



ESCUELA
FEMINISTA

#LoHaremosCaer

Módulo

SALUD EN CLAVE DE GÉNERO

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
Actividad 1: Pensemos la salud.....	5
Una perspectiva colectiva, de determinación social de la salud y feminista.....	5
Actividad 2: explorando nuestra salud.....	7
¿Qué es el sesgo androcéntrico o de género?.....	7
Algunos datos y cifras.....	10
Actividad 3.....	11
Actividad 4: El manto de Batalla.....	12
El dolor si se duele juntos.....	12
La salud de las mujeres desde una perspectiva heteropatriarcal, capitalista y colonial.....	13
Actividad 5.....	15
1. Leamos esta carta del Jefe Seattle de tribu Suwamish al presidente de Estados Unidos, como respuesta a su propuesta de comprarles sus tierras.....	15
2. Leamos este discurso que Sojourner Truth profirió en la Convención de los Derechos de la Mujer en Akron, Ohio.....	17
3. Reflexionemos.....	18
Actividad 6.....	18
La salud mental de las mujeres desde una perspectiva patriarcal	18
Actividad 7.....	20
El control patriarcal de la sexualidad femenina.....	20

Actividad 8.....	21
Actividad 9.....	22
El control patriarcal de la reproducción de las mujeres.....	22
Actividad 10.....	23
El aborto y la salud de las mujeres.....	23
El aborto en Ecuador desde la perspectiva legal.....	26
Actividad 11.....	28
Actividad 12.....	28
La violencia de género y la salud integral de mujeres y niñas.....	28
Actividad 13.....	36
Actividad 14.....	36
Las mujeres como sanadoras. Una historia que ha intentado ser borrada.....	36
Actividad 15.....	37
Actividad 16.....	37



SURKUNA es una organización feminista posicionada a nivel nacional e internacional en el litigio, defensa y exigibilidad de los derechos de las mujeres, adolescentes, niñas y niños. Contribuye al cambio de patrones socioculturales, a la transformación de realidades, a las reformas normativas, a la generación de políticas públicas y al fortalecimiento y dinamización del movimiento feminista para la construcción de una sociedad justa e igualitaria que garantice la vida digna de las mujeres, adolescentes, niñas y niños.

En este marco, como parte de una estrategia de fortalecimiento del movimiento de mujeres y feministas en Ecuador, Surkuna invitó a mujeres y personas trans que se reconozcan como feministas y formen parte de una organización, colectiva, plataforma de activismo y defensa de los derechos humanos de las mujeres para formar parte de la **Escuela de Formación Política Feminista “Lo Haremos Caer”**.

La Escuela de Formación Política Feminista tuvo como objetivos:

- Fortalecer a las organizaciones y colectivas feministas a partir de la formación política.
- Fomentar la reflexión desde el feminismo sobre el contexto actual, desde la teoría, la historia y las prácticas feministas.
- Dotar de herramientas prácticas sobre autocuidado, incidencia, acompañamiento, entre otras que permitan a las organizaciones fortalecer su accionar.

Buscamos que esta escuela fomente el debate entre feministas de organizaciones diversas a nivel nacional, sobre el accionar que realizan. Además que, a partir del intercambio de experiencias y la formación política, se aporte a fortalecer el movimiento feminista en el país, en sus distintas expresiones y diversidades.

Al finalizar los módulos, las participantes se comprometieron a realizar réplicas de los módulos compartidos en sus respectivos espacios para el fortalecimiento de sus organizaciones y colectivas. Esto permitirá que las reflexiones y debates se compartan en los espacios organizativos de base para fortalecer a las nuevas generaciones del movimiento feminista en el Ecuador.

SALUD EN CLAVE DE GÉNERO

Las mujeres siempre han sido sanadoras. Ellas fueron las primeras médicas y anatomistas de la historia occidental. Sabían procurar abortos y actuaban como enfermeras y consejeras. Las mujeres fueron las primeras farmacológicas con sus cultivos de hierbas medicinales, los secretos de cuyo uso se transmitían de unas a otras. Y fueron también parteras que iban de casa en casa y de pueblo en pueblo. Durante siglos las mujeres fueron médicas sin título; excluidas de los libros y la ciencia oficial, aprendían unas de otras y se transmitían sus experiencias entre vecinas o de madre a hija. La gente del pueblo las llamaba sabias, aunque para las autoridades eran brujas o charlatanas. La medicina forma parte de nuestra herencia de mujeres, pertenece a nuestra historia, es nuestro legado ancestral.
Ehreinreich y Deirdre English. 1973

Introducción

Hablar de la salud de las mujeres es un acto de transgresión y resistencia, así también reivindicamos nuestro derecho a seguir vivas, a la salud integral y la dignidad. Tomar conciencia de la importancia de nuestra salud –pero también de los aportes que las mujeres hemos realizado para la comprensión de la salud de forma integral– es fundamental para luchar por vidas dignas para nosotras y por la posibilidad de construir procesos sociales, donde nos pongamos en el centro y sea posible construir propuestas políticas que reconozcan nuestras diferencias, politizarlas y caminar hacia un mundo más igualitario.

Incluir una mirada colectiva, de determinación, feminista y de diversidad en la comprensión sobre la salud –tomando en cuenta que distintos ejes de discriminación se entrelazan con el género para producir desigualdades¹ – nos permitirá trascender la mirada sobre ella como algo estrictamente biológico; pues entendemos que, políticamente, nuestras vidas son precarizadas por un sistema social que jerarquiza cuerpos, vidas y deseos de acuerdo a nuestras marcas corporales o identidades. Lo planteamos así porque conocemos que el sistema mundo en que vivimos determina nuestra salud o enfermedad.

Para visibilizar la salud desde una perspectiva integral se requiere de la problematización del sesgo androcéntrico con el que la salud ha sido abordada desde la medicina. Al mismo tiempo, debemos recuperar nuestros saberes y conocimientos como mujeres en el ámbito de la salud, sobrepasando el conocimiento catalogado como científico; debemos rescatar nuestros aportes a la ciencia y visibilizar las diversas situaciones que atravesamos como mujeres en un mundo profundamente patriarcal, capitalista, colonial y heterosexista.

La contribución de la teoría y la práctica feministas han sido fundamentales en las últimas décadas para cuestionar y develar el sesgo androcéntrico de la medicina patriarcal occidental; así como también para visibilizar los aportes de las mujeres como sanadoras a lo largo de la historia y las necesidades y experiencias específicas de las mujeres y niñas sobre su salud.

1. Nogueiras, Belen (2018). La teoría feminista aplicada al ámbito de la salud de las mujeres: discursos y prácticas (España, 1975-2013). Universidad Complutense de Madrid.

La salud atraviesa de forma permanente todas las aristas de nuestras vidas. En ese mismo campo, el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos se torna imprescindible para un efectivo disfrute y acceso a un estado de salud en condiciones dignas. Con estas premisas, pretendemos exponer en este módulo algunas herramientas que nos permitan identificar la desigualdad de género en este campo tan importante; así como entender en qué consiste la salud sexual y la salud reproductiva. De igual manera, queremos legitimar las decisiones personales y autónomas de las mujeres en todos los contextos, desde los más íntimos hasta los que podríamos llamar públicos, es decir, las leyes y la política pública.

Actividad 1: Pensemos la salud

1.1. Respondamos las siguientes preguntas:

- a. ¿Qué entendemos por salud?
- b. ¿Qué factores intervienen en nuestra salud?
- c. ¿Existe una dimensión colectiva de la salud? De ser así, ¿cómo se conectan la dimensión colectiva y la individual?

1.2. Discutamos en grupo sobre estas preguntas e intentemos generar una repuesta colectiva a las mismas.

Una perspectiva colectiva, de determinación social de la salud y feminista

Hasta hace poco la salud simplemente era concebida como la ausencia de enfermedad, sin embargo, esta definición era insuficiente, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso entender a esta como: "un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad"².

Esta definición nos lleva a buscar la plenitud en relación a tres dimensiones de nuestras vidas, de tal manera que no se limita a los aspectos físicos o a las enfermedades, esto permite una comprensión más integral de sobre nuestro derecho a la salud.

Aquí vale señalar que en el Ecuador cuando hablamos del derecho a la salud podemos remitirnos al art. 32 de la Constitución, el cual indica que:

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustenten el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de la salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Pese a que estas definiciones comprenden la amplitud del derecho a la salud resultan insuficientes para abordar íntegramente este

2. Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946; firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, No. 2, p. 100) y que entró en vigor el 7 de abril de 1948. https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=28:preguntas-frecuentes&Itemid=142.

tema y la comprensión del mismo. Por ello, en el presente módulo –de entre los varios enfoques que existen para un abordaje más profundo– utilizaremos el enfoque de la salud colectiva, de determinación social y el enfoque feminista de la salud. Los primeros consideran que el estado individual de la salud es una construcción compleja y multidimensional, determinada por tres escalas de la realidad: la realidad general: que comprende los contextos históricos-territoriales; la realidad particular: definida por los modos de vida de las comunidades y la realidad singular: que se puede describir por los ‘estilos de vida’³.

Estos tres dominios están interconectados, de modo que configuran a la salud como un proceso que está cruzado por la vida social organizativa, por la relación con la naturaleza y la historia, por los modos de reproducción social y material, por la relación ser humano-naturaleza y por las formas de apropiación de los territorios. Es decir, la salud no es un atributo humano individual, sino el resultante de la forma como un sistema concreto afecta diferenciadamente nuestras vidas de acuerdo a las circunstancias históricas, sociales, colectivas e individuales.

El concepto de determinación social de la salud ayuda a comprender la forma en la que las relaciones entre acumulación, propiedad y poder afectan la diada salud/enfermedad –entendida como proceso con contenido histórico y dinámico–. En ese sentido, cabe entender que la salud/enfermedad individual tiene una matriz colectiva que responde a un sistema concreto, pues lo social se constituye como un proceso determinante de la forma en la que vivimos y experimentamos nuestro cuerpo y salud.

De ahí que la perspectiva de salud colectiva y determinación social de la salud permitan reconocer que la vida personal se enmarca en la historia social de un grupo, y en procesos sociales que determinan comportamientos, relaciones, cosmovisiones y posturas frente a la vida; las cuales determinan nuestros procesos singulares de salud/enfermedad.

En el feminismo siempre ha existido una visión que conecta las condiciones sociales con la salud de las mujeres, siendo el planteamiento central la forma en la que la estructura patriarcal –en tanto sistema de dominación– influye en la salud/enfermedad de las mujeres en las distintas sociedades y épocas históricas. Es así que, de forma inicial, en su libro *Vindicación de los derechos de las mujeres* Mary Wollstonecraft expone cómo las limitaciones que impone el patriarcado influyen en la vida de las mujeres y su forma de relacionarse con su salud. Por otro lado, Simone de Beauvoir, en su libro “*El segundo sexo*”, expone cómo la salud física y mental de las mujeres se conecta con las condiciones sociales, históricas y culturales sobre lo que es ser mujer, reconociendo la existencia de una construcción social del cuerpo y la diada salud/enfermedad.

Visto esto, es importante combinar el enfoque de salud colectiva, de determinación de la salud y el enfoque feminista. Debemos partir reconociendo que vivimos en un sistema heteropatriarcal, capitalista, colonial, y que en este sistema las mujeres estamos subordinadas a los hombres, tanto en el plano individual como en el plano social. Esto también implica reconocer que las mujeres vivimos distintas realidades sociales e históricas, de acuerdo a nuestra pertenencia a una clase social específica, a un pueblo o nacionalidad, a determinadas condiciones de salud, edad, orientación sexual e identidad de género. Por tanto, esta desigualdad histórica planteada por el patriarcado nos afecta de manera distinta de acuerdo al grupo social del que venimos y a nuestras condiciones individuales.

Mirar la salud desde estas perspectivas implica romper con sus concepciones clásicas, es decir, con una perspectiva centrada en el individuo y en la manera en la que le impactan determinados factores de riesgo. Implica mirar la salud desde una perspectiva holística donde nos reconocemos como sujetas sociales en relación con el mundo, la naturaleza, las, los y les otros; sujetas que hemos crecido en un sistema mundo específico que impacta nuestras prácticas, percepciones, concepciones y nuestro estilo de vida.

3. Soliz Torres, Fernanda. La determinación social de la salud: la comprensión de la complejidad de la vida. Revista Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/download/9131/8157>

Actividad 2: explorando nuestra salud

En base a las reflexiones colectivas que generamos y a los enfoques sobre salud tratados en la sección anterior, volvamos a hacer un trabajo personal. La idea es pensar en nuestra salud y bienestar. Usar un dibujo de nuestro cuerpo donde podamos identificar dolores, malestares y placeres.

También podemos identificar esos dolores, malestares y placeres con vivencias concretas de nuestra vida, y de ahí generamos una línea de tiempo donde ubicamos estas vivencias, sentimientos, emociones y cómo todo esto se relacionan ahora con nuestra vida y nuestra salud.

Para hacer esto podemos usar las siguientes preguntas guías:

- a. ¿Qué es para ti tener salud?
- d. ¿Qué necesitas para tener bienestar?
- e. ¿Qué partes de tu cuerpo te dan placer?
- f. Con qué emociones conectas el placer
- g. ¿Cómo se conectan tus dolores con tu estado de ánimo, emociones y pensamientos?
 - i. Puedes identificar qué partes del cuerpo se relacionan con determinadas emociones y de qué forma.
- h. ¿Qué señales identificas en tu cuerpo cuando te sientes enferma?
- i. ¿Qué señales identificas en tu cuerpo cuando te sientes incomoda, cansada, estresada, fastidiada (sin bienestar)?
 - i. Puedes describir las emociones que se identifican con estos estados de ánimo y las partes del cuerpo donde las sientes.
- j. ¿Qué haces para sentirte mejor cuando te sientes enferma, fastidiada, estresada, triste?
- k. Se conectan tus enfermedades, dolores y estados de ánimo con:
 - i. Lo que pasa en el mundo
 - ii. Tu relación con los, las y les otros (¿con quienes?)
 - iii. Las limitaciones que se han establecido socialmente a lo que puedes hacer o no
 - iv. La falta de realización de tus deseos
 - v. El medio ambiente
- l. ¿Crees que el ser mujer o persona no binarie ha marcado tu salud? ¿De qué formas y por qué?
- m. ¿Crees que tu orientación sexual o identidad de género ha marcado tu vivencia de la salud?

¿Qué es el sesgo androcéntrico o de género?

El androcentrismo alude a una visión y práctica sociocultural que sitúa al hombre en el centro de todas las cosas. De esta manera, la existencia masculina se vuelve el parámetro universal de referencia para el conocimiento y la experiencia humana que, por tanto, invisibiliza la vida y las contribuciones de las mujeres y de las personas de las diversidades sexuales y de género, como las personas LGBTIQ.

El androcentrismo está presente al interior de las sociedades heteropatriarcales, capitalistas y coloniales, en múltiples ámbitos, instituciones y disciplinas como la ciencia, la historia, las prácticas artísticas o las relaciones afectivas. La medicina no ha sido una excepción, y la teoría y práctica feminista ha permitido develar el sesgo androcéntrico o también llamado sesgo de género que la ha caracterizado.

“El término sesgo hace referencia a la existencia de error sistemático [...] que deriva en resultados equivocados [...]; la práctica clínica puede ser sesgada, cuando en ella se producen errores o negligencias sistemáticas que resultarán en consecuencias perniciosas”⁴ como la exclusión del cuerpo y la anatomía de las mujeres en las investigaciones médicas. Por tanto, el sesgo de género en la medicina se refiere a todas las omisiones sistemáticas que se producen al ignorar la experiencia y las afectaciones diferenciadas en las mujeres en el ámbito de la salud.

La médica feminista Carmen Valls ha señalado que una de las manifestaciones de este tipo de sesgo de género ha sido suponer que los problemas y riesgos para la salud de mujeres y hombres son iguales⁵. Por ejemplo, se ha considerado que se podrían aplicar automáticamente a las mujeres los resultados obtenidos de los ensayos clínicos aplicados únicamente a cuerpos masculinos, estableciendo una sintomatología similar para determinadas enfermedades o afectaciones. Esto también se ha trasladado a la identificación y análisis de los factores de riesgo de enfermedades y factores protectores en salud, ignorando los diferentes hábitos o cargas derivadas de los roles de género para las mujeres, como el cuidado de la familia o la división sexual del trabajo⁶.

Asimismo, se ha reducido la especialización de la atención médica a algunos aspectos tales como el embarazo o el parto, desestimando –o volviendo tabú– afectaciones en otros campos, como lo son la salud menstrual o el estudio de la prevalencia de enfermedades específicas en las mujeres, al ser consecuencia de la discriminación estructural entre hombres y mujeres donde los estereotipos de género restan valor a los sufrimientos o los normalizan.

Las consecuencias del sesgo de género pueden ser especialmente graves para el derecho a la salud integral de las mujeres, e incluso pueden afectar en el ejercicio del derecho a la vida. Un ejemplo de ello ha sido la falta de detección adecuada de la sintomatología diferenciada del infarto de miocardio (ataque al corazón) entre hombres y mujeres, que en la práctica ha conllevado la existencia de casos de muerte prevenible. Se ha podido identificar que en las mujeres las alertas de un posible infarto se asocian a dolor en el cuello, la cara y parte abdominal, y no solo en el pecho y en el brazo. Sin embargo, y como en muchas otras enfermedades y afectaciones, aún faltan más estudios en salud que permitan profundizar en estas diferenciaciones⁷.

Ahora bien, cuando hablamos de salud en clave de género debemos reconocer que hombres y mujeres no tenemos las mismas necesidades y tampoco recibimos los mismos cuidados, en relación a nuestro bienestar. Se vuelve fundamental, por tanto, reconocer estas diferencias y las respuestas necesarias que tenemos en relación a nuestra vivencia de la salud. Como sabemos, el sistema patriarcal –basado en la desigualdad entre los géneros– nos ha colocado en una situación de desigualdad y discriminación que afecta también nuestro derecho de gozar del derecho a la salud. Desigualdad que se agrava más cuando la variable “ser mujer” se cruza con otras como la pertenencia étnica, etaria, la discapacidad, la nacionalidad, la orientación sexual, la identidad de género y por supuesto, la clase social. Esto quiere decir que las mujeres, no blancas, jóvenes o muy viejas, lesbianas o trans y empobrecidas sufren más problemas prevenibles o curables relacionados con la salud.

4. Véase Elisabet Tasa-Vinyals, Marisol Mora Giral, Rosa Maria Raich, Sesgo de género en la medicina: concepto y estado de la cuestión en Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, 2015 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5207966>

5. Véase Carme Valls, Desigualdades de género en la salud pública http://redes.cepcordoba.org/file.php/63/DESIGUALDADES_DE_GENERO_EN_LA_SALUD_PUBLICA.pdf y su libro Mujeres, salud y poder, Cátedra.

6. Véase Carme Valls, Desigualdades de género en la salud pública http://redes.cepcordoba.org/file.php/63/DESIGUALDADES_DE_GENERO_EN_LA_SALUD_PUBLICA.pdf y su libro Mujeres, salud y poder, Cátedra.

7. Véase El sesgo de género en la medicina: retos a futuro <https://medikuenahotsa.com/articulo/299/el-sesgo-de-genero-en-la-medicina-retos-a-futuro>

Debido a las diferencias biológicas y sociales, el hecho de pertenecer a uno u otro sexo tiene gran impacto en la salud. La salud de la mujer y la niña es especialmente preocupante porque en muchas sociedades se encuentran en una situación de desventaja por la discriminación condicionada por factores socioculturales. Así, por ejemplo, las mujeres y niñas son más vulnerables al VIH/SIDA.

Algunos de los factores socioculturales que impiden que las mujeres y niñas se beneficien de servicios de salud de calidad y alcancen el máximo nivel posible de salud son:

- Las desigualdades en las relaciones de poder entre hombres y mujeres;
- Las normas sociales que reducen las posibilidades de recibir educación y encontrar oportunidades de empleo;
- La atención exclusiva a las funciones reproductoras de la mujer, y
- El padecimiento potencial o real de violencia física, sexual y emocional.
- La pobreza es un importante obstáculo a la obtención de buenos resultados sanitarios en ambos sexos, pero tiende a constituir una carga más pesada para las mujeres y niñas debido, por ejemplo, a las prácticas alimentarias (malnutrición) y al uso en la cocina de combustibles que pueden causar neumopatía obstructiva crónica⁸.

Existen dos conceptos que son claves cuando hablamos de salud de las mujeres, el primero es el de **diferencias en salud**, que refiere aquellas condiciones en salud que nos afectan diferenciadamente a hombres, mujeres, personas no binarias y lgtbqi, por nuestras características biológicas, pero también por los roles y prácticas culturales que han sido socialmente asignados. En este sentido, las diferencias en salud tienen que ver con las distintas maneras de funcionar de nuestras células, órganos y cuerpos, pero también con la forma que nos afecta de forma diferenciada el mundo que vivimos.

Es decir, debemos reconocer que nuestros cuerpos son construcciones culturales, y que el desarrollo de determinadas capacidades y destrezas no solo depende de la biología sino también de la crianza y el entorno. Simone de Beauvoir en *El segundo sexo*, ya recogía estos planteamientos, estudiaba cómo la ropa que se ponía a las niñas impedía que desarrollen determinadas actividades que potenciaban la fuerza física; también analizaba cómo determinados roles culturales traían tantas limitaciones en la vida las mujeres e influenciaban en su salud mental. Así se desmitificaban propuestas como que la histeria es una enfermedad propia de las mujeres por su sexo biológico y mostró la ligazón entre el sistema patriarcal y este tipo de reacciones en el ámbito de la salud mental.

Hablamos de **desigualdades de género en salud** cuando nos referimos a la disparidad en materia de salud entre mujeres y hombres, que es sistemática, innecesaria, evitable e injusta. Esta desigualdad se produce por condicionantes sociales, y no por la biología. La desigualdad conlleva distintas oportunidades para gozar de salud, al condicionar distinta mortalidad, riesgos para enfermar, frecuencia de enfermedad y discapacidad, y discriminaciones en el acceso y la calidad de la atención sanitaria⁹.¹⁰

Estas desigualdades están marcadas por el sesgo androcéntrico, que hace que el hombre sea el paradigma sobre el cual se construyen los criterios de salud, enfermedad, normalidad. Dichas desigualdades también están determinadas por las

8. https://www.who.int/topics/womens_health/es/

9. Véase Carme Valls, Desigualdades de género en la salud pública http://redes.cepcordoba.org/file.php/63/DESIGUALDADES_DE_GENERO_EN_LA_SALUD_PUBLICA.pdf y su libro *Mujeres, salud y poder*, Cátedra.

10. Véase Carme Valls, Desigualdades de género en la salud pública http://redes.cepcordoba.org/file.php/63/DESIGUALDADES_DE_GENERO_EN_LA_SALUD_PUBLICA.pdf y su libro *Mujeres, salud y poder*, Cátedra.

construcciones culturales que establecen costumbres, por ejemplo que las mujeres se alimenten menos que los hombres, o que las mujeres sean las únicas responsables de la salud sexual y salud reproductiva. A saber, esto ha causado que únicamente existan métodos anticonceptivos químicos para mujeres, y que a pesar de los recientes estudios sobre anticoncepción para hombres se considere que los métodos desarrollados son inaceptables para ellos, pues producen síntomas secundarios considerados graves para su salud. Lo terrible de esta situación es que los llamados graves síntomas secundarios inaceptables para hombres, son los mismos que producen los anticonceptivos que usamos las mujeres.

Algunos datos y cifras

- El riesgo de discapacidad visual es significativamente mayor en la mujer que en el hombre a todas las edades y en todo el mundo. A pesar de ello, las mujeres no tienen el mismo acceso al tratamiento de las enfermedades oculares, a menudo por la imposibilidad de viajar sin compañía hasta los servicios de salud y por las diferencias culturales con respecto a la percepción del valor de la cirugía o de otros tratamientos para las mujeres.
- En la mayoría de los países la cocina suele ser una ocupación femenina. Cuando cocinan en fuego o en cocinas tradicionales respiran diariamente una mezcla de cientos de contaminantes. Este humo dentro de las casas causa 500.000 del 1' 300.000 muertes anuales de mujeres causadas por neumopatías obstructivas crónicas. En cambio, solo aproximadamente un 12% de las muertes masculinas por neumopatía obstructiva crónica están relacionadas con el humo de interiores. Durante el embarazo, la exposición del embrión en desarrollo a esos contaminantes dañinos puede ser causa de bajo peso al nacer o incluso de muerte intrauterina.
- Diariamente, 1.600 mujeres y más de 10.000 recién nacidos mueren de complicaciones prevenibles del embarazo y del parto. Cerca del 99% de la mortalidad materna y del 90% de la mortalidad neonatal se produce en el mundo en desarrollo.
- Cada año 14 millones de adolescentes se convierten en madres. Más del 90% de estas madres muy jóvenes viven en países en desarrollo.
- Aunque los casamientos a edades tempranas están disminuyendo, se calcula que 100 millones de niñas se casarán antes de los 18 años en los próximos 10 años. Esto representa un tercio de las adolescentes de los países en desarrollo (excluida China). Las niñas que se casan jóvenes a menudo carecen de conocimientos sobre el sexo y el riesgo contraer el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.
- Algunos estudios revelan que hasta una quinta parte de las mujeres refieren haber sufrido abusos sexuales antes de los 15 años.
Entre un 15% y un 71% de las mujeres han sufrido violencia física o sexual infligida por su pareja en algún momento de sus vidas. Estos abusos –que se dan en todas las clases sociales y en todos los niveles económicos– tienen graves consecuencias para la salud de la mujer, ya sea en forma de embarazos no deseados o de infecciones de transmisión sexual, depresión o enfermedades crónicas¹¹.
- Se sabe que se diagnostica más la depresión en las mujeres que en los hombres. Hay estudios que hablan de un sustrato biológico: las mujeres producen menos cantidad de una sustancia llamada serotonina, y esto podría hacerlas más vulnerables a esta enfermedad. Sin embargo, existen factores relacionados con las normas y estereotipos de

11. <https://www.who.int/features/factfiles/women/es/>

género que están en la base de esta afirmación. Se suele utilizar el término (y el diagnóstico) de depresión para calificar una amplia variedad de situaciones que evidencian el llamado malestar de las mujeres y que están relacionadas con la posición de subordinación de las mujeres en la sociedad. Por el contrario, las normas de género también dictan que “los hombres no lloran”, lo cual dificulta a los varones expresar su malestar emocional¹².

Como hemos visto hasta aquí, el tema de la salud afecta de forma inequitativa a las mujeres y es por esta razón que muchas organizaciones feministas se han organizado alrededor de este tema, tanto para brindar apoyo a otras mujeres como para presionar a los Estados a tomar medidas urgentes que garanticen un acceso integral y no discriminatorio a la salud.

“Así, una de las conexiones entre salud pública y feminismo es la lucha contra la desigualdad social, que en el caso de la salud pública se fundamenta en el marco de los determinantes sociales de la salud, el género entre ellos. Para el feminismo es el patriarcado, como sistema de dominación sexual, el que se concibe como el sistema básico de dominación sobre el que se levantan el resto de dominaciones como la clase y la raza”¹³

Actividad 3:

- a. Identifica tres aspectos de tu crianza que crees han influido en la construcción de tu cuerpo, y cómo lo han hecho. Por ejemplo: me enseñaron que las niñas no debemos gritar, debemos ser discretas y respetuosas y por eso me cuesta hablar en público y en voz alta.
- b. Identifica tres creencias culturales sobre las mujeres que crees que han influido en tu salud y bienestar. Por ejemplo: me enseñaron que era incorrecto que las mujeres sintamos placer y nos masturbemos, y entonces yo nunca he tenido un orgasmo en mi vida.
- c. Identifica tres características del sistema heteropatriarcal, capitalista, colonial y racista que influyen en tu vivencia de la salud. Por ejemplo: me dijeron que la única forma de deseo aceptado era heterosexual, a mí siempre me gustaron las mujeres y por eso siempre me odie a mí misma y me sentí anormal.

Posteriormente, se hace una ronda donde podamos compartir nuestras respuestas quienes queramos. Después debemos escoger tres limitaciones que pensamos que han atravesado nuestras vidas colectivamente, y nos dividimos en tres grupos. Cada grupo va a crear una estrategia para romper esta limitación; por ejemplo: a las mujeres nos han enseñado que no debemos decir “no”, entonces cuando decimos que “no” lo hacemos con indecisión, bajando la mirada, con timidez, esto hace que estemos expuestas a que se siga insistiendo y a vivir situaciones incómodas, entonces nuestro ejercicio puede ser:

1. Decir no con la mirada: hacemos papelitos de no y si, nos los repartimos y luego cada una tiene que con solo la mirada comunicar lo que dice su papelito. Lo repartimos hasta que todas comuniquemos claramente ese “no” con solo nuestra mirada.
2. Luego incorporamos gestos y tenemos que decir que “no” con la mirada y los gestos.
3. Finalmente, incorporamos la voz y debemos decir “no”, con la mirada, los gestos y la voz.

Todas compartimos nuestros ejercicios colectivamente.

12. García, María del Mar (S/F). La salud de las ¿Diferente o desigual?. Instituto Andaluz de la Mujer.

13. Ana de Miguel. Feminismos. En: Celia Amorós (ed): 10 Palabras clave de mujer, Madrid: Editorial Verbo Divino; 1995. p. 217-56.

Actividad 4: El manto de Batalla ¹⁴

Para concluir esta parte del módulo, haremos un ejercicio muy personal, un manto de batalla. La idea es que, en un trozo de tejido, o de cualquier otro material, detallemos con imágenes, escritos, dibujos –o cualquier tipo de objetos que podamos–, cosiendo o prendiendo en el manto, los improperios, violencias, calumnias, traumas, heridas y cicatrices que hemos vivido. Podemos tomarnos el tiempo que necesitemos para construir nuestro manto e incluso alimentarlo en el tiempo.

Este manto es una exposición de nuestras experiencias dolorosas. Lo vamos a poner en un lugar donde podamos verlo y vamos a admirar lo fuertes y valientes que somos para seguir caminando, cantando, creando y meneando el rabo, a pesar de semejante manto.

Aunque hayamos vivido esos dolores, este ejercicio ayudará a reconocer nuestra fuerza interior y nuestra capacidad para sanar, para revivir y para seguir caminando.

Luego, podemos leer el cuento Zapatista: *El dolor si se duele juntos es alivio*¹⁵.

El dolor si se duele juntos

Decía el Viejo Antonio que son muchos los ingredientes para que el pan que muchos llaman mañana se cocine.

-Uno de ellos es el dolor- agrega ahora el Viejo Antonio, mientras acomoda el tercio de leña junto al fogón. Salimos a la tarde, abillantada después de una de esas lluvias con las que julio pinta de verde a la tierra, y la Doña Juanita se queda preparando el pan de maíz y azúcar que acá llaman “marquesote” y que, a la hora de servirlo, tendrá la forma de la lata de sardinas que le sirvió de molde.

No sé desde cuándo son pareja el Viejo Antonio y la Doña Juanita, y nunca se los pregunté. Hoy, en esta tarde de la selva, el Viejo Antonio habla del dolor como ingrediente de la esperanza y la Doña Juanita le cocina un pan como argumento.

Tiene noches que una enfermedad aqueja el sueño de la Doña Juanita, y el desvelo del Viejo Antonio la alivia con historias y juegos. Esta madrugada el Viejo Antonio le ha montado un grandioso espectáculo: jugando con sus manos y la luz que viene del fogón, le dibuja con sombras una multitud de animales de la selva. La Doña Juanita ríe del noctámbulo tepezcuintle **1**, del inquieto venado cola blanca, del ronco saragüayo **2**, del vanidoso faisán y de la escandalosa cójola **3** que pintan, sobre el lienzo de las paredes de su champa **4**, las manos y la garganta del Viejo Antonio. *-No me curé, pero mucho reí -* me cuenta la Doña Juanita *- No sabía que también las sombras son alegres.*

Esta tarde la Doña Juanita le cocina un “marquesote” al Viejo Antonio, no para agradecerle la inútil medicina de la noche de las sombras alegres. Tampoco para él y su contento... Es para dejar testimonio de que el dolor, si se duele juntos, es alivio y sombra que se alegra. Para eso cocina la Doña Juanita el pan que sus manos y la leña del Viejo Antonio nacen dentro de una vieja lata de sardinas.

14. Pinkola, Clarisa (2007). Mujeres que corren con lobos. Ediciones B, Barcelona. Pag. 415-416.

15. https://www2.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/cuentosdelsubcomandantemarcos.pdf

Y, para que no se perdiera nunca, con café caliente nos comimos el testimonio del dolor conjunto de la Doña Juanita y el Viejo Antonio, ese dolor que se hizo alivio y pan compartido...

Esto que les contamos pasó hace muchos años, es decir, hoy.

Vale, salud y que nada falte en el horno de la memoria.

1 Tepezcuittle: roedor, conejillo de indias

2 Saragüayo: mono aullador

3 Cójola: ave

4 Champa: rancho

Este cuento nos invita a reflexionar sobre la colectivización del dolor como un acto político, que si bien no nos permite siempre dejar de sentirnos del todo mal nos ayuda a vivirlo desde otros lugares y experiencias, y a reconocer el lugar que él mismo ha tenido para transformar nuestras vidas.

También podemos oírlo en una versión contada por Silvio Rodríguez: <https://www.youtube.com/watch?v=iEzou4OsNcg>

La salud de las mujeres desde una perspectiva heteropatriarcal, capitalista y colonial

Como lo planteamos anteriormente, el sistema social en que vivimos determina parámetros y límites de lo que podemos hacer, desear y ser. En el ámbito de la salud estos parámetros han sido materializados en categorías como las de normalidad/patología, natural/antinatural, civilizado/salvaje; que están efectivamente cruzadas por valores ideológicos y culturales propios de este sistema social, y que adquieren sus particularidades de acuerdo a nuestras comunidades culturales y a nuestra individualidad.

Estos parámetros en el sistema heteropatriarcal, capitalista y colonial, para las mujeres, tienden a constituirse en barreras sobre nuestro bienestar, pues establecen limitaciones que nos dificultan actuar de acuerdo a nuestros deseos, aspiraciones y planes de vida. Eso nos genera constantemente conflictos entre nuestros deseos y lo que se espera de nosotras como "buenas mujeres"; conflictos que en muchas ocasiones son detonantes de problemas de salud física, mental o social, como cáncer, estrés, ansiedad, depresión, etc.

Estos parámetros pueden cambiar de acuerdo a otras características que tengamos como mujeres. Ahí es importante ver las profundas articulaciones entre género, clase, raza, y "normalidad/anormalidad".

Los criterios para determinar lo no patológico, suelen estar atravesados por estereotipos de género y formas de subjetivación de una feminidad tradicional que se ha establecido como modelos según la intersección de dicha feminidad con otros aspectos de nuestra identidad. Siendo que el entendimiento de la salud femenina está fuertemente atravesado por criterios ideológicos que se vinculan con usos, costumbres y valores sociales.

En este sentido, categorías como las de normalidad/patología, natural/antinatural, han sido usadas históricamente para excluir y precarizar nuestras vidas en base a estereotipos y se han constituido en formas de control social de lo que debemos ser y de cómo debemos ser.

A esto se suma: la normalización de la discriminación, la violencia basada en género, el sesgo androcéntrico, la desvalorización de la femenino, la subvaloración de nuestro trabajo e inteligencia, la sobrecarga de trabajo no remunerado, el amor romántico, la idealización de la maternidad, la heterosexualidad obligatoria, la monogamia, el matrimonio, la represión de nuestra sexualidad, la crianza centrada en el sacrificio entre otras instituciones tanto materiales como ideológicas que nos limitan y afectan también nuestra salud.

Las nociones de salud y enfermedad –ligadas a paradigmas biológicos individuales y descontextualizadas– contribuyen a esta patologización de los malestares sociales y a una falta de comprensión integral sobre la manera en la que la realidad influye en el modo en que vivimos nuestra salud. Desde esa perspectiva, se reduce a la salud a un conjunto de factores de riesgo de responsabilidad individual, absolutamente inútiles para comprender integralmente lo que nos sucede y para procurarnos bienestar colectiva e individualmente.

El modelo biomédico, conceptualizado como Modelo Médico Hegemónico por Menéndez (2005a) se caracteriza por su biologismo, individualismo, a-historicidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática. A partir de estos rasgos, la biomedicina pondera casi exclusivamente indicadores biológicos, al tiempo que niega o secundariza el papel de los sujetos y sus condiciones sociales en el proceso de salud/enfermedad/atención; consecuentemente, despliega una práctica centrada primordialmente en la enfermedad¹⁶

La tendencia biomédica que más relevancia ha tenido en nuestras sociedades es aquella que como respuesta a cualquier padecimiento ha medicalizado los procesos de vida; expandiendo el control de los Estados sobre nuestra existencia, comportamiento y cuerpo e instaurando un mecanismo de poder productivo de personas, subjetividades y poblaciones. Vivimos por tanto en un “estados médicos abiertos”, conceptualizado por Foucault¹⁷, como sociedades en que impera una medicalización sin límites, perpetua y constante.

El sistema ha generado un entramado donde hablar de salud y bienestar para nosotras, desde una perspectiva holística, requiere que rompamos con el paradigma imperante y que pensemos cómo se relacionan cada una de nuestras dolencias con estos paradigmas y como construimos bienestar y sanación para nosotras.

Este es un ejercicio complejo que requiere que nos reapropriemos de nuestro cuerpo, nuestras emociones, pero también que hagamos un ejercicio de pensar la forma en la que las instituciones sociales, el sistema y el mundo influyen en nuestro bienestar y nuestra salud. Entendiendo que, si no transformamos el sistema, si no miramos lo colectivo, no vamos a construir verdadera salud y sanación para nosotras.

16. Comelles y Martínez, 1997; Comelles, 2003; Menéndez, 2005a

17. Foucault, Michel (1999). Estrategias de poder. Obras esenciales. Volumen II. Buenos Aires: Editorial Paidós

Los caminos son algo que debemos construir colectivamente. Pensar la salud desde esta perspectiva deja más preguntas abiertas que respuestas. No obstante, la premisa fundamental es pensar nuestra salud no solo centrada en lo individual, sin desconocer tampoco los impactos que ha tenido el sistema sobre nuestros cuerpos y nuestras vidas, y a la vez sin volver secundario el papel de la historia y de las condiciones sociales en el proceso de salud/enfermedad.

Actividad 5:

1. Leamos esta carta del Jefe Seattle de tribu Suwamish al presidente de Estados Unidos, como respuesta a su propuesta de comprarles sus tierras¹⁸.

El Gran Jefe Blanco de Washington ha ordenado hacernos saber que nos quiere comprar las tierras. El Gran Jefe Blanco nos ha enviado también palabras de amistad y de buena voluntad. Mucho apreciamos esta gentileza, porque sabemos que poca falta le hace nuestra amistad. Vamos a considerar su oferta pues sabemos que, de no hacerlo, el hombre blanco podrá venir con sus armas de fuego a tomar nuestras tierras. El Gran Jefe Blanco de Washington podrá confiar en la palabra del jefe Seattle con la misma certeza que espera el retorno de las estaciones. Como las estrellas inmutables son mis palabras.

¿Cómo se puede comprar o vender el cielo o el calor de la tierra? Esa es para nosotros una idea extraña.

Si nadie puede poseer la frescura del viento ni el fulgor del agua, ¿cómo es posible que usted se proponga comprarlos?

Cada pedazo de esta tierra es sagrado para mi pueblo. Cada rama brillante de un pino, cada puñado de arena de las playas, la penumbra de la densa selva, cada rayo de luz y el zumbir de los insectos son sagrados en la memoria y vida de mi pueblo. La savia que recorre el cuerpo de los árboles lleva consigo la historia del piel roja.

Los muertos del hombre blanco olvidan su tierra de origen cuando van a caminar entre las estrellas. Nuestros muertos jamás se olvidan de esta bella tierra, pues ella es la madre del hombre piel roja. Somos parte de la tierra y ella es parte de nosotros. Las flores perfumadas son nuestras hermanas; el ciervo, el caballo, el gran águila, son nuestros hermanos. Los picos rocosos, los surcos húmedos de las campiñas, el calor del cuerpo del potro y el hombre, todos pertenecen a la misma familia.

Por esto, cuando el Gran Jefe Blanco en Washington manda decir que desea comprar nuestra tierra, pide mucho de nosotros. El Gran Jefe Blanco dice que nos reservará un lugar donde podamos vivir satisfechos. Él será nuestro padre y nosotros seremos sus hijos. Por lo tanto, nosotros vamos a considerar su oferta de comprar nuestra tierra. Pero eso no será fácil. Esta tierra es sagrada para nosotros. Esta agua brillante que se escurre por los riachuelos y corre por los ríos no es apenas agua, sino la sangre de nuestros antepasados. Si les vendemos la tierra, ustedes deberán recordar que ella es sagrada, y deberán enseñar a sus niños que ella es sagrada y que cada reflejo sobre las aguas limpias de los lagos habla de acontecimientos y recuerdos de la vida de mi pueblo. El murmullo de los ríos es la voz de mis antepasados.

Los ríos son nuestros hermanos, sacian nuestra sed. Los ríos cargan nuestras canoas y alimentan a nuestros niños. Si les vendemos nuestras tierras, ustedes deben recordar y enseñar a sus hijos que los ríos son nuestros hermanos, y los suyos también. Por lo tanto,

18. Disponible en: <https://ciudadseva.com/texto/carta-del-jefe-seattle-al-presidente-de-los-estados-unidos/>

ustedes deberán dar a los ríos la bondad que le dedicarían a cualquier hermano.

Sabemos que el hombre blanco no comprende nuestras costumbres. Para él una porción de tierra tiene el mismo significado que cualquier otra, pues es un forastero que llega en la noche y extrae de la tierra aquello que necesita. La tierra no es su hermana sino su enemiga, y cuando ya la conquistó, prosigue su camino. Deja atrás las tumbas de sus antepasados y no se preocupa. Roba de la tierra aquello que sería de sus hijos y no le importa.

La sepultura de su padre y los derechos de sus hijos son olvidados. Trata a su madre, a la tierra, a su hermano y al cielo como cosas que puedan ser compradas, saqueadas, vendidas como carneros o adornos coloridos. Su apetito devorará la tierra, dejando atrás solamente un desierto.

Yo no entiendo, nuestras costumbres son diferentes de las suyas. Tal vez sea porque soy un salvaje y no comprendo.

No hay un lugar quieto en las ciudades del hombre blanco. Ningún lugar donde se pueda oír el florecer de las hojas en la primavera o el batir las alas de un insecto. Mas tal vez sea porque soy un hombre salvaje y no comprendo. El ruido parece solamente insultar los oídos.

¿Qué resta de la vida si un hombre no puede oír el llorar solitario de un ave o el croar nocturno de las ranas alrededor de un lago? Yo soy un hombre piel roja y no comprendo. El indio prefiere el suave murmullo del viento encrespando la superficie del lago, y el propio viento, limpio por una lluvia diurna o perfumado por los pinos.

El aire es de mucho valor para el hombre piel roja, pues todas las cosas comparten el mismo aire -el animal, el árbol, el hombre- todos comparten el mismo soplo. Parece que el hombre blanco no siente el aire que respira. Como una persona agonizante, es insensible al mal olor. Pero si vendemos nuestra tierra al hombre blanco, él debe recordar que el aire es valioso para nosotros, que el aire comparte su espíritu con la vida que mantiene. El viento que dio a nuestros abuelos su primer respiro, también recibió su último suspiro. Si les vendemos nuestra tierra, ustedes deben mantenerla intacta y sagrada, como un lugar donde hasta el mismo hombre blanco pueda saborear el viento azucarado por las flores de los prados.

Por lo tanto, vamos a meditar sobre la oferta de comprar nuestra tierra. Si decidimos aceptar, impondré una condición: el hombre blanco debe tratar a los animales de esta tierra como a sus hermanos.

Soy un hombre salvaje y no comprendo ninguna otra forma de actuar. Vi un millar de búfalos pudriéndose en la planicie, abandonados por el hombre blanco que los abatió desde un tren al pasar. Yo soy un hombre salvaje y no comprendo cómo es que el caballo humeante de hierro puede ser más importante que el búfalo, que nosotros sacrificamos solamente para sobrevivir.

¿Qué es el hombre sin los animales? Si todos los animales se fuesen, el hombre moriría de una gran soledad de espíritu, pues lo que ocurra con los animales en breve ocurrirá a los hombres. Hay una unión en todo.

Ustedes deben enseñar a sus niños que el suelo bajo sus pies es la ceniza de sus abuelos. Para que respeten la tierra, digan a sus

hijos que ella fue enriquecida con las vidas de nuestro pueblo. Enseñen a sus niños lo que enseñamos a los nuestros, que la tierra es nuestra madre. Todo lo que le ocurra a la tierra, les ocurrirá a los hijos de la tierra. Si los hombres escupen en el suelo, están escupiendo en sí mismos.

Esto es lo que sabemos: la tierra no pertenece al hombre; es el hombre el que pertenece a la tierra. Esto es lo que sabemos: todas las cosas están relacionadas como la sangre que une una familia. Hay una unión en todo.

Lo que ocurra con la tierra recaerá sobre los hijos de la tierra. El hombre no tejió el tejido de la vida; él es simplemente uno de sus hilos. Todo lo que hiciera al tejido, lo hará a sí mismo.

Incluso el hombre blanco, cuyo Dios camina y habla como él, de amigo a amigo, no puede estar exento del destino común. Es posible que seamos hermanos, a pesar de todo. Veremos. De una cosa estamos seguros que el hombre blanco llegará a descubrir algún día: nuestro Dios es el mismo Dios.

Ustedes podrán pensar que lo poseen, como desean poseer nuestra tierra; pero no es posible, Él es el Dios del hombre, y su compasión es igual para el hombre piel roja como para el hombre piel blanca.

La tierra es preciosa, y despreciarla es despreciar a su creador. Los blancos también pasarán; tal vez más rápido que todas las otras tribus. Contaminen sus camas y una noche serán sofocados por sus propios desechos.

Cuando nos despojen de esta tierra, ustedes brillarán intensamente iluminados por la fuerza del Dios que los trajo a estas tierras y por alguna razón especial les dio el dominio sobre la tierra y sobre el hombre piel roja.

Este destino es un misterio para nosotros, pues no comprendemos el que los búfalos sean exterminados, los caballos bravíos sean todos domados, los rincones secretos del bosque denso sean impregnados del olor de muchos hombres y la visión de las montañas obstruida por hilos de hablar.

¿Qué ha sucedido con el bosque espeso? Desapareció.

¿Qué ha sucedido con el águila? Desapareció.

La vida ha terminado. Ahora empieza la supervivencia.

2. Leamos este discurso que Sojourner Truth profirió en la Convención de los Derechos de la Mujer en Akron, Ohio¹⁹

¿Acaso no soy una mujer?

Bueno, niños, donde hay mucho jaleo algo anda desbaratado. Creo que entre los negros del sur y las mujeres del norte, si entre todos hablamos de derechos, los hombres blancos estarán en apuros muy pronto. Pero, ¿de qué va todo lo que estamos hablando? Ese hombre de ahí dice que las mujeres necesitan ayuda para subir a las carrozas y para sortear las zanjas, y para que tengan los mejores sitios en todas partes. Nunca nadie me ha ayudado a subir a las carrozas o a saltar un charco de barro, o me ha ofrecido el mejor sitio. ¿Acaso no soy una mujer? ¡Mírenme! ¡Miren mi brazo! He arado y cultivado, y he recolectado todo en el granero, ¡y

19. Disponible en: <http://www.africafundacion.org/spip.php?article31529>

nunca ningún hombre lo ha hecho mejor que yo! ¿Y acaso no soy una mujer? Podría trabajar tanto y comer tanto como un hombre, cuando puedo conseguir comida, ¡y también soportar los latigazos! ¿Y acaso no soy una mujer? Tuve trece hijos y vi cómo todos ellos fueron vendidos como esclavos y cuando chillé junto al dolor de mi madre, ¡nadie, excepto Jesús, me escuchó! ¿Acaso no soy una mujer?

Entonces cuando hablan de esa cosa de la cabeza, ¿cómo la llaman? (desde la audiencia le susurran, "intelecto"). Eso es, querido. ¿Qué tiene que ver eso con los derechos de las mujeres o los derechos de los negros? Si en mi cántaro solo cabe una pinta y en el vuestro un cuarto, ¿no sería mezquino por vuestra parte que no me dejéis quedarme con la pequeña media medida que me corresponde?

Ese hombre bajito vestido de negro dice que las mujeres no pueden tener tantos derechos como los hombres ¡porque Cristo no era una mujer! ¿De dónde venía tu Cristo? ¡De Dios y de una mujer! El hombre no tiene nada que ver con Él.

Si la primera mujer que hizo Dios fue lo suficientemente fuerte como para que ella sola pusiera el mundo patas arriba, ¡todas esas mujeres juntas tendrían que ser capaces de volver a hacerlo y ponerlo en su sitio! Y ahora lo están pidiendo, más vale que los hombres les dejen.

Les agradezco que me hayan escuchado. Y ahora la vieja Sojourner no tiene nada más que decir.

3. Reflexionemos:

- a. ¿Consideramos que estos textos son relevantes para pensar nuestra salud? ¿Por qué?
- b. Cuáles son los principales aportes de estos textos para nuestra reflexión sobre salud
- c. ¿Cómo creemos que nuestras vivencias y experiencias han influenciado nuestra salud?
- d. ¿Cuál es el impacto que el sistema heteropatriarcal, capitalista y colonial ha tenido en nuestras vidas, y en nuestra salud?

Actividad 6: Pensemos cuáles de nuestras decisiones nos han permitido construir bienestar para nosotras, escribamos nuestra historia o vivencia y porqué fue tan sanadora.

La salud mental de las mujeres desde una perspectiva patriarcal

La salud mental es un tema que en nuestro país ha tenido poca relevancia, esto se debe a la existencia de un sistema biomédico que prioriza el tratamiento de enfermedades al bienestar; mismo sistema que también ve como algo menor al entendimiento de que la salud está relacionada con la forma en la que el sistema nos atraviesa, nos toca, nos duele o nombra.

En el caso de la salud mental de las mujeres, los criterios para determinar lo saludable, suelen estar atravesados por estereotipos de género y formas de subjetivación de una feminidad tradicional que se ha establecido como norma, de una forma incluso más

fuerte que cuando nos referimos a la salud física. Siendo que el entendimiento de la salud mental femenina está fuertemente atravesado por criterios ideológicos que se vinculan con usos, costumbres y valores sociales.

Estudios feministas han establecido que en lo relacionado con la salud mental de las mujeres existen tres fenómenos importantes a señalar: **1.** El sesgo de género que hace que se apliquen a las mujeres conclusiones de estudios androcéntricos que no se corresponden con nuestras vivencias y nuestros cuerpos. Esto hace que se invisibilice a las mujeres en los estudios médicos y farmacológicos y que se reproduzcan desigualdades de género en el ámbito de la salud. **2.** Una patologización y medicalización de las mujeres. Y, **3.** el impacto de las desigualdades de género en los padecimientos subjetivos de las mujeres²⁰.

El primer punto se relaciona con lo mencionado anteriormente, es decir con el hecho de que la bio-medicina establece al hombre como el modelo de ser humano; de ese modo ignora e invisibiliza las diferencias biológicas y hormonales existentes entre hombres y mujeres, y generaliza para las mujeres los resultados de estudios realizados sobre los hombres. Esta concepción establece al cuerpo femenino como un duplicado defectuoso del masculino²¹.

El segundo fenómeno se refiere a la medicalización y psiquiatrización de las mujeres, proceso basado en estereotipos de género. Principalmente cuenta con dos objetivos, mantener el control sobre los cuerpos femeninos en base a la generación de: a) productos farmacológicos que permitan ordenar el comportamiento de las mujeres según determinados valores subjetivos²²—más asociados al control social que a la cura²³—. Y, b) la generación de ciertas prácticas médicas y psiquiátricas diferenciadas sobre los cuerpos femeninos y sobre la psiquis de las mujeres que —en base a estereotipos de género— permiten etiquetar aquellos cuerpos como enfermos para promover la estigmatización de determinados comportamientos y reacciones, y el fortalecimiento de ciertos valores sociales que establecen lo que se considera una “buena mujer”²⁴.

Ejemplos de esto son los mitos que explican los problemas mentales de las mujeres a partir de sus diferencias biológicas con los hombres, sea su función reproductiva, su estructura corporal o la asunción de determinadas características sociales como naturales (debilidad, delicadeza, expresión de emociones, etc.).

Finalmente, el tercer fenómeno pone en evidencia la relación entre las condiciones sociales de vida de las mujeres y su salud mental. Pues se demuestra que muchas de las dolencias de las mujeres, en este ámbito, no son más que la expresión del malestar que sentimos ante la cultura que vivimos. Otras son huellas de vivencias traumáticas que derivan justamente de la guerra contra las mujeres, instaurada por este sistema; y también hay las dolencias que son una expresión de la imposibilidad que sentimos de romper los moldes en que hemos sido encerradas.

Esta línea investigativa feminista revela que el contexto patriarcal moldea determinadas formas particulares de padecimientos

20. Linardelli, Florencia. Salud mental y género. Disponible en: MILLCAYAC - Revista Digital de Ciencias Sociales / Vol. II / N° 3 / 2015. ISSN: 2362-616x. (pp. 199-224) Centro de Publicaciones. FCPyS. UNCuyo. Mendoza

21. Linardelli, Florencia. Salud mental y género. Disponible en: MILLCAYAC - Revista Digital de Ciencias Sociales / Vol. II / N° 3 / 2015. ISSN: 2362-616x. (pp. 199-224) Centro de Publicaciones. FCPyS. UNCuyo. Mendoza

22. Galende 2018

23. Linardelli, Florencia. Salud mental y género. Disponible en: MILLCAYAC - Revista Digital de Ciencias Sociales / Vol. II / N° 3 / 2015. ISSN: 2362-616x. (pp. 199-224) Centro de Publicaciones. FCPyS. UNCuyo. Mendoza

24. Andreani; 1998; Diéguez Gómez, 1999; Ortega Ruiz, 2011; Vale Nieves, 2012

subjetivos en las mujeres, de ese modo se visibiliza de qué manera los contextos, experiencias, situaciones y discursos a los que estamos expuestas, a lo largo de nuestras vidas, generan una mayor prevalencia a ciertos padecimientos.

Todas estas perspectivas deben considerar y reconocer que no todas las mujeres hemos convivido y crecido con los mismos valores, prácticas y discursos. Por tanto, no existe una homogeneidad en la categoría mujer, por lo que para comprender y dar cuenta de las experiencias de salud de las mujeres es fundamental reconocer su historia, contextos, experiencias en específico, considerando para la valoración de la misma las conexiones entre orientación sexual, identidad de género, raza, género, clase y colonialidad. Así, se comprende a las opresiones desde una perspectiva interseccional, y que su conjunto determina e influencia nuestra salud en general y la salud mental.

Dicho así, es muy importante que analicemos la forma como el heteropatriarcado capitalista, colonial y racista ha precarizado la vida de determinadas personas, generando relaciones de poder basadas en construcciones socio-históricas de “lo normal y lo patológico”. Relaciones de poder que han servido para excluir, discriminar, estigmatizar y expropiar a determinadas personas, incluso de sus atributos de humanidad.

Finalmente, cuando hablamos de salud y salud mental de las mujeres es absolutamente relevante darnos cuenta cómo el sistema no solo patologiza a las personas (por sus marcas corporales, y otras características, con el objetivo de distribuir la precariedad, los bienes y los recursos de forma diferenciada), sino que también lo hace con las emociones con el objetivo de permitir que el cuerpo siga siendo un objeto de producción, acorde con los objetivos de un sistema que prioriza la ganancia a la vida.

Actividad 7: Mira la película *La histeria* dirigida por Tania Wexler, y analiza las formas en que se ha usado el tema de la salud mental de las mujeres para patologizar, excluir, estigmatizar y controlar nuestros cuerpos, emociones, deseos y aspiraciones.

El control patriarcal de la sexualidad femenina

Uno de los temas más urgentes para el movimiento feminista, en cuanto a la salud, es la salud sexual. La salud sexual es definida por la OMS como el:

estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que todas las personas alcancen y mantengan una buena salud sexual, se deben respetar, proteger y satisfacer sus derechos sexuales²⁵.

25. OMS, La salud sexual y su relación con la salud reproductiva. un enfoque operativo
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1>

No obstante, hablar de salud sexual de las mujeres sigue siendo una utopía, pues el sistema heteropatriarcal, capitalista y colonial ha instaurado varias instituciones cuyo principal objetivo es el control de la sexualidad de las mujeres y de sus cuerpos.

Por un lado, la instauración de la heterosexualidad como norma ha influido en la forma de vivir el deseo; prueba de ello es que muchas veces nos sentimos avergonzadas o incluso negamos nuestros deseos sobre otras mujeres, personas no binarias, personas trans, hasta el punto de naturalizar y legitimar el deseo heterosexual como el único posible. Lo mismo sucede con la institución de la monogamia, que ha instaurado a las relaciones heterosexuales monogámicas como la única forma de amor, hasta el punto de idealizar las relaciones tóxicas o mal denominadas como relaciones de amor romántico (que sacrifica nuestros deseos y aspiraciones en función del ser amado y niega otras posibilidades de relaciones como relaciones abiertas, poliamorosas o múltiples).

El correlato perverso de la monogamia es la instauración de múltiples relaciones monogámicas muchas veces denominadas como poliamorosas pero que reproducen las lógicas de jerarquización, propiedad y falta de cuidado de las relaciones monogámicas. Esto no se convierte en ensayos reales de nuevas formas de vivencia del amor y el deseo, sino en relaciones de abuso afectivo, donde generalmente las afectadas somos las mujeres.

Otras instituciones emblemáticas en el control de la sexualidad de las mujeres han sido la familia nuclear, la maternidad, la medicina y la psicología más conservadora. Estas, a lo largo de la historia, han patologizado el placer femenino y lo han reducido a un objetivo meramente reproductivo, haciendo a los cuerpos de las mujeres funcionales a los deseos masculinos y generando un mundo donde la anorgasmia y la falta de placer son la realidad de miles de mujeres –pues consideran como una obligación el tener relaciones sexuales para complacer a sus parejas–.

El desconocimiento y la expropiación de nuestros cuerpos, la patologización del placer femenino, la estigmatización del deseo sexual y la falta de entendimiento de la sexualidad más allá de la genitalidad son muchos de los problemas que dificultan la vivencia de una vida sexual placentera, principalmente en las mujeres.

A esto se suma el tema de la violencia contra las mujeres, práctica y discurso naturalizado e institucionalizado que permea todos los ámbitos de nuestras vidas, desde el plano simbólico hasta la forma en la que hemos percibido nuestro cuerpo y en la que construimos nuestras prácticas sexuales.

El reto para generar una nueva sexualidad para las mujeres es romper esquemas, aprender sobre nuestros cuerpos y deseos y entender que la sexualidad es una relación sensible con el mundo, que no puede ser reducida a relaciones coitales. También es fundamental que nos masturbemos, conozcamos nuestros cuerpos y deseos y seamos capaces de identificar qué nos gusta y qué no, y de plantearnos una nueva forma de vivir nuestras relaciones y placeres.

Actividad 8: Reflexionemos sobre los mitos, prácticas y discursos que existen sobre la sexualidad femenina y que nos han enseñado en nuestros procesos de crianza. Intentemos hacer el ejercicio de mirar como estas creencias, prácticas y discursos han

influido en nuestras vidas y en las formas como hemos vivido nuestra sexualidad.

Luego vamos a mirar el Stand Up Nanette de la comedianta australiana Hanna Gadsby y reflexionar sobre la construcción de nuestra sexualidad. Generemos un guion para nuestro propio Stand Up sobre el tema.

Actividad 9: Descubriendo nuestro cuerpo

1. Mírate en un espejo desnuda y a solas identifica cada parte de tu cuerpo.
2. Piensa en el placer de comer algo que te encanta e intenta identificar con que parte de tu cuerpo relacionas ese placer.
3. Piensa en el placer del viento en tu piel, qué te hace sentir, qué sensaciones corporales te genera.
4. Piensa en el placer que sientes al escuchar música que te gusta, qué te hace sentir, en qué parte de tu cuerpo puedes ubicar esas sensaciones.
5. Piensa qué partes de tu cuerpo te gusta que te toquen y qué tipos de sensaciones te generan.
6. Coge un espejo y mira tu vulva, cada una de sus partes. Dibújala en un papel mientras piensas en las formas en las que sientes placer en tu vulva, cómo te gusta tocarte y que te toquen, qué sensaciones no te gustan.

El control patriarcal de la reproducción de las mujeres

La salud reproductiva se refiere al:

estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia" e "incluye el acceso a una serie de información, bienes, establecimientos y servicios de salud reproductiva que permitan a las personas adoptar decisiones informadas, libres y responsables sobre su comportamiento reproductivo²⁶.

No obstante, se ha dicho que nuestra reproducción debe ser funcional a las necesidades del sistema, planteadas desde una maternidad como destino manifiesto y única esfera de verdadera realización de las mujeres. Siendo que, en la actualidad, a pesar de todas las transformaciones sociales, el no ser madre sigue siendo un deseo fuertemente cuestionado e incluso patologizado. Y que existen múltiples mecanismos e instituciones de control del cuerpo de las mujeres que mantienen vigente su instrumentalización para la reproducción como función social y familiar.

26. Véase Manual de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos para operadores de justicia, Cevallos, 2020 http://www.usfq.edu.ec/programas_academicos/colegios/jur/Documents/manual/Manual-DSDR.pdf

Tanto es así que podemos encontrar históricamente muchos planteamientos que han ligado la patología mental con la reproducción de las mujeres. En el presente siguen existiendo leyes que restringen la posibilidad de decisiones autónomas de las mujeres sobre su reproducción: como las que penalizan el aborto, las que impiden acceso a anticonceptivos o que incluso norman los temas de reproducción humana asistida.

La reproducción de las mujeres siempre ha sido un objetivo de control social por parte de los Estados y de los hombres, pues se considera que la reproducción humana es un asunto de interés social, donde las mujeres somos vistas como simples máquinas reproductivas carentes de deseos, expectativas, planes de vida o de voluntad. Es por esto que, para el movimiento feminista, la lucha por el aborto legal, seguro, acompañado y feminista es una demanda histórica fundamental para lograr avanzar en el reconocimiento de las mujeres como personas autónomas y con derechos.

Las luchas de las mujeres por vivir vidas autónomas y por nuestra reproducción son diversas, hemos elaborado prácticas de todo tipo para romper el control patriarcal sobre nuestros cuerpos y nuestras vidas, para modificar leyes injustas que nos exponen a la criminalización y la violencia. De estas prácticas queremos resaltar las formas de resistencia autónomas que se han gestado desde las mujeres y feministas, como la generación de colectivos de mujeres que acompañan a otras en sus decisiones sexuales y reproductivas, desde el intercambio horizontal de información, la educación sexual, el conocimiento de la salud menstrual, la demanda de un parto digno y respetuoso, hasta el acompañamiento afectivo que se requiere para tomar decisiones en contextos complejos.

También se han instaurado grupos de debate y reflexión sobre la maternidad, que han intentado colectivizarla y romper la vivencia de la misma como sacrificio, politizando los diversos sentires que tenemos y pensando nuevas formas de vivirla.

Actividad 10: Leer el texto Ira y ternura de Adrienne Rich y el texto La criminalización de mujeres por aborto en Ecuador una nueva forma de cacería de brujas y realizar una reflexión personal sobre la una de las instituciones que mantienen el control y la dominación sobre la reproducción femenina y como la misma ha actuado en nuestras vidas.

El aborto y la salud de las mujeres

La penalización del aborto y la salud de las mujeres

La incapacidad de las mujeres a acceder a un aborto seguro y voluntario es una de las expresiones del patriarcado sobre nuestros cuerpos y nuestras vidas. Su objetivo es limitar nuestra autonomía reproductiva y despojarnos del poder de decisión.

La imposibilidad de decidir sobre nuestra vida reproductiva no está solo determinada por las leyes, sino por las prácticas, las costumbres, los discursos y las creencias que nos permean desde el nacimiento y mientras vamos creciendo. Discursos como el de la maternidad idealizada, o el de la vida antes del nacimiento, hacen que internalicemos patrones socio-culturales y que hasta nuestro deseo esté muy influenciado por los mismos, pues lo complejo de este sistema es que atraviesa todos los aspectos de nuestra vida, incluido el del deseo.

Es por esta razón que la decisión sobre si continuar o no con un embarazo puede ser conflictiva para las mujeres, pues estamos atravesadas por un mundo que nos ha dicho que es incorrecto no desear ser madres o querer posponerlo. En las prácticas concretas de acompañamiento a mujeres es muy común mirar este tipo de experiencias: las que han decidido abortar y sienten culpa al mismo tiempo; las que deciden abortar y lo justifican con razones ajenas al deseo de no maternar en ese momento; y mujeres que a pesar de tener embarazos no deseados o no planificados deciden continuarlos, más allá de su deseo, para cumplir con un mandato social. Por supuesto, esto es mucho más complejo de lo descrito y tiene que ver con las experiencias, vivencias, deseos y planes de vida de cada una de las mujeres que vive este proceso.

La imposibilidad de tomar decisiones sobre la vida reproductiva o la creencia en la dificultad para hacerlo hace que, para las mujeres, la reproducción constituya una carga desproporcionada, y que influya en la vivencia de nuestra sexualidad. Entendemos que todas las vivencias deben ser entendidas desde una perspectiva interseccional y que, por tanto, son diversas. En este sentido, para muchas mujeres esta ligazón entre sexualidad y reproducción limita la vivencia placentera de su sexualidad.

La penalización del aborto condena a las mujeres a embarazos no deseados, abortos inseguros con sus complicaciones y judicialización, y genera desigualdades entre hombres y mujeres, y entre mujeres, según su clase, edad, pertenencia a pueblos y nacionalidades, discapacidad, entre otras circunstancias.

De acuerdo a cifras de la Organización Mundial de la Salud²⁷, 4 de cada 10 embarazos en todo el mundo no son planeados, 2 de cada 10 terminan en aborto inducido, hay 22 millones de abortos inseguros, 47.000 mujeres mueren, 5 millones quedan discapacidades a causa de la inseguridad al practicarse un aborto anualmente. A lo que se suma el hecho de que la restricción en derechos que implica la ilegalidad del aborto disuade a aproximadamente 3 millones de mujeres a no acudir a servicios de salud luego de practicarse un aborto inseguro²⁸, por miedo a ser estigmatizadas, denunciadas o maltratadas, poniendo en riesgo su salud y su vida.

La mortalidad y morbilidad materna a causa del aborto se distribuyen de manera desigual en el mundo. Según estudios epidemiológicos de este problema sanitario –realizados en diferentes países y zonas geográficas, con distintos niveles socio-económico-culturales, pero también con diferentes marcos religiosos y legales– se observan diferencias relevantes en cuanto a la incidencia del aborto en condiciones de riesgo en la muerte materna. A decir de expertas y expertos a nivel mundial, la situación legal del aborto tiene una clara relación con el peso relativo que adquiere el aborto provocado como causa de mortalidad materna. **Así, las complicaciones por la práctica del aborto provocado son causa importante de mortalidad materna en aquellos países en los que su práctica es ilegal.** Contrariamente, la proporción de muertes maternas por complicaciones derivadas del aborto provocado son insignificantes en los países con una legislación más liberal con respecto a esta práctica.

Esta realidad mundial muestra que la restricción del aborto no evita que las mujeres abortemos. Al contrario, únicamente influye en las condiciones en las que se realizan estos abortos, afectando de manera innecesaria y desproporcionada los derechos

27. Organización Mundial de la Salud (2014). Aborto sin Riesgos: guía práctica para sistemas de salud.

28. Organización Mundial de la Salud (2014). Aborto sin Riesgos: guía práctica para sistemas de salud.

humanos de las mujeres, que a diario arriesgan su vida, libertad, autonomía, dignidad y salud en intervenciones que de ser seguras y legales serían muy poco riesgosas.

Al respecto, el relator de las Naciones Unidas Anand Grover sobre el derecho al más alto nivel de bienestar físico y mental, en su reporte anual del 2011, establece que:

Las leyes que regulan la salud sexual y salud reproductiva pueden violar el derecho a la salud mediante la restricción al acceso a productos de calidad, servicios e información. Estas leyes pueden restringir inapropiadamente las libertades que poseen las personas como parte de su derecho a la salud, cuando minan las actividades para tomar decisiones importantes sobre sus cuerpos y sus planes de vida. (...) Cuando las leyes penales son usadas como una herramienta por el Estado para regular las conductas y decisiones de los individuos en el contexto de la salud sexual y salud reproductiva, pueden coadyuvar para que el Estado coercitivamente substituya el juicio de las personas. El Estado interviene en un área tan íntima de la vida de las personas que puede infringir la dignidad y autonomía, y por lo tanto debe mantenerse en lo mínimo (...) Las leyes penales que restringen el aborto inducido proveen un ejemplo de la interferencia del estado en el derecho de las mujeres a la salud. Pues estas leyes restringen el control de las mujeres sobre su cuerpo y requieren que continúen embarazos no planificados y den a luz cuando no es su elección, vulnerando la dignidad de las mujeres e infringiendo su autonomía. Al mismo tiempo, la criminalización genera y perpetúa el estigma y la marginalización de la mujer. Razón por la que estas leyes deben ser eliminadas. (Grover, 2011)

En Ecuador, como en el mundo, el riesgo que se corre al practicarse un aborto en contextos legales restrictivos afecta de manera desigual a las mujeres según la cantidad de recursos económicos que tengan a su disposición. Las complicaciones físicas de los abortos son más comunes en mujeres jóvenes y pobres que en las de otros contextos sociales: las de menos recursos económicos y que no cuentan con redes sociales que las apoyen tienen mayores dificultades para conseguir servicios de aborto seguro en contextos de ilegalidad²⁹.

En el país un aborto puede costar entre 50 y 5000 dólares; no obstante, el ingreso promedio para una mujer es de \$257.75 mensuales³⁰. La ilegalidad genera una barrera de acceso a servicios seguros, principalmente para mujeres con bajos ingresos socio-económicos y con poca capacidad para disponer de los mismos. Esta barrera se incrementa para mujeres de sectores rurales y alejados que, al no acceder a servicios de aborto en sus comunidades, deben invertir en "movilización y la estadía en otra ciudad"³¹, lo que dificulta aún más la situación. En este contexto, el aborto ilegal constituye un importante problema de injusticia social porque perpetúa la desigualdad social que hace que mujeres con poco acceso a recursos económicos, culturales y sociales sufran de manera desproporcionada y discriminatoria la carga de embarazos no deseados, no planificados y los riesgos de abortos inseguros.

Por otra parte, la ilegalidad del aborto afecta de manera innecesaria los derechos humanos de las mujeres, contraviniendo varias disposiciones legales, constitucionales y de derecho internacional que los garantizan. Las consecuencias concretas de la penalización del aborto son:

29. Sanseviero, Rafael. Condena, tolerancia y negación. El aborto en Uruguay. Centro Internacional de Investigación e información para la paz. Montevideo: 2000

30. INEC 2010

31. Larrea, Sara, Anna Rooke, Allison Ball y Laura Nixon. De eso no se habla: percepciones de mujeres jóvenes sobre prácticas y legalidad del aborto en el Ecuador. Coordinadora Juvenil por la Equidad de Género. Quito: 2006

1. Limitar la libertad de las mujeres de tomar decisiones sobre su salud, vida y proyecto de vida.
2. Constituir a la reproducción como una carga desproporcionada en la vida de las mujeres.
3. Exponer a las mujeres a procedimientos inseguros e inadecuados y como consecuencia obligarlas a poner en riesgo su salud y su vida.
4. Privar a las mujeres de información adecuada y oportuna que les permita tomar decisiones responsables sobre su sexualidad y reproductiva.
5. Perpetuar el estigma y la marginación de las mujeres que abortan lo que las expone a procesos penales.

Una de las consecuencias más graves de la penalización del aborto es la criminalización de mujeres por esta causa, en Ecuador se registran denuncias penales en contra de las mujeres que llegan a hospitales con abortos en curso, diferidos o incompletos a partir del 2009. Que las mujeres sean denunciadas al acudir a los hospitales, generalmente públicos, por una emergencia o por buscar atención post aborto genera desconfianza en el sistema de salud y disuade a las mujeres de buscar asistencia médica, aunque sea necesaria para precautelar su salud y vida. Esto sucede a pesar de las responsabilidades legales que tienen los Estados, de acuerdo a varias recomendaciones de organismos internacionales de derechos humanos, de tomar medidas para impedir que las mujeres sean denunciadas o inculpidadas por abortos.

La criminalización de las mujeres por aborto es un fenómeno reciente en el país. Es a partir del 2009 que se empieza a registrar este fenómeno, a pesar de que el Código Integral Penal data de hace más de 70 años. Por un lado, las y los profesionales de salud reproducen creencias sociales y patrones socio-culturales que mantienen la violencia y la desigualdad de género, desconocen a las mujeres como sujetas de derechos y limitan el ejercicio de los mismos; y por otro, su falta de información hace que nieguen abortos legales a las mujeres que lo requieren o que las denuncien por abortos en curso, incompletos o diferidos, aun cuando nuestra legislación establece que esto es un delito.

Según datos de la Fiscalía General del Estado, existen 341 procesos penales por aborto consentido desde 2013 hasta enero de 2019. Por su parte, la Defensoría Pública identifica haber representado 94 casos desde 2014 hasta enero de 2019, lo que implica la criminalización y realización de 435 procesos penales por aborto en el período mencionado.

El aborto en Ecuador desde la perspectiva legal

El Código Orgánico Integral Penal Integral (COIP) en el Art. 150 establece que es legal el aborto practicado por un profesional de salud si se lo ha hecho para evitar un peligro para la vida de la mujer y para la salud de la mujer, no evitables por otros medios o si el embarazo es consecuencia de una violación a una mujer con discapacidad mental.

Interpretar estas causales supone tener una visión integral del derecho a la salud, acorde a los instrumentos internacionales de derechos humanos, los cuales deben ser aplicados de manera directa y prioritaria conforme a lo establecido en los Art. 11, 425, 426

de la Constitución de la República del Ecuador, y a los criterios de aplicación del derecho internacional que establece que la interpretación de derechos debe ser amplia y progresiva.

En este sentido, cuando hablamos de aborto para evitar un peligro para la salud de la mujer embarazada, que no puede ser evitado por otros medios, debemos entender a la salud como el máximo nivel de bienestar físico, mental y social y como un derecho interrelacionado con otros, cuyo ejercicio depende de la protección de los mismos. Esto, de acuerdo a lo establecido en el Art. 32 de la Constitución y en el Art. 3 de la Ley Orgánica de Salud vigente.

La interpretación de estas causales implica comprender que el riesgo a la salud es la afectación al bienestar físico, mental y social, potencial o real en comparación con la situación ideal cuando el factor de riesgo no existe y que es la mujer la que debe determinar el grado de riesgo que está dispuesta a tolerar³² (Gonzales, 2008). La aplicación de la causal salud no requiere de la constatación de un daño efectivo a la salud de la mujer, sino únicamente de la existencia de un riesgo derivado de la continuación del embarazo.

La legislación internacional³³ (Gonzales, 2008) determina que, cuando se habla de alternativas al aborto para evitar el riesgo que representa un embarazo para la vida de la mujer, se debe garantizar que estas cumplan con tres estándares: 1) que el medio alternativo sea igualmente adecuado para la protección de la salud de la mujer; 2) que sea igual de conveniente y accesible; y, 3) que no implique mayores gravámenes para la mujer.

Considerando todos estos criterios, se puede decir que en el Ecuador un aborto es legal cuando:

La vida de la mujer se encuentra en peligro con la continuación del embarazo, y este peligro no es evitable por medios igual de adecuados, convenientes y accesibles.

Cuando la continuación del embarazo implica un riesgo para la salud bio-psico-social de la mujer, no evitable por medios igual de adecuados, convenientes y accesibles para la mujer.

Cuando el embarazo ha sido producto de una violación a una mujer con discapacidad mental.

Ecuador cuenta con una Guía de Práctica Clínica de Aborto Terapéutico, aprobada en Registro Oficial en diciembre del 2014, concordante con lo planteado. Dicha guía establece que mediante su implementación "se debe garantizar la prevención de cualquier peligro que ponga en riesgo la vida o salud integral de la mujer (...) que incluye el cuidado de la misma en todos los aspectos"³⁴

En ese sentido, el Estado tiene el rol de garantizar el acceso a abortos no punibles en el país, que tienen como objetivo precautelar la vida y la salud integral de las mujeres, ante posibles riesgos que la continuación del embarazo tenga para las mismas. La falta de acceso por parte de las mujeres al aborto no punible, constituye una violación sistemática de los humanos de las mujeres, especialmente de su derecho a la vida, salud, integridad, igualdad, a una vida libre de violencia, a la seguridad personal, a la

32. González Vélez, A. C., & Durán, J. (2010). Derechos sexuales y reproductivos de la gente joven.)

33. González Vélez, A. C., & Durán, J. (2010). Derechos sexuales y reproductivos de la gente joven.

34. Ministerio de Salud Pública (2014). Guía de práctica Clínica del Aborto Terapéutico

autonomía, a la intimidad, a tomar decisiones sobre su vida reproductiva, a la autodeterminación sexual, a la dignidad, a la salud sexual, a la salud reproductiva, a la no discriminación, a gozar de los beneficios del progreso científico, y a no ser sometidas a tratos crueles, inhumanos y degradantes. Diversos organismos de derechos humanos en materia de estándares internacionales de protección han establecido que cuando la vida y salud de la mujer está en riesgo se debe asegurar el acceso a una interrupción segura del embarazo basándose en la decisión de la mujer³⁵, y garantizar la no negación atención médica necesaria; para precautelar la vida y derechos de las mujeres.

Actividad 11: Dónde me toca el aborto

1. Dibuja la silueta de tu cuerpo, si es posible hacerlo en parejas para poder plasmar una silueta del porte de nuestro cuerpo.
2. Piensa en dónde te toca el aborto, pero desde una perspectiva mucho más sensitiva, cuando piensas en la palabra aborto o cuando recuerdas tu experiencia de aborto qué sensaciones sientes y en qué parte de tu cuerpo.
3. Comparte en colectivo tus sentires sobre el ejercicio.

Actividad 12: Piensa en una historia de aborto que conoces, intenta analizar cuáles son los obstáculos que atravesó esa mujer para acceder a un aborto y genera una propuesta de acción que permita acompañar esta experiencia.

La violencia de género y la salud integral de mujeres y niñas

La violencia de género es una experiencia fundamental en la vida de las mujeres, puesto que se encuentra naturalizada en el mundo heteropatriarcal capitalista, y atraviesa nuestras vidas, vivencias y construcción de subjetividades, de diversas formas. Todas las mujeres –aunque de maneras distintas– estamos atravesadas por la violencia y la discriminación en nuestras vidas, vivencias y experiencias; estas influyen en la forma en la que vemos y entendemos el mundo, en cómo nos relacionamos y en la forma de vernos a nosotras mismas y a las otras.

Para entender cómo la violencia de género influye en nuestras vidas y en la vivencia concreta de nuestra salud es necesario analizar y comprender la forma en que se ha estructurado el sistema patriarcal en el capitalismo. Ya que esta es la estructura de dominación, explotación y resistencia en la que nos hemos criado y en la que vivimos, y debemos reconocer que esta violencia es estructural,

35. Diversos organismos de Derechos Humanos en materia de estándares internacionales de protección han establecido que cuando la vida y salud de la mujer está en riesgo se debe asegurar el acceso a una interrupción segura del embarazo a decisión de la mujer. En este sentido, considerando que la ilegalidad del aborto genera condiciones de riesgo para la integridad, vida y salud de las mujeres al obligarlas a buscar servicios clandestinos e inseguros que las exponen a muertes y complicaciones, podemos afirmar que la misma constituye una violación a los artículos: Art. 4 de la Convención Americana de Derechos Humanos, Art. 12 de la CEDAW, Art. 6 del Pacto de Derechos Civiles y Políticos, Art. 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, Art. 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, Art. 24 de la convención sobre los Derechos del niño, el Art. del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Art. 10 del Protocolo de San Salvador, entre otros. La Corte Interamericana de Derechos Humanos en las medidas cautelares dictadas respecto del Salvador en el caso B, caso de riesgo a la vida de la mujer al continuar un embarazo padeciendo de lupus, estableció " requerir al estado de El Salvador que adopte y garantice, de manera urgente, todas las medidas que sean necesarias y efectivas para que el grupo médico tratante de la señora B. pueda adoptar, sin interferencia alguna, las medidas médicas que se consideren oportunas y convenientes para asegurar la debida protección de los derechos consagrados en los artículos 4 y 5 de la Convención Americana y, de este modo, evitar daños que pudiesen llegar a ser irreparables a los derechos a la vida y la integridad personal y a la salud de la señora B."

36. La Corte Interamericana de Derechos Humanos en varias sentencias ha reconocido que el derecho a la vida y la integridad se relacionan con el acceso a atención médica

pues no nos afecta de forma particular a cada una de nosotras sino que genera formas de ataque permanente a las mujeres y de expropiación y pauperización.

De acuerdo a Silvia Federici (2015)³⁷, en el capitalismo se estructura un nuevo orden patriarcal basado en la exclusión de las mujeres del trabajo asalariado y su subordinación a los hombres. Además, se establece una nueva división sexual del trabajo que desvaloriza el trabajo reproductivo, lo convierte en un trabajo sexualizado (de las mujeres) y lo degrada a una función que se realiza como destino biológico. También hay una mecanización del cuerpo, convirtiéndolo en el caso de las mujeres en una máquina de reproducción, en doble sentido; tanto haciendo alusión a nuestra capacidad de parir, como a la construcción de la obligación de cuidar.

Ella devela que una de las estrategias fundamentales de consolidación del patriarcado en el sistema capitalista fue la guerra contra las mujeres, misma que tuvo varias expresiones violentas en el proceso de transición al capitalismo. Siendo la caza de brujas una de las expresiones más importantes del intento por degradar, demonizar y destruir el poder social de las mujeres, y por construir nuevos ideales "burgueses de feminidad y domesticidad" (2015: 256).

Para ella, en la transición al capitalismo a través de la cacería de brujas y otros mecanismos violentos usados contra las mujeres, se instaure una nueva disciplina sobre el cuerpo y la vida de las mujeres. Esta disciplina las despoja de toda autonomía, las condena a depender de los hombres económicamente y a realizar trabajo gratuito para ellos. Esta expropiación se realiza en términos laborales como reproductivos e instaure la sumisión al poder de los hombres mediante una serie de estructuras (familia nuclear reproductiva, maternidad, heterosexualidad, monogamia, división sexual del trabajo, división de los espacios) y discursos (degradación de las mujeres como seres humanos y del trabajo que ellas hacían).

Estas estructuras y discursos generaron un orden socio-político y una categorización jerárquica de las personas según sus marcas corporales, donde las mujeres³⁹, su trabajo, su inteligencia son considerados inferiores y donde su cuerpo es considerado un objeto de instrumentalización. Federici describe muy bien este proceso como un proceso sistemático de cercamiento, despojo, expropiación, devaluación, degradación y violencia, realizado por los gobiernos de forma pública y consciente.

La estrategia de cercar, expropiar tierras comunales, establecer una nueva división sexual del trabajo, degradar y devaluar el trabajo femenino sentó las bases económicas sobre las cuales instituciones como el matrimonio, la heterosexualidad, la monogamia y la familia nuclear reproductora se convirtieron en las únicas opciones posibles para que las mujeres pudiéramos sobrevivir.

El matrimonio era visto como la verdadera carrera para una mujer hasta tal punto se daba por sentado la incapacidad de las mujeres para mantenerse que, cuando una mujer soltera llegaba a un pueblo, se la expulsaba incluso si ganaba un salario. (Federici, 2015:143)⁴⁰

37. Federici, Silvia (2015). El caliban y la Bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Madrid: Traficantes de sueños.

38. Federici, Silvia (2015). El caliban y la Bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Madrid: Traficantes de sueños.

39. No se pretende reducir la jerarquización de las personas a las mujeres. Con Federici y otras teóricas feministas se considera que el capitalismo en su jerarquización degrada también a muchos, muchas y muchos otros sujetos sociales; no obstante, por los objetivos de este texto nos centramos en lo que sucede con las mujeres.

40. Federici, Silvia (2015). El caliban y la Bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Madrid: Traficantes de sueños.

... se forjó una nueva división sexual del trabajo o, mejor dicho, un nuevo «contrato sexual», siguiendo a Carol Pateman (1988), que definía a las mujeres –madres, esposas, hijas, viudas– en términos que ocultaban su condición de trabajadoras, mientras que daba a los hombres libres acceso a los cuerpos de las mujeres, a su trabajo y a los cuerpos y el trabajo de sus hijos. (Federici, 2015:145) ⁴¹

Estas instituciones fueron consolidadas también a través de leyes que despojaron de derechos a las mujeres, y que nos convirtieron en incapaces legales, ahondando la dependencia hacia los hombres. A esto se sumó toda la división de los espacios, que se expresó en la expulsión de las mujeres de los espacios públicos, se volvió peligroso caminar solas por la calle, sentarse en las aceras o ventanas. También se estigmatizó las reuniones entre mujeres, se prohibió la posibilidad de que viviéramos juntas, solas y sin hombres, o de que visitáramos a nuestras familias. Convirtiendo a la familia nuclear reproductiva en el único lugar legítimo para las mujeres, y a la heterosexualidad en la única posibilidad económica legítima para las mujeres.

... también se les prohibió vivir solas o con otras mujeres y, en el caso de las pobres, incluso ni con sus propias familias, ya que se suponía que no estarían controladas de forma adecuada. En definitiva, además de la devaluación económica y social, las mujeres experimentaron un proceso de infantilización legal. (Federici, 2015:154) ⁴²

Este régimen legal se acompañó de un discurso sobre la feminidad que planteaba la necesidad de vigilancia constante de las mujeres, quienes éramos consideradas emocionales, lujuriosas e incapaces de actuar de forma adecuada sin el control masculino. Un discurso que veía a las mujeres como inferiores, y deslegitimaba los saberes de las mujeres, su cuerpo, su capacidad reproductiva, trabajo, inteligencia y sexualidad, cuando no eran funcionales a los intereses institucionales.

Fue a partir de todo esto que la violencia contra las mujeres –tanto el espacio público como privado– fue legitimándose socialmente, como una herramienta para corregir a “malas” y “desobedientes” y convertirlas. Es así que, la violencia feminicida, la violencia sexual, la simbólica, el encarcelamiento y la violencia de género se convirtieron en instrumentos que fueron y son usados de forma sistemática para disciplinar a las mujeres e imponerles este orden social.

... el castigo de la insubordinación femenina a la autoridad patriarcal fue evocado y celebrado (...) Mientras tanto, se introdujeron nuevas leyes y nuevas formas de tortura dirigidas a controlar el comportamiento de las mujeres dentro y fuera de la casa, lo que confirma (...) un proyecto político preciso que apuntaba a dejarlas sin autonomía ni poder social.⁴³

... la denigración literaria y cultural estaba al servicio de un proyecto de expropiación (...) el ataque librado contra las mujeres justificaba la apropiación de su trabajo por parte de los hombres y la criminalización de su control sobre la reproducción. Siempre, el precio de la resistencia era el exterminio. (...) En el caso de las mujeres europeas, la caza de brujas jugó el papel principal en la construcción de su nueva función social y en la degradación de su identidad social⁴⁴ (Federici, 2015:156)

41. Federici, Silvia (2015). El caliban y la Bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Madrid: Traficantes de sueños.

42. Federici, Silvia (2015). El caliban y la Bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Madrid: Traficantes de sueños.

43. Federici, Silvia (2015). El caliban y la Bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Madrid: Traficantes de sueños.

44. Federici, Silvia (2015). El caliban y la Bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Madrid: Traficantes de sueños.

El disciplinamiento y la apropiación por parte de los hombres y del Estado del cuerpo de las mujeres, como espacio privilegiado donde se han desplegado las técnicas y las relaciones de poder en la transición al capitalismo, tuvo efectos terribles en posición social de la mujer.

La condición estructural y sistemática de estas violencias dirigidas hacia las personas y cuerpos femeninos y feminizados, en “un orden ligado al sexismo y al pensamiento sexista” (hooks 2017, 89), e impulsado por el Estado como un proceso de ataque terrorista contra las mujeres, ha hecho que estos impactos se mantengan y se reproduzcan en el tiempo generando importantes efectos en la subjetividad de las mujeres.

Una de sus consecuencias más importantes, fue la instauración de “un nuevo modelo de feminidad: la mujer y esposa ideal –casta, pasiva, obediente, ahorrativa, de pocas palabras y siempre ocupada con sus tareas”. La que sentó las bases ideológicas para el sostenimiento de las instituciones patriarcales: el matrimonio, la heterosexualidad, la monogamia y la familia nuclear reproductora. Otro de sus efectos fue la interiorización de la sumisión en la psique colectiva femenina⁴⁵ y de los discursos que degradaban nuestro trabajo, nuestra capacidad, nuestra inteligencia, nuestros cuerpos, nuestra autonomía; que nos llevó incluso a asumir y nombrar como producto de nuestra voluntad y nuestro deseo a lo que nos fue impuesto: familias nucleares reproductoras, monogamia, heterosexualidad, maternidad, y sacrificio⁴⁶.

Este proceso se mantiene activo en la actualidad, el que a su vez genera nuevas formas de violencia institucional y de cacería de brujas contra las mujeres, cuyas características en muchos casos se han transformado, pero siguen siendo igual de brutales.

En el sostenimiento de este sistema la institucionalización de la dominación femenina ha sido fundamental el rol que la heterosexualidad, la familia nuclear reproductora y la maternidad han jugado y siguen jugando. Pues si bien se han modificado históricamente, su carácter patriarcal no ha desaparecido y sus mutaciones han respondido justamente a la capacidad del capitalismo de adaptarse para evitar ser destruido. Con el objetivo de mostrar la vigencia de estas instituciones exponemos brevemente la forma de funcionamiento de las mismas en el contexto ecuatoriano.

En este sentido, la heterosexualidad en la actualidad sigue siendo considerada como la única forma legítima de establecer relaciones sexo afectivas por parte de las mujeres. Esta es en sí misma una “institución política (...) (un) medio de garantizar el derecho masculino de acceso físico, económico y emocional (a las mujeres) (...)”⁴⁷

45. Con esto no se plantea que las mujeres no estuviéramos y no estemos en un constante proceso de resistencia. Las mujeres resistimos todos los días al patriarcado capitalista e inventamos formas también de subvertirlo en la cotidianidad y la colectividad. Tampoco se plantea que no hubiera mujeres que rompieran estos esquemas, ni que la organización colectiva de las mujeres no haya logrado subvertirlos y transformarlos. Únicamente se muestra cómo, a partir de un proceso tan violento, se instauraron estructuras sociales que posteriormente fueron resignificadas incluso por nosotras pero que forman parte de la estructura que sostiene el patriarcado capitalista. Esto tampoco es una satanización de la familia, la heterosexualidad o la maternidad, ni una premisa que plantea que otras formas de vivir estas instituciones no son posibles, únicamente se considera que, al ser instituciones estructurales, la vivencia individual privada de las mismas, aunque sea muy diferente a la regla, sí las afecta. Es necesario entonces pensar colectivamente cómo deconstruirlas en sus fundamentos opresivos. También queremos plantear que en esta época se generó un quiebre sobre lo que somos y debemos ser las mujeres, que durante siglos ha atravesado nuestra vivencia cotidiana de la vida, nuestra forma de construir relaciones y nuestros deseos.

46. Es necesario hacer una distinción entre la vivencia concreta que tenemos de cada una de estas instituciones y lo que implican en tanto estructuras de dominación para nosotras. En este texto se pretende mostrar a la familia, la heterosexualidad y la maternidad como instituciones desde las cuales se construye un deber ser femenino. Pues el deseo también es una construcción social muy fuerte cuando deviene de prácticas impositivas y violentas sobre nosotras y nuestros cuerpos que han durado cientos de años, que no hacen que lo que deseemos sea menos legítimo, porque incluso podemos desear y vivir de forma diferente a la norma; pero si nos deben llevar a cuestionarnos cómo estas instituciones aportan a reproducir y mantener un mundo patriarcal-capitalista. El reto está en pensar la forma como podemos reestructuralas desde lo colectivo para poder generar otro mundo posible.

47. Rich, Adrienne (1980). La heterosexualidad Obligatoria y la existencia lesbiana. En internet:

<http://www.mpisano.cl/psn/wp-content/uploads/2014/08/Heterosexualidad-obligatoria-y-existencia-lesbiana-Adrienne-Rich-1980.pdf>

La violencia estructural que instauró la heterosexualidad obligatoria sigue absolutamente vigente y se refleja en las desigualdades que seguimos atravesando las mujeres en el trabajo. Así como en la falta de reconocimiento del trabajo reproductivo como trabajo, en la negación constante de la existencia lésbica, en la negación de derechos a mujeres lesbianas, en el lesbianicidio⁴⁸ y en la existencia de clínicas para curar la lesbiandad con anuencia del Estado donde se utiliza la tortura como método de corrección sexual, y disciplinamiento heterosexual de las mujeres⁴⁹:

Mi mami se enteró primero y me reclamó me dijo que era una vergüenza para la familia, un mal ejemplo para mis hermanos menores, para mi sobrina; que qué iba a hacer con mi vida. Después, se enteró mi papi y me pegó, me destrozó, me agredió brutalmente y decidí salir de mi casa. (...) me llevaron a Pasto, a un centro de rehabilitación (...) A mi mamá le dijeron que no me llevara ropa de la que uso comúnmente, mi ropa cómoda la quemaron y mi mamá compró ropa de mujer (...) me obligaron a usar cintas en el cabello, aretes largos, maquillarme (...) Adentro seguí conversando con la chica de 35 años, se llamaba Mariela, ella llevaba más tiempo allí que yo, me dijo que ya la habían violado los enfermeros de esta misma institución (...) ⁵⁰

El andamiaje ideológico y discursivo que instauró a la heterosexualidad como la “práctica sexual natural”, que nace del deseo de las mujeres, también se mantiene, lo que da como consecuencia la negación de muchas mujeres sus deseos lésbicos ya sea estando en el clóset, viviendo la negación de sus deseos o sin mirar la posibilidad de sentir atracción por otras mujeres⁵¹

En este sentido, podemos decir que uno de los pilares esenciales de las nuevas formas de cacería de brujas es indudablemente la heterosexualidad obligatoria, ya sea mantenida a través de la violencia, la educación, la ideología, el miedo o la patologización. Pues sigue siendo una de las estructuras fundamentales que posibilita la sumisión de las mujeres a los hombres, principalmente cuando no es reconocida como una institución sobre la que hay que reflexionar, sino como una expresión del deseo voluntario y natural.

Para lograr deconstruir el carácter patriarcal de la heterosexualidad, que sobrepasa a las prácticas sexo afectivas, es necesario que reconozcamos, como lo plantea Adrienne Rich, que: “la heterosexualidad no puede ser en absoluto una preferencia, sino algo que ha tenido que ser impuesto, gestionado, organizado, propagado y mantenido a la fuerza” (1980). Pues la historia de la cacería de brujas nos revela como la ruptura de las relaciones afectivas entre mujeres fue una de las premisas fundamentales de la violencia ejercida en la transición al capitalismo, que a su vez requirió de la expropiación de la autonomía de las mujeres para someterlas a los hombres en todos los ámbitos, incluido el sexo afectivo.

En cuando a la institución de la familia nuclear reproductora como estructura de sometimiento de las mujeres, podemos decir que actualmente en el Ecuador los pilares que sostuvieron la imposición de esta institución se mantienen. Somos un país donde la

48. Con este término designamos el asesinato de mujeres lesbianas por el hecho de ser mujeres y lesbianas, como un delito de odio que tiene el objetivo de mandar un mensaje de corrección de la conducta sexual de las mujeres.

49. De acuerdo a la investigación realizada por el Taller de Comunicación Mujer, las formas de tortura utilizadas en estas clínicas son violaciones correctivas, electroshocks, torturas psicológicas, encierro, y maltrato físico permanente.

50. Crónicas del encierro (2019). Taller de comunicación Mujer.

51. Estos fragmentos de testimonios muestran como la lesbiandad sigue siendo estigmatizada y como alrededor de las mismas la familia con anuencia del Estado despliega múltiples formas de disciplinamiento para la corrección sexual.

degradación de trabajo reproductivo como trabajo sigue intacta, no existe un reconocimiento económico del mismo, ni siquiera simbólicamente. Pues a pesar de que se realizó un estudio para determinar el valor que aporta el trabajo no remunerado del hogar a la economía, concluyendo que este es del 20% y que es el rublo más importante en cuanto a la generación de valor agregado bruto, las mujeres “amas de casa” siguen siendo consideradas como población económicamente inactiva (a. INEC et al., 2019).

El trabajo reproductivo en nuestro país sigue siendo considerado una obligación de las mujeres, que deviene de su sexo biológico y que no produce valor. El 45% de las mujeres que fueron entrevistadas para la encuesta de relaciones familiares del año 2019 (b. INEC et al, 2019) consideran que las mujeres somos las responsables del cuidado de la casa, hijos e hijas y que los hombres deben ser los proveedores del hogar. A su vez, el trabajo reproductivo sigue siendo un trabajo fundamentalmente femenino; de cada 100 horas de trabajo no remunerado del hogar o trabajo reproductivo las mujeres realizaron 77⁵² (a. INEC et al., 2019).

Esto implica que ahora que las mujeres nos hemos incorporado al mundo laboral, y generalmente realizamos doble trabajo, trabajo asalariado y trabajo reproductivo. No obstante, nuestras condiciones laborales en el trabajo asalariado no son igualitarias con los hombres. De acuerdo a la encuesta Enemdu, las mujeres ganamos en promedio 16% que los hombres por el mismo trabajo (c. INEC, 2019). Esto implica que, en gran cantidad de casos, seguimos dependiendo económicamente de los hombres, pues nuestro trabajo sigue siendo subvalorado. Según la Encuesta de Relaciones familiares, el 16,2% de las mujeres en el país sufren violencia económica o patrimonial por parte de sus parejas o ex parejas. (b. INEC et al, 2019)

A pesar de que actualmente el divorcio constituye una alternativa no es común en nuestro país que las mujeres se articulen fuera de sus familias, que a diferencia de Europa y otros lugares del mundo suelen ser familias ampliadas⁵³, tampoco es común que las mujeres establezcan relaciones sexo afectivas por fuera de núcleos nucleares reproductores, incluso cuando hablamos de familias diversas.

La violencia sigue siendo una de las formas principales de disciplinamiento de las mujeres en la familia y en la pareja. Así, 65% de las mujeres han vivido violencia por ser mujeres, de estas el 20% han vivido violencia en la familia y 43% en las relaciones de pareja, el 83% de los feminicidios han sido perpetrados en el entorno íntimo de las víctimas. Todo es sostenido por patrones socio-culturales donde la violencia en la familia y pareja es natural, privado y es tolerada. Como ejemplo de estos patrones socio culturales está el hecho de que un 20% de la población del Ecuador piensa que una buena esposa le debe obediencia su marido, y el 15% que las mujeres tienen la obligación de tener relaciones con su pareja hombre heterosexual, cuando él lo desee. (b. INEC et al, 2019)

Esto implica que, a pesar del aparente avance de los derechos humanos las mujeres y del aparente cambio de carácter del matrimonio y la familia nuclear reproductiva, las características que los constituyen como un mecanismos de sometimiento de las mujeres, su cuerpo y su trabajo a los hombres se han mantenido en el tiempo. Siendo que en la actualidad siguen siendo estructuras de dominación de las mujeres y de sumisión de su cuerpo al “marido”, tanto para la sexualidad, la reproducción, como para el trabajo gratuito.

52. De acuerdo a “la Cuenta Satélite del Trabajo no remunerado de los hogares (CSTNRH) período 2007-2015”.

53. El concepto de familia ampliada refiere a núcleos familiares integrados por más personas que la pareja heterosexual, sus hijos e hijas.

En cuanto a la maternidad, es evidente que nuestro país sigue considerando a los cuerpos de las mujeres como instrumentos de reproducción de la fuerza de trabajo y a las mujeres como seres incapaces de tomar decisiones autónomas sobre su vida. Esto puede ser fácilmente ejemplificado mediante el análisis de las leyes sobre aborto en nuestro país y de los argumentos que se han esgrimido en los debates más recientes, alrededor de la posibilidad de ampliación de la causal violación. Es así que en Ecuador el Código Orgánico Integral Penal establece:

Art. 150.- Aborto no punible. - El aborto practicado por un médico u otro profesional de la salud capacitado, que cuente con el consentimiento de la mujer o de su cónyuge, pareja, familiares íntimos o su representante legal, cuando ella no se encuentre en posibilidad de prestarlo, no será punible en los siguientes casos: 1. Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios. 2. Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental.

De modo que la decisión sobre la continuación o interrupción de un embarazo, de acuerdo a la legislación actual y la interpretación de la misma, debe estar mediada por un criterio médico o psicológico en el caso de la causal salud o vida, no siendo suficiente el deseo de las mujeres de una interrupción del embarazo para obtenerla. Hecho que demuestra que la capacidad reproductiva de las mujeres sigue siendo administrada por el Estado y los profesionales de la salud.

En el caso de la causal violación esto es mucho más evidente, pues la misma está restringida para cuando las mujeres víctimas de violencia sexual tienen discapacidad mental. Esto establece claramente que este derecho deviene de la incapacidad que se asume tienen estas mujeres para consentir relaciones sexuales⁵⁴; que se asume se mantiene para consentir cualquier intervención sobre su cuerpo, siendo uno de los requisitos para acceder al aborto que sus "representantes legales" lo autoricen. Esto evidencia nuevamente que en nuestro país las posibilidades reproductivas son una opción cuando las mujeres no somos quienes tomamos la decisión al respecto.

En este sentido, la racionalidad estatal que está en la base de la penalización del aborto en el Ecuador, se encuentra relacionada con la expropiación de las decisiones reproductivas de las mujeres en función de los intereses y deseos del Estado. Al respecto, el debate que se dio sobre la ampliación de la causal violación también es ejemplificador, pues si bien existieron posturas divididas sobre el tema, se visibilizó los miedos sociales existentes sobre el control de la reproducción de las mujeres; ya que algunos sectores consideraron un abuso del derecho y no lo que realmente es, una expresión del derecho a la dignidad personal de las mujeres y a su no instrumentalización.

Estos debates también demostraron que la maternidad como institución se encuentra fuertemente sostenida por la ideología de la maternidad como constitutiva de la feminidad y del instinto materno como natural y universal. Imaginario que constituye a las mujeres que abortan como mujeres que deben ser corregidas. Esto se evidencia en la concepción de la población ecuatoriana sobre la criminalización de mujeres por aborto, donde la misma expresa, por un lado, su oposición a la despenalización del aborto en

54. Por eso solo se lo permite en estos casos.

todos los casos y, de forma contradictoria, su desacuerdo con la criminalización de mujeres. Según Cedatos 2019, 73,4% de la población no está de acuerdo en que las mujeres vayan a la cárcel por abortar. Entonces en el fondo se plantea que está bien que las mujeres que abortan sean castigadas y corregidas, pero no necesariamente con la cárcel.

Tanto eso, también pero, si llegara a otro punto de llegar a quedar en vergüenza, de decirle, yo sí digo públicamente soy bien guaso, si ella viene, la señora que no le gustan los hijos, la que ya abortó, la asesina. Hacerle quedar mal ante la sociedad, creo que es más pesado que la cárcel. Porque todos le darían la espalda, todos le verían con mala cara, no tendría ni siquiera una fuente de trabajo, le verían todos mal, le harían bullying⁵⁵ (Rosero, 2015).

En el Ecuador, la maternidad es una institución que, a pesar de la cantidad de abortos que se realizan las mujeres, sostiene la dominación sobre nosotras, a través del entendimiento de la maternidad como un destino manifiesto y deseado de las mujeres que nos debería constituir como verdaderas mujeres.

Para todas estas mujeres, el aborto no significaba negarse a la experiencia de la maternidad, sino solamente postergarla, por considerar que no se habían embarazado en el momento adecuado. Paradójicamente, muchas mujeres están ejerciendo funciones maternas cuando deciden abortar. Para casi todas, el cuidado que ellas deben ejercer sobre su pareja y sus potenciales hijos/as es una razón y justificación suficiente y válida para decidir abortar⁵⁶.

Yo creo firmemente que la maternidad es algo muy importante para las mujeres, algo muy bonito, un don que nos ha dado dios porque solo nosotras podemos crear vida... Yo no creo que haya mujeres que no quieran ser madres y si las hay debe ser de boca para afuera, porque la verdad es que cuando ya te llega el tiempo y te enamoras y te casas, de ley quieres una familia. Pero en el caso de que una mujer no quiera ser madre creo que está bien para ella, aunque va a tener un gran vacío en su vida. Yo sí creo que la maternidad es muy importante para nosotras las mujeres, porque es lo que te hace sentir una mujer completa. No digo que antes hayamos sido incompletas, sino que solo cuando eres madre has experimentado todo lo que es ser mujer⁵⁷.

La forma en la que la capacidad reproductiva de las mujeres es abordada en todos los ámbitos sociales nos muestra cómo, a pesar de la fuerza de los movimientos feministas, la maternidad sigue siendo considerada un destino, un instinto y un deseo. La maternidad también es instrumentalizada –como en los datos expuestos anteriormente sobre trabajo no remunerado del hogar– para beneficiarse del trabajo reproductivo de las mujeres, su sexualidad y su capacidad reproductiva.

En este contexto es innegable que la salud de las mujeres se relacione con este sistema, lo importante es pensar las formas en las que hemos sido condicionadas por el mismo, entender dichas formas y hacer un ejercicio efectivo de repensar, reconstruir, desordenar y plantearnos cómo queremos vivir nuestra salud. Ejercicio que en la actualidad estamos haciendo desde nuestra organización y resistencia, al considerar que el feminismo es una propuesta política de cambio para nosotras, nuestras vidas y para el mundo.

55. Rosero Cristina (2015). Imaginarios sobre aborto en Ecuador

56. Larrea, Sara, Vera Ana (2010). Enfrentando la Culpa. Tesis Universidad Católica del Ecuador

57. Larrea, Sara, Vera Ana (2010). Enfrentando la Culpa. Tesis Universidad Católica del Ecuador

Es fundamental que las mujeres recuperemos nuestra capacidad de creer en nosotras y de nombrar lo que nos molesta y nos hace mal, para generar vivencias placenteras y para recuperar nuestro poder sobre nuestra vida y nuestra capacidad de crear un mundo que sí queramos vivir.

Actividad 13: pensemos las violencias que nos han atravesado en nuestra vivencia y escribamos cómo creemos que se relacionan con las violencias estructurales, cómo han permeado la forma en que vivimos nuestra vida y nuestra salud.

Actividad 14: recuperemos nuestras prácticas de cuidado desde una perspectiva estructural, entendiendo que cuidarnos no pueden reducirse a realizar ciertas actividades, sino que muchas veces tiene que ver con romper con las estructuras que nos limitan y no nos permiten construir una vida digna para nosotras. Por medio de cualquier medio de expresión artística (cuentos, poemas, dibujos, esculturas, figuras de papel) generemos un objeto que represente nuestro proceso de liberación, que reconocemos está en proceso, pero en el cual es fundamental reconocer lo caminado.

Las mujeres como sanadoras. Una historia que ha intentado ser borrada

Rescatar la memoria de mujeres sanadoras, o de mujeres que pensaran y trabajaran en temas de salud, es una tarea histórica compleja, pues muchas de sus historias se han perdido o han sido borradas de la historia por la violencia patriarcal. No obstante, varios relatos históricos nos permiten situar la existencia de una exclusión sistemática de las mujeres del ejercicio de la medicina o la sanación a partir de la Edad Media y de prácticas sistemáticas de violencia contra las mujeres y sus saberes como la cacería de brujas.

De acuerdo a investigaciones históricas feministas⁵⁹, la práctica de la sanación fue la actividad que provocó más resistencia por parte de los hombres y desató múltiples formas de violencia para su apropiación y control. Es así que muchas investigaciones sobre la cacería de brujas develan que las mujeres que fueron torturadas y asesinadas de forma sistemática en estas épocas solían poseer conocimientos relacionados con la sanación y la partería⁶⁰. Esto se debe a que las mujeres sanadoras eran figuras centrales de la vida comunitaria con poder social considerable, lo cual –de acuerdo a los estudios de Silvia Federici– no era funcional para la implantación de la nueva forma de patriarcado capitalista.

Según Belén Nogueiras⁶¹, la raíz de la trayectoria histórica del movimiento de mujeres y feministas, en el ámbito de la salud en Europa, puede situarse en las vindicaciones de las sanadoras por permanecer en este ámbito y ejercerlo con libertad. Ella reivindica una historiografía feminista más inclusiva que ponga en el centro la necesidad de no equiparar el feminismo con una modalidad universal de lucha y resistencia, o con una perspectiva rupturista de abierta confrontación con el sistema patriarcal⁶² y reconozca que existían otras formas de lucha de las mujeres contra la discriminación (que se gestan en las experiencias colectivas de las

59. Nogueiras, Belén (2018). La teoría feminista aplicada al ámbito de la salud de las mujeres: discursos y prácticas (España, 1975-2013). Universidad Complutense de Madrid.

60. Nogueiras, Belén (2018). La teoría feminista aplicada al ámbito de la salud de las mujeres: discursos y prácticas (España, 1975-2013). Universidad Complutense de Madrid.

61. Nogueiras, Belén (2018). La teoría feminista aplicada al ámbito de la salud de las mujeres: discursos y prácticas (España, 1975-2013). Universidad Complutense de Madrid.

62. Nogueiras, Belén (2018). La teoría feminista aplicada al ámbito de la salud de las mujeres: discursos y prácticas (España, 1975-2013). Universidad Complutense de Madrid.

mujeres a partir de las cuales se desarrollan estrategias plurales de resistencia y cambio social que también deben reivindicarse como feministas). Esta autora recupera la propuesta de Nash que plantea que se deben considerar como feministas todas las "experiencias históricas que habían supuesto una modificación en las relaciones de género dominantes" ⁶³ y no solo aquellas donde las protagonistas femeninas rompían moldes de forma heroica.

En América, África, Asia y Oceanía se vuelve un ejercicio mucho más complejo el recuperar las historias y prácticas de mujeres sanadoras, pues en este caso su historia no solo está encubierta por una historia misógina, sino también racista y colonial. Pero no existe duda de la participación de las mujeres de pueblos y nacionalidades indígenas, o de comunidades africanas en el ejercicio de la sanación de sus pueblos y en las resistencias que desde estas prácticas se han levantado.

Debemos recuperar las historias de las mujeres sanadoras y de las que estuvieron vinculadas a la práctica de la salud y reconocer que la sanación ha sido una actividad donde muchas mujeres hemos aportado desde nuestros saberes diversos.

Actividad 15: Recupera una historia de una mujer sanadora cercana a tu vida. Investígala y escribe su historia. Luego compártela para que todas podamos conocerla.

Actividad 16: Investiga sobre mujeres sanadoras en Ecuador, y cuéntanos un poco lo que pudiste averiguar, incluyendo su pertenencia a pueblos y nacionalidades, sus saberes, en qué lugar territorialmente trabajan, qué tipo de sanción ofrecen.



63. Nogueiras, Belen (2018). La teoría feminista aplicada al ámbito de la salud de las mujeres: discursos y prácticas (España, 1975-2013). Universidad Complutense de Madrid.