que cuidarnos entre médicos e instituciones, por eso las quejas no proceden.”

Sara Islas considera que: “la gente se vuelve apática y asume que la violencia es natural: Es que así son en estos lugares, ya los conoces.”

“El propio amedrentamiento de quien padece la violencia.” Es otro factor considerado por Miriam Medina. “También debemos de recordar que los pocos recursos que existen para buscar justicia en salud, son de creación reciente y no todas las mujeres sabemos de su existencia, menos aún las de generaciones pasadas”.

En concordancia con lo expuesto por la psicóloga, un testimonio expuesto por Rima Web relata: “fui a un ginecólogo para que me recomendara anticonceptivos. Me indicó lavajes (...) le creí. Por supuesto, quedé embarazada. Siempre pensé que él hubiera debido ser procesado por irresponsable y por iatrogenia, pero a los 20 años no sabía cómo hacerlo...”

A pesar de las dificultades para poder plantear quejas, resultados de la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Servicios de Salud indican que la mala atención

médica es una queja en el 44 por ciento de la población, seguido de la falta de recursos.¹⁰²

Integrantes de la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal, señalaron que problemas relacionados con el maltrato a las usuarias en los servicios de salud van en aumento.¹⁰³

El periodista Román González escribió que de mil 925 quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje México (Conamed), que abarcan del 1 de enero de 1997 al 31 de diciembre de 1998, mil 184 correspondieron a mujeres.¹⁰⁴

En México existe la CONAMED: un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud creado en junio de 1996, cuya función es la resolución de conflictos suscitados entre usuarios de los servicios médicos y los prestadores de servicios de salud de carácter público, privado y social.

También existe la Comisión Nacional de Derechos Humanos que da seguimiento y hace recomendaciones en casos de abusos o tratos indebidos por parte de servidores públicos, como son los trabajadores del sector salud.

Sin embargo: “Al parecer son órganos desdentados”, plantea Mónica Rodríguez, “por lo cual no siempre se ven como un recurso.”

De acuerdo con CIMAC, entre 2002 y 2004 la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), emitió 34 recomendaciones al sector salud por violaciones a los derechos de las mujeres, cuatro de ellas por casos de negligencia médica que costó la vida a igual número de mujeres gestantes.¹⁰⁵

De éstas últimas quejas, tres se remitieron al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), pero fueron rechazadas, mientras que la enviada a la Secretaría de Salud (SS), continuaba en 2004 en investigación en su área jurídica.

Mónica Rodríguez plantea que: “En tanto exista esta sensación de desprotección, de que la CONAMED sólo protege a los médicos, de que estamos en total vulnerabilidad ante la máquina todo poderosa de las instituciones de salud, denunciar o buscar justicia, no se encuentra en el espectro de posibilidades reales para nosotras. Vamos, ni los institutos de mujeres en México parecen ocuparse del tema”.

Sara Islas, parece coincidir, puntea: “Los factores que posibilitan estas violencias van desde la concepción de lo femenino como inferior, la hegemonía y discurso médico que secuestra cuerpos de hombres y mujeres, las instituciones de salud,

¹⁰² CIMAC, *Todos los días se violenta el derecho constitucional a la salud.*

¹⁰³ Silva Magally, *Violan los servicios de salud los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.*

¹⁰⁴ González, Román, *IMSS e ISSSTE, instituciones con más quejas ante la Conamed : INSP*

¹⁰⁵ CIMAC, *Noticias de Equidad de Genero*

educativas, familiares y religiosas, todas, el factor económico desde que no hay asignación equitativa de presupuesto y de programas. Ya vimos que el Inmujeres no sirve para nada, ni las oficinas de la mujer. Sirven en algunos aspectos, pero falta”.

Aún en este marco, ya existen precedentes que visibilizan el problema, pues en las décadas de los ochentas y en la de los noventas, las denuncias sobre dos casos de violencia sobre la salud de las mujeres salieron a la luz pública, siendo el centro de fuertes debates:

La violencia ejercida sobre Carmen Rincón quien sufrió la negligencia del doctor Jorge García Ávila sobre su cuerpo, durante el trabajo de parto, lo cual ocasionó la pérdida de su matriz y la muerte de la niña que estaba por nacer.

Carmen Rincón tuvo que padecer también la violencia de las instituciones indiferentes, cuando solicitó justicia, y un segundo grado de violencia médica con la persecución posterior por parte del Colegio Médico Hidalguense. “Se cubren entre ellos”, declara Carmen en un reportaje al respecto.

Finalmente, tras más de cinco años de lucha legal, el 21 de marzo de 1992, el primer juicio en México por violación de derechos reproductivos fue ganado a favor de esta mujer.¹⁰⁶

Un segundo ejemplo, fue el llamado “Caso Paulina” quien, a los trece años de edad fue violada, resultado de lo cual quedó embarazada y asistió a realizarse el aborto al cual la ley le otorga derecho. Sin embargo, el director y personal del hospital lo impidieron, incluso desobedeciendo mandatos del Ministerio Público y amedrentando a Paulina de modos diversos. Finalmente, Paulina salió del hospital sin el procedimiento que había solicitado y tuvo un hijo en condiciones económicas y de educación poco ventajosas para ambos.

Martha Lamas resume así la intervención del responsable de esta violencia, doctor Ismael Ávila Iñiguez: “los delitos cometidos por el director del Hospital General de Mexicali van desde la negación del servicio público al incumplimiento de una orden judicial, pasando por el abuso de autoridad, violación de confidencialidad médica, afectación de la libertad, la intimidación y la dignidad de la menor, hasta, finalmente el delito de tortura, en su acepción más amplia, psicológica.”¹⁰⁷

¹⁰⁶ Alcalá Contreras, Mitzy, *Carmen Rincón, El derecho de ser madre*, p. 214

¹⁰⁷ Lamas, Martha, *Del drama personal a la batalla política, Paulina, en el nombre de la Ley*, p.5

NOSOTRAS HABLAMOS: EN EL CONSULTORIO.

Cuando la violencia se da en forma de discriminación a las mujeres

“El ginecólogo me dejó con las piernas abiertas y expuesta en la mesa de exploración, y fue a traer otros dos médicos de la cruz roja de Naucalpan, para que me observaran. Los médicos comentaban en voz baja y hasta se reían. Yo me sentía un fenómeno y me arrepentí enormemente de haber comentado que soy lesbiana en la consulta. Además me hicieron cuestionamientos y calificaciones sobre ser lesbiana, no relacionadas con mi salud. No compré el medicamento ni regrese a la cita siguiente, pues no sentía confianza. De no haber sido porque la infección era muy fuerte y tenía mucha comezón jamás habría yo ido a otro consultorio”. Martha, mujer lesbiana de 38 años.

Lilia, Ingeniera Química de 38 años que está desempleada, relata: “Acudí a un consultorio de Farmacias Similares que está en Cuautitlán México, porque tenía un fuerte dolor de oídos, el doctor me revisó y me dijo que era una infección. Luego se sentó a escribirme la receta. Me preguntó edad, peso, dieta. También me preguntó con quién vivía. Cuando le contesté que con mi novia, me volvió a preguntar con quién y cuando le reiteré que con mi novia, guardó silencio y siguió escribiendo. Antes de irme, leí la prescripción y le pregunté para qué eran los cuatro medicamentos. Dos eran para la infección, otro para el dolor y el cuarto un antidepresivo. Cuando me sorprendí por esto último, el doctor me dijo que yo estaba muy deprimida por mi modo de vida y que necesitaba atención y que cuando quisiera fuera a dar una platicada con él. Me enojé y le contesté que él no tenía facultad para recetarme esos medicamentos, que no era psiquiatra, que cómo podía valorarme psicológicamente en 15 minutos y sin hablar, que me había recetado el medicamento sin decirme lo que era y que, finalmente, yo tomaba terapia pero con una especialista. El médico sólo me respondió: -Toma terapia, ya ve cómo tengo razón y está usted mal-. Me fui furiosa de ahí”.

Noelia es secretaria y tiene un problema de motricidad por lo que acude a un especialista con regularidad:

“El neurólogo me había tratado muy bien hasta que en una cita, ya avanzado el tratamiento, se me salió decirle que yo soy lesbiana. Entonces me mando hacer la prueba del SIDA ¿Qué tiene que ver la gimnasia con la magnesias?”

Por supuesto, tuve que buscar otro doctor y es una lástima, porque este era bueno”.

Cuando la violencia atenta contra la dignidad de las mujeres

Karla que realiza Labores domésticas no remuneradas y tiene 30 años, todavía se indigna cuando recuerda:” Fui con mi esposo al consultorio ginecológico. El doctor me hizo mi historial médico y luego me revisó. Lo que me molestó mucho es que escribió la receta y se la fue leyendo a mi esposo y diciendo cada cuando tenía que tomarme las medicinas. A mi ni me miraba. Le dijo a él de los cuidados que yo

debía tener, le cobró la consulta y cuando nos acompañó a la puerta sólo de mi esposo se despidió de mano. Me sentí como perro en el veterinario”.

Frida estaba embarazada a los 37 años. Y se dedicaba a las labores domésticas no remuneradas, cuando su esposo se marchó a vivir con otra mujer, dejándola sin dinero y con una pequeña de siete años por criar; comenzó a tener falta de apetito,, su presión sanguínea subía y bajaba abruptamente y no podía dejar de dormir todo el día. No sabía si eran circunstancias de su embarazo o consecuencia del dolor emocional que padecía. Cuando consultó con el doctor, éste sentenció:

“No señora, la depresión no existe. Sólo son ideas de las mujeres que les gusta hacerse las víctimas.”

K. de 31 años y maestra bachillerato, recuerda un maltrato: “Había ido a abortar a un hospital de una zona cara en Satélite. No sabes, mi novio había tenido que vender su carro para pagar el aborto. Me lo hicieron bien, yo creo. No tuve ninguna consecuencia. Pero, cuando me estaba despertando de la anestesia yo estaba muy deprimida, muy triste pues si deseaba ese bebé, pero no había dinero, ni mi relación era sólida como para tenerlo. Entonces, yo estaba llorando y sintiéndome muy mal, sin abrir todavía los ojos, cuando escuche risas y el doctor y la enfermera se estaban burlando de mí, diciendo que primero andan de putas y luego lloran. No le dije nada a mi novio. Pero me dolió, todavía me duele mucho el comentario”.

R. De 29 años también maestra bachillerato, testimonia: “Mientras estaba yo todavía en la sala de expulsión, agotada y vulnerable el tipo de la anestesia viene y me dice: No se apure, a la siguiente si le sale niño. Usted siga echándole ganas.”

S de 27 años. Empleada, todavía indignada, narra:

Me embaracé y me enteré que él era casado. De todos modos tuve a mi bebé. Nació niño. Nació de madrugada. Cuando ya se hizo de día estaba muy triste, como deprimida y no quería darle pecho al niño. No quería ni enderezarme, nada. Mi mamá estaba tratando de darme de comer y yo no quería. Entonces pasó un doctor y preguntó por el papá. Yo le dije que no había. Entonces el doctor empezó a regañarme, a gritos y frente a las otras mamás de las otras camas,-que sí estaban sus maridos en la visita-. Empezó a decirme que cómo le había yo dado ese disgusto a mi madre, que la había defraudado y que además no comía, que eso estaba mal porque era mi obligación alimentar al bebé. Que ya que había fracasado como mujer no fracasara como madre. Me hizo llorar y se fue. Acordarme de eso todavía me hace llorar. La verdad es que odio a ese doctor.

Amelia es una mujer de 67 años que se dedica a labores domésticas no remuneradas

En consulta, en el seguro, quería dar sus antecedentes de salud, para facilitar la labor del médico y comenzó a enumerar: Diabetes, descalcificación, artritis reumatoide, gastritis...

El médico la interrumpió: "Ya madre no se invente tantas enfermedades".

M de 28 años, es comunicóloga y cuenta:

"Pues era el médico de la familia de mi novio. Es el Doctor Vilchis. Hacía años que los atendía. Cuando me embaracé, mi novio me llevó con él para confirmar el embarazo. Yo le dije que no tenía dinero para el parto, pero que tenía el seguro de la universidad. Él dijo que al yo embarazarme había perdido derecho al seguro facultativo, porque o era estudiante o era mamá, que buscara otra opción y que viera que ya había echado a perder mi vida. Yo le creí, pues él trabaja en el IMSS. Después me enteré de que no era cierto y fui al seguro facultativo, pero tuve problemas para que me aceptaran porque me tarde casi cuatro meses en atenderme ahí. Me molestó mucho lo que dijo ese doctor, me pareció que quería desinformarme y, pues yo si fui estudiante y mamá y no eche a perder mi vida".

Cuando la violencia impide la libre elección

K.A. de 32 años, está en busca de empleo y narra:

"Yo siempre he querido un solo hijo. Cuando tenía 23 años que iba a nacer mi bebé, le dije al médico, al ginecólogo, a la trabajadora social, hasta a la enfermera que quería que de una vez me hicieran la salpingo. Todos se negaron, me cuestionaban y hasta me regañaban. Me decían que era bueno tener la parejita; que tal si se me moría este hijo que me diera oportunidad de tener otro; que si me casaba de nuevo, que mi otro marido iba a querer un hijo suyo, etc. No respetaron mi decisión porque según estaba yo muy joven para no tener más hijos. No me quisieron respetar lo que yo decía. Para qué hablan de los métodos si ni ellos mismos se la creen".

Neferti de 19 años es empleada de una tienda y tiene una situación semejante:

"Soy mayor de edad y no quiero hijos. En todos los lugares que he ido para operarme, se niegan porque soy muy joven, dicen que luego me voy a arrepentir. Yo se lo que quiero ¿Por qué no me respetan?"

VIOLENCIA QUE MATA

“Mi madre dio a luz muy jovencita y fue un parto muy difícil, que puso su vida en peligro y casi de inmediato nació mi hermano, con mayores complicaciones, apenas 10 meses después. Por eso y por que no tenían muchos recursos para tener muchos hijos, se fue a poner el DIU luego, luego. En esa época todavía no lo ponían en el momento del parto. Total que fue a un hospital de monjas, estaba por la Villa y antes de ponerle el dispositivo le estuvieron diciendo que si los hijos que dios le quisiera mandar, que si el pecado, todo el discurso religioso para impedir que se pusiera el dispositivo, etc. Pero, como ella de todos modos insistió, la trataron muy mal y el doctor buscó ponerle el DIU de la forma más dolorosa posible. Fue tanto el maltrato que mi madre jamás asistió de nuevo a un ginecólogo y en general trataba de no ir al médico, ni siquiera para que le quitaran el mentado dispositivo. Pasó 27 años con el artefacto dentro de ella, sin ir de nuevo al doctor. De hecho sólo asistió cuando ya estaba muy grave de su hígado. Primero murió antes de que volviera a revisarla un ginecólogo”.

(Entrevista a L)

Mujeres Vulneradas

La violencia deja secuelas. El Portal de la Secretaria de Salud del Estado de México, refiriéndose a la violencia contra las mujeres, en general, expone: “El espectro de daños a la salud se da tanto en lo biológico -desde retraso en el crecimiento de origen no orgánico, lesiones que causan discapacidad parcial o total, pérdida de años de vida saludable, hasta la muerte-, como en lo psicológico.”¹⁰⁸

Fabiana Méndez, consigna que existe ya “el reconocimiento cada vez mayor, por parte de los investigadores y los profesionales, de la necesidad de incluir los actos de violencia que no causan por fuerza lesiones o la muerte, pero que a pesar de todo imponen una carga sustancial a los individuos, las familias, las comunidades y los sistemas de asistencia sanitaria en todo el mundo.”¹⁰⁹

En este trabajo encontramos que las secuelas de la violencia por parte del trabajador en salud recaen directamente sobre las mujeres en cuatro sentidos, al menos:

1. Daño físico directo: cicatrices, pérdida de miembros, de órganos, cambios de vida por secuelas e, incluso, muerte.

Las 20 mujeres entrevistadas son sobrevivientes, Sin embargo ésta violencia tiene consecuencias tanto palpables como secundarias, una de ellas tiene una cicatriz a causa de la cesárea de emergencia que durante tres años afectó su desempeño físico, siendo que su modo de subsistencia era relacionado a la

¹⁰⁸ Portal Secretaria Salud Estado de México, *violencia familiar 2006*.

¹⁰⁹ Méndez, Fabiana Andrea, *Resumen de informe sobre violencia*.

instrucción de baile; otra de ellas perdió su matriz, con el desorden hormonal y debilitamiento subsiguiente que ello implica para el resto de su vida. Dos no fueron escuchadas en su petición de salpingoclasia, por lo que no pudieron decidir sobre su cuerpo.

2. Daño físico indirecto y emocional:

Carmen Rico, quien ha tratado en terapia mujeres que han sufrido violencia por parte de trabajadores en salud, considera que las consecuencias emocionales son varias, diversas e inclusivas. “A mi experiencia: Depresión, angustia, miedos que llegan a ser terroríficos, desvalorización de sí misma y de su entorno, desconfianza, enojo consigo misma y con los demás, confusión de la configuración de su yo y la personalidad. Se resume en acomodos distorsionados, que si bien le permiten sobrevivir le generan conflictos constantes o relaciones distantes e inseguras con su entorno, entre otros.”

Fabiana Méndez complementa: “Las mujeres como blanco de la violencia pueden padecer stress crónico y, como consecuencia, enfermedades tales como hipertensión, diabetes y asma. Frecuentemente, también sufren dolores de cabeza en forma crónica, trastornos sexuales, depresiones, fobias y miedos.”¹¹⁰

3. Desinformación.

Negar la información (como en el caso de Elizabeth), sobre planificación de la familia y los anticonceptivos; No sólo es ya una violación a los derechos humanos de las mujeres y un atentado contra su proyecto de vida, si no que puede redituarse en otras violencias como son embarazos no deseados, abortos realizados en malas condiciones; enfermedades de transmisión sexual, inclusive el VIH/SIDA, comenta Miriam Medina.

4. Alejamiento del consultorio y el subsecuente efecto negativo en salud.

Sara Islas piensa que la violencia de los trabajadores en salud, aleja a las mujeres del consultorio. “Éstas crean varios discursos con tal de no asistir; Me duele el estómago, me tomo un tesito. Me duele la rodilla: voy con la mujer que soba y me pongo la hierbita”. Así mismo, dice: “La desconfianza no te permite seguir las indicaciones del médico.”

Carmen Rico, considera que una consecuencia de haber sido violentada es el alejamiento del consultorio: “El primer síntoma es el rechazo a la persona, lugar o todo lo que le recuerde la persona o situación de abuso, pues la evitación es conducta esperada.”

“Pensar en las largas filas, el maltrato en sala de espera, las horas de hacinamiento humano, para que el médico me regañe y para colmo no exista en farmacia el medicamento que me recetó o los estudios me los puedan

¹¹⁰ Méndez, Fabiana Andrea, *Violencia de género*.

hacer hasta dentro de tres meses...mejor me tomo un paracetamol y le doy largas al asunto.” Dice Mónica Rodríguez.

Isabel Barranco opina, respecto a este punto, que no todas las mujeres se alejan del consultorio tras el maltrato: “Porque no hay conciencia de la salud, porque no lo pasamos al plano de lo real, como le conferimos todo este poder de conocimiento al médico, para mi es natural que me regañe, manipule, que abuse. Yo no detecto eso. Entonces digo, bueno. Sigo asistiendo. Seguimos alimentando y siendo parte de este círculo de violencia.” Isabel establece una diferencia: “Las personas que hemos tomado conciencia de que tenemos este derecho a la salud y que hemos puesto una queja, una demanda, si nos hemos alejado porque nos hemos dado cuenta de que no son satisfactorios estos servicios de salud que no cubren ni tus expectativas ni tus necesidades ni tus enfermedades. Pero hay otra cuestión: ¿Donde te vas a atender?”

De los 20 casos aquí documentados:

- 18 mujeres plantearon que tras las experiencias vividas, no sentían confianza y/o guardaban reservas cuando tenían que asistir a consulta médica.
- Sólo 3 asisten a medicina preventiva.
- 15 asisten únicamente en caso de necesidad extrema.
- 17 consideran que la violencia vivida con trabajadores en salud condicionó su asistencia a lugares del cuidado de la salud.

Durante el testimonio brindado para esta investigación Frida, expresa respecto a los médicos que la maltrataron: “Una tiene que seguir, como si nada, pero es difícil vencer luego el miedo que causan, son los que tienen en sus manos nuestra salud. Nuestras vidas están en sus manos.”

El alejamiento de los consultorios es un tema que condiciona la vida o la muerte, explica Ángeles Chávez, Pues cualquier alteración o situación que afecte a la salud es necesario sea atendida en forma oportuna y profesional.

La pronta atención tiene una importancia vital, tenemos un ejemplo en el tema de la mortalidad materna, documentado por la reportera Miriam González para CIMAC, en donde refiere: “en la medida que durante el primer nivel de atención (la cercanía al consultorio) esté cubierto de una manera más eficaz y las mujeres asistan a esta primera revisión, se podrá prevenir la muerte materna y estas causas dejarán de ser parte de una estadística”.¹¹¹

Las familias, también pierden:

“La indignación y el dolor, con sus secuelas psicológicas”, pero también, menciona Mónica Rodríguez: “la negligencia sobre el cuerpo de una mujer trae gastos económicos. Digamos, para una histerectomía: Una sola caja de hormonas cuesta

¹¹¹ González, Miriam, *Muerte Materna: El precio de ser madre*.

\$237, mensuales. Si quien provee la casa es un obrero o una obrera: imagina el desfaldo. Mejor no la adquieren y padecen las consecuencias. En los casos de muerte, la familia queda endeudada por mucho tiempo y es un círculo vicioso, pues la falta de dinero trae más secuelas sobre la salud de otros integrantes de la familia”.

“Es imposible calcular racionalmente el costo de una vida perdida” dice la UNFPA, pero en el caso de las defunciones y enfermedades derivadas de la maternidad afectan de muchas maneras a las mujeres, a sus hijos, a sus esposos, a sus familias amplias y a sus comunidades. Los costos económicos de la defunción de una madre abarcan la pérdida de sus contribuciones (monetarias y no monetarias) a la familia y su supervivencia, mayores tasas de mortalidad de sus hijos, crecientes cargas para los sobrevivientes en lo tocante a la atención del hogar y el cuidado de los niños y otros efectos sobre las comunidades y las sociedades

Los efectos directos sobre el bienestar de los niños se han documentado inequívocamente. Hay grandes probabilidades de que los niños pierdan la vida si uno de sus progenitores muere, pero las probabilidades son mucho mayores si quien muere es la madre. Asimismo, la muerte de una mujer tiene mayores efectos negativos sobre el crecimiento de los niños y sobre las tasas de matriculación escolar, particularmente cuando se trata de familias pobres los niños de más corta edad se matriculan más tarde y los niños de entre 15 y 19 años de edad abandonan la escuela antes.¹¹²

Sara islas dice: “Mujeres que pierden la vida es sinónimo de huérfanos, viudos, lo que la mujer va a dejar vacío.”

“Los niños menores de un año y los niños en general también sufren como resultado de la deficiente salud de las madres. Los mismos factores que causan la mortalidad y morbilidad de las madres, inclusive las complicaciones del embarazo y el parto y la atención deficiente al respecto, contribuyen a una cantidad de fetos nacidos muertos y defunciones de recién nacidos que se estima en ocho millones por año. Trágicamente, cuando una madre muere, aumentan las probabilidades de que sus hijos también mueran. En un estudio realizado en Bangladesh se comprobó que cuando una mujer muere de parto, su recién nacido casi seguramente morirá”, documenta UNFPA, y agrega: “En otro estudio realizado en Bangladesh se comprobó que los niños de hasta 10 años de edad cuyas madres mueren tienen probabilidades entre tres y diez veces mayores de morir dentro de un plazo de dos años que los niños cuyos progenitores están vivos. En Tanzania, los niños cuyas madres habían muerto, probablemente abandonarían la escuela para encargarse de realizar tareas en el hogar.”¹¹³

También, en forma física son afectados los miembros de la familia, Por ejemplo: la doctora Niria García expone que tras la violencia y desatención testimoniada en el

¹¹² UNFPA, *El estado de la población mundial 2000*, capítulo 5.

¹¹³ Ibidem.

caso de L, durante su parto, el producto puede padecer asma, retraso en el desarrollo del lenguaje o dificultades en el área cognitiva. Lo cual reeditaría en la economía y desempeño de la madre y de la familia, en torno a estas condiciones del niño.

Comunidades laceradas

“Sobre la colectividad, la consecuencia más directa, cuando la violencia implica la muerte o discapacidad de una mujer, está en la producción local, por la pérdida de un miembro activo y en la carga económica, social que representan los huérfanos.” Dice la doctora García.

Cuando una mujer enferma, tiene serias consecuencias a su alrededor pues, como lo visibiliza IPAS; “En todas partes del mundo, la capacidad de la mujer de realizarse en la vida y de participar de lleno en la sociedad dependerá en gran parte del estado de su salud” pero, también IPAS expone: “Cuando la pobreza, las desigualdades de género y otras barreras socioculturales se interponen para que la mujer disfrute de buena salud, el alcance de las consecuencias va más allá de las mujeres mismas. Las familias y las comunidades también sufren a consecuencia de la pérdida de estas mujeres o a causa de la disminución de su rendimiento, ya que por lo general son los principales cuidadores, ganadores de sueldo y miembros productivos de la sociedad.”¹¹⁴

La UNFPA, establece que Gran parte del trabajo de la mujer, remunerado y no remunerado, tiene repercusiones económicas, aun cuando raramente se pone de manifiesto o se cuantifica plenamente la contribución femenina. Si dicha contribución fuera reconocida en su justo valor y apoyada consecuentemente, el incremento de valor compensaría todos los costos o todas las presuntas economías dimanadas de la desigualdad, por ejemplo, en el trabajo agrícola no remunerado de la mujer.

Según cifras del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), cada año en México, aproximadamente 7 mil niñas y niños, no cuentan con el beneficio y el derecho de tener una madre viva y sana que asegurará su supervivencia y desarrollo, debido a los índices de mortalidad materna en el país.¹¹⁵

Al respecto, el Fondo para la Población de las Naciones Unidas plantea que debido al costo o dificultad de acceso muchas familias no priorizan la atención a la mujer embarazada y esto tiene trágicas consecuencias para ellas; para sus hijos, que tienen menos probabilidades de sobrevivir o de tener una infancia saludable en ausencia de una madre; y también para sus comunidades y sus países.¹¹⁶

Gisela Espinosa Damián, investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), citada por CIMAC precisó que el 61 por ciento de las mujeres que fallecen

¹¹⁴ Ipas, *La salud de la mujer*.

¹¹⁵ Torres, Gladis, *En países pobres ocurre el mayor número de muertes maternas*

¹¹⁶ Fondo de Población de las Naciones Unidas *Estado de la población mundial 2004: Salud materna*.

en el país por causas asociadas a la maternidad, tienen entre 20 y 34 años, es decir, que mueren en edad productiva y reproductiva.

“No importa si es un cuadro de apendicitis, si se trata de la presión arterial o consecuencias de una infección, el hecho de que no se atienda de forma oportuna a una mujer, ya sea porque las familias quieren ahorrar al no gastar en médicos o porque se le tenga miedo a la atención especializada, son vidas humanas las que se pierden y la sociedad entera pierde algo en su tejido fundamental cuando se pierden las valiosas aportaciones de cada mujer”, Expone Miriam Medina.

VIH/SIDA

Isabel Barranco, considera un segundo aspecto. “A nivel comunidad la negligencia y los tratos violentos a las mujeres se traducen en Infecciones de Transmisión sexual, embarazos no deseados. Si tu no distribuyes adecuadamente el condón, como ejemplo.”

Mónica Rodríguez conviene con lo planteado por Isabel ya que dice: “Si el médico no escucha mi petición de salpingo, por ejemplo, puedo tener un embarazo no deseado y ese llegar a abortos clandestinos, a mi muerte o a tener hijos no deseados. Lo mismo si me niegan información o elegir el método de control natal que mejor responde a lo que yo necesito”.

Las altas tasas de contagio con el VIH/SIDA, debidas en parte a la desigualdad de género, de acuerdo con la UNFPA, y a que no se efectúan inversiones en la prevención, han dañado gravemente las perspectivas económicas y sociales en muchos países. Debido a la concentración de las defunciones en los años tempranos e intermedios de la adultez, se han perdido las vidas de muchas trabajadoras capacitadas, lo cual ha desguarnecido la fuerza laboral y ha impuesto que se duplicaran las inversiones de escasos recursos en la capacitación de personal. La comunidad internacional ha reconocido tardíamente esa amenaza.

En los países como México, donde el crecimiento económico ya es lento, estos efectos son de gran magnitud; quienes más sufren son los pobres y el sistema de salud. La epidemia también está imponiendo sustanciales costos agregados a los sistemas de salud. En algunos de los países más afectados, las personas contagiadas ocupan más de la mitad de las camas de hospital disponibles.

La pandemia del SIDA se cobra sus costos de maneras diferentes. Un desarrollo estancado o que pierde terreno en países de bajos ingresos es de difícil cuantificación y de más difícil restauración. Las redes de apoyo social han quedado recargadas por encima de su capacidad. Muchos millones de huérfanos a causa del SIDA viven sin recibir educación adecuada, atención de la salud o nutrición suficiente. Muchos tropiezan con dificultades para mantenerse a sí mismos, a sus hermanos y hermanas y a sus sobrecargadas familias adoptivas.

El costo de la violencia de género

“La violencia contra las mujeres tiene también un alto costo social y económico para el Estado y la sociedad. Los gastos incurridos en salud, procesos legales, transporte, incapacidades y ausencias al trabajo de las mujeres afectadas pueden implicar sumas multimillonarias anuales para las instituciones públicas y privadas, así como para las familias.” Documenta Fabiana Méndez ¹¹⁷

Adrenne Germain, presidenta de la Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres, va más lejos en su análisis: “Las altas tasas de crecimiento de la población (producto de la falta de acceso de la mujer a salud) pueden minar la calidad de vida y erosionar el medio ambiente, a la vez de impedir el progreso del desarrollo. La producción de alimentos per capita está declinando y la crisis de salud espoleada por el VIH/SIDA está creciendo. Las demandas hechas por el creciente número de personas a la tierra, los bosques y los recursos hídricos contribuyen a la deforestación, la erosión del suelo, la desertificación y al descenso de las capas freáticas.”¹¹⁸

Ya en la Conferencia Internacional del Cairo se había planteado la cuestión, testimonia Germain, “participantes de países ricos y pobres por igual reconocieron el alto costo de continuar negando los derechos más básicos a la mujer: un ciclo de pobreza que se auto perpetúa y la concomitante degradación de los individuos, las sociedades y el medio ambiente a su alrededor...”¹¹⁹

El Portal de la Secretaria de Salud de México considera que la violencia sobre la mujer, también aplicable a nuestro estudio, genera, en lo social, un alto riesgo de perpetuación de conductas lesivas, desintegración familiar, violencia social e improductividad.¹²⁰

“La violencia directa como golpes y malos tratos afecta la salud de las mujeres, cuando el médico las violenta y reciben esta doble agresión, es un efecto dominó sobre sus vidas y las de su comunidad, habría que empezar a calcular también en términos económicos el costo de la violencia médica. Enfermedades o lesiones que pudieron curarse fácilmente, se complican en procedimientos y en costos cuando el médico no es capaz de retener y acercar a las mujeres a su consultorio.” Analiza, Mónica Rodríguez.

¹¹⁷ Méndez, Fabiana Andrea, *violencia de género*.

¹¹⁸ Germain, Adrienne, *Primero emancipar*.

¹¹⁹ Ibidem.

¹²⁰ Portal Secretaria Salud Estado de México, *violencia familiar 2006*.

TRABAJADORAS Y TRABAJADORES DE SALUD RESPONDEN

M. Médica General con 33 años de edad:

¡Ujúle!. Tema difícil de platicar. Abuso de los médicos a las mujeres: si hay. Yo he visto mucho. Desde: Mamacita, ponga así sus piernitas. Tratos denigrantes. Sobre todo en pueblos. Hay mucho poder que se ejerce. Sobre todo porque el doctor sabe muchos secretos de la paciente, de su familia. Además si hubiera alguna denuncia el médico se la saca fácil con "Ella me provocó" ¿A quien le van a creer? No es algo que se plática entre compañeros, pero yo veo como que aunque no se trate de abuso sexual, si hay maltrato. Son muy bruscos cuando tratan a las pacientes. Además yo los conozco, no es mentira que en los partos están agrediéndolas, gritándoles: -Cállese, bien que gozó, coopere- y otras cosas. Algo que he visto que hacen muy generalmente son cosas como mover los dedos de más cuando hacen el tacto vaginal. Eso lo hacen por mañosos, porque hay un procedimiento que seguir y el mover los dedos adentro y afuera no es necesario. O, están explorando la vagina y mirando los senos; las voltean para explorarles las nalgas cuando no es necesario; en la revisión de senos, luego rozan de otra manera. Cuando se hace tacto bimanual no hay razón para recargarse en el pubis y lo hacen. También, cuando se atiende a niñas, no se les tiene que desnudar, se les puede auscultar vestiditas.

Para eso se nos da en la escuela la materia de ética médica. Hay un libro muy bueno de Suros que se llama Exploración Médica y que si lo siguiéramos se evitarían todo tipo de malentendidos.

Cuando estaba haciendo el servicio social, o en prácticas, creo; suspendieron a uno de mis compañeros porque en la preparación de una paciente para el parto, cuando rasuraba el pubis estaba rozando, a propósito, con el pulgar el clítoris. Lo que pasa es que esta paciente era privilegiada, familiar de alguien importante, si no, no habría pasado nada. Con las quejas y denuncias no pasa nada. Cuando denuncian van con el director o subdirector, se llena un formulario y el director luego lo rompe. Hay mucho encubrimiento de las autoridades. Se supone que hay un protocolo: primero el paciente hace la queja en un formulario, luego se notifica al médico para que declare, se procede y se lleva un record de denuncias. Pero esto no ocurre así.

En mi caso, si llego a saber de una situación de abuso y una denuncia, primero le aviso al médico. Primero los compañeros y luego los pacientes. Es una regla no escrita pero que se debe seguir.

Si apoyas una denuncia puedes perder el prestigio, pacientes. Tienes menos apoyos y menos oportunidades de pertenecer a asociaciones y otros privilegios. Todos los que tenemos consulta privada, debemos contar con un grupo de especialistas, llevarnos bien y protegernos entre todos porque va de por medio el dinero.

Lucia de 43 años es enfermera y testimonia:

Yo estaba como practicante y vi que una menor de edad entró a consulta a que la revisaran. Me tocó estar ahí, viendo. Estaba embarazada y el doctor tocándole los pezones al mismo tiempo que le hacía el tacto. Pinche pedófilo. La niña tenía 15 años. Los doctores siempre se protegen entre ellos. Uno no puede decir nada.

B. tiene 47 años es Médica general y responde en entrevista:

Cuando en el parto no queremos que las mamitas griten es por una razón. Al inhalar suben al bebé y dificultan la expulsión, pero hay que explicar, no insultarlas. Yo si veo todos los días como mis compañeros les gritan con cosas del tipo: Abriste las patas, lo gozaste. Ahora goza esto. Bien vulgares, bien humillantes, hasta para una que es mujer y está en la sala de expulsión.

Derechos de las humanas

De acuerdo con el informe del 2000 de la UNFPA, en su capítulo 6, Un conjunto de tratados de derechos humanos y acuerdos celebrados en conferencias internacionales y forjados por los gobiernos durante varios decenios – con la creciente influencia de un movimiento mundial cada vez más fuerte en pro de los derechos de la mujer – proporciona las bases jurídicas para eliminar la discriminación por motivos de género y la conculcación de los derechos de género. Esos acuerdos afirman que las mujeres y los hombres tienen iguales derechos y obligan a los Estados a adoptar medidas contra las prácticas de discriminación.¹²¹

El punto de partida se encuentra en los principios de la Carta de las Naciones Unidas y la Declaración Universal de Derechos Humanos, a los cuales se adhieren todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas. Después de que esos dos instrumentos fueron redactados, en el decenio de 1940, se elaboraron descripciones concretas de los derechos y las libertades, pero cada uno de los tratados ulteriores sobre derechos humanos se ha basado en el reconocimiento explícito por parte de los precursores acerca de la igualdad de derechos y libertades fundamentales de cada hombre y cada mujer, y el hincapié que hicieron en proteger la dignidad de las personas.

Las decisiones adoptadas por consenso en conferencias internacionales son también importantes instrumentos de promoción del cambio, tanto dentro de los países como en el plano internacional. La Declaración y Programa de Acción de Viena, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Plataforma de Acción aprobada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer son acuerdos internacionales aprobados por consenso que apoyan firmemente la igualdad de género y la potenciación del papel de la mujer.

En referencia a este tema, se puede tomar la información del Portal de Salud del Estado de México que informa: “La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos tutela garantías y derechos específicos que se refieren a la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres y al establecimiento de condiciones para el desarrollo y desenvolvimiento de los individuos, las familias, las comunidades y los pueblos indígenas. De este contexto, se establece el derecho a la protección a la salud y la plena igualdad jurídica de los hombres y las mujeres.” Sin embargo el mismo documento reconoce: “... No obstante, subsisten aún profundas inequidades entre ellos, que propician situaciones de maltrato y violencia hacia los miembros más débiles (en función del sexo, la edad o la condición física), que se manifiestan cotidianamente. Ello ocurre tanto en el medio familiar, como en el ámbito público. Esta inequidad facilita el abuso de poder, exponiendo a situaciones de violencia a los grupos que socialmente son más vulnerables”.

¹²¹ UNFPA, *El estado de la población mundial 2000*, Capítulo 6.

Así mismo, la FNUPA, declara: “Cada vez se reconoce más que la violencia por motivos de género es una importante cuestión de salud pública y una grave conculcación de derechos humanos básicos.”¹²²

También la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación ordena explícitamente que: Los Estados deben esforzarse por modificar las pautas sociales y culturales de conducta que crean estereotipos para uno y otro sexo o colocan a las mujeres en posición de inferioridad y, también se declara que los Estados deben velar por que las mujeres tengan igualdad de derechos en materia de educación e igual acceso a la información, demás de eliminar la discriminación contra la mujer en cuanto al acceso a los servicios de salud.

Así, resulta oportuna la declaración de Mónica Rodríguez: “la violencia que pueden ejercer los trabajadores en salud, es un atentado concreto sobre la condición y los derechos de las humanas y es preciso denunciarla.”

Desde quienes atienden en primer nivel, hasta las políticas públicas:

Sara Islas señala la alta incidencia hoy de cáncer y la condolencia social y mediática alrededor, pero denuncia: “Pocos cuestionan lo que se pudo haber prevenido. Una cifra más cuando mueres de cáncer, pero hoy se silencia que hubo programas de salud que no consideraron la falta de presupuestos y no realizaron acciones preventivas oportunas.”

“Hoy en México se sorprenden del alto índice de cáncer cérvico uterino y de senos, pero esto tiene antecedentes, porque nunca hubo campañas, no hubo diagnóstico, Lo que si hubo fue mucha negligencia, falta de prevención, no hubo un seguimiento. El resultado es consecuencia de esta violencia.” Coincide Isabel Barranco.

“Hay una campaña respecto al Cáncer en cervix y útero, pero no de información respecto al VPH, que lo desencadena y menos a cómo se adquiere. Las mujeres siguen teniendo contacto con hombres sin protección y se silencia, lo mismo que lo que está pasando con el VIH. Los programas insuficientes y con información sesgada son femicidios a no tan largo plazo”. Denuncia Mónica Rodríguez.

En este marco concreto, sobre los testimonios documentados en este trabajo en referencia a los derechos humanos vulnerados, algunas de las tantas consideraciones que pueden ser aplicadas en estos casos son:

1. En cuanto a los testimonios sobre la violencia que atenta contra la integridad sexual de las mujeres:

Cabe recordar que el Estatuto de la Corte Penal Internacional (Estatuto de Roma), aprobado en 1998, determina que la violación y otros delitos reproductivos y sexuales están al mismo nivel de los crímenes internacionales

¹²² UNFPA, *El estado de la población mundial 2000*.

más atroces, constitutivos en muchos casos de tortura y genocidio. Según lo consigna Luisa Cabal.¹²³

2. En cuanto a los testimonios sobre la violencia que atenta contra la integridad física de las mujeres:

El Fondo Para La Población de las Naciones Unidas relata que en el examen realizado en 1999 de la ejecución del Programa de Acción de la CIPD...se exhortó a los Estados a “promover la reducción de la morbimortalidad materna, como cuestión prioritaria de salud pública y de derechos reproductivos” y velar por que “la mujer tenga fácil acceso a atención obstétrica esencial, servicios de atención de la salud materna bien equipados y adecuadamente dotados de personal, asistencia calificada durante el parto...”.¹²⁴

También, la Convención sobre los Derechos del Niño, un fuerte instrumento para responsabilizar a los gobiernos de cuestiones relativas a derechos humanos pues casi todos los Estados han ratificado, en el Artículo 24 se obliga a los Estados a "asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres".

3. En cuanto a los testimonios sobre la violencia que se da en forma de discriminación a las mujeres:

*“La definición de violencia contra las mujeres incluida en la Convención de Belém do Pará reconoce también que “el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye el derecho a ser libre de toda forma de discriminación y a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados”.*¹²⁵

También, el sistema interamericano reconoce que la violencia contra las mujeres y su raíz, la discriminación, es un problema grave de derechos humanos con repercusiones negativas para las mujeres y la comunidad que las rodea, y constituye un impedimento al reconocimiento y goce de todos sus derechos humanos, incluyendo el que se le respete su vida y su integridad física, psíquica y moral.¹²⁶

En tanto, la CEDAW, en el artículo 12 le exige a los estados "tomar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación en contra de las mujeres en el área de los cuidados de salud".

4. En cuanto a los testimonios sobre la violencia que atenta contra la dignidad de la mujer:

La socióloga, Luisa Álvarez Cervantes se ha pronunciado en contra del maltrato y ofensas a las mujeres que están en trabajo de parto por algunos médicos y enfermeras pues contraviene, la Declaración Sobre la Eliminación

¹²³ Cabal, Luisa, Lemaitre Julieta y Roa Mónica; *Op. Cit.*

¹²⁴ Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Estado de la Población Mundial 2004: Salud Materna*

¹²⁵ CIDH, *Acceso a la justicia para las mujeres víctimas de violencia en las Américas*

¹²⁶ *Ibidem.*

de la Violencia Contra la Mujer y otros acuerdos en la que las autoridades están obligadas a respetar: "Cuestionar a la mujer que está pariendo, sintiendo dolor, con lo que experimentó en el momento de la concepción, es colocar a la mujer como un objeto sexual".

Otra situación, señalada por la doctora Álvarez es el que este tipo de agresiones psicológicas, se registran exclusivamente en los hospitales públicos, lo que agrava la situación de estas mujeres, porque es un acto discriminatorio contra quienes no pueden pagar un servicio médico privado. Incurriendo, así en un acto violatorio a los derechos fundamentales como es la dignidad y el valor para las personas.¹²⁷

5. Cuando la violencia impide acceso a decisiones o información:

El derecho a la información y a la educación es fundamental para evitar las muertes de mujeres por causas relacionadas con la maternidad, toda persona, desde temprana edad tiene derecho a ser educada y debe tener igual acceso a información. Al respecto el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en "El estado de la población mundial 2005", indica que la educación insuficiente deja a menudo a las mujeres con escasa o ninguna comprensión, de los riesgos del parto y otras cuestiones de salud.¹²⁸

"En la lista de prioridades mundiales, para lograr que la maternidad sin riesgo ocupe un alto lugar hay que asegurar que las mujeres tengan acceso a servicios de planificación de la familia, a fin de reducir los embarazos no deseados".¹²⁹

Dorothy Aken'Ova, Directora Ejecutiva del Centro Internacional para la Salud Reproductiva y los Derechos Sexuales (INCREASE, su sigla en inglés), en Nigeria, que trabaja para asegurar que la salud y los derechos sexuales sean promovidos y protegidos en todos los escenarios declara que "aquellos factores que impiden la promoción y protección de los derechos humanos se relacionan con problemas que se consideran inaceptables para la conversación pública... son contextos donde se debe tener sexo, pero donde no se puede discutir sobre eso, donde una persona que tiene menos de 18 años se considera demasiado joven para recibir información acerca de salud y derechos sexuales, pero se le considera con la edad suficiente para casarse, obligada a tener actividad sexual y a tener hijos."¹³⁰

Así mismo, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos garantiza el derecho a "la libertad de expresión", inclusive "la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole" (Artículo 19).¹³¹

¹²⁷De la Cruz, Dora Alicia, *La discriminación a mujeres en trabajo de parto, viola DH*

¹²⁸Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Estado de la Población Mundial*

¹²⁹Ibidem

¹³⁰Cesnambihilo Dorothy Aken'Oya, *El Efectivo Funcionamiento de los Mecanismos de Derechos Humanos*.

¹³¹UNFPA, *El estado de la población mundial 2000*, Capítulo 6.

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer se reafirmó y fortaleció el consenso logrado el año anterior en El Cairo, durante la CIPD. Gran parte de los conceptos de la CIPD relativos a los derechos reproductivos fueron incorporados directamente en la Plataforma de Acción. En el párrafo 92 se establece: "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". En el párrafo 96 se estipula "Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia".

Respecto de estas violaciones a los derechos humanos, puede retomarse lo planteado por la doctora Mariblanca Staf en su obra Mujer y Derechos Humanos: "La salud de la mujer constituye un requisito previo indispensable, para garantizar el disfrute de sus derechos humanos sin discriminación y para ello hay que adoptar medidas tendientes a asegurarle en pie de igualdad, un acceso adecuado a los servicios de atención de la salud, nutrición, planificación familiar, incluyendo su derecho a decidir el número y espaciamiento de hijos; aumentar su esperanza de vida, y otros".

En la construcción de alternativas.

La doctora Mariblanca Staff, plantea: "...se hace necesario trabajar en una reformulación de la legislación, dando énfasis en los derechos humanos de las mujeres, elaborando y promulgando nuevas leyes no sólo en el ámbito penal, sino también en el civil, administrativo y de procedimiento, destinadas a prevenir, erradicar y sancionar la violencia contra la mujer en todas sus formas y expresiones".¹³²

Germain escribe: "Únicamente lograremos superar los retos de pobreza, mala salud y presiones ambientales si comprometemos recursos—y no sólo creamos acuerdos—que coloquen las necesidades, los deseos y los derechos de las mujeres y las niñas individuales en el centro de las políticas de salud y desarrollo mundiales".

Además de las legislaciones nacionales e internacionales¹³³, en el caso de México Cristina Herrera y Carolina Argoff plantean es indudable que la sensibilidad y la atención adecuada de la violencia doméstica en el ámbito de la salud, tal como lo prevé la NOM-190, dependen de un programa de capacitación y sensibilización amplio de los prestadores de salud que permita cuestionar los valores tradicionales de la cultura patriarcal que favorecen la tolerancia o justificación de la violencia masculina.¹³⁴

¹³² Staff Wilson, Mariblanca, *Mujer y Derechos Humanos*.

¹³³ Germain, Adrienne, *Op.cit.*

¹³⁴ Herrera, Cristina y Agof, Carolina. *Op.cit.*

De hecho, ya hay mujeres y organizaciones civiles en México, exigiendo la desnaturalización de esta violencia, trabajando por ello y proponiendo alternativas desde lo legislativo, las normas y sobretodo transformando en la práctica cotidiana:

Algunos espacios amigos de las mujeres, en México

- **CIMAS**

De acuerdo a lo consignado en su espacio web, es una Asociación Civil que fue fundada en el año 1999 por mujeres profesionales especializadas en el área de la salud sexual y reproductiva, e integradas a crear un espacio digno y de respeto para la salud de las mujeres. Buscan una participación protagónica de las mujeres en los procesos de atención a su salud, en el conocimiento y ejercicio de sus derechos, a un trato digno, a recibir una atención de calidad sin discriminación de ningún tipo (clase social, raza, religión, opción sexual, edad, condición económica, etc.) y al fortalecimiento de su autonomía.

- **MEXFAM**

MEXFAM, ha sido pionera en el campo de la anticoncepción en México y actualmente es considerada como una organización de vanguardia, un modelo para otras agencias de planeación familiar en todo el mundo, rescatando el sentido de una planeación familiar integral en el ámbito de la familia, la comunidad y el país. Es el miembro mexicano de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF por sus siglas en inglés).

En la actualidad, MEXFAM busca conservar la presencia en las áreas más necesitadas del país, llevando información, educación y servicios clínicos de calidad en salud sexual y reproductiva a los grupos de población vulnerable, las mujeres y los(as) adolescentes, según lo establecido en la página virtual de la organización.

- **SIPAM**

Se autodefina como una organización que surge en 1987, sin fines de lucro. Su fin era promocionar la atención a la salud física, mental y social de las mujeres en los Pedregales de Santo Domingo en la Ciudad de México, mediante la capacitación, orientación, difusión y servicios.

Durante sus primeros años se fue especializando en los campos de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) desde una perspectiva de género. Una de sus metas era contribuir al empoderamiento individual y colectivo de las mujeres, así como en el ejercicio de sus derechos.

Actualmente Sipam se define como una organización feminista que promueve y defiende el ejercicio libre y placentero de la sexualidad de las mujeres así como el respeto de sus derechos sexuales y reproductivos como ejes de transformación personal, cultural y política.

La identidad y posicionamiento de Sipam están estrechamente vinculados a un enfoque de ejercicio ciudadano, lo que le demanda participar y responsabilizarse junto con otros actores, de los grandes asuntos de interés público que afectan e impactan al conjunto de la sociedad, especialmente a las mujeres, con una lógica de negociación y de autonomía dialogante y propositiva.

Sipam ha logrado ubicarse como una de las organizaciones ciudadanas líderes del movimiento civil democrático que, aportando desde su especialidad, ha impactado con una agenda de interés público en los ámbitos sociales, legislativos y gubernamentales.

La situación de atención a la salud de las mujeres se puede transformar (desde las acciones colectivas, e individuales y contestatarias)

Las especialistas y feministas consultadas para este reportaje hacen propuestas: De inicio, Sara Islas es determinante: “Exigir asignación de presupuestos médicos con transversalidad de género.”

“Paralelamente a la difusión de una cultura de derechos y de equidad de género, deben promoverse los mecanismos institucionales y organizacionales necesarios para que estos valores vayan encarnando en las instituciones y en su personal, pero desde una comprensión más profunda de la subjetividad de estos individuos, de sus prácticas profesionales y de los repertorios de significados sociales que utilizan, conciente o inconscientemente, para dar sentido a una realidad cotidiana difícil de manejar” Plantean Carolina Argoff y Cristina Herrera.

“Lo primero, o lo vital, sería irle quitando hegemonía al discurso médico. En la medida que yo como usuaria sepa qué puedo demandar y cómo de los servicios.” Dice Sara Islas.

Adrienne Germain expone que: “En Europa, las Américas, África y Asia se observa una pauta similar: si una niña recibe educación, contrae matrimonio más tarde y tiene menos hijos e hijas más sanos. Si asiste a la escuela aunque más no sea por cuatro años, es dos veces más probable que su hijo sobrevivirá que el de una mujer que no ha recibido educación. Al nivel nacional, los nacimientos más tardíos y una reducción en la mortalidad infantil a menudo tienen por resultado una declinación en las tasas de fecundidad, lo cual se traduce en más recursos para la generación siguiente.”¹³⁵

“Nosotras como pacientes: tenemos que denunciar, preguntar, le atribuimos todo el poder al doctor. Es importante preguntar y no tenerle miedo.” Propone Isabel Barranco y se extiende: “Cualquier pequeña duda o síntoma, desde lo más insignificante. Cualquier símbolo que me haga sentir agredida no solo física, si no hasta administrativamente denunciarlo. No estoy contenta, no estoy a gusto y hacer el seguimiento. Porque también pasa de que hacemos la denuncia, pero no

¹³⁵ Germain, Adrienne, *Op.cit.*

hacemos el seguimiento, lo único que provocamos es que los médicos se acostumbren y nos digan: “si denúnciame, aquí la espero” y vuelves a presentar este circulo vicioso de aquí no pasa nada”.

Carmen Rico considera que la clave está en difundir información: “educación que permita a las posibles víctimas reconocer los indicios de abuso o las situaciones que puedan generarlo, reconocer sus derechos a decir y defenderse, reconocer que tiene derecho a, inclusive, usar la fuerza para defenderse, reconocer que su entorno le puede creer para castigar, legislar, publicitar.”

Isabel Barranco propone: “Hagamos conciencia a partir de nuestra experiencia. Contar y preguntar ¿Cómo te fue? ¿Te lastimaron? ¿Te sentiste bien? socializarlo y apoyar a las personas receptoras de servicios y poner un alto al abuso. No es solamente por mi receptor de servicio, es por los demás. Solidarizarnos. Hacer una cultura, acercarnos”.

“Hay que transformar” exige Mónica Rodríguez, “Sensibilizar a médicos y personal sobre temas de equidad de género, respeto y no violencia. También a las pacientes, sensibilización y empoderamiento respecto a su cuerpo y salud”.

La propuesta a este respecto de Carmen Rico va en un sentido muy semejante, planteando que es necesario incidir en: “la configuración mental y cultural del abusador de ejercer poder al saber que la víctima no se podrá defender, y en la de la víctima que por no saber de sus derechos, por falta de cultura o de experiencia o por visión propia de menosprecio, algunas veces no se da cuenta que está siendo abusada cuando no se ejerce con violencia física.”

Finalmente Sara Islas decreta que el cambio es posible: “La buena noticia es que la cultura se puede transformar, aunque nos va a llevar un poquito.”

CONCLUSIONES

Las formas de violencia contra las mujeres y su salud, detectadas durante esta investigación se dividen en dos rubros:

- a) El que responde a normas, políticas institucionales y prácticas difundidas en el trabajo médico. Por ejemplo: tiempos de espera y burocracias que impiden la atención pronta, e incluso pueden provocar la muerte; uso de tecnicismos en el lenguaje que dificultan la comprensión de lo que se diagnóstica; desconsideración por el cuerpo, determinaciones, opiniones, emociones y sensaciones de quien recibe los tratamientos; cuotas exigidas a los médicos para procedimientos de control natal; normas y protocolos desensibilizados.

Ante todo: la enumeración anterior, parece dejar traslucir una fina capa bajo la que se esconde la concepción de que la persona que solicita atención respecto de su salud es inferior respecto de quien la imparte, por lo que implicaría la necesidad de imponerse, en forma tutelar, sobre ella, incluso amedrentarle en concordancia con el criterio de que solamente quien trabaja en salud sabe lo que está bien para ella, tiene el poder del conocimiento que se refleja en las denominaciones, minimizaciones: *Pacientita, muchachita, madrecita*.

- b) Violencias en forma más concreta: Abusos sexuales, contra la integridad física, la emocional, discriminación, derecho a la información y a la elección.

Ambos rubros se tratan de violencias que cada una y en conjunto, apartan a las mujeres de los espacios de atención a la salud, sobre todo quienes no tienen recursos económicos privilegiados. Tanto en las situaciones en que la violencia es directa y crea consecuencias específicas sobre los cuerpos y las realidades cotidianas de las mujeres que la padecen, en las formas de los testimonios aquí documentados; como creando un agobio con horarios de atención arbitrarios, poco acordes con las necesidades de las mujeres ya sea que trabajen o se dediquen a la crianza de niños, No existen hospitales públicos que consideren áreas, guardería, estancia para los niños, o simplemente que alguien los sostenga en brazos mientras la madre es auscultada; sumado a los espacios inadecuados que producen hacinamiento, largos tiempos de espera, sórdidos, incómodos o sin privacidad; falta de información entendible para todxs; cuotas, medicamentos y estudios de costos inaccesibles para la población trabajadora; en general, trato poco digno. Violencias que crean un desánimo, desmoralización que lleva a la población femenina a no asistir a los consultorios. Esperando a situaciones de urgencia, lo cual impide la práctica certera de medicina preventiva, detección oportuna de enfermedades y acrecienta los costos de los tratamientos por complicaciones debido a esa desatención.

Las consecuencias de la violencia sobre las mujeres que están en busca de atención a su salud, son en niveles varios: Desde el retardo en asistir al

consultorio, como ya hemos mencionado, hasta la búsqueda de atención en centros privados, en lugar de exigir la atención a la que tendrían derecho, como ciudadanas – Y la lesión en la economía familiar que implican los costos de la medicina privada.-

También: cicatrices permanentes, el perder órganos y miembros del cuerpo, hasta la muerte a corto y a largo plazo.

En las familias y comunidades repercute gravemente este problema, pues cuando una mujer se ha sentido maltratada y, de forma deliberada o no, deja de asistir a los centros de atención, al presentar consecuencias en su salud física, emocional o llegar a morir, implica trabajo para sus cuidados necesarios y desembolsos de dinero en familias que no siempre cuentan con él, además deja de aportar emocional, afectiva, productiva y económicamente a su familia y comunidad.

En forma paralela a este problema, también encontramos que existen mujeres que aún cuando declaran el sentirse agredidas, no siempre encuentran posible darle un nombre a la sensación de incomodidad que permanece después de la visita al consultorio, ni enunciar el por qué de la subsiguiente reticencia a asistir a estos espacios; ante lo que reconocemos que la normalización cotidiana de la violencia hacia las mujeres en todos los ámbitos, en ocasiones enmascara su rostro y dificulta el reconocerlo.

Una bifurcación, muy cercana pero fuera de la delimitación del problema aquí expuesto, es el que, en esta investigación sólo se abordó lo que ocurre en espacios que trabajan sobre la salud física; Sin embargo, se encontraron también testimonios sobre violencias contra la salud en consultorios y hospitales de las distintas ramas de la atención de la psique.

En un punto aparte, cabría comenzar a preguntar no sólo sobre la visión y actitud hacia las mujeres y los temas que conciernen a su salud en hospitales y consultorios, también cuestionarse sobre el lucro que ocurre alrededor de lo que atañe a la salud femenina, cabe el testimonio siguiente:

“A partir de que la UAM, contrató el seguro de gastos médicos mayores, a un gran número de trabajadoras nos han quitado la matriz, no siempre con argumentos justificados. Es un gran negocio para los médicos y las aseguradoras: les quitamos la matriz, que es un órgano cuya falta no les impide laborar, cobramos miles de pesos y además, las tenemos como clientas cautivas, otros miles de pesos, pues para el resto de su vida van a necesitar atención y dosis hormonales. Antes de que el sindicato vigilara esto, se estaba convirtiendo en una carnicería de mujeres, terrible.” Denunció Yan María Castro, feminista.

¿Sobre las vidas de cuántas otras mujeres “cubiertas” por seguros o planes médicos, en cuántos hospitales y centros laborales, ocurren fenómenos similares?

Hoy, existe un decálogo de creación relativamente reciente: *Los derechos del paciente*. Era, en un principio de esta investigación, uno de los objetivos, el proponer la creación de un decálogo semejante que plantease, entonces, *los derechos de la paciente*.

Sin embargo, esta concepción se transformó durante la investigación al encontrar certera la consigna feminista que Isabel Barranco proponía claramente en su programa radial: *Dejemos de ser pacientes*.

Si se buscan en el diccionario los sinónimos de la palabra *paciente*, se encuentran palabras como: resignado, sufrido, forzado, manso, tolerante...

¿Así es cómo nos concibe aquel o aquella profesional que se ocupa nuestra salud? ¿Qué implica cuando se nos minimiza a: *pacientitas*?

Tal vez, podríamos comenzar a plantear, a crear otras significaciones, a usar palabras nuevas que definan el servicio que merecemos.

Cuando las mujeres asistimos a los consultorios médicos para saber sobre nuestra salud a consultar, a preguntar, a buscar entender, tendríamos que iniciar a vernos y pedir que se nos reconozca como sujetas activas: *Consultantes, cuestionantes, aprendientes, entendientes*.

Cuando pedimos un servicio hacia nuestra salud podríamos nombrarnos y ser nombradas: *solicitantes, demandantes, exigentes....*

Reclamar también, por ejemplo, que se nos trate con *atención*:

Atención, atender: palabras que tienen por sinónimos: Cuidado, solicitud, esmero y cortesía; también: oír y fijarse. Aparecen en el diccionario, además, algunos compuestos como: tener en cuenta y poner los cinco sentidos.

Cualquiera que sea la elección, la invitación es comenzar a construir otros lenguajes, edificar otra forma de entender y ser entendidas en nuestra salud.

La propuesta es de un trabajo largo, que va desde reclamar presupuestos gubernamentales adecuados y que respondan a nuestras necesidades reales, sensibilizar personal de salud, trastocar la hegemonía del discurso médico, educar y educarnos, cuestionar, perder el miedo, hasta el solidarizarnos para ir nombrando y transformando estas formas de violencia.

La apuesta va por un trato digno a las mujeres de parte de las trabajadoras y los trabajadores de la salud:

Dejemos de ser pacientes, comencemos a ser atendidas

FUENTES

- Barranco, Isabel. Dejemos de ser pacientes, PIEM-COLMEX (tesina de la especialidad en estudios de la mujer), 1996.
- Castro, R. P. y Bronfman, M. P. Teoría Feminista y Sociología Médica: Bases para una Discusión. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, jul/sep, 1993. P. 357-374.
- Cabal, Luisa; Lemaitre, Julieta y Roa, Mónica. Cuerpo y Derecho: legislación y jurisprudencia en América Latina, Editorial Temis, Colombia, 2001.
- Chicano, Enriqueta y otras. El suicidio como consecuencia de la Violencia de Género, Federación de Mujeres Progresistas, España, 2005.
- Ferraz Dobarro; María, Conceptualización de la violencia de género, S/C de Tenerife, abril de 2003 Disponible en web: www.periodismosocial.org.ar/documentos/Herramientas%20bis3.doc.
- Herrera, Cristina y Agof, Carolina. Dilemas del personal médico ante la violencia de pareja en México, Centro de Investigación en
- Sistemas en Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México, México DF, México. 2006.
- Lamas, Martha. *Del drama personal a la batalla política*, en Paulina, en el nombre de la Ley, GIRE , México, 2000.
- Lamas, Martha, *La antropología feminista y la categoría de género*. Cuerpo: diferencia sexual y género. P.p. 21-47.
- Martín-Baró. I. *Violencia y agresión social*, en Acción e Ideología: psicología social desde Centroamérica, San Salvador, UCA Editores. 1988.
- Mollmann Marianne. La violencia sexual contra las mujeres, la impunidad, y los derechos humanos, División de Derechos de las Mujeres, Human Rights Watch, 2005.
- Uribe, Elias y otros, Violencia sobre la salud de las mujeres ¿Por qué hoy?, Femego/Ipas, México, 2003.

HEMEROGRAFÍA

- Merlos, Andrea. *Asesinadas, 6 mil mujeres en siete años en México: informe*, en El Universal, México, Sábado 19 de agosto de 2006.
- Olivares, Alonso Emir. *Amas de casa, más vulnerables al sida que trabajadoras sexuales, dice ONG* en La Jornada, México, 02 marzo de 2006.
- Quiceno, Claudia Nancy. *Antropología y mujer*, en la Revista de Humanidades Liceus, N°1 –Marzo, España, 2002.
- Rodríguez, Ruth. *La doble Carga de la menopausia*, en El Universal, México, Miércoles 18 de octubre de 2006.
- Sánchez, Julián. Apoya el Papa a obispos de México contra el aborto, en El Universal. México, Viernes 20 de abril de 2007.

- Alcalá Contreras, Mitzy. Carmen Rincón: el derecho de ser madre, México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México, 2000.
- López Monjardin Adriana, Ponencia sobre la Resistencia de las Mujeres del Campo, en la mesa "Género e Inclusión" dentro del Foro Itinerante "Mujeres, Violencia Institucional e Impunidad en México. Diálogos entre la Academia y la Sociedad Civil" ENAH, febrero 21 del 2008.

WEB

- Amnistía Internacional México. Informe al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 19 de agosto de 2006. Disponible en Web: <http://web.amnistia.org.mx/prensa/section.php?name=articulo&id=382>
- Amnistia Internacional Sección Mexicana. 35 años en México, Resumen para los medios de comunicación: Está en nuestras manos: No más violencia contra las mujeres, viernes, 5 de marzo del 2004. Disponible en Web: <http://www.amnistia.org.mx/>
- Arnot Madeline .Feminismo y educación democrática. 1996 biblioteca.itam.mx/estudios/estudio/letras45-46/texto05/sec_1.html
- Argenpress. info México: presupuesto de calderón reduce 4 mil millones de pesos a la secretaria de salud. Argenpress. info. jueves 18 de septiembre de 2008. disponible en web: Argenpress. info
- Asamblea de la Salud de Los Pueblos. Declaración para la Salud de los Pueblos, Declaración Aprobada por primera vez y abierta para respaldo en la reunión de la Asamblea en Savar, Bangladesh en diciembre 2000. Disponible en Web: <http://www.phmovement.org/charter/pch-spanish.html>
- Asturias, Laura E. Traductora. *Compilado por la International Women's Health Coalition. La Otra Guerra de Bush de www.bushsotherwar.org. Última actualización: 25 de abril del 2004*. Esta versión al español fue traducida en febrero del 2004 y actualizada en mayo del 2005, tomado de la página de Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres. Disponible en Web: <http://espanol.iwhc.org/recursos/akenova.cfm>
- Becerril, Julieta. *Plan estratégico 2001-2006* en LETRA S, Septiembre 6 de 2001. Disponible en Web: www.notiese.com
- Catino, Jennifer y Langer, Ana. *Un Análisis con perspectiva de género de la reforma del sector salud mexicano*, en The Lancet, 2007. Disponible en Web: www.thelancet.com.
- CIMAC. *Cobra cáncer de mama la vida de 4 mil mujeres al año: SS México*, en CIMAC, 19 de octubre de 2006. Disponible en Web: www.cimacnoticias.com/noticias/06oc
- CIMAC. *El condón femenino, único método efectivo para evitar enfermedades de transmisión sexual*, en CIMAC 10 de Julio de 2002. Disponible en Web: www.cimacnoticias.com

- CIMAC. *Fracasa Arranque Parejo en disminución de muertes maternas*, en CIMAC 23 de junio 2004. Disponible en Web: www.cimacnoticias.com/noticias/04jun
- CIMAC. *Mutilación genital femenina, práctica cotidiana en Holanda*, en CIMAC, 22 julio 2004. Disponible en Web: <http://www.cimacnoticias.com/equipo/ssantos.html>
- CIMAC. *Todos los días se violenta el derecho constitucional a la salud*, en CIMAC, México DF, ENE 3, 2000. Disponible en Web: <http://www.cimac.org.mx/noticias/00ene/00010303.html>
- CIMAC. *En casos de muerte por negligencia de mujeres gestantes: Caso omiso del sector salud a recomendaciones de CNDH*, en CIMAC, México DF, 4 de enero, 2002. Disponible en Web: <http://www.cimac.org.mx/noticias.html>
- CIDH. *Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia en las Américas* en CIMAC, México DF, 5 de julio de 2007. Disponible en Web: www.cidh.oas.org/pdf%20files/Informe%20Acceso%20a%20la%20Justicia%20Español%20020507.pdf
- Cesnabmihilo Dorothy Aken'Ova. *El Efectivo Funcionamiento de los Mecanismos de Derechos Humanos*, en *Declaración en la Sesión N°60, Comisión de Derechos Humanos de la ONU*, en la Página de Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres. 14 de abril de 2004. Disponible en Web: <http://espanol.iwhc.org/recursos/akenova.cfm>
- De la Cruz Dora Alicia. *La discriminación a mujeres en trabajo de parto, viola DH*, en CIMAC, México DF, 6 de abril de 2006. Disponible en Web: Victoriacimacnoticias.com/noticias/06abr/06042802.html
- DiLorenzo, Sarah. *ONU denuncia prevención deficiente de violencia contra mujeres*, en Revista La Voz, 10 de Octubre de 2006. Disponible en Web: http://www.azcentral.com/lavoz/spanish/global/articles/global_119012.html
- Espejo, Teresa. *El trabajo doméstico perjudica la salud*, para Kaos en la Red Madrid 2008 www.kaosenlared.net.
- Embarek Warzazi, Camila. *Informe preliminar de la Relatora Especial sobre las prácticas tradicionales que afectan a la salud de las mujeres y los niños*, Comisión de Derechos Humanos de la ONU. Disponible en Web: www.unhchr.ch/icons/ecblank.gif
- Family Care internacional. *Información adicional sobre México* (información independiente para la 26a Sesión del Comité de CEDAW)". Disponible en Web: <http://www.familycareintl.org/es/issues/31>
- Freyermuth, Graciela. *La salud de las mujeres en México desde una perspectiva de género*, en entrevista para la página electrónica G-México, 6 mayo 2007. Disponible en Web: gmexico.colmex.mx/Gracielafreyermut.jsp
- Germain, Adrienne. *Primero emancipar*, en Revista "Our Planet", octubre de 2004 tomado de la página de Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres. Disponible en Web: <http://espanol.iwhc.org/recursos/akenova.cfm>
- González, Miriam. *La muerte materna en México no ha disminuido*, en CIMAC México, DF, 6 de mayo de 2006. Disponible en Web: cimacnoticias.com/noticias/06may/06051509.html

- González, Miriam. *Muerte Materna: El precio de ser madre*, en CIMAC, México, DF 6 de marzo de 2006. Disponible en Web: cimacnoticias.com/noticias/06mar/06.html
- González, Román. *IMSS e ISSSTE, instituciones con más quejas ante la Conamed : INSP*, en CIMAC, México, D.F., 3 de noviembre del 2001. Disponible en web: <http://www.cimacnoticias.com/noticias/01nov/01110302.html>
- Cruz Jaimes, Guadalupe. *Violencia de Género* en CIMAC México 2006. Disponible en web: www.cimacnoticias.com/site/Servicio-Semanal-Julio-2007.19134.0.html - 43k -
- Human Rights Watch. *Informe sobre situación mujer en México*, en División de Derechos de la Mujer del Human Rights Watch. Disponible en Web: www.hrw.org/spanish/sobre.html
- INSP. *Inequidad de los servicios de salud a la población abierta en México*, en Sitio del Instituto Nacional de Salud Pública, México 1993. Disponible en web: www.Insp.mx
- Ipas. *La salud de la mujer*, en IPAS. Disponible en web: http://www.ipas.org/spanish/womens_health/default.asp
- Ipas. *Resumen de noticias en Latinoamérica*, en IPAS, 21 junio 2007. Disponible en web: http://www.ipas.org/spanish/press_room/2007/releases/06212007.asp
- ISEM. *Prevención y atención médica de la violencia intrafamiliar*. Instituto de Salubridad Estado de México. México 2008. salud.edomex.gob.mx/html/article.php?sid=320 - 73k
- Jaramillo, Efraín. *La mutilación de clítoris a niñas emberas: un debate necesario*, en Sevindi, Colombia, Marzo de 2007, www.servindi.org
- Jornada. *Protestan mujeres en Managua contra la penalización del aborto*, en La Jornada en línea, México, 9 de agosto de 2007. Disponible en web: www.La.jornada.unam.mx
- Jornada. *Aumenta el consumo de drogas entre mujeres mexicanas*, en La Jornada en Línea, México 26 de junio de 2007. Disponible en web: <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2007/06/26/aumenta-numero-de-mujeres-que-utilizan-drogas-en-mexico>.
- Magally Silva. *Violan servicios de salud los derechos sexuales y reproductivos de mujeres*, en CIMAC, México DF, 29 de octubre de 1999. Disponible en web: <http://www.cimac.org.mx/noticias/99oct/99102901.html>
- Méndez, Fabiana Andrea. *Cien veces: No abuses*, en Mujer a corazón abierto, Argentina, 2006. Disponible en web: <http://misitio.com.ar/proege>.
- Méndez, Fabiana Andrea. *Cuando el SIDA tiene cara de mujer*, en Mujer a corazón abierto, Argentina, 2006. Disponible en web: <http://misitio.com.ar/proege>.
- Méndez, Fabiana Andrea. *Resumen informe mundial violencia y salud*, en Mujer a corazón abierto, Argentina, 2006. Disponible en web: <http://misitio.com.ar/proege> Mujeres Hoy, México
- Méndez Fabiana Andrea. *Violencia de género*, en Mujer a corazón abierto, Argentina, 2006. Disponible en web: <http://misitio.com.ar/proege>

- Merino Vázquez, Belén. *Madres solteras, 70.8 por ciento de las empleadas*, en Revista Criterios, México, Abril de 2006. Disponible en web: <http://www.criterios.com/modules.php?name=Noticias&file>
- M.E. *Ni de la Iglesia ni del Estado* en Artemisa Noticias, Argentina, 4 de junio de 2007. Disponible en web: www.artemisanoticias.org
- Mujeres Hoy. *Excomulgarán a mujeres que usen píldora del día después*, en Mujeres Hoy, México, 2004. Disponible en web: www.mujerhoy.com
- Munárriz Angel. *Ciudadanas del Mundo. Nace en Córdoba una revista que pretende erradicar el lenguaje sexista*, en El Mundo. es, 10 de octubre de 2007. Disponible en web: <http://www.elmundo.es/elmundo/2007/10/10/comunicacion/1192041075.html>
- Muñoz, Marianella. *Derivadas de violencia intrafamiliar, la mayor parte de padecimientos de la población femenina* en CIMAC, México, 2000. Disponible en web: www.cimac.org
- Rubí, José Luís. *EL 20.5% de las mujeres mexiquenses alguna vez en su vida han padecido violencia* en Boletín-328-2006, Secretaria de salud del Estado de México, 2006. Disponible en web: <http://salud.edomex.gob.mx/html/article.php?sid=998&mode=thread&order=0&t hold=0>
- Salcedo Meza, Concepción. *La adicción por la delgadez*, en Como Ves, UNAM, México. Disponible en web: <http://www.comoves.unam.mx/articulos/anorex.html>
- Secretaria Salud Estado de México. *Violencia familiar*, en Portal Secretaria Salud Estado de México, México, 2006. Disponible en web: <http://salud.edomex.gob.mx/html/article.php?sid=320#impacto>
- Staff Wilson, Mariblanca. *Mujer y Derechos Humanos*, KO'AGA ROÑE'ETA se.viii 1998. Disponible en web: <http://www.derechos.org/koaga/viii/staff.html> ...
- Tesoro, María de la Luz. *Muerte materna no disminuye y Seguro Popular no cumple*, en CIMAC, México, DF, 10 de julio del 2007. Disponible en web: www.cimacnoticias.org
- Torres, Gladis. *En países pobres ocurre el mayor número de muertes maternas* en CIMAC, México, DF, 6 de marzo de 2003. Disponible en web: www.cimacnoticias.com/noticias/06mar/06033101.html
- Torres, Gladis. *Embarazo, tercera causa de muerte en adolescentes mexicanas*, en CIMAC, México, DF, 6 de enero de 2001. Disponible en web: www.cimacnoticias.com/noticias/06ene/06012705.html
- Torres Ruiz, Gloria. *La mayoría de las causas de la muerte materna son prevenibles* en CIMAC. México, DF, 6 de mayo de 2005. Disponible en web: www.cimacnoticias.com/noticias/06may/06052601.html
- UNFPA. El estado de la población mundial 2000, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2000. Disponible en web: <http://www.unfpa.org/swp/2000/espanol/ch03.html>
- UNFPA. El estado de la población mundial 2004, Fondo de Población de las Naciones, 2004. Disponible en web: [unfpa.org/SWP/2004/español.htm](http://www.unfpa.org/SWP/2004/español.htm)

- UNICEF. Las niñas sin escuela vulnerables a la violencia, New York, 2003 www.ahorausa.com/FyV110703NinasSinEscuela.htm
- Universia. *Alertan sobre anorexia y bulimia en las niñas*, en Universia, Sección Salud, Noviembre de 2005. Disponible en web: www.universia.net
- Vallejo, Guadalupe. *La muerte materna, indicador de inequidad*, en CIMAC, México, DF, 5 de agosto de 2005. Disponible en web: www.cimacnoticias.com/noticias/05ago/05082209.html
- Xinhua, Agencia. Preocupa situación de violencia contra mujeres en México, Japón, 26 de noviembre de 2006. Disponible en web: http://www.spanish.xinhuanet.com/spanish/2006-11/26/content_352221.htm

ENTREVISTAS

Mujeres que brindaron su testimonio:

Alejandra, entrevista realizada en julio de 2007.

Amelia, entrevista realizada en septiembre de 2007

Elizabeth Blanco, entrevista realizada en septiembre de 2007.

Frida, entrevista realizada en julio de 2007.

K., entrevista realizada en junio de 2007.

KA., entrevista realizada en junio de 2007

Karla, entrevista realizada en septiembre de 2007.

L., entrevista realizada en septiembre de 2007.

Lilia, entrevista realizada en Junio de 2003

Luisa, entrevista realizada en julio de 2007.

M., entrevista realizada en junio de 2007

Martha, entrevista realizada en Junio de 2003

Marlene, entrevista realizada en Junio de 2003

Neferthi, entrevista realizada en agosto del 2007

Norma, entrevista realizada en agosto del 2007

Noelia, Entrevista realizada en Junio de 2003

P. , entrevista realizada en agosto del 2007

R., entrevista realizada en junio de 2007.

Rosa, entrevista realizada en julio de 2007.

S., entrevista realizada en junio de 2007

Personal de salud que prestó su testimonio:

B , entrevista realizada en agosto del 2007

Lucía, entrevista realizada en agosto del 2007

M, entrevista realizada en agosto del 2007

FEMINISTAS, ESPECIALISTAS ENTREVISTADAS

Apodaca, Fedia, Feminista, entrevista realizada en mayo de 2007

Barranco, Isabel, Periodista, entrevista realizada en julio de 2007.

Chavez, Ángeles, Médica, Periodista, entrevista realizada en julio de 2007.

García, Niria, Médica, entrevista realizada en julio de 2007

Islas, Sara, Especialista en estudios de la mujer, entrevista realizada en agosto del 2007

Medina, Miriam, Sicóloga, entrevista realizada en agosto de 200

Montecinos, Erika, Periodista, entrevista realizada en noviembre de 2007

Rico, Carmen, Sicóloga, entrevista realizada en mayo de 2007

Rodríguez, Mónica, Feminista, entrevista realizada en mayo de 2007

Tamara Vidaurrázaga, Periodista, entrevista realizada en noviembre de 2007