

25. Abel, R.L. (1982) *The Politics of Informal Justice. The American Experience*. Vol. 1. New York: Academic Press.
26. Sousa Santos (1990). *Op. cit.*, p. 6.
27. Sousa Santos, B. (1991) Una Cartografía Simbólica de las Representaciones Sociales. Prolegómenos a una Concepción Posmoderna del Derecho. *Nueva Sociedad*, 116, pp. 18-38.
28. Apardurai, A.. (1990) Disjuncture and Difference in the Global Cultural Economy, *in* Featherstone. *Op. cit.*.
29. *Ibid*, pp. 296-297.
30. *Ibid*, p.297.
31. *Ibidem*.
32. *Ibid*, p. 298.
33. *Ibidem*.
34. *Ibid*, p. 299.
35. *Ibid*, p. 308.
36. Cfr. Resta, E. (1990) "La Differenza Malata". Paper presented at the International Workshop on Sociology of Penal Control: A Historical View and its Social Actors. International Institute for the Sociology of Law. Onati, September 27-28. (Documents W2-21)
37. Hunt, A.. (1990) The Big Fear: Law confronts Postmodernism. *McGill Law Journal*, 35 (3), pp. 507-540, p. 517.
38. As it can be traced back since the work of Michel Foucault. See, e.g., the classic of Foucault (1957) *Surveiller et Punir. Naissance de la Prison*. Paris: Gallimard, or the more recent (1991) Governmentality, *in* Brurchel, G., Gordon, C. & Miller, P, (eds.) *The Foucault effect: Studies in Governmentality*. London: Harvester Wheatsheaf.
39. Cfr. Sousa Santos (1991). *Ibid*.
40. See, for instance, Desalay, Y. (1990) The Big Bang and the Law: The Internationalization and Restructuration of the Legal Field, *in* Featherstone. *Op. cit.*.
41. *Op. cit.*.
42. Rouland, P.N. (1993) Les Fondments Anthropologiques des Droits del'Homme
43. *Ibid*. p. 8.

XII

SALUD REPRODUCTIVA, GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS

[illegible]

Introducción

El tema a reflexionar se aborda a partir de tres conceptos que involucran perspectivas teórico-prácticas que los explican de manera específica en la realidad social. El análisis se inicia tomando en cuenta el concepto integral de la *salud reproductiva*, el cual se dio como reconceptualización del discurso y de la práctica internacional de protección y defensa de los *Derechos Humanos*, de la sexualidad y de los procesos sociales de la reproducción, tomando en cuenta los aportes que para esta integralidad ha dado la *perspectiva de género*.

Se retoma principalmente, la *fundamentación sociológica de los Derechos Humanos* y el *enfoque de género*, ambos reforzados por la construcción social de la realidad y de la relaciones entre los géneros femenino y masculino.

Asumo una *postura crítica y jurídico-política* en la revisión de este tema porque como cualquier fenómeno social, considero que manifiesta una *realidad jurídico-formal* – por la existencia de ordenamientos jurídicos específicos para la regulación, protección y defensa de los derechos humanos, en particular del derecho a la salud, y más específicamente sobre los derechos reproductivos y la salud sexual- y una *realidad sociológica*, que tiene que ver con la vigencia de esos derechos en una sociedad concreta; con la manera en que se materializan en la vida cotidiana las formas de relación social (a nivel estatal, institucional e individual) de las mujeres y los hombres mexicanos.

Los segmentos de la población mujeres y hombres no son homogéneos, «hay diferenciación y desigualdad en cada grupo social, dependiendo del acceso que se tiene a una calidad de vida y a una potencialidad de realización y desarrollo de la

existencia y dignidad humanas».¹ Por ello, considero la fundamentación sociológica de los derechos humanos que permite contemplar al individuo en su manera de estar y desenvolverse en la sociedad, según la categoría o sector de la vida social de la cual forma parte como: niña, niño, mujer, hombre, indígena, recluso, discapacitado, católico, protestante etc.

El tomar en cuenta estas *especificidades* da la posibilidad de detectar en la realidad aquellos hechos que limitan e impiden el ejercicio de los *derechos sexuales y reproductivos*, es decir, los hechos que constituyen violaciones a ellos; y encontrar las formas de desigualdad que se encubren detrás de las diferencias biológicas. Esto es, analizar tanto las implicaciones por *diferencias sexuales* en el disfrute de esos derechos, como las *desigualdades de género* que envuelven las prácticas sexuales y reproductivas de las mujeres.²

Considero importante el vínculo entre los derechos humanos y la perspectiva de género ya que ésta «permite analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los hombres de manera específica, así como sus semejanzas y sus diferencias; (...) analiza las posibilidades vitales de las mujeres y los hombres: en el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben enfrentar y las maneras en que lo hacen».³

Este enfoque ha permitido identificar las injusticias, iniquidades o desigualdades que con base en criterios, estereotipos y costumbres han ocasionado que la familia, la pareja o las instituciones de salud, desvaloricen el cuerpo de la mujer. Al mismo tiempo vislumbra las diferentes oportunidades en cuanto a la protección y el mantenimiento de la salud, debido a que persisten en las políticas y programas de salud y de población mecanismos de control sobre la vida sexual y reproductiva de las mujeres que no toman en cuenta lo libre que deben ser sus decisiones.

La discriminación y la desigualdad violan derechos humanos y limitan el goce integral del derecho a la salud incluyendo la salud sexual, toda vez que no respetan la integridad y dignidad de las mujeres y las niñas. *La desvalorización* hacia ellas se da independientemente del sector social al que pertenezcan, aunque las condiciones económico-sociales las atraviesen con multiplicidad de determinaciones, ya que son mujeres, pero pueden ser niñas y adquieren connotaciones distintas si son niñas indígenas, niñas de la calle, mujeres empresarias, obreras etc.⁴

El análisis de los conceptos de género, salud reproductiva y derechos humanos reviste importancia en la medida en que posibilite alternativas de vida y de relación social que modifiquen las iniquidades en el disfrute de los derechos sexuales y reproductivos para las mujeres y sobre todo, que nos sirva para identificar aquellas que se atribuyen a diferencias sexuales que tienen graves consecuencias sobre las formas de pensar, sentir y vivir la vida de las mujeres. Un primer paso será detectarlas para poder encontrar elementos de transformación que *socialicen y construyan espacios más dignos de vivirse* también para las niñas, espacios en los que se elimine la violencia y el abuso sexual que predomina en la vida de la mayoría de las mujeres a nivel mundial. En un segundo momento, el conocimiento de los derechos y la posibilidad de ejercerlos hará que las mujeres puedan recuperar el saber sobre su *sexualidad*, no sólo a partir de decidir sobre lo que atañe a la función de procreación-reproducción, porque esto conlleva a una sexualidad escindida en la construcción de la identidad femenina e impide la vivencia del cuerpo como un todo en el cual forman parte vital el *disfrute del placer y el deseo erótico*.

1 - El concepto de salud reproductiva, el enfoque de Género y el fundamento sociológico de los Derechos Humanos

El presente ensayo es el resultado de la revisión de diferentes textos de mujeres y hombres estudiosos del tema desde distintas ópticas,⁵ no pretende ser exhaustivo, es apenas un acercamiento al diseño de una estrategia o propuesta metodológica para abordar la relación entre salud reproductiva-género y Derechos Humanos, con especial interés en el ámbito específico de las mujeres y las niñas.

Incluyo diversos marcos teóricos que – aunque pudieran parecer eclécticos por la multiplicidad de categorías que se entrelazan, contemplan herramientas de análisis que van desde la búsqueda de las limitaciones sociales y hechos discriminatorios en contra de las mujeres y las niñas hasta la necesidad de encontrar los mecanismos que histórica, social, cultural y políticamente hagan realidad su derecho a gozar de su sexualidad, de su derecho al placer.

Considero un imperativo no dejar de lado la reflexión ética al momento de analizar la problemática vigente sobre la salud sexual y reproductiva, y por ello utilizo como eje articulador a los derechos humanos, pensando específicamente en la perspectiva de las propias mujeres y niñas, a partir de su vida cotidiana y de las formas en que participan

de la regulación de un orden social estructurado con base en las desigualdades.

Consciente de que «...ante la desigualdad no se trata únicamente de sentir vergüenza, apenándonos por la propia pérdida de dignidad que la misma comporta, más vale que tengamos también miedo por las consecuencias que se puedan derivar de la desigualdad. Demos respuestas «éticas» a la desigualdad pero démoslas también políticas.» Particularmente, si pensamos que más que los géneros femenino y masculino, importan las relaciones que se establecen entre ellos, porque a partir de éstas se construyen las desigualdades sociales; – Marx las definía como formas en las que los individuos se relacionan en la *producción social de su existencia*; por tal razón, las relaciones de género no deben estudiarse independientemente de las relaciones en la estructura social.

Son importantes al mismo tiempo, tanto la formación social como las relaciones sociales de producción/reproducción social y cultural en las que están inmersas las mujeres, así como el sector o grupo social al que pertenecen; el trabajo que realizan y las actividades que se les asignan (maternales, matrimoniales, filiales etc.). Es decir, además de las condiciones de género, etnia, lengua, religión, grupo de edad e ideología, interesa la ubicación económica y política en la toma de decisiones y en la participación del desarrollo social. En especial, interesan las definiciones que se han hecho de las mujeres a partir de sus costumbres, sus tradiciones, su conocimiento o sabiduría y sobre todo, indagar dónde ha quedado su condición erótica.

*Puede decirse que el comportamiento reproductivo de una población forma parte del proceso de su reproducción social*⁶.

La producción social de la propia vida humana gira en torno a los géneros, a partir de las relaciones de dominación y de poder; se ha dicho que hay un género que produce, administra y provee (masculino); y otro, que solamente produce y reproduce la vida humana (femenino). A partir de estas consideraciones se han asignado determinadas funciones sociales a ambos géneros y se ha identificado a unas como poderosas y a otras como de sumisión y obediencia.

Mi particular visión toma en cuenta que existe una relación dialéctica entre la reproducción social y la reproducción biológica, entre las relaciones sociales y los papeles sexuales; que la historia de la salud y de la sexualidad de las mujeres

incluye al mismo tiempo procesos de producción, reproducción y de socialización, a partir de los cuales hemos ido construyendo una nueva historia, que ha empezado por reconocer su calidad de humanas, así como la importancia de considerar, mientras se rompe con las desigualdades sociales, la especificidad de sus derechos.

En los últimos años, se dio una *reconceptualización de los Derechos Humanos, de la sexualidad y de los procesos sociales de la reproducción desde una perspectiva de género*. La importancia de este vínculo la da el que simultáneamente *los derechos de las mujeres son reconocidos como parte de los Derechos Humanos* (Viena 1993), y *el concepto de derechos reproductivos ingresa al ámbito de los Derechos Humanos de las mujeres* (El Cairo 1994). Teniendo presente esta coyuntura, apreciamos que no sólo quedarán vinculados el *derecho a la integridad física y los derechos sexuales*, sino el *derecho a la información y a la libre decisión* como elementos para eliminar la violencia y la coacción que impiden el disfrute de un mejor y más alto nivel de salud física y mental durante todo el ciclo vital.

El contexto teórico-práctico en el que se desarrollan las relaciones sociales y las relaciones de género de las mujeres y los hombres mexicanos entendidos como sujetos histórico-sociales, así como el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, está marcado por *iniquidades y situaciones de injusticia* que involucran violaciones a derechos humanos; específicamente, por la *discriminación y la violencia* presentes en la vida de las mujeres, la cual muestra el *distanciamiento entre la teoría* (políticas de población y salud) y *la práctica* (condiciones de vida de la población); ya que prevalecen, además de las *desigualdades económicas y sociales* que afectan a ambos géneros por igual, estereotipos y patrones culturales que desvalorizan y menosprecian a la mujer en razón de su género así como *mecanismos de control sobre su vida sexual y reproductiva*; subsisten también el *desconocimiento sobre su sexualidad humana*; la *falta de información, así como los servicios insuficientes o de mala calidad* en relación con la atención a la salud.

Advertir todas estas inequidades demuestra que *la mayoría de las mujeres no gozamos de salud en igualdad de circunstancias que los hombres*; que son diferentes las oportunidades en cuanto a la protección y mantenimiento de la misma; que las políticas y programas para atenderla no consideran las desigualdades socioeconómicas existentes y mucho menos las étnicas y las de género.

*Dado que las mujeres en general tienen una posición de desventaja respecto de los hombres del mismo nivel socioeconómico, la promoción de la igualdad de género en general significa prestar especial atención a las necesidades, los intereses y los puntos de vista de la mujer. El objetivo final es el adelanto de la condición de la mujer en la sociedad.*⁷

Este objetivo, no se pretende lograr por medio de una lucha contra los hombres concretos sino contra las ideologías patriarcales, androcéntricas, que hacen que prevalezcan en las relaciones sociales, familiares y de pareja, actitudes de sometimiento y marginación de los hombres sobre las mujeres (aunque las hay de los hombres contra los hombres y de las mujeres contra las mismas mujeres). Tampoco interesa reforzar la idea de victimización⁸ o la de «vulnerabilidad», dentro de las cuales no se reconoce a las mujeres como iguales, -se les asigna al grupo de «los vulnerables», son «pobrecitas» e incapaces de defenderse por sí mismas; de crear, de luchar, de ejercer sus derechos; por tal motivo, se crean programas especiales para aminorar su «vulnerabilidad», cuando más bien debiera, desde el Estado y desde las políticas y programas públicos, contemplarse la igualdad de derechos y de oportunidades. Son esos programas los que las mantienen alejadas de las relaciones de poder, porque salir de la vulnerabilidad implica *ser tratadas en igualdad de circunstancias*, sin una relación de subordinación/dominación; por eso, cuando intentamos cambiar la realidad, las mujeres también necesitamos del acceso a la educación para construir marcos teóricos que la expliquen y justifiquen, que delineen nuevas y diferentes estrategias para alcanzar la equidad y el poder, porque entendamos que víctimas, menor, vulnerable etc., no son meros conceptos abstractos sino que determinan formas de ser y de pensar, tienen connotaciones ideológico-políticas. No olvidemos los costos sociales que ha acarreado el mantener a las formas de violencia en el ámbito privado sin aceptar que afectaban la salud pública, o la violencia que genera la desigualdad económica, la remuneración inequitativa, la desvalorización del trabajo doméstico etc., sin reconocer que constituyen violaciones a derechos humanos, cuando incluso los movimientos de reivindicación de los derechos de las mujeres, debido a la sistematicidad con que se cometen o la gran cantidad de mujeres que se ven agraviadas, las iguala a las violaciones como las detenciones arbitrarias o la tortura.

Para modificar la realidad anterior, es que las mujeres buscan a través de la promoción,

protección y defensa de sus derechos, trascender la concepción de víctimas y de vulnerables, que se les reconozca la fuerza y potencialidades que tienen tanto individuales como colectivas y puedan romper con una forma de opresión histórica. De ahí la importancia de analizar la problemática que vincula a la *salud reproductiva, al género y a los derechos humanos*, a través de realizar un breve *recorrido teórico e histórico* que le de la pertinencia a este vínculo.

1.1 - Antecedentes

Es a partir del *Programa de Acción adoptado por la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo* (El Cairo, 1994) y de la *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer* (Beijing 1995), que el tema de los derechos y la salud reproductiva fueron retomados con mayor profundidad dentro del discurso de los derechos humanos.

En la *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing*, aprobada en la Cuarta Conferencia Mundial referida, se consideró que «el enfoque sobre la base del género que está surgiendo en el *Sistema de las Naciones Unidas* permite distinguir entre las *diferencias biológicas* y las *diferencias sociales* del hombre y la mujer. (OIT,1995) Así como el *sexo* designa las diferencias biológicas – *que son universales* –, el *género* designa las diferencias sociales – *que son una cuestión aprendida* –, que evoluciona con el tiempo y varía ampliamente tanto dentro de cada cultura como entre las distintas culturas».

Así lo entiende también la *Comisión de Derechos Humanos de la ONU* (1997, 53 período de sesiones) al plantear la integración de los Derechos Humanos de las mujeres en todo el Sistema de Naciones Unidas y de la perspectiva de género en el *Sistema Internacional de los Derechos Humanos*.

Dentro de nuestro país estos instrumentos pretenden plasmarse y oficializarse con la creación del *Programa Nacional de la Mujer 1995-2000* Alianza para la Igualdad (PRONAM), y a nivel institucional se consideran incluidos en el propio *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000*, que plantea la «diferente valoración social de lo femenino y lo masculino(...)y las inequidades sociales(...)que se traducen de diferentes maneras en la salud reproductiva de la población con especiales desventajas para las mujeres»; con ello, se reconoce la necesidad de

«asegurar la incorporación de la perspectiva de género en los servicios de salud reproductiva y de planificación familiar y mejorar la relación del proveedor-usuario con perspectiva de género, escuchando a las mujeres y promoviendo una relación cálida, personalizada y con alto contenido humanístico».

2 - Salud Reproductiva

Por su parte, la *Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar* (NOM 005-SSA2-1993, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 30 de mayo de 1994, define a la salud reproductiva como «la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos»; como componentes de la salud reproductiva señala a la planificación familiar, la salud perinatal y a la salud de la mujer. La Secretaría de Salud⁹ considera que el nuevo concepto de salud reproductiva fortalece la *equidad entre géneros* y la *igualdad de oportunidades* en la información y prestación de servicios y en la corresponsabilidad y participación del hombre en comportamientos de salud sexual y reproductiva; asimismo, menciona que «la información de los servicios de planificación familiar se otorgará con una clara perspectiva de género, asegurando la equidad e igualdad de oportunidades y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población», y en el caso de transgresiones a los lineamientos jurídicos y normativos en la prestación de servicios médicos en general y de salud reproductiva y planificación familiar o violación a los derechos sexuales y reproductivos, las usuarias o usuarios podrán inconformarse y presentar sus quejas ante la *Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)* o ante la *Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH)* (pp. 29 y 41).

En nuestro país, hemos visto recientemente que es gracias a los movimientos sociales de mujeres, apoyados por organismos no gubernamentales, que el gobierno ha empezado a reconocer el derecho que las mujeres tienen a un *desarrollo integral*, en el que se incluya como parte de su vida las relaciones personales y los derechos sexuales.

No obstante lo anterior, la lucha por ejercer los derechos sexuales y reproductivos tiene todavía muchas barreras sociales y culturales con las cuales romper, ya que la propia normatividad oficial y los

programas de salud pública siguen omitiendo, con todo y que recuperan el discurso del enfoque de género, cuestiones básicas sobre la sexualidad de las mujeres, la cual se menciona en diferentes textos como «el derecho a alcanzar el nivel más elevado de bienestar sexual y reproductivo»,¹⁰ pero sin un referente concreto en la Norma Oficial, en donde se señale el significado que va a tener la salud sexual, y tampoco se dice cuáles serán los lineamientos que guiarán su cumplimiento.

Por ejemplo, de ocho puntos que contempla el capítulo cinco sobre *Salud, derechos reproductivos y salud reproductiva* del documento «Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo», del Consejo Nacional de Población (CONAPO), sólo dentro del punto III de Planificación Familiar, en el inciso 6, se habla de la «participación del varón» pero sólo en relación con la corresponsabilidad respecto a los métodos de anticoncepción o toma de decisiones reproductivas: «La ampliación de la información y oferta de métodos anticonceptivos para el varón, particularmente del preservativo o condón, como método temporal de regulación de la fecundidad y de prevención de enfermedades de transmisión sexual, y de la vasectomía sin bisturí como un método anticonceptivo permanente».¹¹ Siendo que hace falta crear toda una cultura que atraviese el entorno social, que gradualmente vaya incluyendo en la práctica cotidiana de los hombres, y en su relación con las mujeres, una concepción distinta del cuerpo femenino, que le asigne un significado social diferente a una de sus funciones biológicas, la de reproducción/procreación. Es necesario que los hombres entiendan que es a través de modificar sus formas de relación con las mujeres como podrán transformar diversos tipos de relaciones enajenantes que también los afectan a ellos.

2.1 - Políticas de población y de salud

A partir de las *políticas sociales de población, de salud reproductiva y de planificación familiar*, se organizan las prácticas sexuales de las personas, se refuerzan los usos y las costumbres relacionadas con la sexualidad, en fin, se redefinen socialmente los sexos; aspectos que constituyen los fundamentos que van a legitimar tanto la pasividad sexual de las mujeres, como el dominio de su afectividad y que reducen su función sólo a la reproducción, en la que no gozan de libertad sexual.

La manera en que a través de *lo científico* se pretende legitimar el comportamiento social nos explica el sentido que en una sociedad concreta tienen tanto el sistema de dominación y de

producción social, como las relaciones que se establecen entre los individuos y entre éstos y las instancias de gobierno para cumplir con las funciones de la reproducción social. «Los poderes públicos [establecen] una *conexión entre población, trabajo y riqueza*. La estadística o ciencia del Estado se [esfuerza] en conocer las leyes de la población y sus efectos, con el fin de controlarlas en función del buen gobierno: [Estas son las razones y justificaciones político-sociales por lo que se estudian] fenómenos tales como el de la natalidad, la fecundidad, el número de hijos legítimos e ilegítimos(...) la frecuencia de las relaciones sexuales, las prácticas contraceptivas...» [Hechos que se consideran] «dispositivos de poder sobre el cuerpo de la mujer: histerización del cuerpo de la mujer (saber médico-psiquiátrico), socialización de conductas procreadoras; psiquiatrización del «placer perverso», [etc., pero una lectura política e ideológica no puede dejar de lado que] «estas estrategias más que reprimir a la sexualidad la producen».¹²

Cuando el sexo se convierte en *cuestión de salud pública*, pasa del espacio privado al espacio público, se transforma en una *cuestión política*. Para cumplir con esta finalidad se utiliza entre otras disciplinas a la medicina, a la pedagogía y a la economía. Particularmente, el saber/poder del médico se ha ido apropiando del derecho de las mujeres sobre su sexualidad, a este hecho se le ha denominado la medicalización del cuerpo, de la vida y del deseo. «El saber-poder médico se ha ido apropiando de cada nuevo derecho obtenido por la mujer en lo que atañe a su sexualidad y a su capacidad reproductiva y en la actualidad, controla tanto el aborto como la mayoría de los métodos anticonceptivos».¹³

Lo anterior nos introduce en la relación y forma de *control de la sexualidad y del trabajo* de las mujeres con la finalidad, como hemos visto a lo largo de la historia, de que se dedicaran de *tiempo completo a las tareas reproductivas y domésticas*, esto a la luz de los derechos humanos, se traduce en una limitación a sus derechos a la libertad y a la integridad.

Aunada a la simbiosis del trabajo doméstico y la sexualidad, con referencia precisa a la reproducción, se impuso la regulación de «las relaciones sexuales (...) a través del *matrimonio y de la monogamia...*».¹⁴ Graciela Hierro lo considera como el fundamento de la moral sexual de Occidente «este mandato se expresa afirmando que las relaciones sexuales deben ser exclusivamente heterosexuales, y no debe realizarse ninguna actividad sexual fuera de las uniones monogámicas que buscan la finalidad de procrear (...) La norma

moral excluye la unión libre, las relaciones homosexuales, el uso de anticonceptivos, el aborto voluntario y la inseminación artificial. La continencia premarital se refuerza sólo para las mujeres «decentes» y la prostitución femenina (...) para las otras».¹⁵

El hogar se vuelve el espacio en el que se ubican la sexualidad, la reproducción y la maternidad, se le atribuyen diferentes significados sociales: de inclusión, intimidad y protección, utilizados para valorar o más bien desvalorizar las funciones femeninas, que mediante los procesos de naturalización, son consideradas de manera peyorativa como estados anímicos de las mujeres durante determinado ciclo vital, y que han servido para reforzar su exclusión de los espacios públicos; construyendo así una justificación con razones no sociales sino físicas.

Por tal motivo, después de hacer una reflexión crítica de esta justificación, nos «resulta inaceptable, entonces, la afirmación de que la *maternidad humana se funda en la relación natural, biológica*, de la madre con su hijo, en tanto la *paternidad es una función social construida por la cultura*».¹⁶

2.2 - Planificación familiar

Las normas vigentes en cuanto a la planificación familiar, existentes dentro del ordenamiento jurídico mexicano, marcan los lineamientos para que «las políticas de población y los programas de *planificación familiar* [apoyen] los principios de *elección voluntaria e informada* y no impongan medidas coercitivas que violen los derechos fundamentales, especialmente de las mujeres.

A partir de un *concepto integral* se define un programa de acción que comprende «servicios en planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, salud perinatal, incluyendo la atención del parto, del puerperio y los cuidados del recién nacido, salud de la mujer, [abarcando el] riesgo preconcepcional, detección oportuna y manejo de los carcinomas cérvico uterino y mamario, atención y manejo de la infertilidad, climaterio y menopausia, así como prevención y control de enfermedades de transmisión sexual incluido el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA), en el marco de una perspectiva de género, con la finalidad de apoyar la defensa de los derechos sexuales y

reproductivos, particularmente de las mujeres y las niñas».¹⁷

Aunque los derechos reproductivos abarcan por igual a hombres y mujeres y debe haber responsabilidades compartidas en materia de fecundidad, el enfoque de género nos permite encontrar las situaciones o circunstancias que, con base en criterios, estereotipos y costumbres, hacen que el personal de las instituciones de salud, la familia o la pareja desvaloricen el cuerpo de la mujer, y más aún, que podamos identificar los hechos que afectan y que diferencian los padecimientos de hombres y de mujeres.

Desde la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995) se consideró que «los actos de violencia contra la mujer también incluyen la esterilización forzada, el aborto forzado, la utilización coercitiva o forzada de anticonceptivos (...) y el infanticidio de niñas».¹⁸

A partir del reconocimiento de que estas violaciones a los derechos sexuales y reproductivos también constituyen hechos de violencia, es como se ha podido reconceptualizar a la salud reproductiva; y de ahí que surjan como propuestas de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995) nuevos valores en relación con la *planificación familiar* para diseñar las políticas de población y salud (información/consentimiento).

Tratando de explicarnos esta realidad y sin dejar de contrastar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres mexicanas en relación con sus condiciones de vida, hemos encontrado que persisten situaciones de maltrato y violencia que padece el género femenino en el acceso a los servicios de salud pública – entendidas por las mujeres como actos discriminatorios–; así como violaciones a su integridad física; que sigue habiendo mortalidad materna por causa de malos tratos; que en algunas ocasiones las acciones gubernamentales no respetan el derecho a la salud reproductiva y particularmente, que muchas de las legislaciones mexicanas todavía no han adoptado las convenciones internacionales aprobadas y ratificadas por México, como son la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, – y por consecuencia, no se reconoce en la totalidad del país que los derechos reproductivos deben quedar contemplados en el ámbito de los Derechos Humanos de las Mujeres, porque afectan la salud materna: embarazo, parto, postparto y lactancia.

En la Coordinación del Programa sobre Asuntos de la Mujer, la Niñez y la Familia de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos se han recibido quejas sobre probables violaciones a los derechos reproductivos de las mujeres que tienen que ver con negligencias médicas en la atención de enfermedades o en la práctica de pruebas propias de las mujeres; muertes o lesiones provocadas a recién nacidos; contracepción forzada; cesáreas mal practicadas; lesiones causadas en la aplicación o retiro de métodos de planificación familiar; legados legales mal practicados; embarazos no deseados a pesar de la aplicación de métodos anticonceptivos; embarazos mal atendidos e histerectomías mal practicadas.

Otros factores que influyen en el comportamiento reproductivo de las mujeres, además de la desinformación y la carencia de recursos, son la edad; el lugar de residencia; el nivel de educación y, por si fuera poco, podemos agregar las condiciones de pobreza que afectan particularmente a las mujeres (feminización de la pobreza), sobre todo, a las mujeres indígenas – las más pobres de entre las pobres –, en ellas confluyen no sólo las formas de discriminación en razón de su género, sino la falta de educación, vivienda y alimentación.

Es decir, la falta de los servicios de salud y asistencia social, el derecho a ser informadas sobre los diferentes métodos de planificación familiar; el reclamo por la imposición de éstos sin su consentimiento y los estereotipos que prevalecen en el trato que se da a las mujeres, siguen siendo constantes en las mujeres que «presentan una queja cuando el daño es importante, cuando tienen un nivel de información mejor; cuando tienen más elementos económicos o educativos que las respaldan; o cuando es un familiar (generalmente hombre) el que hace la denuncia. Lo anterior está ligado a patrones culturales y educativos que asignan a las mujeres un papel protagónico como procuradoras de la salud de los demás, pero que las excluye de exigir la propia».¹⁹

En alguna medida esto ha posibilitado que las instancias de salud implementen sus programas y metas a seguir sin tomar en cuenta el *derecho a decidir* y a la información sobre dicha planificación. Así que, aunque el *control natal* y la *regularización de los embarazos* comúnmente son vistos como parte de las decisiones de las mujeres, generalmente ambos son *normados por los hombres* (esposos o parejas), además de los diversos *factores culturales y religiosos que afectan las decisiones sobre los programas de planificación*.

Observemos algunos datos:

En cuanto al derecho a estar bien informadas, el 30% de las mujeres que sí conocen los métodos anticonceptivos o los utilizan, *la decisión fue tomada en un gran porcentaje por el esposo*.

«la *Encuesta Nacional de Fecundidad* menciona que un 25% de las mujeres no fueron debidamente informadas sobre el procedimiento y un 10% informan no haber tomado la decisión por sí mismas». (UNIFEM 1994)

En las zonas rurales prevalece en mayor medida la *esterilización femenina*, como método de anticoncepción, aunque cada vez se da más en las mujeres que a mayor educación se vuelva más frecuente su uso. Casi el 72% de las mujeres de 30 años declara no desear tener más hijos y se eleva casi al doble la tasa global de fecundidad de las mujeres sin instrucción, que la de las que sí recibieron instrucción.²⁰

La Encuesta de 1995 realizada por el INEGI: en relación con el *analfabetismo* muestra que 8 de cada 100 son hombres y 13 de cada 100 mujeres.

La anticoncepción sólo se toma como método en las mujeres casadas (65%) o que viven en unión libre (54.7%), pero en la población femenina con otro estado civil es muy poco. De las solteras sólo un 2.5% utilizan algún método anticonceptivo. Hasta antes de 1973 las políticas de población y de planificación familiar prohibían la propaganda y venta de anticonceptivos; y dentro de su contenido seguían dejando de lado la fecundidad masculina. La falta de corresponsabilidad era evidente en los discursos teóricos, particularmente en el dirigido a los varones, respecto de la reproducción y el control de la concepción. En un estudio sobre la salud reproductiva de las mujeres en la selva lacandona, se informa que la mitad de las mujeres desconocían los programas de planificación familiar, pero aunque los conocieran pensaban que era malo usar anticonceptivos, una de las expresiones más frecuentes resume su vida sexual y reproductiva: *yo tuve un hijo cada año hasta que me acabé*.

En la distribución porcentual de la población de 12 años y más, masculina y femenina por tipo de actividades que desempeñan (1995), el 48.8% de los *hombres realiza trabajo extradoméstico* y el 49.1% de las *mujeres sólo trabajo doméstico*. De las 35.6 millones de personas que realizan actividades económicas, el 24.2 % son hombres y 11.4 mujeres.

De ese 11.4 el 90% realiza además trabajos domésticos.

La realidad es que en el caso de las comunidades indígenas la mayoría de las mujeres se encuentran por lo general sojuzgadas, porque se someten a la voluntad de sus parejas, así que son los hombres, los que en muchas ocasiones, rechazan los métodos de anticoncepción argumentando que favorecen la infidelidad, que afectan su virilidad, que podrían perder su poder y hombría y sobre todo, que producen impotencia sexual; para ellos el procrear y tener muchos hijos es fuente de seguridad y prestigio.

La preocupación primordial (...) es la demostración de la masculinidad, de la potencia sexual y la capacidad de engendrar, mismas que se demuestran de diversas maneras: sometiendo a «su mujer», impidiéndole que tenga contacto con otros hombres, fecundándola, dándole importancia a tener un hijo varón y manteniendo constantes relaciones extramaritales.²¹

2.3 - La salud de las mujeres

Las mujeres no son en sí mismas, sino en sus relaciones con los hombres.²²

La salud de las mujeres en la actualidad ha sido estudiada por las ciencias sociales y no podemos dejar de reconocer los aportes desde la sociología, la antropología y la medicina social, que han permitido que tanto su función reproductora como su sexualidad, sean entendidas como una unidad que incluye a la vez lo biológico y lo cultural.

Este tipo de estudios no son algo nuevo, pero sí constituyen un acercamiento metodológico para luchar por los Derechos Humanos de las Mujeres y las Niñas, para identificar las violaciones a sus derechos sexuales y reproductivos y para contrastar sus condiciones de vida.

Reitero que mujeres y hombres no gozan de la salud en igualdad de circunstancias debido a las condiciones de vida económicas y sociales en las que prevalece una mala distribución del ingreso y situaciones de pobreza y marginalidad, pero sobre todo, por las excesivas cargas de trabajo femenino mediante dobles o triples jornadas; las costumbres que impiden acudir al médico o la prohibición de intervenciones quirúrgicas; la imposición de parejas que no se eligen; la procreación de los hijos que no se desean o no se deciden por la pareja; los embarazos prematuros; los matrimonios jóvenes, y el cuidado de

los hijos y las tareas domésticas que recaen sobre las mujeres; los malos hábitos alimentarios por la falta de recursos económicos; el dejar de comer para que otros lo hagan; el dormir poco y no tener tiempo para el descanso y la falta de tiempo para atenderse los padecimientos propios de su ser biológico.

Este es el panorama en lo que atañe a su entorno, pero existe otra situación que las afecta y es que, «el gobierno es el que juega, todavía, el papel dominante en los cuidados a la salud de la población. Por lo que, en gran medida los progresos observados en la atención de la salud(...) en las últimas décadas son gracias a [él], pero también lo son los fracasos(...) Los altos gastos del sector curativo llevan a ineficiencias internas, hospitales mal equipados y clínicas sin medicinas, o sin médicos(...) ya que la mayor parte del presupuesto se ocupa en salarios(...) Los alcances en la atención gratuita de la salud se traducen en un servicio deficiente en las ciudades y casi ausente en el medio rural. Por estas razones el vínculo entre pobreza y enfermedad se mantiene fuerte. Al mismo tiempo, y por los mismos motivos, la alimentación satisfactoria de proteínas y calorías no alcanza los requerimientos mínimos en la mayor parte de la población indígena». ²³ También esta realidad la puede resumir un dicho de las mujeres indígenas: «*nosotras todavía nos morimos de la enfermedad de la tristeza*», de aquello que otras mujeres en la actualidad ya no se mueren.

Insistimos en que debemos *institucionalizar nuevas formas de relación y políticas de población* que hagan realidad la justicia social. No podemos olvidar que las diferencias y desigualdades en la vida de mujeres y hombres determinan las posibilidades y oportunidades también distintas y desiguales en el ejercicio de sus derechos a las necesidades productivas, a la salud, a la educación, a una vida sin violencia, a la toma de decisiones en el hogar, en la pareja y del propio cuerpo.

2.3.1 - La salud sexual

Hablar de salud reproductiva, de los derechos sexuales y reproductivos, es hacer mención tanto a diferencias sexuales como a desigualdades sociales, al sexo, al género y a los derechos humanos. Implica revisar las percepciones sociales que hay en nuestra sociedad sobre las relaciones entre hombres y mujeres, por las construcciones sociales (susceptibles de ser modificadas) sobre *la sexualidad y el placer como esencia de la respuesta sexual humana*.

Intentar hacer una lectura de esto requiere de un marco teórico-metodológico, y es la perspectiva

de género la que tiende el puente entre los derechos humanos de las mujeres y la salud reproductiva, a partir de que plantea posibilidades y expectativas de vida afectiva y sexual diferentes, modificando los conceptos radicales naturalistas o culturalistas que escinden el proceso reproductivo de las mujeres; cuando a ellas se le visualiza cerca de la naturaleza, incluso se le asemeja a una condición reproductiva animal, en donde son menos persona que los hombres. «Con la perspectiva de género se analiza cómo es que las diferencias psicológicas y biológicas entre mujeres y hombres se usan para fomentar la desigualdad en lo político y lo social y para justificar la injusticia de género».²⁴

La discriminación basada en el sexo, denominada *sexismo*, ejerce sobre las mujeres multiplicidad de formas de violencia durante todo el proceso que abarca la salud reproductiva como son el embarazo, el parto y el amamantamiento, enfrentando desde violencia física o psicológica hasta violaciones y abusos sexuales, además de los malos tratos y «las agresiones que no siempre son involuntarias ni justificadas(...)en las que están a merced de los prestadores de servicios de salud, en cuyas manos debiera estar su tranquilidad, el respeto a su persona y sobre todo su integridad y su vida»²⁵; son estas desigualdades en la atención y el acceso a los servicios las que permiten que las diferencias biológicas deriven en desigualdades sociales en el ejercicio de sus derechos. Por tal motivo, considero que persisten discriminaciones por razones de género, sobre todo, cuando se brinda atención a las mujeres sin tomar en cuenta su óptica, las condiciones específicas de sus diferencias biológicas y culturales, pero más aún cuando algunos programas oficiales o políticas públicas las toman en cuenta a partir de ubicarlas sólo en áreas gineco – obstétricas por razones de control poblacional.²⁶

El ejercicio de la sexualidad en las mujeres, sin fines reproductivos, es visto como alejamiento de las mujeres de su destino natural de ser madre, no olvidemos «el mito de la madre(...)la ecuación social de mujer = a madre, y por lo tanto, madre = a mujer, a partir del cual se histerizó (histero = útero) el cuerpo femenino: [en cambio] la mujer como una realidad plural, como un sujeto de placer erótico, como un sujeto productivo-creativo, como un sujeto histórico, como un sujeto de discurso y como un sujeto de poder, se invisibilizó frente a ese gran útero social que la confinó a una sola verdad: la mujer no es, si no es madre.»²⁷

Dentro de las tendencias hacia naturalizar o culturalizar la realidad social, sólo la tarea productiva

de los hombres es considerada cultural (el hombre sirve para el sexo y además para el trabajo productivo), susceptible de transformación; en cambio, la tarea maternal, re-productiva de las mujeres se sumerge en una tendencia naturalista, inmutable, por su naturaleza repetitiva, la cual no requiere de iniciativa ni de creatividad sólo de la castidad de una esposa y de la abnegación de la madre. El cuerpo de la mujer es simple «objeto» de *placer* y no sirve para nada más.

Esta *naturalización de la sexualidad de las mujeres* les impone regular todos sus instintos y sus necesidades naturales, «no tienen permiso para sentir *placer*», deben reprimir al máximo sus impulsos –por eso los hombres siempre manifiestan que nosotras somos diferentes por naturaleza a ellos, en cuanto a la posibilidad de sentir y experimentar placer, porque si ven una mujer desnuda frente a ellos, aunque no la conozcan ni les una ningún sentimiento, pueden tener relaciones sexuales; y que en cambio, las mujeres en una circunstancia parecida, no lo hacemos porque «*naturalmente somos diferentes*»,²⁸ que fácil se les hace ocultar los procesos de socialización y educación o más bien dicho de domesticación y represión mediante los cuales se nos impide demostrar nuestros impulsos, antes bien se nos impone la pasividad, conformidad, emotividad y cumplir con una expectativa de lo estético, haciendo a un lado la construcción social y cultural de nuestro comportamiento, como si desde el discurso científico no se encargaran, – con un discurso masculino de la sexualidad – de hacernos interiorizar esta situación como natural.

Nuevamente he aquí nuestro empeño en tomar en cuenta, dentro de este análisis, a la perspectiva de género, pues nos sirve para identificar las diferentes *construcciones simbólicas* en cada sociedad y en cada cultura; y posibilita la modificación de ideas y posturas esencialistas y naturalistas sobre hombres y mujeres. Sólo así podremos entender cómo se ha construido el discurso que ha asimilado a las mujeres a lo *biológico*, que asevera que sus funciones son *universales e inmutables* (porque su esencia es vinculada a su capacidad reproductiva) y que a los hombres los asemeja a lo *sociocultural*, con lo *transformable* (capacidad productiva), dejando de lado características en las que *somos igualmente animales e igualmente productos culturales*. La reproductividad no es mera cuestión biológica, existen también actitudes paternas y maternales resultado de los mecanismos de adopción.

La lucha constante de las mujeres se da para poder descifrar y *desmitificar* los discursos que nos hacen aparecer bajo esa concepción, y ése es nuestro afán por demostrar la importancia de defender la *especificidad de los derechos de las mujeres* – incluyendo nuestra relación dialéctica con los hombres – y es que son estas significaciones (biologicistas o culturalistas) las que han permitido que las diferencias sexuales se traduzcan en desigualdades sociales y que impidan a las mujeres alcanzar niveles de igualdad a partir del reconocimiento de sus propias diferencias.

Aunque «a las mujeres la diferencia no es lo que nos separa de los hombres sino lo que nos une, ya que la diferencia sexual permite aprender la necesidad genérica –no del hombre o de la mujer – sino del otro».²⁹

2.4 - El placer y el erotismo como elementos que integran la salud sexual

También interesa para los fines de este ensayo recuperar el concepto de salud reproductiva, en el sentido en que hace énfasis en el reconocimiento de la sexualidad humana como parte del ejercicio del derecho a la salud, además de la reproductividad y las relaciones afectivas entre los géneros. Considera al erotismo como elemento de integración y unidad de las mujeres con su propia potencialidad de seres sociales, el cual es a la vez la parte de la sexualidad más reprimida que impide la libertad sexual.

Algunas posturas teóricas consideran que la sexualidad de los individuos se regula y organiza para que la población cumpla con sus funciones de reproducción de la fuerza de trabajo, así como para mantener determinadas relaciones sociales, es decir, para controlar los comportamientos que impidan la productividad, y para ello, controlan los placeres que distraen de las pautas asignadas. «La disciplina del cuerpo y las regulaciones de la población constituyen los dos polos alrededor de los cuales se desarrolló la organización del poder sobre la vida...(biopolítica de la población)...el hecho de vivir ya no es un basamento inaccesible que sólo emerge de tiempo en tiempo, en el azar de la muerte y su fertilidad; pasa en parte al campo de control del saber y de intervención del poder(...)el sexo es utilizado como matriz de las disciplinas y principio de las regulaciones(...)se convierte en un tema de operaciones políticas, de intervenciones económicas

(mediante incitaciones o frenos a la procreación), de campañas ideológicas de moralización o de responsabilización»³⁰

No olvidemos que hay relaciones de poder cuando hablamos de formas de sumisión/exclusión/invisibilización del cuerpo y de la vida de las mujeres, y sobre todo, cuando se menciona el control de la natalidad, los índices de fecundidad, por eso no nos importa tanto saber si mujeres u hombres tienen el poder sobre otras mujeres y hombres o sobre niñas y niños, sino *cómo se pueden modificar esas relaciones de desigualdad* a través de oponer resistencia, de crear nuevas relaciones de fuerza, diversos mecanismos legales que legitimen un orden social alterno; esto es, buscar formas de distribuir y hacer circular el poder entre mujeres y hombres, pero particularmente en este trabajo me interesa encontrar formas de contribuir a crear como señala Foucault, *un nuevo saber sobre la sexualidad de las mujeres y las niñas que permita disfrutar de una vida más plena*.

El derecho a gozar de una sexualidad sin control, el derecho al placer, implica que tanto los seres pertenecientes a ambos géneros, como las instituciones, sus autoridades y el Estado en su conjunto, protejan y defiendan nuestros derechos a la vida, la libertad, la sexualidad, la igualdad, la seguridad, la integridad y la dignidad. Esto si sería un real ejercicio de nuestra propia sexualidad sin violencia ni coerción; tomando decisiones sobre lo que atañe a nuestro propio cuerpo, reivindicando el derecho a sentir emociones y poder expresarlas sin limitaciones.

Las fundamentaciones anteriores en este sentido, nos aclaran el hecho de que procrear y experimentar placer físico no es pura determinación biológica, que es también una construcción mental de lo sexual, resultado de la interacción social e institucional, que adquiere manifestaciones psico-sociales, una construcción social, inexistente per se, que puede modificarse, y junto con ella, todos los esquemas y significaciones que envuelven la salud y los derechos reproductivos. Al mismo tiempo, podremos re-significar al género, al erotismo y a la afectividad para alcanzar una *calidad placentera del encuentro erótico*. Por tanto, pretendo incluir como parte del derecho a la salud, la posibilidad del derecho al placer sexual.

*Bajo esta perspectiva el placer se considera el bien, y el mal el displacer (...)desconocimiento del camino apropiado para alcanzar el propio placer básicamente por desoir la voz del cuerpo.*³¹

También hay disfunciones sexuales (biológicas, psicológicas y culturales) que deterioran la calidad de vida erótica de las mujeres, y que impiden su desarrollo íntegro como ser humano y digno durante todo el ciclo de vida.

No es mera ociosidad o capricho trabajar sobre la sexualidad, el erotismo, el placer y el amor; porque la felicidad y la plenitud en la vida de las mujeres puede conformar un todo que construya sin violencia y sin sufrimiento relaciones de equidad y justicia en la sociedad que le permitan experimentar sensaciones placenteras, permitirse disfrutar y decidir sobre su propio cuerpo en igualdad de circunstancias con los hombres y por qué no, de ser felices.³²

2.5 Las mujeres vistas como objetos sexuales no como sujetos de placer

Cuando las mujeres estamos «deserotizadas» no logramos reconocer el placer, porque tenemos detrás una cultura patriarcal dominante que nos impide poder unir el deseo de no quedar embarazadas con el deseo de sentir placer; en este sentido, «la construcción de la humanidad de las mujeres requiere(...)eliminar la enajenación erótica de las mujeres pensadas, imaginadas y deseadas, tratadas y obligadas a existir reducidas a una sexualidad cosificada, a ser objetos deshumanizados –de contemplación, uso y desecho: a ser cuerpos – paralelos posesivos de los hombres-. La humanización femenina implica de manera ineludible la redefinición de la experiencia erótica de las mujeres y con ello de los cuerpos femeninos, de la subjetividad y la identidad erótico-corporal de las mujeres, con el sentido de construir socialmente a las mujeres desde y en su experiencia erótica –como sujeto en completud, cuyo potencial erótico requiere la igualdad con las otras y los otros, y la integridad de su persona para realizarse, así como del placer y el goce sin peligro, es decir, la libertad.»³³

Si las mujeres somos educadas desde nuestra infancia para dar placer a otros, para olvidarnos de nosotras mismas, para reprimir nuestros deseos, no podemos separar la explicación que considera que «la despiadada sujeción de la sexualidad de las mujeres es también la causa de la subyugación de su vida intelectual, y es por ello que, en gran medida, se constituyen en parásito de la vida emocional e intelectual de los hombres.»³⁴

La relación erótica a que tienen derecho las mujeres sucumbe frente al miedo y a la violencia, por lo que, de ser sujetos de placer son convertidas física y emocionalmente en objetos, «y como los objetos no

sienten ni tienen derechos, luego entonces, el acto violento no existe».³⁵

Cuántas mujeres conocemos que dicen sentirse realizadas en sus hijos, en el quehacer de la casa o en la atención y cumplimiento de los deseos del marido; aún más, preguntémonos cuántas de ellas han disfrutado durante su vida, del placer sexual. «Lo anterior hace que la mujer no pueda asumir su sexualidad como la culminación del deseo sexual o como el deseo de tener hijos, sino que dependa de la sexualidad masculina y sea usada por su pareja ya sea como objeto sexual, sujeta al deseo del placer de los hombres, o como madre».³⁶

En la historia de la humanidad, con las connotaciones político-ideológicas, económico-sociales y culturales más heterogéneas que caracterizan a cada sociedad y a cada cultura, se han reproducido, en algún momento, este tipo de consideraciones sobre el comportamiento sexual femenino. Una expresión común entre las mujeres del campo mexicano que hace referencia a las formas en que viven sus relaciones sexuales, es por ejemplo: «*cundo mi marido me ocupa*». que significa la manera en que ellas mismas, por la forma en que culturalmente son educadas, se devalúan como mujeres y se consideran como un objeto de uso, como un utensilio más de la casa, como algo de lo que se dispone al antojo de otros; que no tiene independencia y que debe estar dispuesto a ser «ocupado» en un doble sentido, físicamente en las labores domésticas y sexualmente para «cargar» o encargar a un hijo (depósito de semen).

No existe en esta expresión respeto a la individualidad e intimidad de las mujeres, antes bien, nos muestra las diversas desigualdades de clase social, género, etnia y cultura a la que se pertenece.

En este sentido, «el derecho a optar(...)de hombres y mujeres que merecen gozar de una vida sexual y reproductiva saludables, en condiciones de igualdad y equidad entre los sexos, sin coacciones, con garantías de parte del Estado y en el ejercicio pleno de su libertad personal se convierte en un mero discurso jurídico-formal».³⁷

Si las legislaciones no contemplan el respeto del cuerpo como un elemento central de protección para ambos sexos, los seres humanos seguiremos expuestos no sólo a violaciones a nuestros derechos a través de la violencia doméstica, la violación, la represión sexual y la discriminación, sino también al control de la natalidad de manera forzada y a todos

los abusos que impiden la vida civilizada en comunidad.

El cuerpo es la parte visible de nuestra relación con el otro, pero este cuerpo sin el respeto a los derechos humanos no nos permite reconocernos ni relacionarnos sin transgredir el derecho a una vida digna o a la integridad física a que tanto hacen mención en el propio Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 (p. 37), cuando señala que «la salud reproductiva se consolida así en un derecho de todos los mexicanos y en un pilar de la dignidad humana», y más aún, que «los derechos sexuales y reproductivos, los más humanos de todos los derechos, incluyen el derecho de la población a disfrutar de los niveles más altos de salud sexual y reproductiva y el derecho a la libre decisión».

El eje de nuestra sexualidad escindida lo han hecho girar en la realización de la procreación y en la estética de nuestro cuerpo (objeto) para otros, no en la posibilidad, desde el punto de vista ético, del erotismo y de la necesidad de las mujeres de encontrarse así mismas (- que queda subsumido en el disfrute de la maternidad y en el compromiso conyugal- en lo que se ha dado en llamar la «economía del placer».³⁸

Lo anterior se puede resumir de la siguiente manera: se nos exige *ser madres* y se nos prohíbe el placer, la vivencia del cuerpo, porque los tabúes se encargan de obstaculizarnos el saber sobre nuestra sexualidad, se nos enseña que no debemos conocer, develar, cuestionar, tener procesos de conocimiento; sino que por el contrario, debemos aceptar que nuestra cualidad como género femenino es la ignorancia y la falta de imaginación, no necesitamos de las fantasías ni del placer.

Tanto en hombres como en mujeres se da el deseo, la excitación y la fase orgásmica, es decir, «la atracción erótica –estimulación visual, olfativa, táctil, gustativa – en el hombre provoca rápidamente la respuesta de la erección, y en la mujer la lubricación vaginal (...) el clítoris es, por lo demás, el único órgano cuya función exclusiva es la obtención de placer, de ahí la práctica aberrante en países fundamentalistas de extirparlo en niñas y adolescentes para res-tringirles la posibilidad de goce sexual...[pero la respuesta sexual femenina y masculina se han construido culturalmente en menosprecio del disfrute femenino haciéndolo invisible y reduciéndolo a la función reproductiva, cuando que] «luego de la eyaculación, [es] el hombre [el que] experimenta una dificultad evidente para

reiniciar de inmediato la actividad sexual (...) y la mujer puede reanudar varias veces su respuesta sexual.»³⁹

Sin embargo, la mujer es considerada «siempre y ante todo celestina, su tarea consiste en favorecer por todos los medios la celebración de coitos, pues el coito es el único objetivo para el que realmente [debe vivir]».⁴⁰

Estas formas de relación sexual prevalecientes en un momento histórico y avaladas por aspectos científicos, técnicos y políticos, de poder, construyen la identidad de los géneros por medio de dispositivos que asignan valores, funciones, roles, deberes y prohibiciones a mujeres y hombres y sobre todo, organizan los modos de vida y las formas de pensar. Ubican el cuerpo de las mujeres en espacios de inclusión o de exclusión social, al desvalorizarlo y marginar sus potencialidad de vida solamente a su ser de madre sin permitirles ejercer sus derechos y mucho menos disfrutar de una salud sexual integral.

La identidad de las mujeres ha quedado invisibilizada dentro del mundo cultural, reducida a algo puramente biológico (útero y ovarios=aparato reproductor; para no permitirle romper con las relaciones de sometimiento, con formas de dominación; y mucho menos construir social, colectiva e individualmente discursos y prácticas que le permiten identificarse con sus iguales, las mujeres. Porque saben que las mujeres podemos construir la «sororidad», esto es, «una solidaridad específica, la que se da entre las mujeres por encima de sus diferencias y antagonismos, se deciden a desterrar la misoginia y sumar esfuerzos, voluntades y capacidades, y pactan asociarse para potenciar su poderío y eliminar el patriarcalismo de sus vidas y del mundo. La sororidad es en sí misma un potencial, una fuerza política, porque trastoca un pilar patriarcal: la prohibición de la alianza de las mujeres (...) las mujeres pueden pactar entre sí siempre y cuando se reconozcan como sujetas»; [sobre todo,] la calidad de humanas es para las mujeres, la posibilidad de ser libres aquí y ahora, y compartir el mundo con hombres humanizados».⁴¹

Construir una identidad de género nos permitirá también ejercer y gozar de la sexualidad, sabremos que tenemos derecho a erotizar nuestras relaciones sexuales; y por supuesto adquiriremos mecanismos para luchar por nuestros derechos para dejar de ser objetos de las políticas públicas de control natal. El ejercicio de nuestra sexualidad podrá quedar separado de la regulación de la fecundidad y

del uso de métodos anticonceptivos, girando ambas en relación a nuestras necesidades básicas y no a las imposiciones desde el discurso médico.

3 - Sociología del Género y de los Derechos Humanos

Después de esta descripción de la realidad que vivimos la mayoría de las mujeres, una visión sociológica de los Derechos Humanos puede ser útil para encontrar los mecanismos, las estrategias y los análisis teóricos que sirvan de base para alcanzar diversas formas de equidad,⁴² independientemente del sexo que se tenga; la religión que se profese; la condición socioeconómica que se ostente; etc., es decir, seremos capaces de albergar como seres humanos espacios democráticos que instauren nuevas formas de convivencia, en donde se reconozca la diferencia, y se permita el goce de la sexualidad sin que se utilice como justificación de la desigualdad.

Esto significa,⁴³ como bien dice Patricia Duarte, «buscar nuevos sentidos, nuevos imaginarios, actuando, pensando, teorizando y deseando diferente».⁴⁴

A partir de una sociología de los géneros, podemos pensar en la construcción social de los cuerpos sexuados, estudiar sus características y multiplicidad de determinaciones, entender que la capacidad de los cuerpos y sus diferentes maneras de gozarlo, de producir el placer en otros cuerpos, también son una construcción social. Lo que nos hace pensar lo contrario son las formas en que se organizan, clasifican y asignan valores, en que se diseñan las normas, en que se prohíben ciertas conductas, y especialmente la forma en que se reproducen tabúes que justifican la sumisión y la exclusión de las mujeres.

Desde el punto de vista sociológico también se estudian las diferentes significaciones sociales del hecho reproductivo y de la contracepción, en este sentido adquieren relevancia las actitudes de rechazo al control natal y al uso de anticonceptivos en relación con la libertad de decisión; así como la institucionalización de las políticas reproductivas como formas de regulación y organización de los comportamientos sexuales y reproductivos de la población.

Esta visión de las cosas toma en consideración que para alcanzar un desarrollo humano digno se debe acceder al bienestar social y a una calidad de vida en la que se puedan ejercer en plenitud los derechos y potencialidades de mujeres y

hombres. Esto implica por tanto, que se disponga de un ambiente de libertad y que se considere la salud desde un punto de vista integral que abarque por igual la salud física, emocional o psicológica y en gran medida la salud sexual.

La realidad es que por las situaciones sociales, económicas y culturales que limitan y condicionan la vida de las mujeres, no existen espacios de libertad para la toma de decisiones por parte de la pareja y menos en las actitudes de las mujeres que se ven afectadas por situaciones de discriminación, marginación, exclusión, maltrato, racismo, violencia doméstica, física, emocional o sexual y hostigamiento sexual. Todas estas conductas tienen detrás una connotación ideológica y cultural (patriarcal y machista) que tiene que ver con la consideración de las mujeres como provocadoras, por lo que con su forma de vestir y de actuar incitan a la violación, sin dejar de lado los argumentos sexistas que señalan a la sexualidad de los hombres como irrefrenable; cuando que «la medida del impulso sexual femenino puede deducirse de la cantidad, fuerza e implacabilidad de las restricciones sexuales que históricamente se han ejercido sobre este sexo» .

*Cuando una mujer se ha ido de copas con un hombre y ha aceptado sus galanteos, el código dicta la relación sexual; si la mujer no quiere, puede sobrevenir la violación, porque para ese hombre el código era claro, tenían un solo significado, no importa que la mujer haya pensado en establecer formas de comunicación diferentes, que no formen parte del discurso naturalizado, como por ejemplo, su libertad para elegir con quién, cuándo y dónde sostener un intercambio sexual.*⁴⁵

Todos estos hechos de violencia alteran en todos sentidos la vida de las mujeres y las niñas, violan sus Derechos Humanos.

3.1 ¿Vigencia sociológica de los Derechos Humanos?

Los Derechos Humanos tienen una existencia material, no basta con definirlos teóricamente, aunque alcanzan su expresión como formas de vida en las normas hay que mostrarlos en la vida cotidiana.

La Comisión Mundial sobre la Salud de la Mujer establecida en 1993, fijó los lineamientos sobre la «seguridad de la salud de la mujer», que abarca todos los aspectos de los derechos básicos a la salud: el derecho a la libertad de elección y a la seguridad personal; el derecho a una alimentación en cantidad y calidad suficientes, el derecho a vivir y

trabajar en ambientes donde los riesgos manifiestos para la salud estén bajo control; y el derecho a tener acceso a la educación, la información y una vivienda adecuada (...) Reafirmando la constitución de la organización Mundial de la Salud (OMS), cuyo texto dice que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano y que la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad».⁴⁶

La forma de considerar la salud reproductiva a la luz de los Derechos Humanos permite alcanzar la equidad entre los géneros y niveles de corresponsabilidad en la toma de decisiones y en la participación de las mujeres.

Los derechos sexuales y reproductivos posibilitan «el derecho humano de la mujer a tener control respecto a su sexualidad (...) y a decidir libre y responsablemente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la discriminación y a la violencia». (Plataforma Beijing 95).

Por tal motivo, entre las medidas que deben tomar los gobiernos, la sociedad civil y el Sistema de las Naciones Unidas en materia de salud están «erradicar todas las costumbres o prácticas tradicionales, en particular la mutilación genital femenina, que son nocivas para la mujer y la niña o discriminación contra ellas, que constituyen violaciones de los derechos humanos de la mujer y son obstáculos al pleno disfrute por ella de los derechos y libertades fundamentales (...) y enjuiciar a los culpables de las prácticas nocivas para la salud de la mujer y la niña».⁴⁷

Si pretendemos modificar esquemas de subordinación y patrones culturales que permiten violaciones a derechos humanos y que afectan la calidad de vida de las mujeres y de las niñas mexicanas, no dejemos de pensar que dentro de los obstáculos que impiden el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos se encuentran las condiciones de pobreza, de marginación, de exclusión y de explotación, por tal motivo, falta todavía mucho por resolver en cuanto a la vigencia sociológica de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, por lo que, a pesar de la existencia de instrumentos internacionales ratificados por nuestro país y de legislaciones nacionales, las prácticas e historias concretas de vida de las mujeres y niñas mexicanas, es decir, la contrastación con su calidad de vida nos muestra que éstos no han sido respetados en su totalidad (que persiste la discriminación sexual cuando se disminuye o anula el goce en el ejercicio

de tales derechos), por lo que no podemos hablar de un ámbito de igualdad y de la existencia de una política integral de protección y defensa de sus Derechos Humanos.

El que existan quejas, como datos fácticos de la realidad por la que atraviesa la salud de las mujeres, denunciando que persisten deficiencias legislativas (por ejemplo, no se reconoce en la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ni del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) el derecho de las mujeres embarazadas a una nutrición adecuada durante los periodos de gestación o lactancia; tampoco se reconoce el derecho de las personas a decidir cuándo tener un hijo(a)- problemática vigente acerca del aborto; no se ha legislado adecuadamente para responsabilizar penalmente a quienes realicen esterilizaciones masivas), persisten prácticas administrativas discriminatorias, y servidores públicos (prestadores de servicios de salud) que incurren en violaciones a esos derechos, por maltrato, negligencias médicas y por contracepción forzada, en donde la atención hace distinciones entre mujeres y hombres no por especificidades biológicas sino por cuestiones de género, se está manteniendo un estado de salud precario y proporcionando una mala calidad en el servicio, en el que la mujer sólo importa en tanto le brinden la atención gineco-obstétrica sin la posibilidad de una atención integral que le permita una vida sana a partir del respeto de sus derechos fundamentales, por eso decimos que sin una perspectiva diferente de la salud reproductiva, que parta de la óptica de las mujeres, no se podrá construir una salud sexual con base en la equidad de los géneros.

Ante las constantes violaciones a derechos Humanos, a los derechos sexuales y reproductivos, no podemos tolerar actitudes que vulneran la dignidad humana de las mujeres. Para limitar los abusos en contra de los seres humanos debemos pensar en la universalidad de los Derechos Humanos, pero no por la existencia de la naturaleza humana como ley eterna inmutable, no constatable empíricamente, a partir de la cual se establecen derechos universales y absolutos; sino partiendo de que empíricamente si se pueden determinar nuestras necesidades básicas, tomando en cuenta por un lado, la propia constitución biológica, pero también nuestro ser psico-social, porque si estas necesidades no son satisfechas, podemos exigir las a terceros y es esta exigibilidad la que concreta los Derechos Humanos. Las necesidades básicas de las mujeres, al igual que las de todos los seres humanos, si pueden ser constatables para hacerlas reales.

Es más, a partir de un nuevo consenso construido sobre necesidades básicas, que se consideren buenas razones para ser exigibles, podríamos derivar también nuevos derechos (sexuales y reproductivos). En estos derechos debe prevalecer la expresión y las palabras de las mujeres, así como el respeto a sus tradiciones y costumbres siempre y cuando no vulneren sus Derechos Humanos, de no ser así, deben ser transformadas teórica y prácticamente más allá de la existencia de tal o cual individuo o colectividad que pretenda hacerlos valer. El reconocimiento jurídico-social de los derechos sexuales y reproductivos y el conocimiento y conciencia de lo que significan, permite la salvaguarda de los mismos. Sólo las necesidades básicas pueden ser universalizables, no olvidemos que lo básico se promueve o protege pero no es susceptible de negociarse ni por el Estado ni por sus instituciones o funcionarios. Es así que es un imperativo ético que el Estado intervenga para salvaguardar la salud y la vida, tiene que actuar aunque violente la tradición y la cultura, porque es más importante salvaguardar la integridad física de todos los individuos para posibilitar la convivencia social.

La salud y los derechos sexuales y reproductivos son parte esencial del desarrollo social y humano y sustento en la construcción de una cultura respetuosa de los Derechos Humanos, son un requisito para que el progreso económico posibilite a la población decidir libre e informadamente sobre la utilización o no de los programas de planificación.

El respeto a los Derechos Humanos equivale a la prevención de hechos y actitudes que los vulneren; su violación, por el contrario, significa la violencia ejercida en diferentes niveles de la vida, cuando la represión y no la prevención se utilizan para restablecer un orden social. No obstante, una convivencia civilizada basada en la equidad no se puede dar sin la corresponsabilidad, la autonomía y el fortalecimiento de las mujeres. Además, se requiere de campañas de información, educación⁴⁸ y comunicación, no sólo del suministro de productos anticonceptivos, porque las limitaciones sociales que impiden el avance de la salud sexual y reproductiva de las mujeres se construyen dentro y fuera del entorno familiar. El cambio en la concepción y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos no sólo debe venir de actitudes aisladas o consentidas por los hombres como un favor otorgado en cuanto a la reproducción humana sino que también requiere de la aplicación del enfoque de género en la definición de los criterios de calidad

para brindar el servicio, en la construcción de políticas adecuadas de salud, en la capacitación del personal y sobre todo, en la creación de modelos de atención alternativos para las usuarias, – que no «pacientes» –, que partan del pleno reconocimiento de sus derechos como humanas por todos y todas las que integramos la sociedad.

3.2 - Un proceso de socialización distinto.- Recuperar en las niñas el poder de decir «no».

Mediante los procesos de socialización se configuran las identidades individuales y sociales de las mujeres y las niñas, así como de los hombres en una relación social sexual y de género.

*Es necesario crear las condiciones de vida y autonomía desde la infancia para lograr que alguien se sienta con derecho a decir no, a incidir sobre su realidad para lograr sus proyectos; se necesita ubicar la cuestión del empoderamiento también como un problema de ciudadanía como una asunto de democracia. Involucrar a la sociedad en el rediseño de las relaciones entre los géneros.*⁴⁹

*[La] mujer, que se discute a sí misma, al hombre y al mundo para llegar a entender quién es, no resulta para el «macho» una compañera ideal. No acepta su papel, ha decidido existir y no renunciar a sí misma, y ha aprendido a decir «NO». Palabra excluida de su vocabulario que ahora abre las puertas a su individualidad y a su presencia real (...) Pero cuando el hombre insiste pretendiendo, en la relación con ella, la subordinación a sus propias exigencias como hecho natural para él, porque está acostumbrado a ello, el «NO» es ya el primer paso de un «SI» hacia sí misma(...) su «NO» deviene más agresivo y pesado porque (...) una tradición individual y social no se borra en un día.*⁵⁰

La mujer ha descubierto que puede también ella definir su propia naturaleza y confrontar con el hombre sus propios descubrimientos (...) a través del rechazo (...) pero este rechazo deviene a los ojos del hombre una amenaza para su identidad, un sentimiento de pérdida de lo que le pertenece y la sola tentativa de la mujer de presentarse con un rostro distinto, se convierte en una agresión deseada, intencional, que anula el significado que adopta para ella la conquista de sí misma y de presentarse ante el mundo como un nuevo ser (...) Todo lo que la mujer adquiere en fuerza y en espacio para ser igual (...) es

*vivido como la amenaza de ser invadido, expropiado, castrado. Y es difícil hacer entender que lo que la mujer busca es existir y colmar un vacío que ha durado incluso demasiado y que ahora tiene prisa de ocupar. Pero la reacción del hombre, al continuar llevando al plano de la reivindicación individual lo que quiere ser un movimiento de liberación social es también el signo de cómo él está prisionero de una cultura en la cual su propia existencia está garantizada por la ausencia del otro.*⁵¹

Pero lo humano no es sólo el hombre sino también los hombres y las mujeres en plural, el ser de mujer tiene que ver no con formas que no equiparen al ser de hombre sino, partiendo de que tenemos conciencia, que pensamos, razonamos, cuestionamos, creamos, gozamos etc., no creemos que alcanzar la igualdad sea ser como hombres, queremos ser y vivir como mujeres, buscamos la equidad pero sin perder nuestras diferencias. Debemos expresar nuestras propias necesidades, declarar nuestros propios derechos.

Si construimos formas de relación tolerantes y transmitimos valores distintos pero iguales en importancia para esculpir la personalidad y el carácter de las niñas, tomaremos en cuenta las «formas disímiles de dolores transformados en resistencias, resistencias transmitidas de madres y abuelas a hijas, con el silencio en el dolor o con la hostilidad franca frente a su destino, pero siempre con una apuesta ilusionada en esas niñas».⁵² Con esto, las mujeres alcanzaremos la condición de ciudadanas, de sujetos femeninos, romperemos barreras sociales y culturales que construyan nuevas prácticas a nivel social, familiar e individual. Es decir, podremos incluso en el nivel de la sexualidad hacer que el deseo femenino sea el parámetro de su expresión erótica. Modificar nuestra identidad sexual equivale a recuperar de nuestro cuerpo y nuestro ser la integralidad de lo biológico y lo socio-cultural.

Si no consideramos el significado social que tiene para las mujeres y las niñas en nuestra sociedad el logro de la equidad en los derechos sociales y sobre todo, en el disfrute de los sexuales y reproductivos, no lograremos eliminar las desigualdades de género que están inmersas en la interiorización de normas, en los procesos de socialización y en los comportamientos y actitudes que condicionan, de alguna manera, las expectativas sociales y las metas institucionales.

3.3 - El Proceso de Empoderamiento (Empowerment)

Tanto para el enfoque de género como para la sociología, el empoderamiento «es un concepto que implica dignificación, es un proceso de particularización, por dos razones: por la capacidad de proyectar y de realizar acciones deliberadas (voluntad); y por el grado de autonomía de un sujeto singular, que es inseparable del grado de autonomía del grupo social al que pertenece.» Empoderar significa también solucionar problemas de pobreza, desnutrición, vivienda, salud, educación y empleo entre otros, lo cual representa una tarea que sólo puede ser asumida desde la comunidad, junto con políticas públicas emanadas del gobierno y de la sociedad civil»⁵³

Sabemos que no hay mera reproducción, que siempre hay producción de algo nuevo, en este sentido no determinista, pensemos que las prácticas sociales sexistas pueden modificarse ya que las realizan sujetos sociales. Lo primero es reconocer el sufrimiento y la insatisfacción de las mujeres por las desigualdades sociales que se han legitimado en diferencias sexuales, luchar contra la discriminación sexual implica pensar tanto en esas diferencias sexuales pero también en las psico-sociales e históricas, rebasando los reduccionismos biológicos o culturales. Tenemos que pensar que si la estructura social puede transformarse con base en relaciones sociales más equitativas, esto modificará también los comportamientos sexuales, por lo que dejarán de ser vistos sólo los actos masculinos como actos de libertad y los femeninos como determinaciones; en algunas perspectivas teóricas a este proceso se le denomina *deconstrucción de las identidades sociales*. Implica reconceptualizar el sistema sexo/género y entender que en la producción social de nuestra existencia nos producimos y reproducimos a la vez como cuerpos, mentes y entes de poder como mujeres y hombres a la vez.⁵⁴

Tomar este camino implica perder el miedo a empoderarnos, construir para niñas y niños caminos, que a través de una educación sexual equitativa, nos permitan recuperar la dignidad, el poder y la identidad.

BIBLIOGRAFÍA

ALATORRE W., Edda (1997). «Las mujeres y el Derecho a la Salud»,

BASAGLIA, Franca O (1983). *Mujer, Locura y Sociedad*. México: UAP

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (1999). *Mujer, Fecundidad y Medio Ambiente en Mujer Rural, Medio Ambiente y Salud en la Selva Lacandona*. México: CONAPO.

DUARTE, Patricia y GONZÁLEZ, Gerardo (1997) «De la etiqueta de víctima al empoderamiento. Un

- camino por recorrer cuando trabajamos la prevención en la violencia de género», *Alter*, Año 1, No 1, enero-abril, 1997.
- EL NACIONAL, 6 de abril de 1998, X-X8.
- ESPINOSA MORA, María Eugenia (1998). «Estrategias teórico-prácticas para el acceso de las mujeres a los ámbitos de justicia» en *Revista Mexicana de Justicia*, Nueva Época, Núm.4.
- Estado de la Población Mundial 1997-ONU.Boletín Trimestral sobre Reproducción Elegida, GIRE.Núm.13/jun/97,p.7
- FERNANDEZ, Ana Ma. (1993). *La invención de la niña*, Buenos Aires: UNICEF.
- FOUCAULT, Michel (1989). *Historia de la Sexualidad*. La voluntad del saber. México: Siglo XXI.
- _____. GUZMÁN STEIN, Laura y PACHECO, Gilda, comp. (1997) *Estudios Básicos de Derechos Humanos*, vol. IV. San José, Costa Rica: IIDH-ASDI-Comisión de la Unión Europea.
- HIERRO, Graciela (1990). *Ética y Feminismo*, México: UNAM/ Coordinación de Humanidades.
- IZQUIERDO, María Jesús (1998) *El malestar en la desigualdad*. Valencia: Cátedra/Universidad de Valencia/Instituto de la Mujer, Serie Feminismos.
- LAGARDE, Marcela (1997). Identidad de Género y Derechos Humanos. La Construcción de las Humanas, en *Estudios Básicos de Derechos Humanos*, vol. IV. San José, Costa Rica: IIDH-ASDI-Comisión de la Unión Europea.
- LARA C., Ma. Asunción (1994) Masculinidad y Femenidad, en *Antología de la Sexualidad Humana*, vols. I, II y III. México: Porrúa.
- MELESIO NOLASCO, Marisol (1999). «La Montaña de Guerrero y el Desarrollo» (mimeo 1999), pp.12-13
- MÉXICO. Secretaría de Salud (1999)*Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (PSRPF)*
- PEÑA-MARÍN, Cristina («s.a.»), «Del Amor y los Desórdenes de la identidad» en *Filosofía y Sexualidad*, 2ª. ed. Barcelona: Anagrama.
- PÉREZ-GIL ROMO, Sara Elena *et.al.* (1995) *Género y Salud Femenina, Experiencias de Investigación en México*. México: Universidad de Guadalajara, Centro de Investigación y Estudios en Antropo-logía Social (CIESAS) y el Instituto Nacional de la Nutrición «Salvador Zubirán».
- PÉREZ-PALACIOS, Gregorio (1998). La salud reproductiva en México. *El Nacional*, Jueves 14 de mayo.
- PIMENTEL PÉREZ, Maribel (1997). «Tiempos de Violencia». en *Violencia: ¿condición de género?*, AA.VV. México: UAM-Xochimilco.
- SAVATER, Fernando (1993) «Génesis del Pesimismo Genital», en *Filosofía y Sexualidad*, 2ª. ed. Barcelona: Anagrama.
- SCHLOSSER, Raquel (1998). Ponencia presentada en marzo de 1998 en el Parlamento de Mujeres.
- TUBERT, Silvia (1991) *Mujeres sin Sombra, Maternidad y Tecnología*. Madrid: Siglo XXI.
- TUÑÓN PABLOS, Esperanza (1997) «Panorama de la salud sexual y reproductiva en Tabasco, en *Género y Salud en el Sureste de México*. Tabasco, México: El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR) / Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
- VARELA, Julia (1993) *De las reglas de urbanidad a la ritualización y domesticación de las pulsiones*, en *Filosofía y sexualidad*. Ediciones Anagrama.
- VINCENT Vidal (1991) *La petite histoire du présevatif*. Paris: Syris Alternatives

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espinosa Mora, María Eugenia (1998) «Estrategias Teórico-prácticas para el Acceso de las Mujeres a los Ámbitos de Justicia». *Revista Mexicana de Justicia*, Nueva Época, n. 4, p.79.
2. «La dificultad está entonces en el individualizar la diversidad natural y en el reivindicar el valor de esta diversidad, destruida por la desigualdad (...) la mujer – cuando impone el derecho a su propia

función- no lucha por tener la misma suerte del hombre en un mundo donde se continúa discriminando la diversidad como algo que lleva un signo de calidad negativo (...) es tácticamente necesario que la mujer tome conciencia de sí, de la propia opresión y de la propia fuerza, asumiendo un papel y un peso en la sociedad en la que vive. De su propio cuerpo amputado, manipulado, violado, las mujeres saben extraer la

- voz que reclama un cuerpo social diverso (...) para luchar por la transformación del mundo la mujer está obligada a pasar a través de la transformación de sí misma y la del hombre». (Franca Basaglia. Op.cit.: 18.)
3. Lineamientos para la Integración de la Perspectiva de Género en los Organismos de la Federación Iberoamericana de Ombudsman. IIDH, Red de Defensorías de las Mujeres, Comisión de la Unión Europea (*mimeo*).
 4. «Es de hecho la diversidad natural convertida en desigualdad social, lo que reúne a todas las mujeres en una única categoría, cualquiera que sea la clase a la que pertenezcan, porque la inferioridad y la invalidación están ligadas al ser mujer y a su naturaleza». Franca Basaglia (1983) *Mujer, Locura y Sociedad*. México:UAP, p.16.
 5. Izquierdo, María Jesús (1998) *El Malestar en la Desigualdad*. Valencia: Ediciones Cátedra, S., p. 379.
 6. CONAPO (1999). *Mujer, Fecundidad y Medio Ambiente en Mujer Rural, Medio Ambiente y Salud en la Selva Lacandona*, México: Consejo Nacional de Población. p. 63.
 7. Información del Secretario General sobre la Integración de los Derechos de la Mujer en todo el Sistema de las Naciones Unidas. 53º periodo de sesiones de la Comisión de Derechos Humanos, Ginebra, Suiza 10-03-97. ECN.4/1997/40
 8. «La naturalización del discurso victimal sobre las mujeres todavía cohabita con nosotros, el mito de la provocación está vigente (...) persiste la idea de las salidas individuales, de responsabilidad exclusiva de la persona que sufre violencia, frente a una situación que tiene contenidos histórico-sociales». Cfr. Patricia Duarte y Gerardo González (1997) «De la etiqueta de víctima al empoderamiento. Un camino por recorrer cuando trabajamos la prevención en la violencia de género», en *Alter*, Año 1, n. 1, enero-abril, p. 216.
 9. En el documento: «El Derecho a la Libre Decisión. La Planificación Familiar en el Contexto de la Salud Reproductiva», como parte de su fundamento normativo, pp. 29 y 41.
 10. *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (PSRPF)*.
 11. Véase dicho documento editado por el Consejo Nacional de Población (CONAPO).
 12. Cit. Julia Varela (1993) «De las Reglas de Urbanidad a la Ritualización y Domesticación de las Pulsiones», en Sabater, Fernando, coord. *Filosofía y Sexualidad*. México: Anagrama, pp. 88 y 89.
 13. Tubert, Silvia, (1991) *Mujeres sin Sombra. Maternidad y Tecnología*. Madrid: Siglo XXI, p. 46.
 14. Varela, Julia. *Op. cit.*, p. 85.
 15. Ponencia presentada en marzo de 1998 (*mimeo*), p. 10.
 16. Tubert, Silvia. *Op. cit.*, pp. XIV, XVI y p. 51.
 17. «La Salud Reproductiva en México, Dr. Gregorio Pérez-Palacios, Director General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud. *El Nacional*, Jueves 14 de mayo de 1998.
 18. Guzmán Stein, Laura y Gilda Pacheco, comp., (1997). *Estudios Básicos de Derechos Humanos IV*, San José, Costa Rica: IIDH-ASDI-Comisión de la Unión Europea, pp. 176-177.
 19. Alatorre W. Edda. (1997) *Las Mujeres y el Derecho a la Salud*, inédito, p. 55.
 20. «Hasta ahora las campañas amplias de planificación familiar en el campo se han caracterizado por la coerción, el otorgamiento condicionado de servicios y el abuso de la esterilización». (Cfr. Sara Elena Pérez-Gil Romo et al.. (1995). *Género y Salud Femenina, Experiencias de Investigación en México*. México: Universidad de Guadalajara / Centro de Investigación y Estudios en Antropología Social (CIESAS) / Instituto Nacional de la Nutrición «Salvador Zubirán»). Además, la propia Secretaría de Salud (1990) reporta que la utilización de este método definitivo se aplica en el 65% de las usuarias activas del IMSS y en el 66.8% de las del ISSSTE. «En este fenómeno no está ausente la meta gubernamental que contempla reducir el índice nacional de fecundidad al 1% para el año 2000, así como las presiones ejercidas sobre el cuerpo médico para cumplir con las cuotas establecidas de control natal, cuotas que preponderantemente se cubren entre la población más desprotegida» (Cfr:

- Esperanza Tuñón Pablos (1997) «Panorama de la salud sexual y reproductiva, en Tabasco en *Género y Salud en el Sureste de México*. El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR), Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, p. 178). Finalmente véase Jonathan D. Kirsh y Marcos Arana Cedeño (1999) *The Lancet. Informed Consent for Family Planning for Poor Women in Chiapas, México*. *Revista Médica*, julio (cit. en La Jornada, 24-nov-99).
21. Lara C., Ma. Asunción (1994) «Masculinidad y Femenidad», en *Antología de la Sexualidad Humana*. vols. I, II y III. México: CONAPO/ Porrúa, p. 324.
 22. Izquierdo, María Jesús (1998) *El Malestar en la Desigualdad*. Valencia: Cátedra.
 23. Melesio Nolasco, Marisol (1999). «La Montaña de Guerrero y el Desarrollo» (mimeo), pp. 12-13.
 24. Schlosser, Raquel (1998). Ponencia presentada en marzo de 1998 en el Parlamento de Mujeres.
 25. Alatorre W. Edda. *Op. cit.*, p. 54
 26. Por ejemplo, las quejosas mencionan que en el trato con los médicos, en algunas ocasiones, cuando ellas sienten que algo está mal en su embarazo o que tienen contracciones seguidas y piensan que va a nacer su hijo, aquéllos les dicen que regresen después, y sin examinarlas cuidadosamente les dicen que todavía no es tiempo, esto trae como consecuencia que las mujeres tengan a sus hijos en los pasillos de las unidades médicas del sector salud o que tengan que buscar atención en hospitales particulares, muchas veces naciendo el producto con lesiones irreversibles. Otros en los que durante la atención del embarazo la quejosa manifiesta al médico que no siente movimiento del producto y este le dice que no se preocupe que le va a mandar estudios pero que el producto está bien, y al mes le informa que le tiene que hacer un legrado porque el producto está muerto. O también cuando no explican bien a las mujeres qué es lo que sucede, es frecuente que ellas no sepan por qué perdieron a sus hijos, por qué causas fallecieron. Otra forma de violencia es la que reciben durante el parto, cuando las mujeres gritan de dolor y las mismas enfermeras les gritan que se callen, que por qué no gritaban así cuando estaban «haciendo el hijo»...
 27. Patricia Duarte y Gerardo González (1997). «De la etiqueta de víctima al empoderamiento. Un camino por recorrer cuando trabajamos la prevención en la violencia de género». *Alter*, Año 1, n.1, enero-abril.
 28. «Existen campos de la experiencia humana donde “lo natural” se erige en criterio supremo...y así se afirma que el deseo sexual masculino es incontrolable, «por naturaleza » y que el deseo sexual femenino es más débil, y por tanto puede ser pospuesto (...) nunca ha sido el comportamiento moral permitido, idéntico para ambos géneros (...) El rasgo principal que distingue a la moralidad sexual positiva masculina de la femenina, es precisamente, la consideración asimétrica del placer orgásmico. Se acepta moralmente que los hombres ejerciten su sexualidad para obtener placer, no así en el caso de las mujeres. Para éstas se da una reglamentación estricta en lo que respecta a la obtención de la gratificación sexual (...) Lo «natural» para el hombre es gozar de su sexualidad; lo «natural» para la mujer es procrear. La reproducción humana, de interés social, debe ser vigilada y reglamentada por la comunidad entera, controlando el placer femenino. La sexualidad masculina puede ser objeto de elección personal. Consumándose así la sexualización del poder. El valor personal máximo de la mujer, en tanto joven, se centra en la conservación de la virginidad». En *Graciela Hierro (1985) Ética y Feminismo*, México: UNAM. p. 47.
 29. Izquierdo, María Jesús. *Op. cit.*, p.376.
 30. Véase Michel Foucault (1989). *Historia de la Sexualidad. La Voluntad del Saber*. México: Siglo XXI.
 31. Graciela Hierro. *Op. cit.*, p. 17-19.
 32. Por felicidad « entendemos el placer mismo y la ausencia del dolor, por infelicidad el dolor y la ausencia de placer.», Graciela Hierro. *Op. cit.*, p. 69.
 33. Marcela Lagarde (1994) «Identidad de Género y Derechos Humanos. La Construcción de las Humanas», en *Estudios Básicos de Derechos Humanos*, Tomo IV. San José, Costa Rica: IIDH.
 34. G. Hierro. *Op. cit.*, pp.15-16.

35. Maribel Pimentel Pérez (1997). *Tiempos de Violencia. Violencia: ¿Condición de Género?*, México: UAM-X., p. 85.
36. G. Hierro. *Op. cit.*, p. 16.
37. Organización de las Naciones Unidas (1997). «Estado de la Población Mundial 1997 ». *Boletín Trimestral sobre Reproducción Elegida, GIRE*, n. 13, Junio, p.7.
38. Según Rousseau, «...la mujer está hecha especialmente para el placer del hombre; si el hombre debe, a su vez, placerle, la necesidad es menos fundamental...» en Franca Basaglia (1983) *Mujer, Locura y Sociedad*, México: UAP.
39. Cfr. Vincent Vidal (1991) *La petite histoire du preservatif*, Paris: Syris Alternatives, y de León Roberto Cindin (1991) *La nueva sexualidad del varón*. México: Paidós.
40. Cfr. Fernando Savater (1993) «Génesis del Pesimismo Genital». en *Filosofía y Sexualidad*, Barcelona: Anagrama.
41. Marcela Lagarde. *Op. cit.*, p.124.
42. «La equidad, que es la virtud superior en cuanto a la justicia, es la más alta moralidad a la que pueden llegar las leyes. Complementa la carencia que ofrece su universalidad para la consideración de lo específico e individual. La equidad soluciona los conflictos particulares» Graciela Hierro. *Op. cit.*, pp.74-75.
43. Patricia Duarte y Gerardo González. *Op. cit.*, p. 217.
44. «La intimidad entre dos no surge del desnudamiento, del exhibir el uno ante el otro una subjetividad preexistente al encuentro (...) surge del hecho de ser ambos capaces de construir conjuntamente una realidad (...) lo extraordinario del mundo –a-dos y la importancia que cada uno tiene en el mundo del otro deben ser continuamente reactualizados (...) la pasión por el otro es pasión por la relación que me disuelve como yo a la vez que me construye como alguien nuevo». Cristina Peña-Marín («s.a.») «*Del Amor y los Desórdenes de la identidad*» en *Filosofía y Sexualidad. Op. cit.*, pp. 135-138.
45. *Ibidem*, pp. 29 y 212.
46. Resolución WHA45.25- E/CN.4/1997/40, pp. 9-10.
47. *El Nacional*, 6 de abril de 1998, pp. X-X8. Por ejemplo, 130 millones de mujeres y niñas sufren de mutilación genital, 4 de cada 5 mujeres se infibulan (para suprimir la excitación sexual se practica la ablación del clitoris) en somalia y quedan impedidas de por vida para disfrutar de la sexualidad. Esta práctica se realiza en 28 países de África, en Europa, y Estados Unidos por inmigrantes africanos.
48. En la defensa de los derechos humanos de las mujeres no hablamos de tener acceso a una educación tradicional, dentro de la cual sigan reforzándose los patrones culturales dictados por el adulto, maduro, masculino occidental, sino como señala Graciela Hierro (*Op. cit.*), requerimos de una educación humanista feminista, que permita adquirir conciencia de una misma.
49. Duarte y González. *Op. cit.*, p. 220.
50. Franca Basaglia. *Op. cit.*, p. 19.
51. *Ibid*, pp. 24-25.
52. Fernandez, Ana Ma (1993). *La Invención de la Niña*, Buenos Aires: UNICEF, p. 36.
53. *Op. cit.*, 216.
54. «Si entonces, subordinación ha pasado a través de la identificación total entre cuerpo y función social (procreación) – de modo tal que figura y función social han sido traducidas en un cuerpo sexuado, privado de necesidades subjetivas y sociales, su liberación debe atravesar el cuerpo, para llegar a proponer nuevamente un cuerpo natural y una figura social, nacidas de la ruptura de la identificación que ha sido artificialmente cosntruida ((Cfr. Basaglia. *Op. cit.*, p.17)