

Apuntes para la reflexión y acción. La nueva realidad global y el derecho de las mujeres a la salud en ALC

María Isabel Matamala Vivaldi

La autora es Consejera Consultiva de la RSMLAC y forma parte del Núcleo Técnico del Observatorio de Equidad de Género en Salud, de Chile.

A pesar de tanto discurso y consenso, los Estados de la región muestran por una parte, el fracaso de sus políticas y/o su desdén por la vida, bienestar y derechos humanos de las mujeres, y por otra, que se esfuma progresivamente su carácter laico.

1. Puntos de partida de esta reflexión

• La justicia social o equidad en salud

Supone la satisfacción de las necesidades diferenciadas de los grupos humanos que componen la población de cada país, a través de hacer realidad el ejercicio y goce de sus derechos humanos, incluido el derecho a la salud. La equidad en salud se traduce en la distribución justa de beneficios, poder, recursos, servicios y responsabilidades en salud entre los diferentes grupos humanos que componen la sociedad.

En su dimensión de género, requiere dar **respuesta a las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres**, según el criterio de "a cada quien según su necesidad". A lo largo de la vida de las personas, el aseguramiento de ese principio implica en lo operacional, contar con Estados protagónicos, capaces de hacer realidad la garantía y exigibilidad de derechos en particular el derecho a la salud mediante sistemas de protección social, e implica también, redistribución de poder económico y ciudadano. De esta forma, contar con Estados capaces de asegurar la **igualdad de resultados** en salud.

Si consideramos que los sistemas de protección social, en las diversas sociedades, buscan responder a los niveles de riesgo o privación considerados inaceptables desde el enfoque de derechos, nos corresponde observar: ¿Qué ha sucedido alrededor de los comienzos del milenio con los riesgos y privaciones a que se ven expuestas las mu-

jerías en el mundo globalizado, principalmente en nuestra región? ¿Han disminuido las desventajas, las brechas y los gradientes? ¿Están más o menos protegidas? ¿Se ha incrementado la justicia social en salud?

En mi enfoque está presente el consenso acerca de la importancia de la equidad como camino hacia la igualdad de goce del derecho a la salud por parte de las mujeres. La equidad como medio, la igualdad como fin¹. Y equidad no sólo visible a través de las estadísticas, sino también en los valores, la subjetividad y aspiraciones de la gente².

La "Igualdad de Género" en salud, que es la meta a alcanzar como resultado, tiene como requisito la ausencia de discriminación basada en sexo, respecto de las oportunidades, la asignación de recursos y beneficios, y el acceso a servicios. Igualdad que se sustenta en el principio de no discriminación inherente a todos los derechos humanos y que supone el reordenamiento de las sociedades, eliminando sus estructuras jerárquicas de género, etnia, clase o nivel socioeconómico, orientación sexual, edad, calidad migratoria, religión, etc.

• Los Estados y su rol en la realización de los derechos

Según la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer³, "los Estados Partes en los Pactos Internacionales de Derechos Humanos tienen la obligación de garantizar a hombres y mujeres la igualdad en el goce de todos los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos"...

Pero si bien esa es la expectativa consensuada discursivamente por la comunidad internacional, es necesario enfatizar que la garantía del goce efectivo de los derechos en salud de las mujeres, en la mayoría de las regiones es una obligación incumplida, una deuda de los Estados y del conjunto de las sociedades.

Como ejemplo, basta revisar las cifras de mortalidad materna, reportadas el año 2008 tanto por el PNUD como por Murray en *The Lancet*. De las 342.900 muertes ocurridas, el 80% tuvo lugar sólo en 21 países. EUA aumentó la tasa de mortalidad materna de 12 a 17 por 100 mil nacidos vivos en el período 1990-2008 y la tasa de Bolivia alcanzó a 390 por 100 mil nacidos vivos, lo que es 65 veces superior a la de España. La tasa de mortalidad materna en la región es de 150 por cada 100 mil recién nacidos vivos, predominando el estancamiento o los avances lentos e irregulares. Las mujeres de la región tienen un riesgo de morir en el parto 14 veces mayor que en los países desarrollados, aunque se cuenta con el conocimiento y la tecnología para prevenir o solucionar más del 90 por ciento de las complicaciones graves⁴.

A ello se agrega que cada año, 4 millones de mujeres de ALC se efectúan un aborto⁵. Estas injusticias ocurren en momentos en que el desarrollo de la tecnociencia hace posible la casi erradicación en el planeta del flagelo de la mortalidad materna. En consecuencia, indican que a pesar de tanto discurso y consenso, los Estados de la región muestran por una parte, el fracaso de sus políticas y/o su desdén por la vida,



Adriana Gómez

María Isabel Matamala.

bienestar y derechos humanos de las mujeres, y por otra, que se esfuma progresivamente su carácter laico, al subordinar la vida y ciudadanía de las mujeres a fundamentalismos católicos y de otros signos.

• **Los movimientos sociales**

Se entiende a los movimientos sociales como discursos y prácticas que intervienen en el ámbito de lo político, con propuestas de cambio —local, internacional, global— que buscan modificar las relaciones de poder, la organización de la sociedad, la vida cotidiana, así como también los imaginarios, ampliando los horizontes emancipatorios. La propuesta emancipatoria del movimiento feminista, en particular el

de salud de las mujeres, respecto de la jerarquía androcéntrica y su impacto sobre los derechos y salud de las mujeres, incorpora la comprensión de la complejidad de los procesos que gestan las desigualdades en salud, y de la superposición de intereses con otros movimientos que ingresan a lo político desde otras entradas. Como organizaciones ciudadanas, juegan de manera autónoma un rol clave como resistencia y control social del modelo hegemónico y sus recreadas formas de control de los cuerpos y construcción de ciudadanía ad-hoc.

2. Contexto actual: algunas determinaciones sociales y dinámicas con resultados desfavorables en los derechos y salud de las mujeres

• Globalización neoliberal y derechos humanos

Es sabido que en el marco de la globalización neoliberal y su volatilidad financiera y tras adoptar el modelo neoliberal en las últimas décadas, nuestra región es actualmente la más inequitativa en el planeta. La codicia de quienes mueven y multiplican especulativamente los capitales financieros, la omnipresencia de la razón mercantil y la búsqueda a todo trance de obscenas utilidades han encontrado un terreno favorable para el logro de sus objetivos, debido a la ausencia de reformas estructurales que modifiquen los ejes que organizan a la mayoría de las sociedades de la región.

En este contexto, se ha globalizado paradójicamente y a contramano, la información y el conocimiento sobre los derechos humanos y la constatación de las enormes e incluso crecientes desigualdades referidas a su ejercicio y goce. Desigualdades que se han evidenciado no sólo en América Latina, sino que también en Estados Unidos y la Unión Europea. En la región de América Latina y el Caribe, la extensión de las democracias –imperfectas en todo caso– y de las comunicaciones, ha contribuido al proceso de *darse cuenta*, y los derechos en materia de salud

comienzan a exigirse por parte de grupos crecientes de la población.

Desde una mirada crítica, llama la atención el contraste entre el discurso de derechos humanos instalado en la comunidad internacional y la paradoja del reciente crecimiento económico sostenido de los países de la región, coexistiendo con la persistente alta proporción de pobreza y con el incremento de las desigualdades. En países como Brasil, Chile o México entre otros, esta realidad permite afirmar que existen varios países en un mismo territorio nacional.

La crisis global que en los años 2008 y 2009 impactó a la región, dejó en claro que el modelo predominante en la actualidad no puede asegurar a nuestros países un crecimiento con equidad, que incluya a todos los sectores hoy excluidos. Lo financiero se impone por sobre el desarrollo productivo, en circunstancias que es este último el que tendría la potencia para sustentar el crecimiento sostenido con equidad⁶.

• Los Estados y su deuda en relación con la equidad en salud y los derechos de las mujeres al bienestar y la cobertura.

En paralelo con la falta de voluntad política de quienes gobiernan, los Estados ven debilitarse su soberanía como producto de dinámicas que operan desde otros lugares y se movilizan por otros intereses, como son las empresas transnacionales, los flujos de capital e información, o las corporaciones supra estatales. Como resultado, se despriorizan las políticas orientadas a garantizar el ejercicio de los derechos, aunque éstos se mantengan presentes discursivamente en las agendas programáticas y en los informes oficiales. Ejemplo de ello fueron las reformas del sector salud ocurridas en los años 80 y 90, influenciadas por los organismos financieros internacionales sin tomar en cuenta las necesidades de las poblaciones de la región sino que los intereses de los capitales que habían descubierto que *invertir en salud era un buen negocio*.

Las mujeres han sido las más perjudicadas en este nuevo esquema. Si bien

los países de la OCDE han avanzado aceleradamente hacia una cobertura universal de salud con diversos esquemas –mayor o menor participación de los sectores público y privado– en nuestra región, la mayoría de los países no cuenta con esta cobertura universal para su población. Y la tendencia más bien ha sido, por una parte, la instalación de proveedores privados de salud con una lógica de mercado y, por otra, el desmejoramiento y debilitamiento progresivo de los servicios que otorgan los sistemas públicos de salud. En este esquema, las personas –*clientes*– se ven empujadas a comprar un *seguro*, cuyo costo es diferenciado según los riesgos de salud que harán necesaria una mayor o menor demanda de atención por parte de las personas que buscan “*asegurarse*”.

A pesar de la menor capacidad de pago de las mujeres en todos los países y de su sobre representación en los quintiles más pobres, el pago por estos *seguros* y los *gastos de bolsillo* es mayor que el de los hombres, lo que constituye un castigo impositivo a su función reproductiva y a su mayor longevidad con precarias condiciones de salud. Circunstancias que representan una obscena discriminación con base estructural, que vulnera su derecho a la salud y en general, sus derechos económicos, sociales, civiles y políticos.

• La precarización del empleo, los derechos y la vida de las mujeres

En el concierto neoliberal, el trabajo humano ha pasado a ser para los empresarios un capital, realizado por lo que denominan *capital humano*, que constituye el esencial factor de ajuste para asegurar las utilidades. Esto, mediante disminución de las condiciones de seguridad en el trabajo y a través de restricciones salariales, subcontratación y contrataciones temporales. Son las nuevas formas de precarización que hoy alcanzan también a las empresas formales, rebasando el trabajo informal y el subempleo que hace algunos años constituían las manifestaciones predominantes de precariedad. Este empleo formal precarizado contradice el concepto de “*trabajo decente*” levantado por la OIT.



sagapma.gob.mx

Los así llamados “Tratados de Libre Comercio” han desequilibrado las relaciones de poder instalando esquemas inequitativos que violan la soberanía económica nacional e imponen la denominada flexibilización laboral, en la cual los derechos laborales consagrados son vistos como obstáculos. Muchas de sus cláusulas desventajosas están dirigidas a las mujeres, incrementando su marginación y explotación.

A las nuevas formas de precarización señaladas anteriormente, se agrega en un grado máximo el así llamado **trabajo a domicilio**, realizado en un 80% por mujeres que no tienen relación contractual con las empresas que se benefician de éste, porque cínicamente se las considera microempresarias autónomas que proporcionan servicios, en circunstancias que en la realidad son mandatadas y dependientes. Por consiguiente, no cuentan con salario explícito, carecen de protección social,

asumen en sus hogares los costos de infraestructura, ponen en juego sus relaciones y recursos propios, y sus horarios se extienden sin límites, todo lo cual redundaría en beneficios para la empresa⁷. Son las reformulaciones post modernas de la sobreexplotación, que hacen del empleo precario la bisagra entre las ganancias empresariales y la pobreza de quienes las generan con sus cuerpos.

En todo el mundo, **el sector agrícola** se aparta del derecho laboral y en muchos lugares **los trabajos estacionales o de temporada** no están sometidos a ninguna forma de regulación. Lucile Garcon y Rami Zurayk, de la Universidad Estadounidense de Beirut, señalan que los trayectos migratorios de quienes trabajan en este sector, “*evocan las travesías del Atlántico en los barcos de esclavos del siglo XVII; sus viviendas recuerdan las cabañas de los campos de algodón*”, y que en

En todo el mundo, el sector agrícola se aparta del derecho laboral y en muchos lugares los trabajos estacionales o de temporada no están sometidos a ninguna forma de regulación.

la región de Apulia⁸ el derecho de per-nada es condición previa a la contratación. El subcontratista, “*caporale, labour contractor, coyote o gato*”, dispone de un vacío jurídico que le permite abusos de poder en este modelo mundial del trabajo estacional que, con variaciones, retrotrae a formas de esclavitud supuestamente erradicadas. Las lesiones, las intoxicaciones agudas o crónicas por trabajar expuestas a químicos tóxicos sin protección, los problemas músculo-esqueléticos por posturas forzadas propias de la recolección, el estrés u otras formas de compromiso de su salud psicológica por la carga de trabajo y el acoso laboral y/o sexual, forman parte de la realidad de las mujeres que trabajan en estas cosechas. Es así como la OIT ha clasificado este trabajo como 3D, “*sucio, peligroso y degradante*” (*dirty, dangerous and degrading*), lejos de la noción de “*trabajo decente*” que, entre otros aspectos, supone trabajo de buena calidad, remuneraciones justas y dignas, protección social con previsión y salud, respeto a los derechos laborales y ejercicio de participación sindical. La realidad de millones de trabajadoras rurales en el planeta evidencia la brecha entre nociones discursivas y justicia efectiva en salud.

El teletrabajo, otra de las nuevas realidades que se instala en Europa (Acuerdo Marco Europeo) y EUA, ya cuenta con proyectos legislativos en países como Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, mientras que en otros, Guatemala, Perú, Uruguay y Venezuela⁹ surgen opiniones que consideran la necesidad de legislar. Se trata de una forma de organización del trabajo que utiliza las tecnologías de la información en el marco de un contrato o de una relación laboral, en la cual la actividad en lugar de ser realizada en los locales de la empresa se efectúa formalmente fuera de éstos. El término “*atípico*” suele aplicarse a esta forma de trabajo, que también se califica como trabajo precario, asociado a la economía informal.

La fundamentación desarrollada en Europa constituye la vía para “*modernizar la organización del trabajo para las empresas y los servicios públicos,*

*y para los trabajadores, reconciliar vida profesional y vida social y darles una mayor autonomía en la realización de sus tareas. Si Europa desea extraer la mejor parte de la sociedad de la información, debe afrontar esta nueva forma de organización del trabajo, de forma tal que la flexibilidad y la seguridad vayan a la par, que sea mejorada la calidad del empleo y que las personas con discapacidades tengan un mejor acceso al mercado de trabajo*¹⁰.

En Argentina, informaciones oficiales señalan que esta modalidad laboral – estrechamente relacionada con el acceso a conexiones de banda ancha y uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC)– ocupa casi el 6% de la población empleada. Se concentra en Buenos Aires, Córdoba, Rosario y Mendoza, está presente en más de 1,3 millones de hogares que funcionan como oficinas y un 26,7% de estos hogares se encuentra en la ciudad capital. El Ministerio de Trabajo pretende impulsarlo en el sector público.

En Centroamérica, subregión con gran heterogeneidad de desarrollo productivo y mercados laborales con grandes inequidades sociales, las innovaciones tecnológicas y organizativas plantean dudas en cuanto a la demanda de empleo en países con abundancia de mano de obra. La incorporación de innovaciones, sustituyó la fuerza de trabajo simple por una más tecnificada y calificada. Un gran porcentaje de la fuerza laboral no tiene acceso al progreso técnico por falta de medios y de formación laboral. Excepto Costa Rica y Panamá, son países con una población mayoritariamente pobre y con carencias que limitan su desarrollo en la vida laboral moderna. Su institucionalidad está marcada por un sesgo extremadamente inequitativo que favorece a sectores productivos modernos con tecnología reciente, que discrimina a las mujeres en base a género y etnia. Refrenda lo anterior, la cifra de once millones de mujeres que en América Latina y el Caribe (el 16% de la PEA femenina urbana) desempeñan trabajo doméstico remunerado, generalmente “*ilegal*”, con los niveles más bajos de salario y de protección jurídica y social¹¹.

Es posible afirmar que los empleos asalariados a los que tienen acceso las mujeres de los quintiles más pobres, al no garantizar protección social ni ejercicio de derechos laborales, exigen que las trabajadoras aumenten el horario y la intensidad de su trabajo. Esta situación no tiene grandes expectativas de cambio, porque en general las trabajadoras no cuentan con organizaciones sindicales fuertes, capaces de llevar a cabo incidencia social y política relevante que modifique estas abusivas relaciones laborales. Sobran ejemplos. En Chile, desde 1992 a 2000, mientras el PIB crecía 7% anual, las asalariadas del quintil más pobre, sin contrato de trabajo formal, aumentaron de un 29% a un 58%, y las sin cotizaciones previsionales subieron de un 62.7% a un 68.4%, cifras notablemente superiores a las reportadas respecto de los trabajadores hombres¹².

• El trabajo doméstico no remunerado

Varios factores se han combinado en la otra esfera de la economía, la no mercantil, la del **trabajo doméstico no pagado**, para aumentar la carga del trabajo no remunerado que realizan las mujeres en el cuidado de la salud. Entre éstos cabe mencionar el envejecimiento de la población, el aumento de la incidencia de enfermedades crónicas discapacitantes y el mayor énfasis de la institucionalidad pública de salud en la ambulatorización de la atención¹³. Esto último fundamentado desde una doble mirada: restringir los gastos institucionales, y humanizar la atención, razón poco adecuada a las condiciones en que viven las grandes mayorías en la región.

La Plataforma de Beijing (1995) planteó recomendaciones y objetivos orientados a la valoración del trabajo doméstico no remunerado y también a su reconocimiento y redistribución entre los sexos. Se formularon recomendaciones tendientes a contar con diagnósticos a través de las Encuestas sobre el Uso del Tiempo (EUT), a realizar periódicamente en los países.

Los diagnósticos a través de las EUT han reafirmado la mayoritaria contribu-



www.geocities.com

ción de las mujeres a la economía del cuidado y reproducción cotidiana de los seres humanos que conforman la sociedad. En los países de la OCDE se constata que Italia es el país en el cual las mujeres realizan la mayor cantidad de horas semanales de trabajo doméstico no remunerado (38.3 hrs.) y los hombres el menor aporte (8.24 hrs.), datos que hablan de una sociedad cuyo desarrollo económico coexiste con un modelo patriarcal. Dinamarca y Finlandia aparecen como los países con menos horas de trabajo doméstico no pagado, sin embargo, los hombres contribuyen muy poco al mismo, con 11.19 y 14.04 horas semanales respectivamente, frente a 21.42 y 25.05 horas que aportan las mujeres. En Australia, Canadá, Francia, Alemania y Suecia, las mujeres contribuyen entre 31 a 35 horas semanales y los hombres se acercan a las 20, siendo Suecia el país que muestra una mayor participación masculina con 21.03 horas, frente a las 34

que aportan las mujeres¹⁴. En la región, México es uno de los países en los que más trabajo doméstico no remunerado se realiza y los hombres contribuyen con el menor número de horas al mismo, indicador también del sexismo que estructura las relaciones sociales en esa sociedad.

CEPAL¹⁵ ha informado recientemente acerca de las horas de trabajo no remunerado que según datos de las EUT, realizan hombres y mujeres de diversos países en sus hogares. En algunos casos se informan horas diarias de trabajo y en otros, horas semanales. Entre los primeros, se cuentan Argentina, Bolivia, Chile, Costa Rica, Cuba, Guatemala y Nicaragua, destacando Costa Rica (6.0 mujeres y 2.7 hombres) y Guatemala (6.0 mujeres y 2.6 hombres) como países donde se realiza mayor cantidad de horas de trabajo doméstico, y el Gran Santiago, Chile, como el lugar con menor cantidad de

La Plataforma de Beijing (1995) planteó recomendaciones y objetivos orientados a la valoración del trabajo doméstico no remunerado y también a su reconocimiento y redistribución entre los sexos.

horas (2.9 mujeres y 0.8 hombres). En Bolivia la contribución de los hombres fue la más alta, con 3.3 horas diarias, frente a 5.1 de las mujeres. Entre los países que informaron horas semanales están Brasil, Colombia, Ecuador, México y Uruguay, apareciendo Brasil en su última encuesta (2008) con la menor cantidad de horas (20.9 mujeres y 9.2 hombres) y con una leve tendencia al aumento del aporte masculino y disminución de la contribución de las mujeres respecto de la encuesta anterior (2005). En cambio, los sectores pobres de Colombia ostentan el mayor número de horas semanales (39.5 mujeres y 14.8 hombres) semejante a Chimborazo en Ecuador (37.1 mujeres y 15.1 hombres). En este último país, la última EUT (2007) mostró que las mujeres indígenas trabajaban 23 horas semanales más que los hombres en sus comunidades. Si bien los resultados pasan a constituir bases de datos para informar políticas públicas de cambio, las prioridades y el ritmo de éstos no son coherentes con las necesidades de bienestar y poder de las mujeres, quienes ven limitadas sus potencialidades.

Estas cifras aluden a la posición de las mujeres en la sociedad y su falta de acceso a calidad de vida, bienestar y ciudadanía. La carga de trabajo doméstico, especialmente de las mujeres que son madres, interpela acerca de las obligaciones familiares del cuidado de las personas dependientes y de la corresponsabilidad necesaria entre mujeres y hombres. Los costos de este cuidado no son compartidos en forma equitativa por el Estado, el mercado del trabajo y el conjunto de la sociedad; este desequilibrio constituye uno de los aspectos estructurales de la posición de desventaja de las mujeres.

Cabe señalar no obstante algunos avances como el de Ecuador, donde fueron incorporados dos artículos constitucionales sobre el tema del cuidado, uno que apunta a garantizar seguridad social a quienes realizan este trabajo, y otro, que reconoce el trabajo no remunerado como parte de la producción económica. Representan incipientes aportes al proceso de reconocimiento y empoderamiento de las mujeres.

• Mujeres de los pueblos originarios, diversidad multicultural y salud

Aproximadamente 42 millones de personas indígenas de 400 grupos étnicos diferentes, viven en las Américas. En América Latina y el Caribe representan el 10% de la población. El 80% vive en Centroamérica y en los Andes centrales, la mayoría en México, Guatemala, Perú, Bolivia y Ecuador.

En Bolivia y Guatemala, donde la mitad de la población vive en condiciones de pobreza, en las comunidades indígenas esta condición asciende al 75%. En Ecuador el 90% de los pueblos originarios son pobres, y en México, los municipios con mayoría indígena tienen 4.5 veces más pobreza extrema que el resto. En la Araucanía chilena, la pobreza del pueblo mapuche alcanza el 20%, cifra que duplica la de la población no indígena¹⁶.

Según la Encuesta Demográfica de Salud 2000, en Perú, más del 60% de las mujeres en las ciudades accede a la atención profesional del parto, en cambio, en las zonas rurales con predominio de población indígena, sólo el 10% de las mujeres son atendidas en similares condiciones. En Chile, estudios del Proyecto de Epidemiología Sociocultural en los años 2004 y 2006, informaron que por cada 10 mujeres no indígenas que fallecen, mueren 14 mujeres del pueblo *lafkenche*, y por cada 10 hombres no indígenas que fallecen, lo hacen 12 hombres *lafkenche*. Hallazgo que hace visible la doble brecha de género y etnia, a la que con seguridad se puede agregar la brecha de estrato social¹⁷. Otro dato importante: el 60% de las mujeres guatemaltecas utiliza anticonceptivos, pero sólo un 20% de las mujeres mayas los usa¹⁸.

La mayoría de estos pueblos originarios demandan o exigen respeto a sus culturas, propiedad de la tierra y establecer otra relación con la naturaleza, además de las referidas a trabajo, educación, conectividad y salud. En países como Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y el sur de México lo han hecho mediante movilizaciones importantes, incluyendo protestas sociales violentas. Algunos gobiernos han reaccionado ante sus métodos de lucha caracteri-

zándolos como *terrorismo*, pero en el último tiempo han debido modificar sus estrategias, que entran en colisión con el derecho internacional.

La alta proporción de personas de los pueblos originarios y afro-descendientes en condiciones de pobreza y de precario estado de salud en muchos de los países, no ha ido aparejada de preocupación de los gobiernos por abordar las causas estructurales y las políticas no han tenido el carácter de prioridad nacional, han sido aplicadas en forma asistencialista y en general, no han incorporado la pertinencia cultural y el respeto a las diversas identidades. Como grupo, las personas indígenas siguen manteniendo las tasas más altas de morbilidad y mortalidad, y el menor acceso a los servicios de salud. Este último, además de la insuficiencia de los sistemas de salud y su financiamiento, está condicionado también por el rechazo de algunos pueblos originarios a una institucionalidad de salud ajena a sus tradiciones, como ocurre en los Andes bolivianos, donde la población indígena ha sostenido que "*al hospital van los que mueren*"¹⁹, certeza que explicaría el rechazo a la atención del parto institucional y la alta mortalidad materna.

Las cosmovisiones y prácticas de salud indígena, en general, no han sido valoradas ni consideradas en los abordajes de las políticas estatales. Recientemente, a partir de la emergencia de las reivindicaciones de los pueblos originarios, de gobiernos que han incorporado los intereses y representación política de estos pueblos, y de las recomendaciones e iniciativas de la Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, se comienza a aplicar la noción de salud intercultural. Ésta busca identificar e integrar la diversidad, mediante acciones basadas en la pertinencia cultural. Supone también, reconocer el espacio que ocupan las personas sanadoras de los pueblos originarios y afro-descendientes, así como su medicina ancestral. En culturas como la mapuche (Chile), el predominio de tan importante tarea corresponde a mujeres, *machis* y otras, a quienes se otorga un poder especial en las comunidades.

La necesidad de cauces de agua, fundamentales para el aseguramiento de sus hierbas medicinales “sagradas” que crecen en las fuentes, las lleva a oponerse a los cultivos forestales “exóticos” (pinos y eucaliptos) que a través de empresas nacionales y transnacionales han invadido sus territorios, desecándolos. Es el choque entre la medicina ancestral y el modelo depredador, que al desertificar las tierras, también priva a las mujeres de su poder y a toda la comunidad de sus ritos sanadores.

• **Inmigrantes, ciudadanía y salud de las mujeres**

El fenómeno migratorio regional se incrementa²⁰. Han emigrado de América Latina y el Caribe 25 millones de personas, siendo México, la Comunidad del Caribe y Colombia, los países que superan cada uno el millón de personas; otros nueve países (Argentina, Brasil, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Perú y la República Dominicana) rebasan los/as 500.000 emigrantes.

En varios países del Caribe más de una quinta parte de su población se encuentra en el exterior, mientras que en América Latina las tasas más altas son para Cuba, 8.7%, El Salvador 14.5%, México 9.4%, Nicaragua 9.6%, República Dominicana 9,3% y Uruguay 8.3%.

Una década atrás, el destino preferido era Estados Unidos y en 2004, la población inmigrante de esta región alcanzaba a 18 millones, constituyéndose en la primera minoría étnica en ese país. Casi el 50% carecía de documentación. Pero el fenómeno ha diversificado y ampliado sus países de destino; así, crece el flujo hacia Europa, Japón y Canadá, lugares hacia los que en el año 2004 migraron tres millones de personas, especialmente a España.

En la región, los principales destinos de quienes migran son Argentina, Costa Rica, Chile y Venezuela. Las remesas de dinero que envían a sus países de origen, en algunos casos se han convertido en las principales fuentes de financiamiento externo para la región, alcanzando 40 mil millones de dólares.



Adriana Gómez

En las últimas décadas, las migraciones –tanto a nivel nacional como internacional– se han feminizado. La migración femenina ha pasado a constituir una estrategia económica para las familias. Millones de mujeres de nuestra región enfrentan problemas específicos y se encuentran en riesgo por el hecho de ser mujeres y estar aisladas de sus culturas y hogares de origen²¹. En la frontera sur de México, durante su migración, entre el 60 y 70% de las mujeres son víctimas de violencias y acoso sexual de diferente magnitud.

Como principales problemáticas que enfrentan están la explotación en sus trabajos por ser indocumentadas con inserción predominante en el servicio doméstico remunerado o en las zonas

En la región, los principales destinos de quienes migran son Argentina, Costa Rica, Chile y Venezuela.



picasaweb.google.com

Las cosmovisiones y prácticas de salud indígena, en general, no han sido valoradas ni consideradas en los abordajes de las políticas estatales.

francas, así como la precaria situación de su salud sexual y reproductiva, sea por falta de acceso a los servicios institucionales o por barreras culturales y lingüísticas. También existe la trata de mujeres perpetrada por organizaciones ilegales con fines de comercio sexual, o para utilizarlas en trabajos cercanos a la esclavitud, o en la venta de drogas. Esta trata tiene puntos de origen en casi todos los países de América Latina y el Caribe, siendo los principales Brasil, Surinam, Colombia y el Estado de Michoacán en México²².

Por otra parte, las regulaciones y políticas que implementan los países de acogida en la región no permiten que las personas inmigrantes tengan un acceso igualitario a la ciudadanía. Indicadores de esta desigualdad son los trabajos degradados que ocupan, los barrios y viviendas que habitan y los precarios servicios públicos a que acceden, indicadores que también alertan acerca del surgimiento de formas de ciudadanía degradada.

Si bien la Unión Europea ha resuelto en mayor medida –con menos violación de derechos– esta contradicción entre ciudadanía e inmigración con las personas que migran desde otros países europeos, actúa restrictivamente con quienes proceden de otros lugares de origen, entre otros, América Latina y el Caribe. Expresiones de ello son la diferenciación entre *ciudadanos/as de la unión* y *residentes de la unión*, que establece disparidad entre la ciudadanía formal y la ciudadanía sustantiva²³, así como el hecho que la inmigración sea calificada a priori de “ilegal” y que se implemente la externalización del control fronterizo.

• **Violencia, biopolítica de los cuerpos**

Diversas formas de biopoder tienen lugar en el contexto de la globalización capitalista neoliberal, orientadas a la regulación, construcción y explotación de los cuerpos y las vidas de las mujeres. Se han agudizado conflictos sociales y se han ensanchado las brechas de desigualdad de género, de clase y de etnia con base en la exposición di-

ferenciada a los riesgos. Todo lo cual, alimenta procesos que violentan la vida cotidiana, en especial de las mujeres más excluidas²⁴.

Persiste la **violencia doméstica hacia las mujeres** como un fenómeno generalizado en la región, sin que se aprecie una tendencia predominante que asegure políticas sostenibles integradas e integrales con objetivos predominantes de empoderamiento y autonomía efectiva de las mujeres, así como inserción laboral, más allá de los subsidios de políticas asistenciales. En suma, la titularidad y exigibilidad de derechos de las mujeres sobre sus cuerpos, sexualidad y reproducción no logra avanzar en forma consistente para una gran proporción de mujeres de la región.

El **incremento de los femicidios** constituye un poderoso indicador acerca de la exacerbación de la violencia material y simbólica sobre los cuerpos de las mujeres, del fracaso de las políticas estatales de prevención de la violencia y protección a las víctimas, así como también de las deficiencias en la administración de justicia. La punta del iceberg son las cifras de femicidio en Guatemala, 600 en el año 2009, que superan los de Ciudad Juárez en México, 388 en el mismo año, con una tendencia al ascenso en Honduras, República Dominicana y El Salvador²⁵.

Además del riesgo que las relaciones de poder dentro de los propios hogares representa para la integridad física, psicológica y sexual de millones de mujeres, la circunstancia de ser joven y humilde ha generado **nuevas formas de ejercicio de violencia física y simbólica por parte del crimen organizado**, que se traducen en prácticas de exterminio rituales sin precedentes.

Los capitales ilegales que las mafias del narcotráfico buscan regularizar, contaminan las instituciones y personas que integran los espacios de decisión, obstaculizando la verdad y la justicia respecto de los asesinatos. A su vez, la producción de drogas se valida social y culturalmente en distintas poblaciones, especialmente en zonas con alta marginación, donde el cultivo es lo único que permite la subsistencia y

donde los/as habitantes se relacionan sin dificultad con los *capos* locales y sus *ejércitos de esbirros*.

Las mafias, además de beneficiarse de la ilegalización y de su derivado, es decir, el mercado ilícito, han contado con la protección de administraciones locales y nacionales. Se han beneficiado también de su popularidad entre la población que, en ausencia de políticas sociales, las considera protectoras. No sería posible explicar el éxito económico y la impunidad del narcotráfico sin la complicidad de lugareños/as, policías y autoridades político administrativas. El fenómeno está globalizado, ocurre en los países del este y sur de Europa, en articulación con Asia y América Latina. Los caminos de la regularización o lavado de los capitales son inimaginables e incluyen algunos de máxima sofisticación²⁶. En esa trama de exorbitantes capitales, sobornos y corrupción, la vida de las mujeres jóvenes y pobres que son secuestradas, torturadas, violadas y asesinadas, es uno de los mayores costos que provoca el círculo vicioso *prohibicionismo – mercado ilícito exitoso – ganancias compartidas – violación de derechos humanos – impunidad implícita*. Al que se suma, la estructuración jerárquica de género de la sociedad y su cultura patriarcal, que sitúa a las mujeres como objetos sexuales y depositarias del honor familiar. En ese contexto, los crímenes son el resultado de extremas formas de refrendar masculinidades y de castigar a mujeres y sus grupos familiares.

Frente a esta violencia en ascenso, surgen posiciones contrarias al prohibicionismo de las drogas. Es así como *"The Economist"*²⁷, una importante voz del proyecto neoliberal, publicó un reportaje a favor de la legalización de las drogas. Argumentaba que la *"guerra contra las drogas"* tiene un costo entre 35 y 40 billones de dólares al año, pagados con impuestos de los contribuyentes norteamericanos, y criticaba que a pesar de esa inversión el precio de la cocaína había bajado a la mitad desde 1980 y el de la heroína era del sesenta por ciento del de la década anterior decretando, con lógica de mercado, el fracaso de la política prohibicionista del gobierno estadounidense.

Por otra parte, **las nuevas guerras "contra el narcotráfico" y "contra el terrorismo"**, expresiones de una nueva lógica de enemigo que ha levantado el libre mercado global como narrativa que sustituye la de la guerra fría, han permitido aplicar políticas de excepción, con el argumento de proteger a la ciudadanía con los ejércitos y policías militarizadas²⁸. Tales políticas *"de seguridad"* permiten la violación cotidiana de los derechos de grupos poblacionales, la criminalización y represión de los movimientos sociales (mujeres en Nicaragua, mapuches en Chile, población rural y juvenil en Colombia), la desaparición de dirigencias sociales y la participación de los ejércitos en las operaciones. Así ha tenido lugar la militarización y paramilitarización de regiones del continente, que ha generado nuevas formas de relación de los ejércitos con la población y el aumento de prácticas machistas que refuerzan el imaginario tradicional, en donde las mujeres son consideradas como subordinadas y como botín sexual. Como consecuencia, la militarización ha pasado a constituir para las mujeres un factor de riesgo, afectando sus cuerpos, su autonomía, y a través de ello sus derechos, al convertirlas en principales víctimas de la violencia sexual.

El ejemplo más paradigmático es el de Colombia, cuyo gobierno suscribió en el año 2009, un acuerdo militar con Estados Unidos que permite a este país el uso de bases e instalaciones aéreas colombianas, otorgando inmunidad diplomática a 1400 militares y civiles con el pretexto de la lucha contra el narcotráfico y el terrorismo. En la actualidad ya existen denuncias contra soldados estadounidenses por violaciones contra mujeres y niñas²⁹ y sectores de mujeres jóvenes colombianas han levantado campañas de protesta contra la *"militarización de la vida"*³⁰. Estas situaciones repiten la experiencia de países como México³¹, Filipinas, Bosnia y Japón, que han documentado el incremento de la violencia sexual contra las mujeres cuando existe presencia de tropas extranjeras.

Es así como bajo nuevas lógicas y prácticas, la corporalidad y sexualidad femenina se ha recreado como un es-



pacio simbólico de lucha política y la violación, como forma instrumental para demostrar poder y dominación patriarcal. Expresiones de biopolítica que impactan los cuerpos y las vidas de mujeres y mediante las cuales se regulan y construyen relaciones sociales instrumentales al modelo neoliberal.

Políticas que en forma más sutil pero no menos feroz, también han aplicado gobiernos de izquierda tradicional de la región, sembrando terror e intimidando a mujeres defensoras de los derechos humanos (Nicaragua)³², o vetando la demanda del 63% de la población y la decisión democrática sobre aborto y derecho a decidir (Uruguay)³³, o despriorizando los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, ofreciéndolos como moneda de cambio a los sectores conservadores y la jerarquía católica (Chile)³⁴.

El comercio con los cuerpos es una forma de violencia que si bien alcanza diversidad extrema, tiene como sello siempre presente la *deposición de lo humano*³⁵, los cuerpos cosificados, despojados patéticamente de su dignidad y sentido. En el caso del tráfico de mujeres, se asienta en bases estructurales de pobreza y género, que simultáneamente determinan que su explotación y trata sea un promisorio negocio y que el trabajo sexual sea una ilusoria oportunidad de sobrevivencia y mejoramiento de las condiciones de vida de muchas mujeres excluidas, la mayoría de ellas adolescentes y jóvenes.

Las redes internacionales se ven favorecidas por las políticas de turismo de muchos Estados, cuya publicidad y gestión les permite orientar circuitos de turismo sexual y hacer de este fenómeno delictivo global una actividad que mueve hasta siete mil millones de dólares al año³⁶ y la tercera más lucrativa después del tráfico de drogas y armas. La Unión Europea, en la Conferencia sobre la Lucha contra el Tráfico de Seres Humanos (2005), recomendó abordar el problema desde las bases estructurales mencionadas anteriormente.

Otra manifestación del comercio con los cuerpos se hace presente cada vez con mayor ímpetu; es la referida a la invasión biológica industrial por parte del complejo médico farmacéutico transnacional. Impone la medicalización en los consabidos nichos de las hormonas, las vacunas y la lucha contra la obesidad de las mujeres, e instala el deseo de perfeccionamiento compulsivo de los cuerpos —sea quirúrgico o biomédico— estableciendo un dominio anátomo-político sobre éstos.

• **Los crímenes de la iglesia católica y su fortalecido fundamentalismo en la lucha contra el aborto**

La negación del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres es una de las evidencias más duras e irrefutables de violencia política y simbólica ejecutada contra éstas por la iglesia católica, en forma fáctica desde los pulpitos, o a través de su capacidad de *lobby* y dominio ideológico sobre la gran mayoría de los gobiernos y partidos políticos de la región, in-

cluidos los así denominados progresistas y de izquierda. La noción androcéntrica autoritaria sobre las formas de asegurar gobernabilidad, sustenta los pactos en que la iglesia juega de bisagra o puente entre los sectores políticos y los económicos de élite.

Lo sorprendente y paradójico es que esa poderosa influencia no disminuye a pesar de las incontestables evidencias de violencia sexual contra niños y adolescentes perpetrados como agresores o cómplices por curas y autoridades eclesíásticas en el mundo. El tratamiento de esta situación desde los gobiernos de la comunidad internacional es complaciente, al no abordarla como un asunto de derechos humanos que tiene carácter de crimen de lesa humanidad. Los motivos detrás de esta actitud “cautelosa” y secretista seguramente combinan aspectos políticos, económicos, culturales y simbólicos, que permiten que el poder vaticano se siga ejerciendo sobre los cuerpos y sexualidad de las mujeres con la complicidad de los gobiernos de los más diversos signos. Los escasos avances en materia de erradicación de las políticas punitivas contra el aborto, no equiparan los retrocesos ocurridos en la región.

Si bien está prohibido el aborto en todas las causales en Chile, El Salvador, Honduras, 17 estados de México, Nicaragua, República Dominicana, está permitido en casos de peligro vida y salud de la mujer en Costa Rica, Guatemala, Paraguay, Perú, Uruguay, y permitido además por causales de viola-

ción y/o malformaciones del feto incompatibles con la vida fuera del útero en Argentina, Brasil, Colombia y Ecuador. No obstante, es preciso reiterar que aunque la mayoría de los países tienen causales legales de aborto, no está garantizada su atención en el sistema público, vacío jurídico y sanitario que deja confinados los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres a simples documentos y leyes declarativas. Producto de incoherencias como éstas, millones de mujeres se someten a aborto en condiciones de riesgo y 5.000 mujeres mueren por aborto clandestino cada año.

Es necesario señalar que el movimiento feminista ha mostrado insuficiencia para articular la fuerza social y política capaz de asegurar avances a pesar de la arremetida vaticana, y de exigir las garantías de atención en los países que corresponda.

3. Desafíos para enfrentar las amenazas que las dinámicas en curso plantean a los derechos a la salud y la vida de las mujeres

- Para asegurar la plena vigencia de los derechos de la ciudadanía, en particular de las mujeres, las democracias actuales requieren transformar la organización de las sociedades, de manera de hacer realidad la redistribución del poder político, económico y simbólico.

- Es preciso pensar Estados en los cuales la ciudadanía tenga un rol crucial en la toma de decisiones y fijación del rumbo de la sociedad, lo que algunos/as denominan naciones Estado en oposición a los Estados nación.

- La sociedad civil enfrenta el desafío de cumplir su rol contra hegemónico y de manera muy particular, el movimiento feminista y su propuesta civilizatoria. El desempeñar un rol político en este sentido amplio, implica asumir movilización y acción transformadora más allá de los discursos, denuncias y diagnósticos, y lograr convergencia con otras expresiones de la sociedad civil movilizadas, desde una mirada crítica y emancipadora, con horizontes de mediano y largo plazo.

- Los movimientos feministas requieren ampliar sus agendas, de manera de incorporar las determinaciones sociales de la salud y ello significa abrazar demandas de otros movimientos de mujeres (trabajadoras remuneradas urbanas y rurales, mujeres indígenas, afrodescendientes, mujeres jóvenes).

- Es probable que la intervención en la arena política requiera formas instrumentales de acción como pueden ser partidos feministas o de mujeres, que disputen espacios de habla y poder en lo político contingente y en lo simbólico. El uso de las TICs, junto con la ocupación de las calles y los espacios públicos con el propósito de diseminar información sobre el ejercicio, goce y exigibilidad de los derechos, y sobre las desventajas que para las mujeres supone el modelo hegemónico, requiere ir aparejado con la capacidad de articular respuestas y estrategias a través de esos medios.

La sociedad civil enfrenta el desafío de cumplir su rol contra hegemónico y de manera muy particular, el movimiento feminista y su propuesta civilizatoria.

- El movimiento de salud de las mujeres requiere comprender las estructuras sociales y sus dinámicas, abordar los problemas de salud desde sus determinantes, causas y resultados, identificar las brechas y gradientes y levantar un consenso en torno al valor de la equidad en salud.

- Los esfuerzos por alcanzar la equidad en salud sin empujar modificaciones estructurales, no van a ningún lado. La realización de la equidad en

- salud –de género, de etnia, de clase, orientación sexual, edad, calidad migratoria, territorio, etc.– exige que los países cuenten con un marco legal (Constitución, leyes) consensuado participativamente, que garantice los derechos a la salud y bienestar sin discriminación de ningún tipo, y que asuma el Protocolo Facultativo de la CEDAW como garantía de cumplimiento de las obligaciones que supone el ejercicio de sus derechos por parte de las mujeres. También se requiere acceso a la información y al conocimiento, que garantice decisiones informadas, libres y responsables de las personas respecto de sus derechos, su salud y su vida.
- Paralelamente con ello, contar con cobertura universal de la atención, con el financiamiento necesario, con servicios de calidad, especialmente de Atención Primaria en Salud, que aseguren la participación ciudadana en las decisiones, la prevención, la reparación, rehabilitación, así como el seguimiento y evaluación de los resultados y de la asignación y ejecución de recursos, incluidos los financieros. El sistema requiere terminar con los elevados “gastos de bolsillo” en que incurrir las personas, sobre todo mujeres.
 - Contar también con políticas públicas intersectoriales, construidas participativamente, que consideren los determinantes sociales de la salud, los riesgos diferenciados y las necesidades diferenciadas de género, etnia y estrato socioeconómico durante todo el ciclo de vida y, sobre todo, que garanticen y que hagan exigibles los derechos humanos que hacen posible la salud y el bienestar.
 - Resulta necesario producir y difundir conocimiento sobre los factores que en el contexto actual están determinando la salud de las mujeres, especialmente aquellos que derivan de las nuevas formas de organización del trabajo y, además, construir evidencias para documentar en cada país el impacto de las nuevas formas de trabajo sobre los derechos de las mujeres a la salud y los aspectos de ésta que será necesario abordar adecuadamente. La informalización del trabajo asalariado y el trabajo esclavo exigen especial atención, así como las formas de trabajo que transforman los hogares en oficinas (teletrabajo) o factoría (trabajo a domicilio), alterando profundamente la vida cotidiana, intensificando la productividad de la doble jornada de las mujeres y, de esa forma, facilitando la mantención de su preeminente rol doméstico. La salud mental pasa a ser uno de los principales desafíos en este ámbito, asumiendo las evidencias actuales y las nociones, en cuanto a que representa la combinación de bienestar emocional, social –inclusión, aceptación e integración– y psicológico³⁷.
 - Se hace necesario, también, vigilar la realización de EUT periódicas para conocer y dar seguimiento a los cambios y reestructuraciones que se deberán producir con la inserción creciente de las mujeres al mercado laboral, como son las respuestas estatales y, en el nivel micro, la redistribución de poder y la corresponsabilidad entre mujeres y hombres en el trabajo doméstico y de cuidado al interior de las familias.
 - La no discriminación de los pueblos originarios y afrodescendientes pasa a ser un desafío de primer orden, a la luz de las evidencias construidas en materia de salud y bienestar en los países que cuentan con población indígena. Ello ha de expresarse en las mejoras de sus condiciones de vida y trabajo; en el cese del despojo de sus territorios y sus medios de sobrevivencia; en el respeto de sus culturas, sus lenguas, sus religiones, sus medicinas ancestrales; en la no criminalización de sus formas de resistencia y en el cese de los hostigamientos represivos. Será el abordaje de estos determinantes sociales de la salud –causas de las causas– los que permitirán reducir sus desventajas respecto de las poblaciones no indígenas, así como las enormes brechas que los separan de éstas en materia de salud.
 - Asumir que cuando se habla de la sobre representación de las mujeres en el mundo de la pobreza, en realidad estamos refiriéndonos principalmente a las mujeres de los pueblos originarios, en todas las etapas de sus vidas.
 - El reconocimiento de la multiculturalidad de la región latinoamericana y caribeña, así como la progresiva instalación de enfoque intercultural en materia de salud, será uno de los mayores desafíos de corto y mediano plazo.
 - Solidarizar con las demandas de las mujeres inmigrantes, en particular las indocumentadas, logrando que la documentación en trámite o inexistente no sea una barrera de acceso a los servicios de salud, en especial a los de SSR y de urgencia gratuitos. Movilizar el cambio cultural hacia la no discriminación y el reconocimiento del derecho a ejercer una ciudadanía sustantiva.
 - En materia de violencia contra las mujeres, lograr políticas nacionales sostenibles integradas e integrales y con los presupuestos necesarios para enfrentar este flagelo. Desde la intersectorialidad, las políticas deben incluir objetivos de empoderamiento, autonomía efectiva e inserción laboral de las mujeres, además del aseguramiento de la protección y la administración de justicia oportuna.
- Es preciso contar con registros nacionales confiables y únicos, y con estadísticas desagregadas por etnia, estrato social, edad, procedencia urbana/rural e inserción laboral, de manera de informar las políticas y los indicadores de seguimiento de las mismas, priorizando por los indicadores de resultado.
- Más allá del abordaje punitivo de los delitos violencia y femicidio, las políticas intersectoriales requieren abordar las bases estructurales de género, reconociendo la importancia de la solidaridad y acogida en el espacio local, hacer realidad en toda la región el fortalecimiento y efectividad de las redes sociales de prevención y vigilancia solidaria.
- Respecto de la violencia contra las mujeres que se perpetra desde las



www.sta.gob.mx

- mafias y sus negocios internacionales, es preciso impulsar seriamente proyectos para poner fin al prohibicionismo en materia de drogas, única salida para terminar con el dominio de las organizaciones criminales. Por otra parte, ejercer presión y vigilancia sobre los gobiernos para impedir que las políticas de turismo favorezcan el tráfico de mujeres.
- Deslegitimación y cese de las políticas de militarización que ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres jóvenes pobres y excluidas, a través de seguimiento a los procesos, construcción de evidencias de violencia y daño a la salud de las mujeres, difusión, denuncia pública y demanda de justicia inclusive ante las Cortes internacionales.
- Control social sobre la industria farmacéutica orientado a cuestionar su capacidad de medicalización de las mujeres, alertando acerca de la misma y promoviendo un cambio cultural que debilite el dominio biopolítico sobre los cuerpos de las mujeres.
- Es desafío actual en la lucha por el derecho a decidir y el aborto legal seguro y gratuito, lograr que la iglesia católica sea enjuiciada internacionalmente por crímenes de lesa humanidad.
- En relación con los gobiernos, obtener de éstos la garantía y exigibilidad del derecho de las mujeres a que en los servicios de salud se les practiquen los abortos permitidos por la ley de cada país.
- Superar la debilidad del movimiento para hacer retroceder a los sectores conservadores y al fundamentalismo religioso, ampliando y articulando fuerza social y política para asegurar cambios legislativos favorables en los países.

4. Caminos de acción y cambio

Proyectarse al futuro, buscando transformar el modelo actual y su impacto en los derechos a la salud y la vida de las mujeres, implica hacer una síntesis y al mismo tiempo incorporar imaginación. Será necesario consensuar

Resulta necesario producir y difundir conocimiento sobre los factores que en el contexto actual están determinando la salud de las mujeres.

el paradigma que imaginamos y que queremos lograr contra hegemónicamente. Ese paradigma tendrá que incluir las dimensiones social (vida digna y decente, solidaridad, justicia, no discriminación), política (redistribución del poder, paridad, libertades y nuevas formas de democracia), cultural (diver-

sidad, respeto a las identidades), ambiental (respeto por biodiversidad, nueva relación con la naturaleza y abordaje efectivo del cambio climático), científica (nuevo orden, lo comunicacional, alianza de la psicología y la física³⁸, el reconocimiento de los saberes ancestrales y otras propuestas sanadoras).

En la dirección de esos cambios, es necesario actuar a través de:

- Fortalecimiento de las capacidades de la Red y el movimiento de salud de las mujeres en materia de producción de conocimiento, difusión de éste, abogacía informada y audaz, comunicación con amplio desarrollo de las TICs, movilización social, convergencia con otros movimientos y fuerzas políticas.
- Abogacía por la equidad e igualdad en salud: dirigida a lograr la cobertura universal de la atención con mecanismos de financiamiento estatal, garantía y exigibilidad de derechos, con participación ciudadana en las decisiones, con control social sobre presupuestos y transparencia, fin a la discriminación a las mujeres en los sis-

Se requiere abogacía por la equidad e igualdad en salud: dirigida a lograr la cobertura universal de la atención con mecanismos de financiamiento estatal.

Notas

1. Matamala Vivaldi, María Isabel, 2010. Los derechos económicos, sociales y culturales y la erradicación de las desigualdades de género, p. 228, en *Exigibilidad y realización de derechos sociales. Impacto en la política pública*, Ximena Erazo, Laura Pautassi y Antonia Santos, Editoras, Fundación Henry Dunant América Latina y Ediciones LOM

2. Equity, social determinants and public health programmes, 2010. Edited by Erik Blas and Anand Sivasankara Kurup

3. Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

4. Barroso, Carmen y Langer, Ana, 2009. Derechos Sexuales y Reproductivos en América Latina y el Caribe, Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR).

5. Zurutuza, Cristina, 2009. CLADEM.

6. French-Davis, Ricardo, 2010. Estrategia de desarrollo para los derechos económicos y sociales, en *Exigibilidad y realización de derechos sociales. Impacto en la política pública*, Ximena Erazo, Laura Pautassi y

Antonia Santos, Editoras, Fundación Henry Dunant América Latina y Ediciones LOM.

7. Pascual Arias, Martín, 2010. El empleo precario produce pobreza en Chile, *Le Monde Diplomatique*, año X, n. 112, octubre 2010, Chile.

8. Lucile Garçon y Rami Zurayk, 2010, Los campos modernos, *Le Monde Diplomatique*, año X, n. 112, octubre, Chile.

9. Sonia Boiarov, 2008. Meta 5 eLAC2007: Informe sobre legislación y normativa vinculada al tele-trabajo en América Latina y el Caribe, LIS, Europe Aid, Oficina de Cooperación, pp.49-57.

10. Ibidem.

11. CLADEM, 2006. Efectos de la globalización en los derechos humanos de las mujeres, Foro Social Mundial, Caracas, Venezuela.

12. Ferez Nazarala, María Ester, 2010. Precariedad y discriminación. Mujeres asalariadas viven el peor de los mundos. *Le Monde Diplomatique*, año X, n.112, pp.10, octubre 2010, Chile.

13. OPS, El trabajo no remunerado de las mujeres en salud. *GenSalud*, Hoja informativa. www.paho.org

14. Araya, María José, 2003. Un acercamiento a las Encuestas sobre el Uso del Tiempo con orientación de género, CEPAL, Serie Mujer y Desarrollo n. 50, Santiago, Chile.

15. CEPAL, 2010. Tiempo total de trabajo (remunerado y no remunerado). Recopilación, experiencias, encuestas: Uso del Tiempo en los países. División de Asuntos de Género, Santiago, Chile.

16. Sohr, Raúl, 2010. Aplicar la ley antiterrorista contra los mapuches es discriminación, *Le Monde Diplomatique* Año X, n. 109, julio 2010, Santiago, Chile.

17. Matamala Vivaldi, María Isabel, 2010. Los derechos económicos, sociales y culturales y la erradicación de las desigualdades de género. Op.cit.

18. Langer, Ana, 2009, EngenderHealth Org.

19. Fernández Juárez, Gerardo, 2006. Al hospital van los que mueren. Desencuentros en salud intercultural en los Andes boliviana-

temas de seguros privados, políticas que aborden los determinantes sociales de la salud, asegurando la protección social.

- Vigilancia ciudadana que ejerza seguimiento consistente a los resultados de las políticas, trabajando en ello con indicadores de género consensuados colectivamente y difundiendo los procesos y coyunturas.
- Empoderamiento político: intervención política mediante evidencias y propuestas; ampliación de la agenda con las demandas de los diversos sectores de mujeres articulando las luchas; desarrollo de convergencia con movimientos rurales, indígenas, ecologistas, diversidad sexual, de jóvenes. ♦

Antigua, Guatemala, Octubre 2010.



Adriana Gómez

nos en Salud en Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Coord. Gerardo Fernández Juárez, Ed. Abya-Yala, Quito, Ecuador.

20. CEPAL, 2006, Migración internacional, derechos humanos y desarrollo en América Latina, 31º período de sesiones, Montevideo, Uruguay

21. Cortés Castellanos, Patricia, 2005. Mujeres migrantes de América Latina y el Caribe. CELADE, Santiago, Chile.

22. 36º Congreso Migraciones, Lisboa 2007. Nota de prensa sobre los migrantes en las Américas.

23. Bottomore, Tom, 2001. Ciudadanía y clase social cuarenta años después, Alianza Ed. Madrid, España.

24. Dos millones de hectáreas han perdido las familias campesinas desplazadas por paramilitares y narcotraficantes en Colombia, incrementándose la concentración de la propiedad, según Darío Fajardo Montaña, ex representante (e) de la FAO: Política de tierras: sorpresa, desconcierto y temor, www.unperiodico.unal.edu.co/dper/article/politica-de-tierras-sorpresa-desconcierto-y-temor

25. Escobedo, Sonia, Secretaria Presidencial de la Mujer Guatemalteca, 2010. XXVIII Reunión ordinaria del Consejo de Ministras de la Mujer (COMMCA), Ciudad de Panamá, abril 2010.

26. Saviano, Roberto, 2007. Gomorra, RandomHouse Mondadori, Santiago, Chile

27. The Economist, Edición 26 de julio 2001.

28. Millán, Mágina, 2010. ¿Hacia una nueva reconfiguración de lo global/nacional? Historia, repetición y salto cualitativo, Rev. Crítica y Emancipación N° 3, CLACSO, Buenos Aires, Argentina 2010. www.biblioteca.clacso.edu.ar

29. Encuentro Internacional de Mujeres y Pueblos de las Américas contra la Militarización, 16 y el 23 de agosto 2010, Colombia.

30. Campaña contra la militarización de la vida, <http://rexisteriotgrrrl.blogspot.com/>, 11 de septiembre de 2010, Colombia.

31. En Chiapas, Atenco, Guerrero y Oaxaca la militarización y paramilitarización ha afectado de manera específica a las mujeres.

32. Movimiento Autónomo de Mujeres, febrero 2009, Cronología de atropellos, <http://www.movimientoautonomodemujeres.org/persecucion.php>

33. Mujer y Salud en Uruguay MYSU y Comisión Nacional de Seguimiento, CNS, 15 abril 2005, Montevideo, Uruguay.

34. Matamala Vivaldi, María Isabel, 2010. A medio camino en un entrevero ¿Quedó desnuda la igualdad de género?, en *Y votamos por ella. Michelle Bachelet: miradas feministas*, pp141-165, Heinrich Böll Stiftung e Instituto de la Mujer, Santiago, Chile.

35. Zúñiga, Rodrigo, 2008. La demarcación de los cuerpos, p. 38, Ed. Metales Pesados, Santiago, Chile.

36. Oficina de Naciones Unidas para el Control de Drogas y la Prevención del Delito (ONUDD) 2006.

37. López, C. y Keyes, M, 2002. The Mental Health Continuum: from Languishing to Flourishing in Life, EEUU.

38. De Sousa Santos, Boaventura, 2009. Una epistemología del Sur, Siglo XXI y CLACSO, p. 40, México.